

# UROjonction

n° 140  
Janvier  
2026

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

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

**AFU** ASSOCIATION  
FRANÇAISE  
D'UROLOGIE



**Antoine FAIX**  
Président de l'AFU

## Bonne année 2026 !

chers membres de l'Association Française d'Urologie, en ce début d'année, permettez-moi de vous adresser, au nom du Bureau et du Conseil d'Administration, nos vœux les plus chaleureux. Que 2026 vous apporte sur le plan personnel, en plus de la santé, énergie et réussite dans tous vos projets et aspirations.

L'AFU, forte de son histoire et de notre engagement mutuel, aborde une nouvelle année au cours de laquelle nous avons l'ambition collective de poursuivre les mutations nécessaires, en restant fidèles à nos valeurs d'éthique, de collégialité et d'ouverture. Notre volonté est donc très claire : continuer à faire évoluer notre association pour qu'elle soit toujours plus utile, plus lisible et plus proche de chaque urologue, tout en continuant à porter haut le niveau d'exigence scientifique.

Les grandes orientations de la mandature sont :

### Une AFU plus ouverte et plus éthique

Nous allons poursuivre ensemble le travail autour d'une charte éthique de communication afin de renforcer la confiance et la qualité des échanges entre tous les membres. Nous souhaitons une AFU où la transparence, la franchise et la bienveillance envers toutes et tous restent nos repères essentiels.

### Une AFU avec des projets structurants

2026 sera marquée par l'étude et la potentialité d'un grand projet fédérateur autour

d'une application intelligente regroupant science, codage, formation continue et innovations en IA/RAG (*Retrieval Augmented Generation*). Ce projet, ambitieux et utile pour tous, pourrait marquer une étape majeure dans l'accompagnement quotidien des urologues et permettre d'accéder plus facilement à toute la richesse des données disponibles internes à notre association. Les registres vont aussi se poursuivre avec diffusion à toute la communauté urologique publique et privée pour nourrir les bases de données et permettre la publication scientifique estampillée AFU.

### Une AFU qui continue à former et accompagner

Nos jeunes urologues membres de l'AFUF bénéficieront toujours de l'enseignement de l'ECU, et découvriront des ateliers de simulation chirurgicale grâce à un projet du CFEU (Collège Français des Enseignants en Urologie). Mais la formation concerne également les urologues diplômés et, même s'il existe des inconnues avec l'avenir du DPC, la nécessité de l'accréditation et la volonté de nos membres de rester à la pointe de nos connaissances trouveront réponse grâce aux SUC (Séminaires d'Urologie Continue) et autres formations organisées par le CFC.

### Une AFU visible et influente au niveau international

Notre volonté est d'être présents dans tous les rendez-vous majeurs de l'urologie francophone et internationale afin de porter haut et fort le niveau scientifique de l'Urologie Française, mais aussi renforcer les liens avec les autres sociétés d'urologie avec des partenariats d'échanges fructueux.

### Une AFU encore plus proche des patients et associations

La collaboration avec les associations de patients va se poursuivre lors des différentes campagnes avec le renouvellement de la journée patient lors du CFU ainsi que l'apport de leur vision pour les fiches Infos Patients.

### Une AFU qui porte la voix de l'urologie pour le grand public

En 2026, nous renforcerons, au travers de nos différentes campagnes, l'information du grand public avec les messages de prévention et de sensibilisation, notamment sur la santé masculine avec l'événement désormais incontournable du Mont Ventoux.

### Une AFU toujours unie et synergique

2026 sera une année charnière à l'aube de grandes modifications voulues par nos autorités politiques et notamment sur l'avenir du secteur 2 et 3. À l'écoute des doutes et inquiétudes de tous nos membres, l'AFU, le CNPU et le SNCUF travailleront en synergie pour défendre notre spécialité.

Vous l'avez compris, rien de tout cela ne peut se faire sans vous. Votre engagement, vos idées, vos critiques et vos enthousiasmes sont la force de notre association. Continuons à travailler ensemble, à nous parler franchement, mais avec bienveillance, et à construire une AFU dynamique, moderne et unie.

Au nom du nouveau bureau et conseil d'administration de l'AFU, je vous réitère mes vœux pour l'année 2026, faite d'innovations, de réussites, d'énergie collective et de beaux moments partagés.

Avec toute mon amitié urologique,

**Antoine FAIX**  
Président de l'AFU

PS : écrit sans IA/ChatGPT !

Retrouvez-nous... sur Facebook Urofrance et sur @AFUrologie

Collège Français des Enseignants d'Urologie

**CIFEIU**

**SNCUF**  
Syndicat National des Chirurgiens  
Urologues Français

**AFUF**

**URO** DIFFUSION

**AFIIU** ASSOCIATION  
FRANÇAISE  
DES INFIRMIERS  
ET INFIRMIÈRES  
EN UROLOGIE

**Éditorial**

- Bonne année 2026 ! ..... 1  
Antoine FAIX

**Dossier - 119<sup>e</sup> CFU**

Dossier préparé par Blandine TAMARELLE

- Retour sur le 119<sup>e</sup> CFU ..... 3  
Blandine TAMARELLE
- Lauréats de la médaille Félix Guyon ..... 5  
Jean-François HERMIEU, Bertrand POGU
- Lauréat du Prix Dominique Chopin ..... 6  
Frédéric PANTHIER
- Lauréat du Prix de l'Innovation René Küss ..... 7  
Olivier TRAXER
- Prix du meilleur relecteur du French Journal of Urology ..... 7  
Arthur PEYROTTE
- Le Conseil d'administration de l'AFU 2025-2028 ..... 8
- L'essentiel du congrès ..... 9
- La matinale des généralistes ..... 10  
Caroline PETTENATI

**L'urologie dans le monde**

- L'urologie au Cambodge et l'AFU : d'une reconstruction silencieuse à un rendez-vous avec l'histoire ..... 11  
Véronique PHÉ
- L'Association Cambodgienne d'Urologie vue de l'intérieur ..... 12  
Bou SOPHEAP, Véronique PHÉ
- Témoignage d'un interne cambodgien ..... 14  
Marady HOUR, Véronique PHÉ
- The British Association of Urological Surgeons ..... 15  
Wes HUTCHINS, Julien DEFONTAINES

**En direct du CA**

- Réunion du dernier CA de la mandature le 18 novembre avant le 119<sup>e</sup> CFU ..... 16  
Gaëlle FIARD

**Gestion des risques - Simulation en santé**

Dossier préparé par Stéphane BART

- Simulation en santé, l'apprentissage en dynamique ..... 17  
Stéphane BART
- Simulation en urologie : former autrement pour soigner plus sûrement ..... 18  
Louis SIBERT, Dan BENHAMOU, Pierre DERROUCH
- Regards croisés sur la simulation et les facteurs humains
  - Quand l'imprévu a déjà été vécu ..... 20  
Jean-Pierre HENRY
  - Former au bloc ne suffit plus ..... 20  
Sarah DROUIN

- Simulation et gestion des risques : l'apport des facteurs humains ..... 21  
Antonia BLANIÉ
- La simulation au sein du service de santé des armées ..... 23  
Stéphane BART

**Éthique et déontologie**

- Loi sur le droit à l'aide à mourir ..... 24  
Didier LEGEAIS, Pierre MONGIAT-ARTUS

**Sociétés savantes**

- Enquête sur l'organisation des sociétés savantes françaises ..... 29  
Le groupe d'enquête de l'AFU

**Art et médecine**

- Le corps des hommes : un idéal esthétique dans les statues de l'antiquité ..... 31  
Julien DEFONTAINES

**Partenaire**

- À propos des Laboratoires Pierre Fabre ..... 32

**Hommage**

- Hommage au Professeur Paul Mitrofanoff ..... 33  
Bernard BOILLOT, Thierry LEBRET

**Du nouveau à l'AFU**

- Une nouvelle collaboratrice à l'AFU ..... 35  
Elodie LOURDY MORLAND, Priscilla LEON

**Fax AFUF**

- Ce que la Légion d'honneur du Pr Rouprêt dit à une génération qui arrive ..... 37  
Denis SÉGUIER

**Réunion scientifique**

- ICE 2025 : Rome, carrefour international de l'endo-urologie et des nouvelles technologies ..... 39  
Julien ANRACT, Frédéric PANTHIER

**Contenance**

- Semaine de la Contenance 2026 ..... 40  
V. PHÉ, M.A. PERROUIN-VERBE, B. PEYRONNET, X. GAMÉ, C. THUILLIER pour le CA de l'AFU



Blandine  
TAMARELLE

# Retour sur le 119<sup>e</sup> CFU

## Un congrès au service des urologues, reflet d'une Association Française d'Urologie bien vivante

Une chose est certaine : les urologues n'ont pas peur du changement. Au fil des thématiques, on mesure à quel point l'urologie française ose, innove et avance sans hésiter. Qu'il s'agisse d'aborder le thrombus cave, de pratiquer une urétéroplastie robot-assistée, d'intégrer l'intelligence artificielle au quotidien médical ou encore d'élire un urologue libéral à la tête de l'Association Française d'Urologie, la spécialité démontre une vitalité remarquable.

Et tout cela, bien sûr, non sans une bonne dose d'émotion.



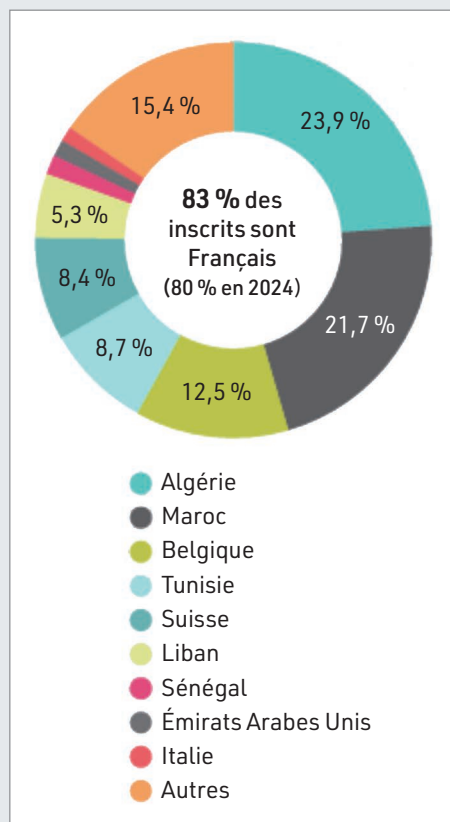
On n'est pas moderne sans une logistique à la hauteur, quelques chiffres clés du congrès :

- **4090 inscrits dont 2344 médecins** (-3 % par rapport à 2024), ce qui témoigne de l'intérêt constant pour cet événement majeur de la spécialité.
- **107 inscriptions au congrès virtuel**, permettant ainsi à un large public de suivre les sessions à distance et d'avoir accès à des contenus de qualité.
- **573 résumés soumis**, preuve de la participation active de la communauté urologique, avec une forte implication dans la recherche des jeunes et praticiens dans les différentes sessions proposées.
- **478 orateurs** ont pris la parole, contribuant ainsi à une diversité d'interventions, d'approches et de perspectives, enrichissant l'expérience de chaque participant.

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

19-22 NOVEMBRE 2025  
PARIS, FRANCE  
PALAIS DES CONGRÈS

### L'accueil des médecins étrangers



Répartition des inscrits par pays hors France



Le Pr Alexandre de la Taille, président de l'AFU 2022-2025 et le Pr Arnulf Stenzl, secrétaire général de l'EAU

### Le numérique : un outil de fluidité

L'usage croissant des outils numériques facilite non seulement le suivi du programme, mais aussi les interactions entre participants. L'application du CFU, toujours aussi pratique, et la plateforme Slido, permettant de poser des questions interactives, de tester les connaissances et d'impliquer l'auditoire dans les présentations, s'inscrivent pleinement dans cette dynamique moderne.

Nouvel ajout cette année : le pré-quizz, qui donnait accès au QR code d'inscription une fois complété. Cette initiative illustre bien l'exigence d'un congrès de qualité et l'importance d'une participation active.

### Revivez les moments forts du congrès en replay

Grâce à l'accès au contenu virtuel, vous pouvez revoir les séances à votre rythme et profiter des enseignements du congrès bien au-delà de l'événement. Il n'est jamais trop tard pour apprendre, réapprendre ou approfondir ses connaissances. Après tout, qui n'a jamais manqué une session qu'il souhaitait suivre, retenu par une discussion avec d'anciens collègues ou un échange passionnant avec d'autres confrères ? C'est bien aussi pour ceux-là que ces replays existent.

Pour prolonger l'expérience et approfondir, accédez en ligne :

- aux 10 séances plénières ;
- aux sessions ciblées telles que la session des médecins généralistes ;
- aux différents symposiums.

Seules certaines sessions de l'industrie, les AG, cours et sessions de communication orales et vidéos ne sont pas disponibles en replay.

Ces replays permettent de revoir les interventions de qualité, mais aussi de découvrir les dernières avancées scientifiques et cliniques présentées.

**Une véritable dynamique de participation anime le congrès**, portée par des flux constants de participants au gré des thématiques.

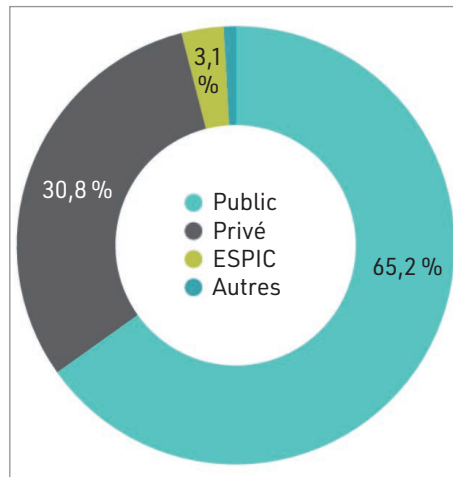
À l'image d'un aéroport aux mille destinations, les couloirs se remplissent de participants en mouvement, transitant d'une session vidéo à une plénière. On passe ainsi naturellement d'un forum dédié à l'urologie pédiatrique à une discussion animée sur les biopsies prostatiques, où l'abandon des biopsies systématiques suscite le débat. Difficile également d'ignorer l'effervescence, parfois même les montages russes émotionnelles, au sein du Syndicat National des Chirurgiens Urologues Français, à l'heure des combats difficiles pour défendre la profession.

#### C'était aussi le moment des mises à jour

L'ECBU a été passé en revue sous toutes ses formes (3<sup>e</sup> budget en terme d'examen biologique en France avec environ 140 millions d'Euros par an) et surtout officiellement abandonné, pour le plus grand soulagement de tous, avant la fibroscopie, les instillations de BCG ou même la prostatectomie, la néphrectomie même partielle ainsi que la pose d'un sphincter artificiel ou d'une prothèse pénienne. De quoi alimenter abondamment les discussions dans les couloirs du congrès. Vous retrouverez toutes ces recommandations présentées en Replay et pour lesquelles nous saluons le colossal travail d'analyse de la littérature et le consensus avec les autres sociétés savantes pour ces recommandations.

Les recommandations sur l'hypertrophie bénigne de la prostate ont, elles aussi, été revisitées avec l'arrivée des thérapies mini-invasives, leurs indications et les niveaux de preuve qui vont avec. Le CUROPF s'est également fortement mobilisé pour élaborer de nouvelles recommandations, prudemment intitulées « guides de pratique clinique » en attendant leur adoption et validation conjointes avec la société savante de gynécologie et la HAS. Dans cette dynamique et afin de s'inscrire pleinement dans le nouveau cadre réglementaire, plusieurs mises au point pertinentes ont été apportées concernant l'utilisation des prothèses. Autant d'éléments qui offrent l'opportunité de revoir nos stratégies diagnostiques et thérapeutiques de l'incontinence urinaire et du prolapsus génito-urinaire. Vous trouverez

le Replay sur la plénière « sujets d'actualité » du jeudi 20/11 à 14h.



Lieu d'exercice des médecins inscrits (sur la base de 2 344 médecins)

#### Les temps forts du congrès

**L'accueil de la société cambodgienne d'urologie**, représentée par le Dr Sopheap Bou, remerciant l'AFU pour son accueil. Il a rappelé l'ancienneté des liens qui unissent la France et le Cambodge, soulignant le rôle décisif de la France dans la relance de l'enseignement médical après les années difficiles postérieures à 1979. Il a également mentionné l'appui français lors de la création du cursus national d'urologie, reconnu par le ministère de la Santé en 2014. Pour lui, ce partenariat repose avant tout sur le partage d'expérience et le renforcement mutuel des compétences, éléments essentiels pour développer davantage les sous-spécialités au Cambodge.

**La troisième « Journée d'Informations Patient.e.s »** a pérennisé le tournant dans l'approche de la santé des urologues envers leurs patients.

Lors de la **séance officielle**, le Pr Georges Fournier revient sur un parcours construit au fil des opportunités et des audaces assumées. D'abord interne en chirurgie digestive à Brest, il bascule vers l'urologie en 1983, poussé par l'ouverture d'un nouveau service et par des mentors pour lesquels il garde une profonde gratitude. De la transplantation rénale à la lithiase en passant par l'urologie fonctionnelle, il se forme, se réinvente et s'accroche, malgré les doutes et les débuts parfois chaotiques de l'endo-urologie (dont certains la décrivaient sans avenir) ou de la cœlioscopie.

À Brest, il bâtit un service solide : mutualisation des équipements, collaborations avec Nancy et Saint-Louis, recrutement, recherche de soutiens industriels... toujours avec l'idée de ne jamais s'isoler « au bout du monde breton ». Son engagement dépasse le bloc : président du CNU, défense des postes d'urologie, puis présidence de l'AFU en 2019, marquée par le Covid, la transition numérique, la féminisation des instances et la création d'événements fédérateurs comme le Mont Ventoux.

Le Pr Fournier raconte aussi les amitiés, les sorties maritimes entre deux contre-visites, et son attachement au Sénégal. Sa devise : oser, mais jamais n'importe comment.

Le regard vers l'avenir, il souligne le rôle majeur de l'intelligence artificielle et s'attèle lui-même à un nouveau défi : contribuer à la création d'un CHU en Corse.



#### La remise des prix Des prix, pour qui ? Pour quoi ?

C'est à l'occasion de la dernière journée qu'ont été remis les différents prix. Il s'agissait encore une fois d'un moment incontournable de ce rendez-vous de l'urologie Française.

Je remercie mes consoeurs et confrères qui ont accepté de partager un peu de leur histoire et parcours les ayant amenés à cette forme de reconnaissance.

#### Médaille Félix Guyon à :

- Jean-François HERMIEU
- Bertrand POGU

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

Afin de laisser davantage de temps de parole à ceux dont le parcours mérite l'honneur, voici les témoignages de Jean-François Hermieux et Bertrand Pogu recueillis à l'issue de la remise de la médaille Félix Guyon.

## On transmet plus que ce que l'on croit

**P**raticien hospitalier et fondateur de son propre service d'urologie, Bertrand Pogu s'est très tôt investi dans la démarche d'accréditation.

« Lorsque j'ai rejoint le SNCUF, la mission d'accréditation peinait à trouver preneur. Chacun manquait de temps, et je pensais moi-même que cela ne me prendrait pas trop d'énergie. J'étais alors secrétaire adjoint du SNCUF, en 2008, et il s'agissait simplement d'évaluer le premier « événement porteur de risque ».

La suite m'a rapidement fait comprendre que la tâche serait bien plus vaste. Après m'être formé, j'ai dû contribuer à structurer un système d'accréditation. Cela, mis bout à bout, a représenté un travail considérable, bien plus important que ce que j'avais imaginé. Avec les années, ce dispositif s'est renforcé ».

Devenu aujourd'hui un pilier essentiel du fonctionnement des équipes d'urologie, le développement de l'accréditation doit beau-



coup à l'implication constante du Dr Pogu, puis au travail partagé progressivement avec le Dr Stéphane Bart.

D'un naturel discret, il confie : « Recevoir la médaille Félix-Guyon a été pour moi une réelle surprise. C'est une distinction très honorifique, avec une forte valeur symbolique, qui marque la reconnaissance de l'AFU envers celles et ceux qui s'engagent. Je me suis toujours investi dans ces missions comme on le fait souvent en association : sans que la dimension financière n'entre en ligne de compte, mais parce que la « famille urologique » me tient à cœur et que ces responsabilités m'ont beaucoup apporté sur les plans humain et professionnel. Être associé à la lignée de mes récents prédécesseurs, Paul Méria, Marc Géraud, Denis Prunet, et d'autres encore pour lesquels j'ai beaucoup d'estime, me touche. »

La force du moment et la brièveté du discours lui ont fait craindre d'avoir écourté certains remerciements. Lorsqu'il dresse le bilan, ce sont avant tout ses proches et sa famille qui lui viennent à l'esprit.

**Bertrand POGU**

## Un parcours où exigence et bienveillance font un excellent assemblage

**C**e prix a été une vraie surprise. Bien que je sois engagé dans de nombreuses instances, je n'ai jamais rejoint le CA de l'AFU. Ma thématique, tournée vers le fonctionnel, m'a plutôt conduit vers la SIFUD. Rapport sur les cystites interstitielles en 2001 avec François Haab. Secrétaire général puis président de la Sifud de 2014 à 2024. J'y ai apprécié la richesse et la variété des échanges au sein de cette association multidisciplinaire où les différentes spécialités enrichissaient le parcours et les réflexions de chacun. Il n'était pas question de se reposer sur ses lauriers : chaque année, le congrès changeait de ville et il fallait repartir d'une page blanche, un vrai exercice d'organisation qui participe au dynamisme de la société.

Je ne m'attendais absolument pas à ce prix, lorsque Alexandre de la Taille m'a contacté pour m'informer de la décision du CA de me l'attribuer. J'ai ressenti une véritable satisfaction d'avoir pu apporter quelque chose d'utile, et c'était surtout un honneur. J'ai trouvé très élégant que le Dr Bernard Pogu reçoive également cette médaille, avec un parcours pourtant très différent.

Je me suis toujours investi pour promouvoir les juniors, ceux qui assureront la relève. Défendre l'urologie fonctionnelle n'a pas toujours été simple. Mon ancien patron, le Pr Boccon-Gibod, me disait à mes débuts que l'urologie fonctionnelle était l'avenir. Je me suis alors lancé, notamment en reprenant et développant le DU d'urodynamique de l'Université Paris Cité, qui a connu un essor croissant et occupe aujourd'hui une place prépondérante dans la formation en urologie fonctionnelle.



Puis il y a eu l'ECU et les SUC, avec toute l'équipe formée avec Vincent Delmas, Christian Saussine, Pierre Denys, Philippe Grise, Richard Villet, Gilberte Robain... Que d'échanges ! À la suite de François Haab, avec l'équipe formidable du CUROPF, nous avons pu établir les premières recommandations, en 2007 et 2009, sur la prise en charge de l'incontinence urinaire féminine, à une époque où les recommandations étaient rares. Elles viennent seulement d'être remplacées seize ans plus tard sous l'impulsion de Benoît Peyronnet.

Opportunité fabuleuse avec l'arrivée en France des bandelettes sous-urétrales (1998) et du Botox (2013) : une période où il a fallu développer et former les collègues à ces avancées. Passionnant aussi le travail de direction avec la HAS des recommandations de la prise en charge des complications de la chirurgie prothétique de l'incontinence urinaire et du prolapsus (2023).

Sur le plan hospitalier, après le départ inattendu de Vincent Ravery pour la Guyane, me voilà chef de service d'urologie à l'hôpital Bichat, avec toute la complexité administrative que cela implique, le lot quotidien des hôpitaux, où les contraintes peuvent parfois freiner, malgré les expertises, ceux qui se battent pour accomplir leur travail. Merci à toute l'équipe : Evangelos Xylinas, Idir Ouzaid, Adham Kassem, Rana Aoun, Johann Grassano, de m'accompagner chaque jour pour offrir une formation de qualité à nos CCA et nos internes.

Projet en cours : éditer un livre sur l'urodynamique pour défendre les spécificités françaises plus de 30 ans après l'excellent ouvrage de Jean-Marie Buzelin, en collaboration avec Gérard Amarenco, Xavier Deffieux et la complicité de la plupart des enseignants français de la thématique. Parution le 6 mars 2026 !

**Jean-François HERMIEU**

**Prix Dominique Chopin à :**  
**Frédéric PANTHIER**

Recevoir le prix Dominique Chopin est plus qu'une surprise, une valorisation du travail d'équipe initié par mon mentor et Chef de Service le Pr Olivier Traxer, qui est un maître de l'alliance Innovation-Recherche-Application clinique. C'est bien sous son impulsion et en voyant le travail du Dr Haddad (alors en Master 2) et des Fellows (Dr Michele Talso et Esteban Emiliani) que j'ai découvert le monde de la recherche. Il a été bien sûr nécessaire que je canalise mon tempérament pour collaborer avec nos collègues chercheurs et ingénieurs de l'Ecole des Arts et Métiers et du Laboratoire PIMM. Je profite d'ailleurs de cette occasion pour remercier le Dr Laurent Berthe, directeur de Recherche au CNRS et au PIMM, ainsi que le Dr Mechbal, directeur du PIMM, qui nous accueillent et nous soutiennent dans notre démarche singulière. Je ne peux d'ailleurs pas oublier de remercier le Pr Steeve Doizi, mon duo avec lequel nous avons tant partagé, échangé. Je remercie aussi chaleureusement mon autre mentor, le Pr Arnaud Méjean, sans qui je ne serais pas devenu urologue aujourd'hui, qui a vu en moi la nécessité de poursuivre mes travaux de recherche et dont le soutien dépasse l'éloignement géographique, à la hauteur de mon admiration pour le leader et le chirurgien qu'il est.

Ce prix m'est décerné mais il récompense une équipe grandissante (Dr Marie Chicaud, Dr Stessy Kutchukian, Dr Marie-Lou Letouche pour ne citer qu'elles). Voir nos jeunes collègues progresser dans leur parcours est une vraie récompense ainsi qu'une fierté.

Ces projets sont possibles grâce à l'Association Française d'Urologie et son investissement pour la recherche clinique et fondamentale, mission qui j'espère s'inscrira toujours dans les années à venir. En effet, l'AFU m'avait soutenu pour mon master 2 puis ma mobilité à l'étranger et sans elle, ces projets n'auraient pas vu le jour.

L'AFU est aussi à l'origine de la création du groupe FUTUR, permettant de faire collaborer et avancer des jeunes urologues français. J'ai pu ainsi m'assurer que ma motivation n'était pas singulière et que l'innovation en Urologie est riche.

Notre thématique de recherche (endourologie et laser) a été mise en lumière cette année au travers de ce prix, du Prix René Küss (décerné au Pr Olivier Traxer) et via le rapport de l'AFU. La connaissance des outils disponibles au bloc opératoire est notre responsabilité en tant qu'utilisateur ; le laser est une technologie exceptionnelle mais également dangereuse et nos travaux ont toujours eu pour but d'assurer la sécurité d'utilisation des lasers chirurgicaux, bien avant l'efficacité ou la rapidité de traitement. Nous espérons que la communau-

té urologique bénéficiera de nos travaux de recherche pour une utilisation raisonnée des lasers au bloc opératoire.

Concernant les autres projets, nous l'avons vu au dernier CFU, l'intelligence artificielle est désormais une thématique à part entière en urologie. Ce domaine est en pleine expansion et c'est bien dans cette direction que nous comptons poursuivre nos efforts tant sur le plan national (via le comité SNDS IA dirigé par notre expert incontesté Zine-Eddine Khene) qu'international (via les groupes IA de l'EAU).

Recevoir ce prix signifie aussi que d'autres ne l'ont pas reçu. Leur travail sera sans aucun doute récompensé dans les années à venir.

J'aurais enfin un mot pour la personne qui m'accompagne au quotidien et sans qui je n'aurais pas la possibilité de mener ces projets.

Frédéric PANTHIER

**Prix de l'Innovation René Küss à :**  
**Olivier TRAXER**

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



Remise des prix, de gauche à droite : Frédéric Panthier, Prix Dominique Chopin ; Georges Fournier, Président du 119<sup>e</sup> CFU, Alexandre de la Taille, Président de l'AFU 2022-2025 ; François Rozet, Prix de la Meilleure Communication Orale du Congrès 2025 ; Olivier Traxer, Prix de l'Innovation René Küss ; Arthur Peyrottes, Prix du Meilleur Relecteur du French Journal of Urology 2025.



## Transmission, innovation et lucidité

À la suite de la remise du Prix René Küss, j'ai pu échanger avec le professeur Traxer autour de ce que représentait pour lui cette distinction, mais aussi du chemin parcouru par l'endo-urologie qu'il a adoptée depuis ses débuts.

Il évoque bien sûr la fierté associée à cette reconnaissance française, après un parcours jusqu'alors davantage marqué par des distinctions internationales. Mais très vite, la discussion s'oriente vers ce qui a, selon lui, toujours donné du sens à son engagement depuis plus de vingt-cinq ans : la transmission. L'encadrement des fellows, à travers les masters et les thèses, n'est pas seulement un fil conducteur de son parcours, mais aussi un moteur essentiel de l'innovation, permettant à celle-ci de se renouveler et de s'inscrire dans la durée.

Le calendrier donne d'ailleurs à cette distinction une résonance particulière. Elle intervient la même année que la publication du rapport de l'AFU sur les lasers en endo-urologie, un domaine qu'il suit depuis ses débuts, et dont deux de ses anciens fellows étaient rapporteurs. Une forme de continuité générationnelle qui contraste avec les débuts parfois difficiles de cette innovation.

« Au départ, l'endo-urologie suscitait surtout des réticences, parfois très marquées. Quand je présentais cette technologie, il m'arrivait d'être franchement bousculé », se souvient-il, évoquant une époque où la pratique manquait encore de codification et de validation clinique.

Cette ténacité, il l'attribue en grande partie à l'influence du Pr Pearle, à Dallas, qui a été une mentore déterminante durant son fellowship aux États-Unis. « C'est en la voyant pratiquer, très concrètement, que j'ai été convaincu de l'utilité et de la nécessité de m'engager dans cette voie », explique-t-il.

Pour le professeur Traxer, le véritable tournant en France se situe au début des années 2000. Après une période faite de rejet ou, à l'inverse, d'une prudence parfois excessive, l'endo-urologie commence alors à se structurer. Il évoque cette phase comme un moment charnière auquel il a eu la chance de participer pleinement,

marqué par des débats parfois vifs, reflet d'une discipline en construction.

Il cite notamment un débat entre le Pr Jean-Romain Gautier, inventeur de l'urétéroscopie rigide diffusée à l'international (qu'il estimait capable de traiter jusqu'à 95 % des calculs) et le Pr Lechevallier, qui introduisait au même moment l'urétéroscopie souple en pratique clinique.

Il rappelle que ce cheminement n'est en rien spécifique à l'endo-urologie. La laparoscopie, introduite par Claude Abbou, a suivi une trajectoire comparable : des débuts discutés, critiqués, avant de s'imposer progressivement comme une technique de référence.

« Nous sortions clairement de notre zone de confort », résume-t-il.

Entre 2000 et 2010, il sillonne ainsi la France pour présenter ces nouvelles techniques et en faire la démonstration. Une période formatrice, mais aussi complexe, dans un contexte où le manque de recul clinique suscitait encore de nombreuses réticences et où l'absence de codage CCAM, qui n'interviendra qu'à partir de 2007, compliquait leur diffusion.

Lorsqu'il parle d'innovation, le professeur Traxer le fait sans dogmatisme. « Dans l'innovation, on ne doit pas tout accepter », insiste-t-il, rappelant l'importance d'une transparence totale sur les complications et les risques. Pour lui, c'est une condition indispensable à une adoption raisonnée, durable et finalement bénéfique pour la communauté.

Il explique la trajectoire naturelle de l'innovation : « Elle débute par un fort enthousiasme, parfois proche de l'engouement, puis vient une phase d'expérimentation marquée par l'apparition de complications, suscitant des freins, avant d'atteindre une véritable maturité ».

En conclusion de cet échange, il revient avec simplicité sur l'importance de la transmission et de l'accompagnement des plus jeunes. À l'hôpital Tenon, il s'attache à faire vivre cette notion de *legacy*, héritée de son expérience américaine, afin de « laisser aux nouvelles générations la possibilité de s'approprier l'innovation, et parfois même de la dépasser ».

Olivier TRAXER

Prix de la meilleure communication orale du congrès 2025 à :

François ROZET

Prix du meilleur relecteur du *French Journal of Urology* à :

Arthur PEYROTTE

**Blandine TAMARELLE : Bonjour Arthur, est-ce que tu peux nous parler un peu de ton parcours ?**

Arthur PEYROTTE : *Oui, bien sûr. Je viens de Cannes, j'ai fait mon externat à Lyon puis mon internat à Paris. En ce moment, je suis docteur junior à l'hôpital Henri-Mondor chez monsieur de la Taille, et l'an prochain je rejoindrai l'équipe de Monsieur Méjean à l'HEGP. Après ça, a priori, je me dirige vers une année de mobilité avant de prendre un poste de CCA à Saint-Louis chez monsieur Desgrandchamps.*

**Qu'est-ce qui t'a donné envie de participer à la relecture d'article ?**

*Depuis le début de mon internat, j'ai toujours aimé la lecture d'articles. Ce travail plutôt scientifique a vraiment marqué mon parcours, et je me suis toujours senti attiré par ce côté-là.*

**Et quels sont tes domaines de prédilection ?**

*J'ai commencé lorsqu'on m'a sollicité au World Journal of Urology. Au départ c'était du « tout venant » et puis, petit à petit, j'ai commencé à m'orienter. Aujourd'hui je relis majoritairement pour le French Journal of Urology et un peu pour l'European Urology Oncology. Ce qui me passionne le plus, c'est le cancer de la prostate et le développement durable.*

**Maintenant que tu relis régulièrement des articles, est-ce que tu trouves que le niveau d'anglais s'est amélioré puisque que la revue d'urologie française est passée à l'anglais ?**

*Globalement les articles sont de mieux en mieux construits, on voit qu'ils se sont nettement améliorés, à la fois dans leur structure mais aussi dans leur niveau d'anglais.*

**Penses-tu que l'intelligence artificielle (IA) y soit pour quelque chose ?**

*Probablement, oui. On repère assez facilement ceux qui ont été réalisés avec*



*l'IA. Certains articles sont presque entièrement produits ainsi, d'autres l'utilisent vraiment intelligemment pour enrichir le contenu. Et à l'inverse, quand on tombe sur des textes avec des lacunes en anglais, on voit tout de suite que l'IA n'y a pas contribué.*

#### Est-ce que tu penses que l'IA peut augmenter le potentiel de réflexion ?

*À mon avis, on ne pourra plus s'en passer. Ceux qui l'utiliseront intelligemment en tireront un vrai bénéfice, et ceux qui ne s'y intéressent pas risquent effectivement d'être dépassés. C'est un outil facile d'accès, gratuit et extrêmement puissant, à tout point de vue ! Le vrai problème réside dans la fiabilité que nous pouvons y accorder, c'est même là le seul frein à son usage...*

#### Et finalement pour toi, qu'est-ce que la relecture t'apporte ?

*Pour moi, c'est une manière de contribuer à notre discipline et notre communauté. J'ai moi-même eu la chance d'avoir été relu par des collègues dont les retours m'ont vraiment aidé, avec des remarques de qualité et d'une grande pertinence qui ont amélioré mes travaux. J'aimerais pouvoir apporter la même chose. Et puis lire régulièrement me permet de confronter les références aux études récentes, de faire des recoupements, d'aller un peu plus loin dans la réflexion. C'est ce que j'essaie d'apporter à mon tour.*

Arthur PEYROTTE  
Propos recueillis par  
Blandine TAMARELLE

### CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AFU 2025-2028

*Président*  
Antoine FAIX

*Vice-président*  
Yann NEUZILLET

*Secrétaire général*  
Julien BRANCHEREAU

*Secrétaire général adjoint*  
Paul MÉRIA

*Trésorière*  
Nadia ABID

*Trésorière Adjointe*  
Caroline THUILLIER

*Vice-présidente déléguée  
à la communication*  
Caroline PETTENATI

*Membres*  
William AKAKPO  
Olivier ALEND  
Stéphane BART  
Jean-Baptiste BEAUVAL  
Karim BENSALAH  
Gaëlle FIARD  
Xavier GAMÉ  
Didier LEGEAIS  
Richard MALLET  
Pierre MONGIAT-ARTUS  
Marie-Aimée PERROUIN-VERBE  
Benoît PEYRONNET  
Véronique PHÉ  
Géraldine PIGNOT  
Benjamin PRADÈRE  
François ROZET  
Olivier TRAXER

### Le rapport du 119<sup>e</sup> CFU

Le programme du samedi était tout aussi enrichissant et instructif, avec un rapport sur **les lasers en endo-urologie**, présenté par un trio d'experts :

- Nadia Abid (Hôpital Edouard Herriot, Lyon)
- Steeve Doizi (Hôpital Tenon, Paris)
- Frédéric Panthier (Hôpital Tenon, Paris)

Ce rapport a fait toute la lumière sur les lasers en 2025 toujours plus performants. Après avoir retracé leur évolution, il soulignait l'importance du réglage maîtrisé pour allier efficacité et sécurité du patient. Leur place omniprésente en urologie, du rein, à la prostate ou la vessie, il s'agissait de couvrir tous les pans d'utilisation possible de ces lasers aux performances nettement améliorées : pour les calculs du rein tant en urétéroscopie (avec le laser Thulium fibré facilitant le *dusting*) qu'en mini-percutanée (avec l'holmium:YAG comme référence), pour les tumeurs urothéliales ou pour l'hypercentrophie prostatique entre énucléation et vaporisation. Il s'est conclu sur les risques tant pour les patients (brûlures cutanées ou lésions thermiques, sténoses urétérales, complications vasculaires), les personnels (atteinte oculaire, cutanée et même auditive) ou l'équipement (casse). La règle d'or : ne pas dépasser les 10-15 Watts dans l'urètre et les 20-25 Watts dans le rein, éviter les hautes fréquences et se méfier des pré-réglages.

### Studieux mais aussi bon vivant

Ce sont aussi des moments conviviaux qui ont permis de rassembler nombre de participants à ce congrès avec une nouvelle soirée intergénérationnelle qui a eu un franc succès.

Remerciements également aux intervenants des multiples sessions et des enseignements toujours matinaux malgré le rythme soutenu des journées et soirées précédentes.

### Année électorale pour l'AFU avec ses 52 candidats : quelle campagne !

Entre les fils de discussion WhatsApp et les débats improvisés dans les couloirs, difficile d'échapper aux rumeurs et au petit *gossiping* qui accompagnent toute élection.

Grâce au vote électronique – et donc possible à distance – la participation a nettement augmenté, apportant un suspens terrible avant le résultat final.



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

Merci aux Dr Vassili ANASTAY (Toulon), Dr Laure BETTLER (Dijon), Dr Marie CHICAUD (Limoges) et Dr Igor DUQUESNE (Paris) pour la synthèse qu'ils ont faite de ce congrès.

- **Laser et lithotritie** : montée des hautes fréquences mais limites strictes ( $\leq 15$  Hz dans l'uretère,  $\leq 30$  Hz dans le rein, irrigation continue froide), révolution de l'aspiration, émergence du concept de *Stone Sense* distinguant tissu/calcul pour plus d'efficacité.
- **Infectiologie** : cf supra avec les nouvelles recommandations du CIAFU, si ECU : J-10, ttt J-2, naissance du concept de la « cystite de l'homme », intérêt des antibiothérapies plus courtes.
- **Incontinence et statique pelvienne** : baisse de 50 % des BSU, fin des TOT, TVT seule, importance de la décision partagée, et kiné 1<sup>re</sup> intention restent les mots d'ordre dans le guide de la pratique clinique.
- **Prostate** : biopsies systématisées discutées (disparition dans les reco EAU mais encore présentes pour celles de l'AFU), le TEP-PSMA affiné, lutétium en essor et qui remonte les lignes de traitement.
- **HBP** : place du mini-invasif et personnalisation des prises en charges chirurgicales.
- **Contraception masculine** : hormonale hors AMM : efficacité mais durée limitée.
- **Robot et IA** : forte expansion avec nombreuses modélisations 3D. Intérêt mais prudence d'un point de vue éthique, d'impact écologique et la nécessité d'une formation pour un usage adapté de l'IA.
- **Neuro-urologie** : intérêt des thérapies type Exime, Bulkamid, laluril dans ces populations.
- **Pédiatrie** : infection = sondage + écho ; syndrome obstructif respiratoire à dépister dans l'énurésie (ronflement de l'enfant = bilan ORL).
- **Vessie** : intérêt croissant de l'IRM avant résection, immunothérapie systématique dont les indications restent encore très sélectives avec l'Essai ALBAN négatif. Poursuite de la recherche de Biomarqueurs avec le registre TVNIM de l'AFU.
- **Rein** : discussion sur la place de la radiothérapie en alternative dans certains cas, retour sur l'étude Pnelop sur l'effet des basse pression sur la douleur post-opératoire.

- **Cancer du penis** : nouveau registre National rétrospectif Pégase.
- **Transplantation** : robotique et simulation.
- **Pédagogie** : travail sur la surconfiance chez les internes et l'intérêt pour les carrières universitaires.

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

Je conclurai en reprenant les mots du Pr Jean-Luc Descotes, président du 120<sup>e</sup> CFU en 2026 : ce congrès offrait un mélange harmonieux de données scientifiques et de convivialité.

Vivement l'année prochaine !

Blandine TAMARELLE





Caroline  
PETTENATI

## Matinale des généralistes

Fort du succès rencontré en 2024, nous avons renouvelé cette année la session dédiée aux médecins généralistes le samedi matin du CFU. Le format court, sur une matinée, le jour choisi et l'accès gratuit sont autant d'atouts favorisant les inscriptions.

Le programme a été établi de concert avec 2 confrères généralistes (Dr Michael Bohbot et Dr Edouard Piette), pour coller au plus près des attentes que pouvaient avoir les participants. Essai transformé avec une belle session, interactive, où la parole est libérée et les échanges riches d'enseignement. Si les généralistes peuvent y mettre à jour leurs connaissances sur les sujets choisis et spécifiques à l'urologie, je pense que les urologues présents y apprennent beaucoup également.

Tout d'abord, on y bénéficie d'un condensé pratique sur plusieurs thématiques, toujours utile au quotidien. Mais surtout, on y découvre aux côtés de nos confrères, les réalités du terrain de la médecine de premier recours, le fonctionnement des CPTS et les difficultés rencontrées dans leur quotidien. Ecouter les échanges m'a permis d'identifier des projets futurs que je souhaite mettre en place sur mon site de travail pour une meilleure coordination ville-hôpital.

Les interactions ont aussi permis de soulever les sujets qui pourraient faire de belles tables rondes, notamment sur le dépistage du cancer de la prostate et l'attitude à avoir devant une hausse du PSA.

Un futur amphitheâtre Havane plein avec sur scène, généralistes et spécialistes pour échanger sur le sujet ? Nous verrons ce que l'avenir nous réserve. Mais une chose est sûre, la session du samedi matin est à renouveler pour 2026.

Je vous invite toutes et tous à communiquer les dates et transmettre le programme dès qu'il est finalisé à vos correspondants (avec vos courriers de consultation par exemple, ce que je fais depuis 2 ans) pour que chaque année puisse voir venir des participants encore plus nombreux et faire de cette session un des moments incontournables de notre congrès annuel car la médecine de demain attend de nous une meilleure coordination des soins.

Retour du Dr Edouard Piette, médecin généraliste à Gennevilliers et orateur lors de la session.

### • Ce que vous avez apprécié

*La diversité des interventions, la qualité des intervenants (avec respect du temps imparti pour les échanges), le choix des thèmes présentés.*

### • Ce que vous souhaiteriez pouvoir aborder dans le futur

- Contraception masculine
- Nycturie, les bons réflexes
- Hématurie : dois-je m'inquiéter ?
- Cystites à répétition : infection ? Vessie hyperactive / neurologique / interstitielle ? Suspicion de cancer ?
- Dépister ou ne pas dépister ? Les enjeux du dépistage - ou bien « les mythes autour du dépistage »
- Le PSA chez l'homme asymptomatique
- La cystite de l'homme : une nouvelle réalité

### • Les messages que vous retenez et ceux que vous souhaiteriez nous partager

*Cette matinée est une bonne initiative. Il faut veiller à rester proche des soins primaires et du rôle du médecin généraliste.*

*Il sera important, en répétant cette matinée, d'identifier au fur et à mesure les actualités urologiques pertinentes.*

### • Les axes d'amélioration possible pour la session 2026

*À chaque fois que possible, faire des présentations en binôme urologue / médecin généraliste (ou autre profession spécialisée dans la thématique). Par exemple, incontinence urinaire d'effort avec un.e kiné spécialisé.e ? Cystite de l'homme avec un.e infectiologue ?*

*Communiquer dès que possible auprès des médecins généralistes (via les CPTS et courrier réponse des urologues).*

Caroline PETTENATI



# L'urologie au Cambodge et l'AFU : d'une reconstruction silencieuse à un rendez-vous avec l'histoire

Regards croisés de Véronique PHÉ, Bou SOPHEAP et Marady HOUR

Quand on parle d'urologie au Cambodge, il faut d'abord se souvenir que ce pays a dû reconstruire son système de santé à partir de presque rien après les années noires du régime khmer rouge. La faculté de médecine de Phnom Penh, créée dans les années 1960 sous forte influence française, a vu disparaître la quasi-totalité de son corps professoral en 1975. Il a fallu réouvrir, réinventer, reformer... souvent avec l'appui de coopérations internationales, au premier rang desquelles la coopération française.

Dans ce contexte, l'urologie cambodgienne s'est développée en silence, avec ténacité, à l'ombre des grandes capitales universitaires asiatiques. Ce développement doit beaucoup à quelques figures pionnières, dont le Pr Claude Dumurgier, qui a très tôt compris que la reconstruction passerait par la formation sur place et par des échanges structurés entre la France et le Cambodge. Comme le rappelle le Pr Bou Sopheap, président de l'Association Cambodgienne d'Urologie (ACU), d'autres grands noms de la chirurgie et de l'urologie françaises ont aussi joué un rôle déterminant : les Professeurs Jacques Baulieux, Philippe Mangin et Xavier Martin, qui ont accompagné la relance de la formation chirurgicale et urologique à Phnom Penh.

## Une histoire qui parle aussi de l'AFU

Parler d'urologie au Cambodge, ce n'est pas raconter une parenthèse lointaine : c'est revenir à l'une des dimensions profondes de la mission de l'AFU.

Dans ses statuts, l'AFU s'est donné pour objectifs de former, de soutenir la recherche, d'améliorer la qualité des soins en urologie, et de favoriser le rayonnement international de la spécialité, en particulier dans l'espace francophone. La relation



Véronique PHÉ

avec le Cambodge coche depuis plus de vingt ans chacune de ces cases.

À partir du milieu des années 1990, les Journées de chirurgie du Cambodge, organisées sous l'égide de la Société Cambodgienne de Chirurgie et avec le soutien de l'Académie Nationale de Chirurgie, deviennent le cadre naturel de cette collaboration. Des équipes françaises y participent régulièrement, en urologie comme dans d'autres disciplines, avec un axe constant : la formation et la transmission sur place.

En 1999, l'ACU est fondée. En 2002, elle est officiellement parrainée par l'AFU lors d'une séance solennelle, sous la présidence du Pr Philippe Mangin. Ce parrainage n'est pas un simple geste symbolique : il acte la reconnaissance d'une jeune société savante et engage l'AFU à l'accompagner dans sa structuration scientifique.

Depuis, plus de trente FFI et jeunes chirurgiens khmers ont été formés dans des services d'urologie français. Beaucoup sont aujourd'hui les urologues qui font vivre la spécialité au Cambodge, dans les hôpitaux de Phnom Penh et de province. Pendant de longues années, les thèses, une partie des enseignements et des réunions scientifiques se déroulent encore en français.

Dans une région largement anglophone, cette persistance de la francophonie médicale est un trait fort : elle donne à l'AFU une responsabilité particulière, mais aussi un levier unique pour faire vivre une urologie francophone réellement mondiale.

## Une coopération au long cours, profondément francophone

Sur ce terreau s'est construite une coopération au long cours entre l'ACU et l'AFU. Elle ne se résume ni à quelques voyages, ni à des gestes ponctuels : c'est un travail patient de structuration, de transmission et d'amitié professionnelle.

En mars 2024, cette histoire s'est prolongée avec une nouvelle mission à l'hôpital Preah Kossamak à Phnom Penh, organisée autour d'une masterclass d'urologie. Aux côtés de Richard Mallet, d'Olivier Traxer et Franck Bladou et moi-même, nous avons proposé des cours autour de la lithiase, du cancer du rein, de la chirurgie de l'HBP et de l'incontinence urinaire, en étroite collaboration avec les équipes locales.

Ce n'était pas seulement une mission de plus sur une liste déjà longue, mais la rencontre très concrète entre une équipe française profondément attachée au peuple cambodgien et une communauté médicale incroyablement motivée, curieuse, rigoureuse, désireuse de progresser ensemble. Les internes, les jeunes urologues et les urologues seniors cambodgiens ont rempli les salles de cours, posé des questions précises, partagé leurs difficultés de terrain et leurs solutions.

Au fil des échanges, on comprenait que l'enjeu dépassait largement les cas cliniques : il s'agissait de construire une confiance réciproque, une amitié professionnelle durable et un langage commun en urologie fait de science, de francophonie et d'un profond respect pour les patients que nous soignons, des deux côtés du monde.

Véronique PHÉ



Bou Sopheap et Véronique Phé à l'hôpital Preah Kossamak à Phnom Penh



Phana Phuong, Bou Sopheap, Véronique Phé, Franck Bladou, Richard Mallet, Olivier Traxer et Chanty Ny (Directeur adjoint de l'hôpital Preah Kossamak) lors de la mission AFU à Phnom Penh en mars 2025

**A**u sortir du conflit, le Cambodge ne compte plus qu'un nombre infime de médecins. Il faut tout rebâtir : hôpitaux, faculté, spécialités. Dans ce paysage, l'hôpital Preah Kossamak à Phnom Penh devient l'un des centres chirurgicaux majeurs du pays et voit naître l'une des premières unités dédiées à l'urologie, sous l'impulsion du Dr Prak Seng Huor.

En 2018, on recense déjà plus de 40 urologues certifiés et des services d'urologie identifiés dans plusieurs hôpitaux de référence. Aujourd'hui, l'urologie cambodgienne a franchi une nouvelle étape :

- environ 80 urologues exercent dans le pays ;
- 48 urologues travaillent à Phnom Penh, répartis sur plusieurs grands hôpitaux (Preah Kossamak, Khmer-Soviet Friendship Hospital, Calmette, hôpital militaire Preah Ket Mealea, Preah Ang Doung, Loung Mé, Techo Santepheap) ;
- 8 urologues exercent dans les hôpitaux de province (Battambang, Siem Reap, Kampong Cham, Banteay Meanchey, Kampong Speu...).

Depuis 2014, un DES d'urologie de 4 ans a été instauré à l'Université des Sciences de la Santé de Phnom Penh. Un concours national permet de recruter 10 nouveaux résidents par an ; trente résidents sont ac-



Bou SOPHEAP

## L'Association Cambodgienne d'Urologie vue de l'intérieur



tuellement en formation. Le cursus articule enseignements théoriques, stages dans les grands centres de la capitale et rotations en province.

L'ACU compte désormais près de 90 membres. Elle organise un congrès annuel, ainsi que des symposiums et des cours intercurrents, en particulier à destination des résidents. Elle est membre de l'Urological Association of Asia (UAA) et renforce progressivement ses liens avec d'autres sociétés savantes.

### Pratique quotidienne, défis et spécificités épidémiologiques

Les urologues cambodgiens ont un exercice très polyvalent, couvrant la majorité des domaines de la spécialité :

- lithiase urinaire, extrêmement fréquente et parfois compliquée ;
- HBP et troubles mictionnels du sujet âgé ;
- infections urinaires et uropathies infectieuses sévères ;
- urologie fonctionnelle et neuro-urologie (incontinence, vessies neurologiques, prolapsus) ;
- traumatologie urologique ;
- cancers urologiques (vessie, prostate, rein, pénis) ;
- urologie pédiatrique (malformations, reflux, hypospadias, lithiase).

La charge de lithiase est particulièrement lourde et de nombreux cancers restent diagnostiqués à un stade avancé, ce qui influence les stratégies thérapeutiques.

Sur le plan technique, les principaux centres disposent aujourd'hui :

- d'un arsenal d'endo-urologie (TURP, URS rigide et souple, PCNL, laser Holmium), avec les premières expériences de Ho-LEP ;
- de la chirurgie ouverte, encore très présente ;
- d'une cœlioscopie en développement (kystes rénaux, varicoèles, lithiases, néphrectomies de reins non fonctionnels).

La chirurgie robotique n'est pas encore implantée. Les limites majeures restent le coût et la maintenance des équipements, ainsi que l'accès aux techniques avancées en dehors de Phnom Penh.

L'accès aux soins urologiques se fait le plus souvent par consultation directe auprès des urologues, parfois via des médecins généralistes. Le financement repose encore largement sur le paiement direct par les patients, même si des dispositifs d'assurance se développent. Certains patients, lorsqu'ils en ont les moyens, continuent à se rendre à l'étranger pour des soins spécialisés.

### Une société savante résiliente, tournée vers l'avenir

En 2022, le Pr Bou Sopheap devient le troisième président de l'ACU, ouvrant une nouvelle phase de modernisation et de croissance. Sous sa présidence, l'association consolide ses partenariats avec l'UAA, l'AFU, l'EAU et plusieurs programmes de formation régionaux et internationaux, en particulier pour le développement de surspécialités.

Les priorités pour les 5 à 10 prochaines années sont clairement affichées :

- développer les surspécialités (uro-oncologie, urologie fonctionnelle, lithiase et, surtout, transplantation rénale pour offrir une alternative locale aux patients insuffisants rénaux) ;
- renforcer la qualité des soins et la recherche clinique ;
- créer un Journal Cambodgien d'Urologie ;
- élaborer des recommandations nationales pour harmoniser la pratique.

Dans les mots de Bou Sopheap : « *Le développement de l'ACU reflète la résilience, le dévouement et l'engagement durable de toutes celles et ceux qui ont œuvré sans relâche pour faire progresser l'urologie au Cambodge. Nous honorons leur mémoire et leur contribution, et c'est avec une grande fierté que nous poursuivons leur mission* ».

### De la verticalité à la réciprocité

Longtemps, la relation a été perçue comme allant surtout de la France vers le Cambodge. Aujourd'hui, il est indispensable de reconnaître ce que l'urologie cambodgienne apporte à la réflexion française et européenne :

- savoir-faire face à une pathologie lithiasique de masse ;
- gérer des infections sévères dans un contexte tropical ;
- adapter l'endo-urologie, la cœlioscopie et les lasers à des ressources limitées ;
- organiser des soins spécialisés dans un pays où une part importante de la population vit loin des centres tertiaires.

Dans un contexte où les systèmes hospitaliers européens sont eux aussi sous tension, cette capacité à faire bien, durablement, avec des moyens comptés est une source d'inspiration. Les échanges ne relèvent plus seulement d'un transfert descendant, mais d'une circulation de savoirs dans les deux sens.

### CFU 2025 : la Société Cambodgienne d'Urologie, société invitée d'honneur

L'invitation de la Société Cambodgienne d'Urologie comme société invitée d'honneur au Congrès Français d'Urologie 2025 s'inscrit pleinement dans cette dynamique et dans la mission statutaire de l'AFU.

Elle a permis :

- une session conjointe AFU-ACU où les urologues cambodgiens ont présenté leurs réalités de terrain, leurs résultats et leurs priorités ;
- des communications scientifiques à part entière (par exemple sur les résistances bactériennes ou la prise en charge de la lithiase en contexte tropical), discutées au même niveau que celles des équipes européennes ;
- la signature de conventions de membres entre l'AFU représentée par Alexandre de la Taille et l'ACU, reconnaissant officiellement la société cambodgienne comme partenaire à part entière dans la « maison AFU ».

Pour celles et ceux qui suivent ce dossier depuis les premières missions, ce moment a eu la saveur d'un rendez-vous avec l'histoire : une trajectoire de plus de vingt ans se matérialise dans l'enceinte même du CFU.

**Bou SOPHEAP, Président de l'Association Cambodgienne d'Urologie**  
Propos recueillis par Véronique PHÉ



Georges Fournier (Président du CFU 2025) et Alexandre de la Taille (Président de l'AFU 2022-2025) remettent la Médaille Félix Guyon à Bou Sopheap (Président de l'ACU) lors de la séance officielle du 119<sup>e</sup> Congrès Français d'Urologie

**P**our donner un visage concret à la coopération entre l'AFU et l'ACU, il suffit d'écouter le parcours de Marady Hour, interne cambodgien en urologie qui a été en stage à l'hôpital Tenon (AP-HP) entre novembre 2024 et octobre 2025.

Étudiant à l'Université des Sciences de la Santé de Phnom Penh (la plus grande université de santé du pays) il a commencé à apprendre le français en entrant à la faculté, dans un système éducatif encore marqué par l'influence française depuis la période de protectorat, où le français reste présent dans de nombreux enseignements médicaux. À son arrivée en France, la langue a d'abord été un défi : peu de pratique, un accent difficile à apprivoiser, et la nécessité de tout comprendre très vite dans un environnement hospitalier exigeant. En quelques semaines pourtant, il décrit une adaptation rapide : au bout d'un mois, puis encore davantage au deuxième, il se surprend à progresser et réalise que le français « *n'est finalement pas aussi difficile* » qu'il le pensait. Très exigeant avec lui-même, il ne le dira pas ainsi, mais il parle en réalité un Français presque parfait. Il insiste surtout sur la chaleur de l'accueil et la bienveillance des équipes qui l'ont aidé à trouver sa place.

## Témoignage

Marady HOUR,  
Interne cambodgien en urologie  
à l'hôpital Tenon

Au-delà des compétences techniques, Marady souligne combien ce stage a été un travail sur lui-même. Le rythme soutenu, la précision attendue au bloc, la responsabilité clinique l'ont amené à développer une discipline personnelle plus solide. Au fil des mois, il apprend à mieux gérer le stress de la chirurgie, à anticiper, à prioriser, à rester concentré dans la durée. Il insiste sur le fait que cette évolution vient d'un cadre exigeant et protecteur : c'est en observant la manière dont l'équipe discute les dossiers, pèse les risques, partage les décisions, qu'il s'approprie une culture de rigueur, de réflexion clinique et de décision éclairée.

Un autre bénéfice majeur, pour lui, est l'accès direct aux recommandations de bonnes pratiques de l'AFU. Ces recommandations, régulièrement mises à jour, lui apparaissent comme une véritable boussole : elles offrent une vision claire et



Thibault Germain, Marady Hour et Olivier Traxer en salle de staff d'urologie à l'hôpital Tenon, AP-HP

hiérarchisée des stratégies diagnostiques et thérapeutiques et l'aident à structurer sa démarche clinique autour des preuves scientifiques. Il constate cependant qu'en Asie du Sud-Est, et en particulier au Cambodge, certaines options thérapeutiques recommandées ne sont pas encore disponibles, que ce soit en urologie fonctionnelle, cancérologique ou endoscopique. Loin de vivre ce décalage comme une frustration, il y voit une réserve de réflexion : cette double exposition lui donne des outils pour adapter les recommandations internationales aux moyens locaux et imaginer des solutions pertinentes et réalistes pour ses futurs patients.

À Tenon, Marady a la chance de participer à un grand nombre d'interventions, « *y compris au robot* », et de découvrir des opérations qu'il n'avait jamais vues au Cambodge, notamment en urologie fonctionnelle. En parallèle, il s'immerge dans la culture française (littérature, art, gastronomie, vie quotidienne) et découvre la richesse des diplômes universitaires et des réseaux professionnels qu'il commence à tisser. Il résume son expérience avec simplicité : lorsqu'il retournera au Cambodge, il est convaincu qu'il pourra soigner ses patients dans de meilleures conditions, fort de cette double culture urologique, de cette expérience partagée entre Phnom Penh et Paris et de la confiance que cette année lui a donnée.

Marady HOUR  
Propos recueillis par Véronique PHÉ

## Une émotion personnelle

**P**our moi, urologue française d'origine cambodgienne et administratrice de l'AFU, cette histoire n'est pas qu'institutionnelle. Voir l'ACU invitée comme société d'honneur au CFU, ses représentants à la tribune, les visages de Phnom Penh dans le quotidien du congrès, c'est une immense fierté : pour mon pays d'origine, pour l'AFU et pour toutes celles et ceux qui ont cru à ce projet depuis le début.

*Quand j'entends le Pr Bou Sopheap rappeler que « le développement de l'ACU reflète la résilience, le dévouement et l'engagement durable de toutes celles et ceux qui ont œuvré sans relâche pour faire progresser l'urologie au Cambodge », je mesure le chemin parcouru et la responsabilité que nous avons de poursuivre cette mission ensemble.*

*Au fond, cette histoire dit quelque chose d'essentiel de ce que je souhaite pour notre communauté : une urologie française ouverte sur le monde, fidèle à sa tradition de francophonie, consciente de ses responsabilités internationales, et convaincue que l'on progresse mieux ensemble que chacun de son côté.*

Véronique PHÉ



Julien  
DEFONTAINES

## The British Association of Urological Surgeons

### JD - Tell us about your association

**WH** - Founded in 1945, the British Association of Urological Surgeons (BAUS) is a UK-based charity and the professional membership association for urologists in the UK.

BAUS exists to promote the highest standard in the practice of urology for the benefit of patients by fostering education, research and clinical excellence. It represents over 2,500 members, including consultants, SAS / LED doctors, trainees, medical students and allied health professionals with its vision being that all those involved in urology are supported to deliver excellent care through lifelong education and training.

Through its work, BAUS plays a central role in shaping cutting-edge, innovative urological services, improving patient outcomes, and providing clinical expertise to national decision makers within the UK healthcare sector.

As an organisation, we hold our flagship annual conference at various venues across the UK - with this year's event being hosted in London for the first time in a generation. The BAUS Annual Scientific Meeting, and its associated trade exhibition, is a three-day conference with major elements of the scientific programme looking closely at both the current UK urology landscape as well as plans for the future. The meeting itself has a plethora of plenary sessions, thematic sessions, specialist sessions, skills and hands-on training courses as well as a number of key guest lectures - where friends and colleagues can meet, socialise and participate in world class urological research, debate and opinion.

Alongside this we host a series of sub-specialty Section meetings throughout the year alongside educational - and often practical - courses for our members to ensure that they are at the cutting-edge of innovation and skills to further their own learning, development and ultimately, their own careers.

### What is the goal of your association?

Our vision as an association is to ensure that all those involved in UK-based urology, and beyond, are supported to deliver excellent care. The core mission of BAUS is to promote the highest standard in the practice of urology for the benefit of patients by fostering education, research and clinical excellence.

### What are your current and future projects?

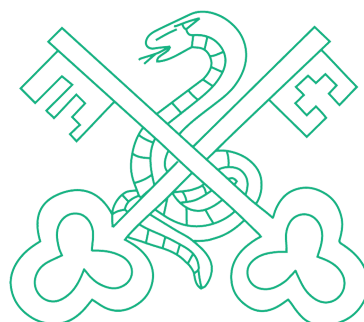
BAUS has a significant number of ongoing work stream projects including but not limited to the following:

#### 1. Widening participation

This encompasses a variety of work streams aiming to broaden the scope of participation within the association and this work has resulted in the development of a code of conduct, a 10 point plan for equality and inclusion, a shadowing program for those wishing to experience participation at all levels of the association, guide to parenthood and more laterally an experience exchange initiative.

#### 2. Sustainability

This new work stream project was officially launched in the autumn 2025 and aims to introduce sustainability into urological care within the British Isles. A 10-point plan has



The British Association of Urological Surgeons



Wes HUTCHINS  
Communications Manager  
British Association  
of Urological Surgeons

been created to direct this project and this is available on the BAUS website.

#### 3. Education review

This comprehensive an ongoing project aims to provide an overview of all the educational offerings available to our members to ensure that all educational gaps are filled and that duplication is avoided

#### 4. International training collaboration

This project aims to open up avenues by which trainees from the British Isles may seek training overseas with a reciprocal arrangement for units within the British Isles to receive and enhance the training of overseas colleagues

#### 5. Annual workforce report

Now on its 20th year this provides us with an overview of the workforce delivering urological care across the British Isles. Included in this report are population and deprivation statistics, consultant numbers, trainee numbers and subspecialist interests within these groups on both a national and regional basis. This enables the association to health direct future workforce planning for specialty

In addition, the six sections within the Association (Andrology and Genito-Urethral Surgery (AGUS), Endourology, Functional and Reconstructive Urology (FRU), Oncology, SAS & Trust Urologists (STU) and BAUS Section of Trainees (BSOT), each have their ongoing projects in relation to their subspecialist field.

### How do you see the future of your association? How do you see the future of the activity of English urologists?

The future of the Association holds great promise with membership increasing every year. With over 2,500 members, BAUS is the unified voice of British urology and is increasingly active and impactful within the political sphere and amongst the healthcare decision-makers in the British Isles.

The Association is increasingly called upon for all matters pertaining to urological care, care provision, workforce planning and future directional strategy.

Within the British Isles 85 to 90% of the urological workload is outpatient based and the future job plan component for urological surgeons will increasingly reflect this with a dominant leaning to outpatient care delivery. Increasingly procedures that were traditionally performed in the operating theatre are transitioning to more local community outpatient-based settings.

### In your opinion, what are the specificities of an English urologist?

British urological surgeons are innovative, accommodating, and flexible. They work within a healthcare setting free at the point

of service upon which there is increasing demand on a continual basis which in real terms is delivered with ever restrictive fiscal budget. This empowers imaginative Healthcare delivery and this is a hallmark of British urological surgeons.

Research is a key component of activity and increasingly large volume data research and collaboration to revise the British approach

Wes HUTCHINS

Propos recueillis par Julien DEFONTAINES

## En direct du CA



Gaëlle FIARD

# Réunion du dernier CA de la mandature le 18 novembre avant le 119<sup>e</sup> CFU

Les administrateurs de l'AFU se sont réunis pour la dernière fois de la mandature à la veille du CFU 2025, le 18 novembre dernier. Voici quelques morceaux choisis de cette journée riche en échanges.

### Des Journées d'Infectiologie de l'AFU en septembre

Visant à combler un manque dans la formation continue des urologues sur un sujet auquel nous sommes toutes et tous confronté(e)s au quotidien, l'organisation des premières Journées d'Infectiologie de l'AFU (JIAFU) à l'initiative de Franck Bruyère a été validée par le Conseil d'Administration. Les dates des 24 et 25 septembre 2026 sont pressenties pour la première édition qui devrait avoir lieu à Tours. À vos agendas !

### Renouvellements à la tête des comités

Le CA du 18 novembre a été l'occasion de renouveler les mandats ou valider les candidatures au poste de responsable de plusieurs comités. À l'issue des présentations des candidat(e)s qui ont permis d'évaluer leurs projets et les actions menées, les candidatures de Charlotte Methorst pour succéder à Eric Huyghe à la tête du CAMS (Comité d'andrologie et de médecine

sexuelle) et Xavier Biardeau pour prendre la suite de Gilles Karsenty au Comité de neuro-urologie ont été validées. Le CA a également renouvelé sa confiance à Souhil Lebdaï pour un second mandat de responsable du CTMH (Comité des troubles mictionnels de l'homme). Enfin, c'est Michaël Baboudjian qui succède à Richard Mallet aux commandes de la Commission Développement Durable, avec des projets particulièrement intéressants comme la création d'un « Éco-score » évaluant l'impact environnemental des différentes options proposées par les recommandations, à l'image du « Nutri-score » de l'industrie agro-alimentaire. Merci aux responsables sortants pour leur investissement et la qualité du travail fourni notamment autour des recommandations qui sont régulièrement intégrées à l'application RecoAFU.

### Un nouveau rédacteur en chef pour le French Journal of Urology

Suite à l'appel à candidatures diffusé par e-mail à l'ensemble des membres de l'AFU, c'est Benoît Peyronnet qui s'est proposé pour reprendre le flambeau à la suite de François Kleinclauss à la tête du tout jeune French Journal of Urology, alors que ce dernier commence à entrer dans l'adoles-

cence et à chercher sa place (et son impact factor) parmi les journaux concurrents. Le CA a été l'occasion d'écouter le candidat présenter sa vision de l'avenir du journal et sa stratégie pour en poursuivre le développement, gage de la visibilité internationale de la recherche française, et de valider sa candidature. Bravo donc à Benoît Peyronnet d'avoir accepté de relever le défi, et merci à François Kleinclauss pour son travail et la gestion de la transition Progrès-French Journal ! Un appel à candidatures est en cours pour former le nouveau Comité Éditorial, ne ratez pas cette occasion de contribuer à mettre en valeur les travaux scientifiques français !

### Et un passage de relais pour la suite !

Il s'agissait du dernier « En direct du CA » de la mandature qui s'est achevée le 22 novembre dernier suite à l'élection du nouveau bureau à qui je passe le relais pour la suite, en espérant que cette rubrique mise en place il y a 3 ans aura permis de mieux comprendre le fonctionnement du CA et de rester au courant des discussions et événements en cours. Ce fut un plaisir et un honneur d'y contribuer !

Gaëlle FIARD



Stéphane BART

# Simulation en santé, l'apprentissage en dynamique

La simulation en santé : un levier majeur pour la qualité et la sécurité des soins

La simulation en santé occupe aujourd'hui une place centrale dans la formation et l'évaluation des médecins. Reconnue comme un outil pédagogique à forte valeur ajoutée, elle permet d'acquérir, d'entretenir et d'évaluer des compétences cliniques, techniques et non techniques, dans un environnement sécurisé, sans risque pour les patients, ni pour les soignants.

Dans le cadre de l'accréditation des médecins, la simulation constitue un levier essentiel d'amélioration continue des pratiques professionnelles. Elle favorise l'analyse des situations à risque, la gestion des événements indésirables graves et le développement d'une culture partagée de la sécurité des soins, conformément aux exigences de qualité portées par les autorités sanitaires. Elle améliore la communication au sein des équipes et l'anticipation de situations potentiellement critiques avec attribution des rôles et définition des besoins humains et techniques.

En formation initiale, la simulation facilite l'apprentissage progressif des gestes, du raisonnement clinique et du travail en équipe, en confrontant les apprenants à des situations réalistes et complexes. Elle permet d'intégrer précocement les principes de sécurité, de communication et de gestion des risques, indispensables à l'exercice médical contemporain.

En formation continue, la simulation s'inscrit dans une démarche de développement professionnel continu (DPC) et d'accréditation, en offrant aux praticiens un espace d'entraînement, de remise à niveau et de réflexion sur leurs pratiques. Elle est intégrée dans le programme d'accréditation qui a été complété afin de remplir le cahier des charges de la certification périodique des médecins, obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023 (<https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/la-certification-periodique-des-professionnels-de-sante>).

Elle contribue à la prévention des erreurs, à l'actualisation des compétences et au maintien d'un haut niveau de performance professionnelle tout au long de la carrière.

Ainsi, en plaçant l'apprentissage expérientiel, le retour réflexif et l'amélioration des pratiques au cœur des parcours de formation, la simulation en santé s'impose comme un outil structurant de l'accréditation des médecins, au service de la qualité, de la sécurité et de l'excellence des soins et l'évaluation des soins en équipe, notamment lors des visites de certification des établissements.

Le forum CFU URORISQ 2025 traitait de ce sujet majeur et il est possible de retrouver des explications détaillées dans AFU académie (<https://www.urofrance.org/formation/simulation-en-sante-definition-historique-formation-initiale-et-continue-competes-techniques-en-urologie/>).

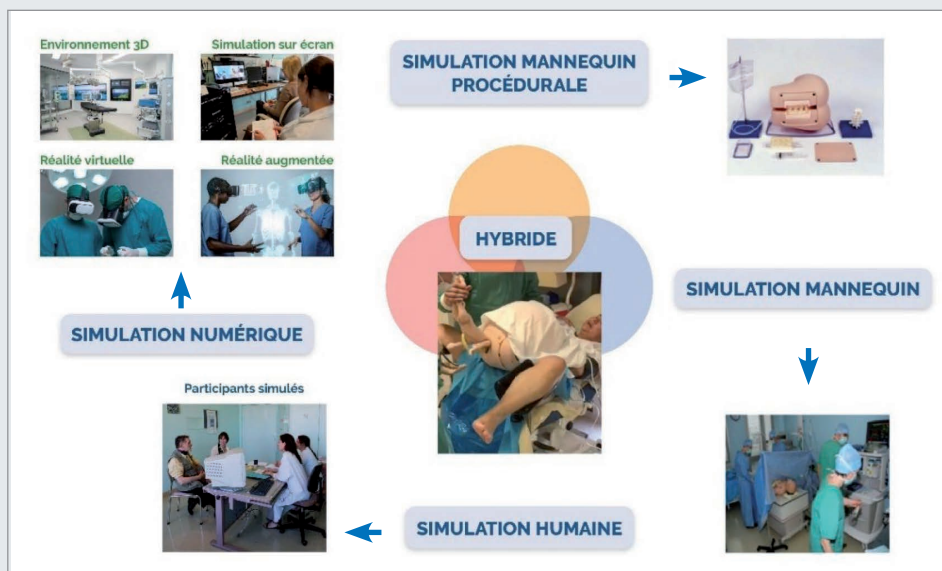
L'OA-AFU, Urorisq, propose dans ce contexte des sessions de formations basées sur

la simulation, avec des ateliers pendant le CFU 2025 (Briefing débriefing autour de la CLBNO adaptée à l'urologie, Conversion en situations d'urgence robotique) et travaille sur une journée dédiée en septembre 2026 à la MUR dans le cadre d'un partenariat AFU-SoFraSimS. Des propositions de simulation en ligne tout au long de l'année sont en réflexion.

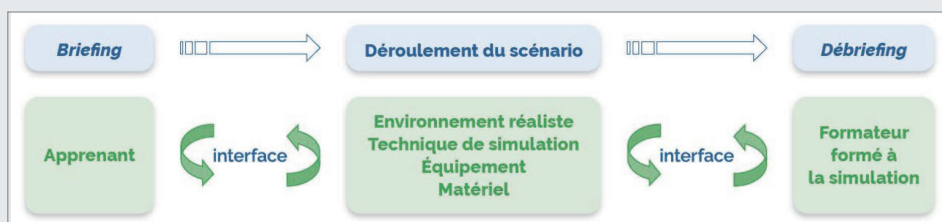
Nous vous proposons au travers d'avis d'experts et d'expériences professionnelles de vous familiariser avec la simulation qui s'est développée initialement avec nos collègues anesthésistes ou au sein des armées.

Stéphane BART

- *Bonnes pratiques en matière de simulation en santé*
- *Synthèse du guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé*



Les différentes modalités de la simulation en santé.



Les étapes d'une séance de simulation.



Louis SIBERT



Dan BENHAMOU



Pierre DERROUCH

## Simulation en urologie : former autrement pour soigner plus sûrement

La simulation en urologie s'appuie sur des preuves d'efficacité établies depuis 1969. Son déploiement demeure hétérogène sur le territoire français. Avec des outils encore inégalement validés, la spécialité ajuste ses pratiques en accordant une place accrue aux compétences non techniques.

Les fondements de la simulation médico-chirurgicale remontent à un demi-siècle. Dès 1969, deux anesthésistes américains mettaient au point les premiers mannequins haute-fidélité. Les premières études randomisées montraient déjà un apprentissage supérieur chez les internes formés par simulation. En identifiant les défaillances en contexte contrôlé et en permettant des ajustements immédiats, la simulation instaure une culture structurée de l'erreur.

« Au-delà de ces résultats pédagogiques, l'objectif demeure la qualité du soin », rappelle Dan Benhamou, anesthésiste et ancien président de la Société Francophone de Simulation en Santé (SoFraSimS). Les données de l'étude de Martin Makary et Michael Daniel (BMJ, 2016) [1], qui estiment que les erreurs médicales constituent la troisième cause de mortalité, soulignent la nécessité d'un entraînement structuré. *Primum non nocere...*

La simulation possède aussi une dimension médico-légale. Même si la participation aux séances ne peut être exigée, elle atteste de l'entretien des compétences et peut être prise en compte par l'expert dans l'appréciation du niveau de qualification du praticien.

### Une panoplie large d'outils

L'urologie dispose aujourd'hui d'un arsenal technologique étendu. « On peut pratiquement s'entraîner à presque toutes les procédures », souligne Louis Sibert, urologue et nouveau président de la SoFraSimS de-

puis novembre 2025. Du sondage vésical aux interventions endoscopiques avancées, les simulateurs couvrent un large éventail de procédures. Les plateformes robotiques occupent une place particulière dans cette panoplie. Mais cette diversification a un coût. Les simulateurs de consoles robotiques, qui permettent l'entraînement aux gestes de base comme aux procédures complexes, représentent des investissements importants. Leur prix oscille entre 60 000 et 180 000 euros, auxquels s'ajoutent la maintenance annuelle et les mises à jour régulières. Précision : ces dispositifs sont dépourvus de retour haptique, ce qui laisse une marge de progression en termes de fidélité de simulation. L'impression 3D étoffe la palette d'outils, avec des modèles anatomiques très peu coûteux (par exemple des supports d'urétéroscopie à 4 euros) adaptés à des besoins ciblés dans l'apprentissage des techniques.

### Des outils en plein essor, une validation encore limitée

La validation scientifique met en évidence certaines limites méthodologiques. Le cadre théorique de Messick, psychométricien américain, définit cinq sources de preuves de validité : contenu, processus de réponse, structure interne, relation avec d'autres variables et conséquences de l'utilisation. Le modèle de Kirkpatrick, universitaire également américain spécialiste du management et de la formation professionnelle, complète cette approche en évaluant l'impact d'un programme de formation selon quatre niveaux. « Seules 6 % des études publiées répondent aux critères méthodologiques stricts de ces cadres validés », souligne Louis Sibert, ce qui révèle un décalage entre développement technologique et validation scientifique. « Il n'y a aucune étude comparative sur la captation des performances d'une machine à l'autre », regrette-t-il. En outre, le marché se déve-



### La SoFraSimS, en quelques mots

Créée en 2014, la Société Française de Simulation en Santé (SoFraSimS) compte déjà plus de 300 adhérents. Cette société savante francophone a notamment pour vocation de promouvoir l'enseignement par simulation en formation initiale et continue, et la simulation comme outil d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, de contribuer à l'élaboration de recommandations pour les pratiques et l'organisation des structures de simulation.

Son congrès annuel comprend des ateliers pratiques sur le débriefing dans un contexte de gestion des situations difficiles, le grimage d'acteurs et de mannequins pour renforcer le réalisme, l'évaluation des structures de simulation, la conception de scénarios de simulation ou encore les compétences non techniques en salle d'intervention. Prochaine édition, à Bordeaux en mars 2026.

Pour plus d'informations :

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

loppe sans référentiel permettant de guider les choix d'équipement. Et le prix n'est pas nécessairement un gage de pertinence. « Il a été bien démontré dans la littérature que beaucoup de résultats positifs peuvent être obtenus avec des matériels très peu coûteux », observe Dan Benhamou. Les laparotainers basiques, qui coûtent quelques centaines d'euros, se révèlent souvent aussi efficaces que les simulateurs numériques sophistiqués pour l'apprentissage des gestes cœlioscopiques fondamentaux. La haute technicité ne garantit pas systématiquement la haute-fidélité pédagogique.

### Des écoles de chirurgie aux ressources inégales

La formation initiale chirurgicale par la simulation a lieu habituellement au sein des écoles de chirurgie. Il en existe 27 en France selon une enquête récente de l'Académie de chirurgie qui a relevé des écarts marqués en moyens humains, en équipements et en programmes. « Il y a un vrai besoin de standardisation et d'alignement pédagogique

entre toutes ces structures », constate Louis Sibert. À part certaines spécialités, telle l'urologie avec l'ECU et l'AFU, l'absence de référentiel national laisse chaque école définir ses critères. L'Académie de chirurgie porte ainsi un projet de labellisation destiné à harmoniser la formation pratique et structurer l'usage de la simulation à l'échelle nationale. Les équipements reflètent la même variabilité. Les coûts inhérents à l'installation et l'exploitation de simulateurs robotiques freinent leur déploiement dans chaque centre. La mutualisation et des organisations interrégionales sont envisagées pour garantir un accès suffisant aux outils d'apprentissage. L'essor de l'ambulatory renforce cette exigence, la fluidité des parcours imposant des équipes entraînées, capables de dérouler des procédures standardisées.

### La compétence technique ne suffit plus

Les compétences non techniques prennent une importance particulière dans les dispositifs de simulation. En chirurgie ouverte, 80 % des circuits de communication passaient par le non-verbal et le visuel. La chirurgie mini-invasive a modifié ces modes d'interaction : « *Quand on est un bon technicien, il faut savoir aussi maintenant bien communiquer* », explique l'ancien président de la SoFraSimS. Communication en équipe, leadership situationnel, capacité à formuler ses préoccupations face à un supérieur hiérarchique : ces dimensions sont indispensables et structurent désormais les scénarios de simulation. La maîtrise de ces aptitudes non techniques a un impact démontré sur les résultats des soins, les complications, voire la mortalité postopératoire.

Les grilles NOTECHS, OTAS et ANTS, notamment, standardisent l'observation de ces compétences comportementales au bloc. NOTECHS évalue le travail en équipe en chirurgie, OTAS analyse les interactions de l'ensemble des professionnels au bloc opératoire et ANTS porte plus spécifiquement sur les compétences non techniques des anesthésistes. Les défaillances au bloc résultent rarement d'une seule erreur individuelle mais d'une succession de dysfonctionnements dans la chaîne de soins. Éviter les enchaînements délétères grâce à la simulation produit des effets secondaires bénéfiques à la sécurité des procédures. « *Le team training améliore la qualité de vie au travail et réduit l'absentéisme* », souligne l'anesthésiste-réanimateur. Certaines observations, notamment issues de travaux menés à la Mayo Clinic, suggèrent aussi un lien entre bienveillance, intelligence émotionnelle et réduction de certains risques

cardiovasculaires chez les chirurgiens. Comme le souligne Didier Legeais, président du SNCUF, l'empathie ne relève plus de la simple courtoisie mais participe de la santé du praticien lui-même, et donc des soins.

### Former des équipes, pas seulement des opérateurs

L'environnement pédagogique conditionne l'efficacité de la simulation. « *C'est le nerf de la guerre*, insiste Louis Sibert. *Vous pouvez avoir la meilleure machine possible, si vous n'avez pas un formateur qui sait mettre en œuvre la bonne stratégie pédagogique, cela marchera moins bien.* » Le rôle des formateurs dépasse la supervision technique pour intégrer scénarisation, débriefing structuré et adaptation aux besoins. Un débriefing mal conduit peut produire des effets contre-productifs, avec des participants rejetant l'expérience vécue. Les centres performants investissent autant dans la formation des formateurs que dans l'acquisition de matériel. Cette dimension humaine explique que des structures modestement équipées obtiennent parfois des résultats comparables. La HAS préconise des formations diplômantes pour les responsables de programmes.

### Anticiper les situations critiques

Les scénarios de simulation visent à anticiper les situations critiques, en s'appuyant

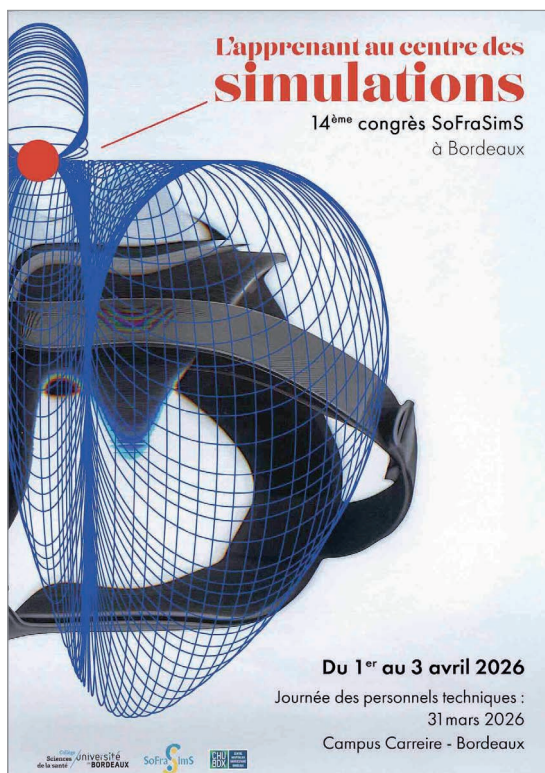
sur des déclarations d'événements porteurs de risque. À l'Hôpital Bicêtre, un scénario de conversion en urgence met en scène un curage lombo-aortique pour néphroblastome chez un enfant de dix ans : le chirurgien senior doit quitter le bloc pour un engagement académique et confie l'intervention à un praticien junior confronté à une situation technique difficile. Ce type de scénario permet de travailler non seulement les aspects techniques de la conversion mais aussi la gestion du stress, la communication en situation dégradée et la prise de décision sous contrainte temporelle. Les travaux de recherche menés au bloc montrent que ces exercices profitent à l'ensemble des équipes et renforcent la coordination en situation dégradée. Si l'organisation de la simulation reste en évolution, les données accumulées en confirment la pertinence.

Louis SIBERT, *Président de la SoFraSimS*  
Dan BENHAMOU, *Président honoraire de la SoFraSimS*

Article rédigé par Pierre DERROUCH,  
à partir de la séance du Forum des  
pratiques professionnelles au 119<sup>e</sup> CFU.

### Référence

[1] Makary MA, Daniel M. Medical error, the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016 May 3;353:i2139. doi:10.1136/bmj.i2139.





Jean-Pierre HENRY



Sarah DROUIN

## Regards croisés sur la simulation et les facteurs humains

### Quand l'imprévu a déjà été vécu

En médecine, et en chirurgie en particulier, la simulation reste souvent perçue comme un « plus », optionnel, confortable quand on a le temps. Elle révèle pourtant des atouts largement sous-estimés.

#### Le coût de la simulation est visible, celui de son absence est caché

Simuler a un coût. Un coût temporel, organisationnel, humain, financier, tant pour les individus que pour les structures. Il faut libérer des équipes, mobiliser un bloc, investir dans des outils, accepter de se confronter à ses limites.

Mais ne pas simuler coûte plus cher encore, en fatigue cognitive, en erreurs évitables, en tensions d'équipe, en décisions prises sous stress sans entraînement préalable.

L'aéronautique s'appuie depuis des décennies sur ce même constat. La simulation a transformé des situations à fort enjeu vital en événements rares mais anticipés et gérables.

#### Permis de conduire ou brosse à dents ?

En formation initiale, elle accélère l'acquisition des gestes, des raisonnements et des automatismes utiles. L'enjeu réside davantage dans l'aisance et la familiarisation que dans la recherche d'une maîtrise technique parfaite.

En formation continue, elle se vit non pas comme un permis de conduire accordé une fois pour toutes, mais plutôt comme une brosse à dents : sa pertinence ne tient pas à l'événement ponctuel, mais à la répétition. C'est cette régularité qui entretient la compétence, la vigilance et la capacité d'adaptation.

#### La sécurité est une affaire d'équipe

La simulation prend toute sa valeur pour préparer les équipes à faire face aux événements indésirables rares. Car le risque ne vient que rarement d'un geste isolé ou d'un écart de maîtrise individuel. Il naît bien plus souvent des interactions, des silences, des décalages de tempo et de compréhension entre les acteurs. Lors du dernier congrès de l'AFU, la présentation d'une séance de simulation en chirurgie robotique a mis en lumière que ce n'est pas tant la performance technique du chirurgien qui compte que la capacité du collectif à se synchroniser. Les aviateurs partagent pleinement ce constat du primat du collectif sur l'individu.

#### Ouvrir un espace avant que le réel ne s'impose

La simulation n'apporte pas de certitudes absolues. Elle n'élimine ni le risque, ni l'imprévu. Elle offre en revanche un espace pour les regarder en face, collectivement, avant qu'ils ne s'imposent à l'équipe et au patient. À chacun ensuite de décider la place qu'il souhaite lui donner, en fonction de ses contraintes, de sa culture et de ses priorités. Peut-être que l'enjeu, aujourd'hui, n'est pas de savoir s'il faut simuler, mais quand, comment, et avec qui.

Jean-Pierre HENRY, *Coach certifié, expert en facteurs humains et organisationnels, en sécurité aérienne. Pilote réserviste Mirage 2000 D, Stan Institute*

### Former au bloc ne suffit plus

Un programme national de formation par simulation en urologie débute en juin 2026. Sarah Drouin, responsable du Collège Français des Enseignants d'Urologie, en présente les modalités et les enjeux.

#### Où en est la simulation chirurgicale en urologie ?

L'articulation se fait normalement en trois étapes. En Île-de-France, une formation commune à tous les internes de phase socle de chirurgie comprend une formation aux gestes d'urgence (pose de sonde, cathéter, suture). En phase d'approfondissement et de consolidation, les formations de simulation sont très variables en fonction des régions : souvent une simulation chirurgicale, puis une simulation centrée sur le patient.

En 2017, la simulation est devenue statutaire pour tout interne validant son DES d'urologie. Pour autant, sa mise en œuvre était difficile et inégale. Les difficultés d'accès aux écoles vétérinaires intra-muros et le scandale du Centre de dons des corps de Paris-Descartes en 2019 ont considérablement réduit les possibilités de simulation sur l'animal ou les corps donnés à la science. La simulation a ainsi souvent progressivement disparu du cursus des internes, alors qu'elle comprenait auparavant des sessions entières de chirurgie ouverte et laparoscopique.

À partir de 2026, pour remédier à cette situation et sous l'impulsion de l'école de chirurgie du CHU de Nantes qui dispose d'un laboratoire animalier et d'équipements de simulation, les internes de troisième année (sixième semestre) bénéficieront de 48 heures de simulation. Elles se dérouleront entre Nantes pour les gestes techniques sur animal (cochon), corps humain et simulateur de cœlioscopie, et Angers pour la simulation à la consultation.

#### Quelles compétences techniques et non techniques sont travaillées selon les phases du DES ?

Les compétences travaillées concernent la dextérité et le dépistage d'éventuels problèmes chirurgicaux, même si 48 heures ne suffiront probablement pas. C'est surtout sur la simulation à la consultation qu'on pense pouvoir réellement évaluer une compétence, notamment dépister de vraies difficultés à communiquer avec le patient qui pourraient induire des situations de souffrance pour les praticiens et les médecins.

Il existe, en parallèle, d'autres formations qui ne sont pas sous l'égide du CFEU. L'École francophone de prélèvement multi-organe (EFPMO), par exemple, propose des formations à tous les internes de chirurgie amenés à faire de la transplantation (cœur, rein, foie, poumon, pancréas). Une à deux sessions par an offrent une semaine théorique et pratique de simulation au prélèvement multi-organe sur cadavres reperfusés et reventilés et sur cochons. De telles sessions de simulation sont aussi localement proposées par les responsables de DES, les laboratoires de simulation, l'Agence de la Biomédecine, etc.

#### Quels outils de simulation sont mobilisés par le CFEU ?

Les modèles anatomiques utilisent des dissections sur cadavres non perfusés et sur simulateur *Simlife*. Il s'agit d'un simulateur de reperfusion et de reventilation : les cadavres sont traités pour faire recirculer un faux sang qui reproduit la texture du sang réel. La limite de ces modèles réside dans le fait que certains corps donnés à la science présentent parfois des pathologies ou antécédents rendant difficile les dissections. Pour la coelioscopie, on entraîne les internes aux gestes techniques de base comme les sutures sur simulateur « sec » et aux principales interventions d'urologie sur modèle porcin. Enfin, des patients standardisés permettent de travailler la simulation à la consultation.

### Comment le CFEU aborde-t-il le problème de validation des outils d'évaluation ?

Nous avons tenté de créer une grille d'évaluation mais c'est assez compliqué à mettre en place. En effet, faut-il évaluer le ressenti du candidat (se sent-il plus à l'aise, plus en confiance) ou le résultat technique ? Les grilles subjectives sont faciles à élaborer, mais l'évaluation objective est quasiment

impossible car elle nécessiterait de noter l'étudiant avant et après la simulation. Notre objectif est de définir une grille d'évaluation mixte (subjective et objective) d'ici juin 2026.

### Quelles sont les perspectives de déploiement de la simulation à l'échelle nationale ?

L'objectif est que tous les centres de France disposant de laboratoire d'anatomie et de simulation participent à cette formation statutaire, fondamentale et très plébiscitée par les jeunes. Le déploiement dans d'autres villes est nécessaire pour pérenniser le dispositif qui ne peut reposer uniquement sur les CHU de Nantes et d'Angers. Son coût est important tout comme l'investissement en encadrants, alors qu'ils sont peu nombreux à être diplômés en simulation. L'enjeu réside dans une rotation entre différents laboratoires de simulation. La formation au bloc opératoire seule ne suffit plus.

Sarah DROUIN, Responsable du CFEU  
Propos recueillis par Pierre DERROUCH

### Formation continue en simulation : une offre clairsemée

En France, l'offre de formation continue en simulation qui n'est pas structurée au plan national reste très limitée. L'IRCAD à Strasbourg propose des formations toute l'année en chirurgie mini-invasive, mais elles sont payantes. L'industrie, comme *Intuitive Surgical* pour la chirurgie robotique, finance des sessions de formation : les chirurgiens peuvent observer des proctors, puis être accompagnés lors de leurs premières interventions.

Cependant, aucune formation sur matériel de simulation n'est obligatoire et aucun diplôme ne valide le droit à débiter une nouvelle technique chirurgicale. « L'enjeu est d'ancrer dès la formation initiale l'habitude de s'entraîner et de se former tout au long de la carrière », souligne Sarah Drouin.



Antonia BLANIÉ

## Simulation et gestion des risques : l'apport des facteurs humains

La Pr Antonia Blanié est anesthésiste-réanimatrice au service d'anesthésie-réanimation chirurgicale de l'hôpital Bicêtre (AP-HP). Elle est professeure associée des universités à la Faculté de médecine Paris-Saclay et directrice du centre de simulation LabForSIMS. Titulaire d'un doctorat en psychologie, sur la pédagogie médicale et la simulation, elle est présidente du comité pédagogie de la SoFraSimS (Société Francophone de Simulation en Santé). Ses travaux portent sur la sécurité des soins, la gestion du risque péri-opératoire, les facteurs humains et la pédagogie par la simulation.

cialités. Antonia Blanié, anesthésiste-réanimatrice, spécialiste de la préparation aux situations critiques à la SoFraSimS et à la SFAR, préside le comité pédagogie de la Société francophone de simulation en santé. Elle retrace cette évolution.

Spécialisée dans la gestion des situations critiques, Antonia Blanié s'intéresse aux facteurs humains en santé : communication, briefing, débriefing, utilisation d'aides cognitives de crise, conscience de la situation, travail d'équipe, ergonomie et leadership. La communication est envisagée comme un processus collectif qui soutient la conscience de la situation, la coordination et la prise de décision partagée.

Dans les situations critiques au bloc opératoire (choc hémorragique en chirurgie robotique, arrêt cardiaque, choc anaphylactique), la maîtrise technique ne suffit pas. La décision repose sur une compréhension commune de la situation, fondée sur la perception, l'échange structuré et l'anticipa-

tion, avec une réévaluation continue jusqu'à la sortie de crise. « Il faut faire un time-out pour communiquer. L'équipe donne sa perception, comprend la situation et anticipe ce qui va se passer. Est-ce qu'on convertit ? Est-ce qu'on appelle un collègue ? Ce n'est faisable que quand tout le monde a pu communiquer », témoigne-t-elle. C'étaient les objectifs de l'atelier réalisé au congrès français d'urologie 2026 avec l'analyse de vidéos de scénarios de simulation de situation critique au bloc opératoire.

### Intégration progressive

« Jusqu'à ces dernières années, ces facteurs n'étaient pas enseignés », rapporte la spécialiste. Depuis 2017, ils apparaissent dans les curriculums de formation des internes d'anesthésie et de chirurgie. Au-delà de cette intégration dans les cursus, la formation à la gestion de situations critiques par simulation immersive est utilisée en anesthésie-réanimation depuis plus de dix ans, en formation initiale comme en formation



continue, avec des mannequins haute-fidélité dont les paramètres respiratoires et cardiaques peuvent être modifiés. La gynécologie-obstétrique et la réanimation néonatale ont également développé des dispositifs avancés. Les formations hybrides associant simulateur médico-chirurgical et simulateur d'anesthésie permettent de travailler en équipe dans des environnements réalistes. Après chaque scénario, un débriefing est réalisé pour conduire une analyse réflexive. Dans cette dynamique, des formations interprofessionnelles chirurgie-anesthésie-IADE sont en préparation en Île-de-France pour 2026, afin d'éviter les fonctionnements en silo et de développer une gestion commune des situations critiques fondée sur la coordination et la communication interprofessionnelles.

### Bénéfices démontrés

Jusqu'où la simulation est-elle efficace ? Les bénéfices sont démontrés, tant pour l'apprentissage de gestes techniques que pour les compétences non techniques. Des études révèlent notamment que la morbidité a pu diminuer après ces formations, malgré les limites méthodologiques des études avant-après. Antonia Blanié cite l'exemple d'une formation de simulation à la maternité sur la gestion de l'hémorragie du postpartum qui permet de réduire le temps de prise en charge et donc de diminuer la transfusion chez les patientes.

D'autres études utilisent des protocoles d'évaluation pour mesurer l'impact de différents dispositifs de simulation sur les performances des apprenants. Certaines équipes s'appuient sur des scénarios filmés qui permettent l'analyse des comportements. Un exemple porte sur la communication sécurisée, comparant l'efficacité d'un outil vidéo pédagogique à celle d'un article écrit.

La simulation s'intègre également dans d'autres outils numériques. Les serious games sont utilisés pour entraîner les étudiants infirmiers au raisonnement clinique et à la détection de la dégradation d'un patient. L'exercice inclut la transmission structurée d'informations au chirurgien selon l'outil SAED recommandé par la Haute autorité de santé (HAS). L'objectif est de rendre la communication la plus claire possible, en s'appuyant sur ce procédé mnémotechnique : S, pour situation, soit ce qui se passe maintenant, le motif de l'appel ou de la demande ; A, pour antécédents, soit les éléments médicaux pertinents (pathologies, traitements, évolution récente) ; E pour évaluation soit ce que l'on constate (signes cliniques, constantes, résultats disponibles) et D, pour demande, c'est-à-dire ce que l'on sollicite auprès du correspondant (avis, déplacement, consigne, acte). SAED est l'adaptation française du modèle SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), diffusé dans le secteur de la santé anglo-saxon après avoir été développé dans le domaine militaire américain.

### Vers une généralisation

Un élément pourrait contribuer à accélérer cette dynamique : le référentiel 2025 de certification des établissements de santé, publié par la HAS, intègre un critère avancé (3.2-04) prévoyant la formation des professionnels à la gestion des risques par la simulation. Ce critère n'est pas obligatoire mais il valorise les établissements qui structurent ces pratiques et en soutient la diffusion. Cette évolution est déterminante, car « la formation sur simulateur coûte plus cher qu'une formation théorique, puisqu'elle nécessite plus de formateurs et des moyens techniques plus importants », relève Antonia Blanié. Pour répondre à ces contraintes, des formats hybrides se déve-

loppent, comme l'analyse de vidéos, selon les objectifs pédagogiques.

Autre signe de cette évolution : la simulation a aussi pris place dans l'évaluation, avec les ECOS (examens cliniques objectifs et structurés). « Les étudiants en médecine à la fin de la sixième année sont évalués sur cette base », explique-t-elle. En anesthésie-réanimation, cette pratique est installée depuis quinze ans dans la formation des internes. La culture de sécurité évolue, même si toutes les disciplines avancent à un rythme différent.

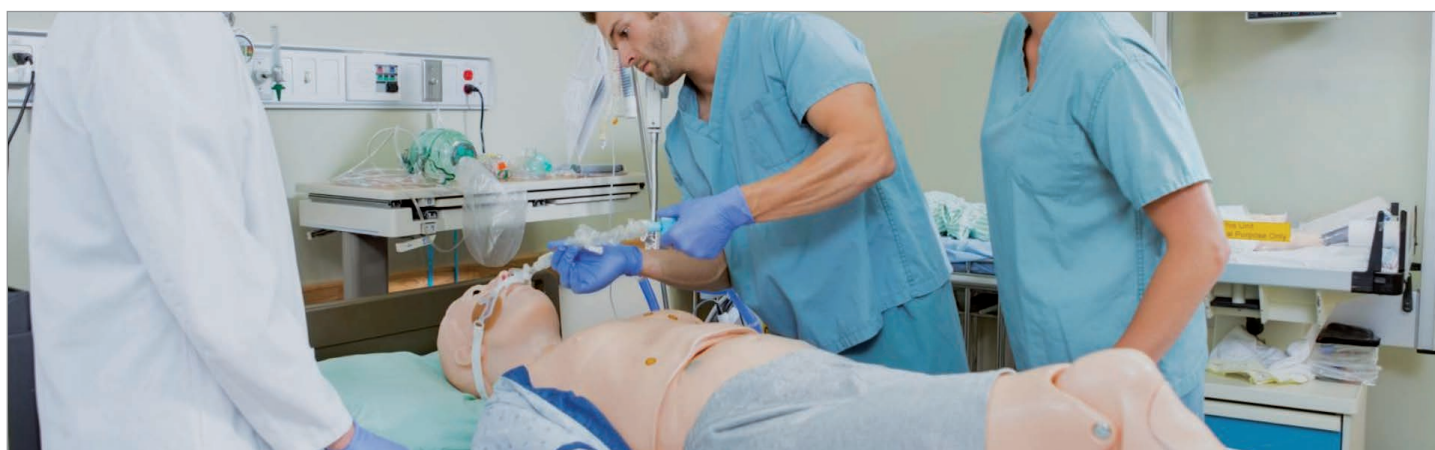
Antonia BLANIÉ

Propos recueillis par Pierre DERROUCH

### De l'aviation au bloc opératoire

L'adoption précoce de la simulation par l'anesthésie-réanimation trouve son origine dans les industries à risque. Armée et aéronautique ont développé des systèmes immersifs où les pilotes sont certifiés sur simulateur pendant toute leur carrière. Les États-Unis et le Royaume-Uni ont été précurseurs dans cette transposition.

Dans les années 1990, David Gaba, anesthésiste américain, adapte en médecine les concepts issus de l'aviation : communication structurée, travail d'équipe, checklists, leadership et conscience de la situation. La culture d'anticipation propre à l'anesthésie-réanimation a facilité l'intégration de cette approche. En 2022, la SFAR a publié les premières recommandations internationales pour les pratiques professionnelles sur les facteurs humains en situation critique.





Stéphane BART

## La simulation au sein du service de santé des armées

Les dernières décennies ont montré une détérioration de la situation géopolitique sur le plan international avec le risque de conflits de haute intensité dans lequel notre pays pourrait être impliqué. Sur le plan national, des attentats terroristes ont été perpétrés avec de nombreuses victimes et blessés nous obligeant à nous former à la gestion d'une arrivée massive de blessés et une prise en charge médicale et chirurgicale de type *damage control*.

Dans cette période d'incertitude qui peut paraître anxiogène, certains et certaines ont fait le choix de rejoindre la réserve du service de santé des armées.

Dans ce contexte, plusieurs formations permettent d'acquérir des compétences dans ce domaine. La simulation y est un élément essentiel ainsi qu'un entraînement régulier afin de développer des automatismes techniques et d'améliorer les procédures où le facteur humain et organisationnel est prépondérant.

Dans le cadre de ce dossier, je vous présente 2 parcours complémentaires particulièrement intéressants au service de l'engagement opérationnel : la FRAOS (Formation Réserve Aguerissement Opérationnel Santé) et le CACHIRMEX (Chirurgie avancée en opération extérieure).

La FRAOS s'adresse aux personnels de santé de la réserve opérationnelle. Elle constitue le socle de préparation à l'engagement en milieu militaire et opérationnel. Elle se déroule pendant une semaine d'immersion sur le camp militaire de la Valbonne (département de l'Ain) où se situe le CeFOS (Centre de formation opérationnelle santé) de l'école du Val-de-Grâce.

Lors de cette semaine, on retrouve l'ensemble des personnels soignants intégrés au sein d'équipes réalisant des exercices de simulation lors du secours aux combats, l'évaluation des blessés et le tri par degré d'urgence, la réalisation des premiers gestes d'urgence et l'organisation du transfert vers des centres de soins plus complets. On y apprend également la sécurisation du site, la protection des blessés et des soignants et, si besoin, l'utilisation

d'armes létales, la répartition des rôles, la connaissance et l'évaluation de risques spécifiques notamment liés aux engins explosifs improvisés, ainsi que tous les risques NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique) et les moyens de s'en prémunir. Il permet de favoriser la cohésion des équipes avant le départ sur un site d'opération extérieure à laquelle s'associent les pharmaciens, les vétérinaires, les dentistes, ainsi que tous les logisticiens qui participent à cette activité.

Ses objectifs principaux sont synthétisés de cette manière : acquisition des fondamentaux du milieu militaire et du SSA ; compréhension de l'organisation du soutien santé en opération ; préparation à l'exercice des soins en environnement contraint et dégradé ; appropriation des valeurs ; règles et exigences de l'engagement militaire.

De nombreux urologues participent à cette formation et certains sont également devenus formateurs.

Le CACHIRMEX est une formation spécialisée destinée aux chirurgiens militaires appelés à être projetés en opérations extérieures. Il s'inscrit dans une logique de perfectionnement technique et décisionnel. L'enseignement se déroule sur 5 modules, sous forme d'ateliers pratiques, qui peuvent être réalisés à l'école de chirurgie de l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris, à l'école du Val-de-Grâce, sur le site de formation initiale du Service de santé des armées à Lyon Bron ou au camp militaire de la Valbonne.

Il est composé des modules suivants :

- Module 1 : Généralités sur la chirurgie de guerre, Service de Santé en Opération Extérieure ;
- Module 2 : Membres et parties molles ;
- Module 3 : Tête, cou, thorax, rachis ;
- Module 4 : Abdomen, pelvis, échographie ;
- Module 5 : Grandes hémorragies. pathologies non traumatiques, aide médicale aux populations.

Ses objectifs principaux sont :

- La maîtrise de la chirurgie de guerre et du *damage control* ;

- La prise en charge des traumatismes complexes en contexte de combat ;
- L'adaptation des pratiques chirurgicales à des ressources limitées ;
- L'intégration du chirurgien au sein d'une équipe médico-chirurgicale projetée.

Cette formation permet de mélanger les jeunes chirurgiens militaires en formation initiale ainsi que les chirurgiens réservistes en formation continue et vise à garantir un haut niveau de compétence chirurgicale opérationnelle, indispensable à la survie des blessés sur les théâtres d'opérations. Elle a le mérite pour des chirurgiens en formation continue d'acquérir également des compétences professionnelles afin de gérer les situations d'hémorragie massive au bloc opératoire et de pouvoir participer à la prise en charge de blessés dans le cadre d'un afflux massif lié à un attentat, une catastrophe naturelle, un accident industriel, etc.

Pour en savoir plus :

<https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/reserve-operationnelle-ouverture-inscriptions-prochaine-session-formation-reserve-aguerissement>

Stéphane BART



Evacuation d'un combattant blessé dans un VAB sanitaire.



Didier  
LEGEAIS



Pierre  
MONGIAT-ARTUS

## Loi sur le droit à l'aide à mourir

L'Assemblée Nationale a adopté deux textes de lois au mois de mai 2025 qui vont bouleverser l'exercice de la médecine en France, la loi sur les soins palliatifs et d'accompagnement [1], adoptée à l'unanimité, et la loi sur le droit à l'aide à mourir [2], adoptée avec trois cent cinq voix pour, cent quatre-vingt-dix-neuf voix contre et cinquante-sept abstentions (seize députés étant absents, cela correspond à un vote favorable de 52,8 % de nos représentants). Les deux textes seront discutés au Sénat le 7 janvier en Commission des Affaires Sociales et le 20 janvier en séance plénière, puis retourneront devant les députés en février.

Le Code de déontologie médicale stipule dans son article 38, repris par l'article R.4127-38 du Code de la santé publique, que « le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et des mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort ».

Cet article résume à lui seul l'obligation faite aux médecins de soutenir chaque patient en fin de vie, de mettre en place les soins palliatifs nécessaires et d'accompagner son entourage.

Les infirmières disposent de l'article R.4312-20 du Code de la santé publique, qui rappelle leur devoir d'assurer à chacun « une vie digne jusqu'à la mort ».

Les soins palliatifs sont donc pleinement constitutifs de l'exercice de tout professionnel de santé.

Or, le défaut d'accès aux soins palliatifs par manque de moyens a rendu indispensable la nouvelle loi. Celle-ci est particulièrement ambitieuse : elle vise à garantir un égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs conformément à son article 5.

Un rapport de la Cour des comptes de 2023 [3] estimait que seule la moitié des patients relevant de soins palliatifs en cancérologie (soit environ 90 000 patients sur plus de 260 000) y accédaient effectivement. Le

rapport souligne aussi que plus de 400 000 personnes parmi les 700 000 personnes décédant chaque année, auraient besoin de soins palliatifs en fin de vie.

La nouvelle loi établit ainsi un droit opposable à l'accès aux soins palliatifs, ouvrant la possibilité d'un recours amiable ou contentieux, y compris en référé, en cas de défaillance de l'accès.

Pour consolider et structurer l'offre de soins d'accompagnement et palliatifs, la loi détaille plusieurs réformes nécessaires et très ambitieuses :


- La création d'équipes de soins palliatifs dans les vingt-deux départements qui en sont actuellement dépourvus (trois médecins, quatre infirmiers diplômés d'État, deux véhicules, un local...) ;
- La formation de cinq à six cents médecins en soins palliatifs et d'accompagnement ;
- La constitution et le déploiement d'équipes mobiles pédiatriques dans l'ensemble des départements ;
- La création de 106 maisons d'accompagnement et d'hébergement de 20 lits chacune.

Le coût global de ces mesures (non chiffré dans la loi, mais estimé par la Cour des comptes) se situerait entre cinq et sept milliards d'Euros par an. À quoi s'ajoutent les coûts de l'extension du congé de solidarité familiale à trois mois, désormais indemnisé, ainsi que de l'intervention d'un biographe pour chaque personne en fin de vie.

Face aux ambitions considérables d'une loi aussi généreuse que coûteuse, le principe de réalité impose de s'interroger sur la possibilité même de son application, tant d'un point de vue financier qu'organisationnel. Ainsi, la réalité d'une alternative entre soins palliatifs et aide à mourir semble-t-elle pour le moins douteuse.

La proposition de loi sur le droit à l'aide à mourir a été très débattue, tant en commission que dans l'hémicycle. Une première modification a porté sur son titre, elle est devenue non pas une loi sur l'aide à mourir, mais une loi sur le droit à l'aide à mourir.

  
N° 2634  
**ASSEMBLÉE NATIONALE**  
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
SEIZIÈME LÉGISLATURE  
Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 mai 2024.  
**TEXTE DE  
LA COMMISSION SPÉCIALE**  
ANNEXE AU RAPPORT  
**PROJET DE LOI**  
*relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie*  
(Première lecture)

  
TEXTE ADOPTÉ n° 122  
« Petite loi »  
**ASSEMBLÉE NATIONALE**  
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE  
27 mai 2025  
**PROPOSITION DE LOI**  
*relative au droit à l'aide à mourir.*  
ADOPTÉE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE  
EN PREMIÈRE LECTURE

**L'article 2 fournit la définition retenue de l'aide à mourir :** « autoriser et accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale afin qu'elle se l'administre, ou qu'elle se la fasse administrer si elle n'est pas physiquement en mesure d'y procéder ».

**L'article 4 établit les 5 conditions requises** pour déposer une demande d'aide à mourir (chaque condition sera l'objet de décrets du Conseil d'État) :

- Le demandeur devra être majeur (on peut s'interroger sur la cohérence de cet article avec l'article 18 de la même loi qui stipule que la procédure sera gratuite pour les mineurs) ;
- Le demandeur devra être de nationalité française ou résider de façon stable sur le territoire national ;

- Il devra souffrir d'une affection grave et incurable qui engage le pronostic vital, en phase terminale ou en phase « avancée ». Le caractère « avancé » a été très difficile à définir, la Haute Autorité de Santé a souligné l'incertitude de cet adjectif et proposé qu'il s'agisse de l'entrée dans un processus irréversible fait d'une aggravation associée à une altération de la qualité de vie. Cette définition permet de s'affranchir de toute échéance quantifiée ;
- Le demandeur devra éprouver une souffrance physique ou psychologique constante liée à l'affection en cause, soit parce que l'affection est réfractaire aux traitements entrepris, soit parce que le patient refuse les traitements ;
- Enfin, le demandeur devra être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. Ces deux derniers critères posent un challenge majeur, comme nous l'expérimentons déjà quotidiennement, mais d'une façon spécifiquement aiguë dans ce contexte. Rappelons que ces critères et leurs vérifications seront précisés par le Conseil d'État, comme pour les quatre autres.

**L'article 5 décrit la procédure de la demande.** Le malade peut recourir à « tout mode d'expression » pour soumettre sa demande (ce qui rend particulièrement délicate l'identification des éléments de preuve de cette demande, ainsi que sa traçabilité). Cette demande est soumise à un médecin en exercice sans lien affectif, familial ou financier avec le demandeur. Celui-ci demande au malade s'il fait l'objet d'une mesure de protection et il peut consulter le registre national correspondant. En cas de doute ou de conflit, le médecin peut recourir au conseil de famille ou au juge des tutelles (le mot « conflit » n'est pas défini dans la loi et on doit souligner que la saisie du juge des tutelles est optionnelle, elle n'est pas impérative). Lorsque le malade est protégé (sous tutelle), le médecin doit l'informer de façon adaptée à son discernement (l'adjectif « adapté » figure dans le Code de déontologie médicale mais, dans le cas d'espèce, le caractère incomplet que revêt par essence une information « adaptée » met alors légitimement en question le caractère réellement éclairé de l'éventuelle persistance du malade dans sa demande). Il n'y a donc pas d'obligation de recevoir l'accord ni de la personne dépositaire de la tutelle, ni du juge des tutelles. L'information portera alors sur l'état de santé du malade, son évolution et ses traitements, sur les

soins palliatifs en s'assurant que le malade y ait réellement accès, sur le recours à un psychologue ou psychiatre en s'assurant que le malade y ait réellement accès, sur la possibilité de renoncement à la procédure à tout moment et, enfin, sur les conditions d'accès à la procédure et son déroulement. Chacune de ces informations, tant son contenu que ses modalités, seront aussi établies par décret du Conseil d'État.

**L'article 6 établit les modalités d'acceptation de la demande.** La procédure est décrite comme « pluriprofessionnelle et collégiale » (or, la nature collégiale de l'acceptation de la demande ne semble pas cohérente avec l'alinéa 7 du même article établissant que la décision d'acceptation revient au seul médecin saisi de la demande). Le médecin saisi s'entoure d'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant, préférentiellement soignant du malade. Il saisit un second médecin qui ne doit pas être lié au malade ni traiter le malade. Il ne doit pas avoir de lien hiérarchique avec le médecin saisi. Il doit être spécialiste de la pathologie présentée par le malade (en revanche, la loi ne spécifie pas qu'il doive être compétent en soins palliatifs pour confirmer que les soins entrepris sont conformes aux données de la science, ni quelle doit être sa spécialité lorsque le malade présente plusieurs pathologies, comme cela est de plus en plus souvent le cas). Ce second médecin a accès au dossier médical, mais il n'est pas tenu d'entrer en contact avec le malade (c'est-à-dire ni de rencontrer le malade ni de l'examiner). Les autres participants sont tous optionnels, y compris la personne de confiance et y compris le représentant légal éventuel qui n'est qu'informé et dont les commentaires sont rapportés. Ces trois personnes se réunissent, mais cette réunion peut se tenir par téléphone ou en visio-conférence.

**L'article 6 spécifie que la décision est prise par le seul médecin dépositaire de la demande.** Il doit informer le malade par écrit et par oral en face à face de cette décision dans les quinze jours suivant la demande. Le malade dispose alors d'un délai de réflexion de quarante-huit heures, mais si sa confirmation n'est donnée qu'après trois mois, une nouvelle évaluation du caractère libre et éclairé de cette décision doit être conduite (le Comité des Droits de l'Homme de l'ONU a adressé le 23 mai 2025 [4] un courrier au gouvernement français critiquant très sévèrement ce délai de réflexion jugé trop court). Si le malade confirme sa volonté de recourir à l'aide à mourir (les modalités de confirmation seront établies

par le Conseil d'État), le médecin l'informerá par écrit et par oral en face à face des modes d'action des médicaments utilisés et déterminera avec elle ou avec lui les modalités de leur administration (ce dernier point ne semble pas respecter l'article 2 qui précise que le malade en capacité physique de le faire, s'auto-administre les médicaments, ce qui ne laisse pas de place à celui-ci dans la détermination du mode d'administration). Le médecin rédige une prescription magistrale à l'attention d'une pharmacie à usage interne (sans que le personnel de cette pharmacie ne puisse exercer de clause de conscience, sachant que si les pharmaciens demandent très majoritairement de disposer d'un tel droit, ils n'y ont pas encore accès).

**L'article 7 décrit l'organisation de la procédure.** Le médecin saisi ou un infirmier détermine avec le malade la date de la procédure, avec nouvelle évaluation du caractère libre et éclairé si cette date se situe au-delà de trois mois, ainsi que le lieu de la procédure en dehors des voies et espaces publics (mais la procédure peut se dérouler dans les unités de soins palliatifs).

**L'article 8 stipule que la pharmacie à usage interne doit transmettre à une pharmacie d'officine volontaire la préparation magistrale** (on notera que cet adjectif « volontaire » pourrait être interprété comme la possibilité restreinte aux seules pharmacies d'officine de ne pas participer à la procédure, sans pour autant en référer à une clause de conscience).

**L'article 9 décrit la procédure elle-même.** Le médecin saisi, éventuellement accompagné d'un infirmier, se rend à la date convenue au lieu convenu. Il vérifie la volonté du malade de procéder à l'aide à mourir et s'assure de l'absence de pression sur le malade pour accepter ou refuser la procédure (la façon dont le médecin s'en assurera sera établie par un décret du Conseil d'État). La préparation magistrale est administrée selon des modalités qui seront précisées par la Haute Autorité de Santé et par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Le professionnel de santé n'est pas tenu de rester aux côtés du malade, mais il doit se tenir « suffisamment près et en vision directe » de celui-ci. Il rédige ensuite le certificat de décès et établit un compte-rendu (la Conférence des Doyennes et des Doyens [5] a publié un communiqué de presse dans lequel elle s'oppose à l'obligation d'enseigner la procédure d'aide à mourir, sachant que cette obligation figure dans un article

de la loi sur les soins palliatifs et d'accompagnement qui associe de façon inopportune l'enseignement des soins palliatifs et d'accompagnement et l'enseignement de l'aide à mourir).



**L'article 10 précise les trois conditions de non-réalisation de l'aide à mourir.** Il s'agit de l'apparition d'un élément qui ne rend plus le patient éligible à l'aide à mourir, du refus du malade de recevoir l'aide à mourir ou de son renoncement à l'aide à mourir (la distinction entre ces deux derniers critères n'est pas explicitée).

**L'article 11 s'intéresse à la traçabilité de l'aide à mourir.** Le médecin doit utiliser pour cela un système informatique dédié et un code spécifique à l'acte qui sera créé.

**L'article 12 précise que la contestation de l'aide à mourir n'est possible que par deux personnes.** Le malade peut saisir le juge administratif (sans que cette option soit compréhensible, puisqu'il est à l'origine de la demande). Le représentant légal éventuel du malade peut saisir le juge des contentieux de la protection juridique, mais uniquement dans les quarante-huit heures suivant son information ; le juge doit alors statuer sur la procédure dans les quarante-huit heures (il n'est pas précisé s'il s'agit de jours ouvrés).

L'article 12 confirme qu'une part très importante, essentielle même, de la loi sera rédigée par le Conseil d'État, puisqu'il s'agit des modalités d'information, de la forme et du contenu de la demande et de sa confirmation, ainsi que de la vérification des conditions d'éligibilité à la procédure.

**L'article 14 spécifie le recours à la clause de conscience.** Tout professionnel de santé peut y recourir concernant l'aide à mourir, mais il se doit alors d'orienter le requérant vers un professionnel qui accepte de participer à l'application de l'aide à mourir. Les directeurs doivent donner accès à leurs établissements de santé aux professionnels pratiquant l'aide à mourir si la procédure n'y est pas pratiquée.

**L'article 15 décrit la procédure de contrôle de l'aide active à mourir.** Le contrôle sera effectué par une commission dédiée composée de deux médecins, un conseiller au

Conseil d'État, un conseiller à la Cour de Cassation, deux membres d'associations agréées d'usagers du système de santé et deux personnes compétentes en sciences sociales et humaines. Ce contrôle sera réalisé *a posteriori* sur données agrégées anonymisées issues du registre spécifique issu du système informatique utilisé par les médecins pratiquant l'aide à mourir. Ce système est sous la responsabilité de la commission et ses données sont accessibles uniquement aux deux médecins de la commission. Selon leur nature, les irrégularités constatées donneront lieu à saisie de l'ordre compétent ou du procureur de la république.

**L'article 16 établit les dispositions pénales.** Deux ans de prison et trente mille Euros d'amende puniront toute entrave ou tentative d'entrave par tout moyen dissuasif à l'information sur le droit à l'aide à mourir ou à la réalisation du droit de l'aide à mourir. Les associations de défense du droit à l'aide à mourir de plus de cinq ans pourront se porter partie civile (le courrier du Comité des Droits de l'Homme de l'ONU [4] en date du 23 juin 2025 et la tribune de juristes publiées le 26 mai 2025 [6] dans Le Figaro soulignent la dangerosité de l'intégration de cet article au droit français, particulièrement du fait du rejet de tous les amendements proposant de constituer un délit « miroir » d'incitation au droit à mourir ; l'application à la lettre de cet article fait tomber sous le coup de la loi toute personne qui informerait le malade des options alternatives au droit à l'aide à mourir ou suggérerait d'y recourir, seul le médecin saisi de la demande échappe à ces sanctions).

### LE FIGARO 2025

« La loi sur l'aide à mourir fera de la mort une thérapie parmi d'autres » :  
575 juristes alertent  
sur les risques de dérive

**L'article 18 précise que les malades sous protection juridique et les malades mineurs seront exemptés de toute participation financière et franchise** (comme cela a été préalablement noté, ce dernier critère est inutile si on s'en réfère à l'article 4 spécifiant que les mineurs ne sont pas éligibles à l'aide à mourir). Tous les soignants participant à l'aide à mourir ont interdiction de recevoir une rémunération ou une gratification en espèce ou en nature.

**L'article 19 modifie le code des assurances et le code de la mutualité.** Il ouvre droit à l'assurance en cas de décès par application du droit à l'aide à mourir, même pour tout contrat déjà souscrit et même si le décès survient dans la première année de souscription (un suicide dans la première année de souscription était une condition jusqu'alors d'exclusion des droits).

**La lecture de cette loi sur le droit à l'aide à mourir fait apparaître quatre incompatibilités**

**La première incompatibilité** se situe entre l'administration de la mort par un médecin et le principe de non-malfaisance sur lequel se fonde la bioéthique en France.

Le premier problème provient donc du fait que la mort est administrée spécifiquement par un médecin. Cela précipite le médecin qui doit défendre la vie dans une ambivalence qui est à même de saper la confiance que les malades ont en eux. Cette caractéristique nécessite la réécriture de l'article 38 du Code de déontologie médicale, ainsi que du Serment d'Hippocrate.

Le second problème provient du fait que la légalisation du suicide, *a fortiori* médicalisé, est contradictoire avec le grand plan français de prévention du suicide (et du choix de faire de la santé mentale la grande cause nationale l'année même du vote en première lecture de cette loi). L'Appel des Psy [7] rappelle que la fonction des psychiatres est de prévenir le suicide des malades et souligne que l'existence de cette loi établit *de facto* une hiérarchie entre les souffrances qui justifient d'un accompagnement et les souffrances qui justifient d'un recours à la mort. Cette loi ne serait donc pas seulement incompatible avec la prévention du suicide, mais elle semble aussi contradictoire et incohérente avec tous les efforts de sa prévention, déployés jusqu'alors et qui le seraient dans le futur. Aux Pays-Bas, une pétition soutenue par un parti politique vient tout juste de recueillir le nombre de signatures lui permettant de déposer au parlement un amendement à la loi sur l'aide à mourir qui ouvrirait celle-ci à tout citoyen ayant atteint soixante-quatorze ans sans autre justification que son âge chronologique.

**L'APPEL DES PSY** L'APPEL MEILLEUR COMPRENDRE J'ÉCRIS À MON DÉPUTÉ

**Euthanasie, nous avons tant à perdre.**

La **seconde incompatibilité** se situe entre la liberté telle que considérée par cette loi et la fraternité.

Premièrement, les efforts louables de notre société d'intégrer les plus fragiles et les plus vulnérables sont incompatibles avec l'assimilation faite par la loi entre handicap et souffrance. Ce point est particulièrement critiqué dans le courrier adressé au gouvernement français le 23 juin 2025 par le Comité des Droits de l'Homme de l'ONU [4].

Deuxièmement, la présentation de la mort comme solution à la souffrance est extrêmement préoccupante. Le Manifeste des Eligibles [8] (groupe de citoyens tous éligibles à l'aide à mourir telle que la loi l'établit) appelle à un « basculement du regard », suggérant qu'au lieu de se préoccuper de la façon dont les « éligibles » tels qu'eux vont pouvoir mourir, la société et ses représentants devraient se préoccuper plutôt de la façon dont ils essayent de vivre. La jachère dans laquelle est restée la loi « grand âge » ne peut aussi qu'inquiéter dans ce contexte (bien qu'un plan grand âge soit annoncé début janvier 2026). Enfin, outre l'insuffisance d'accès aux soins palliatifs en France et la forte hypothèque que son financement démesuré fait peser sur la faisabilité de la loi sur les soins palliatifs et d'accompagnement, il faut noter que, jusqu'à présent, tous les pays où une loi sur l'aide à mourir a été adoptée ont vu le financement des soins palliatifs y diminuer.

# ÉLIGIBLES

## #JeSuisEligible

## #JeSuisAidant

### Le Collectif des Éligibles

Personnes  
handicapées, malades, âgées

La **troisième incompatibilité** se situe entre la liberté telle que considérée par la loi et le respect de l'autonomie comme pilier de la bioéthique en France. Le suicide est un acte individuel et non pas social qui a été dépenalisé en 1810. Or, dépenaliser n'est pas légaliser ; l'Etat n'a ainsi pas adopté de loi sur le suicide comme acte indi-

viduel. Cette loi illustre la confrontation entre deux conceptions de la société, la conception jusqu'alors prévalente selon laquelle l'objectif de la société est de défendre l'intérêt général, le bien commun, et la conception utilitariste selon laquelle l'objectif de la société est de défendre chaque intérêt individuel, le bien social étant la somme des biens individuels ; c'est une telle conception qui prévaut dans les pays Anglo-Saxons. Nous constatons déjà une fragmentation grandissante de notre société qui reconnaît des groupes toujours plus nombreux la constituant et dont les intérêts et revendications deviennent de plus en plus difficiles à concilier, cette loi pourrait être ainsi perçue comme une forme d'individualisation ultime de notre société.

Enfin, la **quatrième incompatibilité** se situe entre l'objectif de la loi et le moyen mis en œuvre pour l'atteindre. L'objectif affiché est de pallier les insuffisances de la loi Claeys-Leonetti. L'insuffisance réelle de cette loi est ses très faibles maîtrises et utilisations par les médecins. Mais l'insuffisance à laquelle se réfère le législateur est qu'elle ne peut s'appliquer à toutes les situations ; autrement dit, les insuffisances de la loi Claeys-Leonetti que prétend corriger la loi sur le droit à l'aide à mourir sont des situations d'exception et rares. Or, le moyen utilisé pour corriger ces insuffisances est une nouvelle loi, c'est-à-dire la création d'une nouvelle normativité sociale. Ainsi, trois arguments montrent que cet outil est inapproprié pour atteindre cet objectif.

Premièrement, chaque loi génère ses propres exceptions, celle-ci ne fait pas exception et va donc générer de nouvelles exceptions au lieu de faire disparaître celles de la loi actuelle ; c'est l'effet opposé à celui recherché.

Deuxièmement, chaque loi génère un sentiment d'injustice chez ceux qui en sont exclus, ce qui est connu sous l'appellation de paradoxe législatif. Ce sentiment conduit à des ouvertures toujours plus larges de la loi. Les critères d'accessibilité à l'aide à mourir seront donc élargis sous la pression sociale de groupes s'estimant à juste titre discriminés. Cela est observé dans tous les pays qui ont adopté une loi sur l'aide à mourir. Theo Boer l'a fortement souligné et argumenté dans plusieurs publications [9]. Bien qu'il soit un des rédacteurs de la loi précurseur des Pays-Bas, il appelle les députés français à la plus grande prudence, reconnaissant qu'aucun mécanisme ne peut garantir une limitation de l'applica-

tion de l'aide à mourir une fois le droit existant. Il précise qu'il n'aurait pas participé à l'élaboration de la loi néerlandaise s'il avait compris alors l'évolution qu'elle connaîtrait.

## Le Monde

Theo Boer, professeur d'éthique néerlandais : « J'ai cru qu'un cadre rigoureux pouvait prévenir les dérives de l'euthanasie : je n'en suis plus si sûr »

Troisièmement, cette loi présente un effet particulièrement pervers et si évident qu'il n'est qu'exceptionnellement mentionné, l'éléphant dans la pièce : chacune et chacun d'entre nous sera maintenant contraint de choisir sa mort. Nous sommes toutes et tous placés devant une alternative à laquelle personne ne peut plus se soustraire : nous devons choisir entre mourir de notre propre mort ou mourir d'une mort administrée. Effet assez paradoxal pour une loi qui se veut défendre la liberté individuelle. Quant à nous autres médecins, nous sommes soumis à une double injonction de choix, outre celui de vouloir ou pas une administration de la mort pour nous-mêmes, celui d'accepter ou pas d'administrer la mort aux autres ; et personne n'y échappera.

**En conclusion, il semble nécessaire d'insister sur les risques, mais aussi sur les opportunités apportées par cette loi**

Deux risques principaux émergent. Le premier risque est apparent dès le préambule du projet de loi rédigé par Olivier Falorni « ... pour que ... on puisse partir comme on aurait voulu vivre : librement et sereinement. ». Il s'agirait donc là d'un droit à prendre une revanche sur une vie qui n'aurait pas correspondu à nos attentes en « réussissant » notre mort. La loi renforcerait le fantasme de l'Homme de pouvoir s'affranchissant de l'incertitude de la mort, incertitude pourtant constitutive de notre nature humaine. Le second risque serait de rajouter à l'inégalité des vies l'inégalité des morts. L'inégalité des vies et l'idée selon laquelle certaines vies mériteraient moins d'être vécues que d'autres ont été brillamment exposées par Didier Fassin, en particulier dans sa première leçon inaugurale au Collège de France [10] : notre mort résulte avant tout des conditions de la vie qui l'a précédée. Pour exemple, l'analyse des données de l'Ontario [11] a établi que

si 26 % de sa population avait un faible niveau de revenu, elle était à l'origine de pratiquement la moitié des demandes d'aide à mourir.

Légaliser l'administration de la mort est une rupture anthropologique dont nous ne mesurons probablement pas l'ampleur, mais elle nous offre cependant des opportunités de progresser. Tout d'abord, nous devons avoir, ou retrouver, un esprit clair (c'est-à-dire un raisonnement appuyé sur des connaissances solides et diversifiées) et l'usage de mots justes (c'est-à-dire de bien savoir ce que signifie chaque mot, comme celui de dignité ; « *Mal nommer un objet rajoute au malheur de ce monde* » nous a appris Albert Camus [12]). Ensuite, nous devons faire preuve de tout autant d'humilité que de courage. Enfin, nous devons être prudents (de la prudence d'Aris-

tote) et nous devons être confiants (de cette confiance qui fonde la relation de soin).

En 1969, dans son ouvrage *Flexible Droit* [13], le Doyen Jean Carbonnier a écrit une phrase qu'il aurait été souhaitable que nos députés gardent à l'esprit cette fois encore : « *Ne légiférer qu'en tremblant, préférer toujours la solution qui exige moins de droit et laisse le plus aux mœurs et à la morale.* » Nos députés auraient probablement été mieux inspirés de faire confiance aux soignants en dépénalisant l'aide à mourir qu'en confirmant leur défiance à leur égard en créant un droit à l'aide à mourir.

**Didier LEGEAIS**  
**Pierre MONGIAT-ARTUS**  
*pour le Comité d'Éthique et de Déontologie de l'Association Française d'Urologie*



## Références

- [1] <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JOR-FDOLE000049401821/>
- [2] <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JOR-FDOLE000051666413/>
- [3] <https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-07/20230705-soins-pal-liatifs.pdf>
- [4] [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbol-no=INT%2FCRPD%2FFUL%2FFRA%2F63700&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbol-no=INT%2FCRPD%2FFUL%2FFRA%2F63700&Lang=en)
- [5] <https://conferencedes-doyensdemedecine.org/fin-de-vie-pas-dobligation-dintroduire-une-formation-a-laide-active-a-mourir-dans-les-etudes-medicales/>
- [6] <https://www.lefigaro.fr/vox/politique/la-loi-sur-l-aide-a-mourir-fera-de-la-mort-une-the-rapie-parmi-d-autres-575-juristes-alertent-sur-les-risques-de-derive-20250514>
- [7] <https://appeldespsy.org/>
- [8] <https://leseligibles.fr>
- [9] [https://www.lemonde.fr/idees/article/2025/04/07/theo-boer-professeur-d-ethique-neerlandais-j-ai-cru-qu-un-cadre-rigoureux-pouvait-prevenir-les-derivees-de-l-euthanasie-je-n-en-suis-plus-si-sur\\_6592197\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2025/04/07/theo-boer-professeur-d-ethique-neerlandais-j-ai-cru-qu-un-cadre-rigoureux-pouvait-prevenir-les-derivees-de-l-euthanasie-je-n-en-suis-plus-si-sur_6592197_3232.html)
- [10] [https://www.college-de-france.fr/media/didier-fassin/UPL8801399543209309752\\_Fiche\\_diffusion\\_LI\\_Fassin\\_Fayard\\_CdF\\_CdFnum\\_sept2020.pdf](https://www.college-de-france.fr/media/didier-fassin/UPL8801399543209309752_Fiche_diffusion_LI_Fassin_Fayard_CdF_CdFnum_sept2020.pdf)
- [11] Evidence of Harm: Assessing the Impact of Assisted Dying / Assisted Suicide on Palliative Care, Professor David Albert Jones, [www.bioethics.org.uk](http://www.bioethics.org.uk)
- [12] Albert Camus, *Carnets « Sur une philosophie de l'expression »*
- [13] Jean Carbonnier - 1969 - *Flexible Droit*

# Enquête sur l'organisation des sociétés savantes françaises

**A** l'occasion du Conseil d'administration du 27 juin 2025, le président Alexandre de la Taille a proposé aux administrateurs que l'AFU pilote une enquête sur la structuration des autres sociétés savantes. L'objectif était de recueillir des informations afin d'établir tout d'abord un état des lieux des pratiques dans ce secteur professionnel, mais aussi d'apprécier notre organisation au regard de ces éléments.

Constitué d'Alexandre de la Taille, Géraldine Pignot, Gaëlle Fiard, Olivier Traxer et Denis Prunet, un groupe de travail s'est formé avec l'appui d'Alexandra Devillers et Jérémie Ferreira Lima.

Quelques semaines plus tard, plusieurs sociétés savantes ont donc reçu un lien afin de renseigner un questionnaire contenant pas moins d'une soixantaine de questions. Celles-ci s'intéressaient au profil, à l'organisation, aux salariés, au cadre institutionnel, aux événements organisés (formation, etc.), au budget, etc.

Clôturée au mois de novembre, cette enquête a rencontré un franc succès avec la participation de 33 sociétés savantes.

Les conclusions de cette enquête, présentées au bureau puis au conseil d'administration du 18 novembre dernier, sont riches d'enseignements et traduisent aussi, par comparaison, la dynamique dans laquelle s'inscrit l'AFU.

Les éléments synthétisés ci-dessous l'illustrent à plusieurs niveaux. Ils constituent une moyenne selon les réponses exprimées.

Tout d'abord, 24 % des répondants sont propriétaires de leurs locaux.

Le nombre de membres se distingue selon plusieurs grandes catégories : 15 sociétés ont entre 0 et 550 membres ; 15 autres entre 644 et 3 100 membres ; et 1 a plus de 10 000 membres.

84% des sociétés savantes proposent plusieurs catégories de membres (international, associé, émérite, junior, etc.).

Dans 68 % des cas, tous les membres peuvent voter. En outre, le prix des cotisations varie entre 0 et 150 € (dont 15 à moins de 100 €) ; 4 structures proposent également des cotisations dont le montant dépasse les 300 €.

De façon générale, les parrainages sont régulièrement les conditions d'admission fixées par ces dernières (pour certaines, le simple fait d'être professionnel ou de payer les cotisations suffit).

Il convient de noter que seulement 39 % des répondants disposent d'un statut spécifique pour les membres domiciliés à l'étranger. Ce chiffre encourage l'AFU à poursuivre sa politique de coopération internationale particulièrement volontariste.

S'agissant du nombre de salariés, celui-ci varie plutôt entre 0 et 2 en général (6 ont 3 salariés ou plus). Dans 41 % des cas, les salariés travaillent aussi pour d'autres structures rattachées à la maison mère (sociétés commerciales, CNP, etc.).

Pour les jeunes en formation, 30 % seulement ont indiqué que ces derniers étaient organisés dans une association distincte de la leur (sur ces 30 %, il est opportun de relever que 38 % disposent d'une indépendance financière).

Sur un tout autre sujet, 93 % émettent des recommandations de bonnes pratiques et disposent de comités organisationnels / scientifiques ou groupes de travail.

93% ne sont pas en charge de l'accréditation.

S'agissant des questions relevant du cadre institutionnel, les conseils d'administrations sont constitués en général entre 0 et 30 administrateurs (dont la bonne majorité est élue pour 3-4 ans).

75 % des répondants ont précisé que les élections des administrateurs se faisaient par vote électronique.

Toujours sur ce sujet, 4 conseils d'administration au plus sont organisés pour 20 sociétés savantes. Dans 84 % des cas, celui-ci dispose des pouvoirs les plus étendus pour gérer/administrer la société savante.

Pour le bureau plus précisément, celui-ci est constitué au moins de 6 administrateurs dans une grande majorité. Pour 80 % des répondants, les membres sortants du bureau sont rééligibles (et dans 64 % des cas, un administrateur peut exercer deux fois le mandat de président).

La moitié des répondants n'ont pas d'organisme validant DPC.

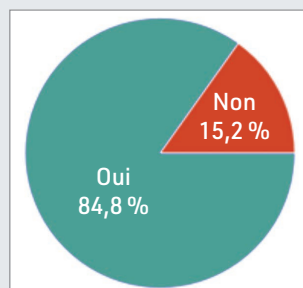


Figure 1 - Avez-vous plusieurs catégories de membres ? (International, associé, émérite (retraités), junior, etc.)

33 réponses

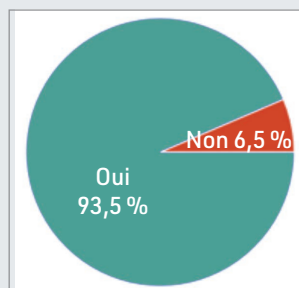


Figure 2 - Au sein de la structure mère, existent-ils des comités organisationnels, scientifiques ou groupes de travail ?

31 réponses

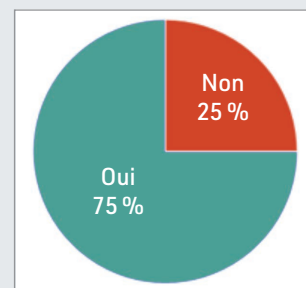


Figure 3 - Les élections de vos administrateurs se font-elles par vote électronique ?

32 réponses

Seules 3 sociétés organisent plus de 10 événements de formation (validante DPC ou non et réunissant au moins 10 personnes). 56 % des répondants font appel à une agence (délégation totale ou partielle) pour les accompagner dans l'organisation de ces événements et 34 % font appel à une agence pour les missions de communication (réseaux sociaux, communiqués de presse, etc.).

Dans ce prolongement, le prix des congrès pour les participants est assez variable : plusieurs structures proposent des tarifs situés entre 150 et 350 €. Cependant, d'autres sociétés savantes affichent des tarifs à plus de 500 € voire 700 € ; certaines proposent également des catégories de tarifs selon le statut ou le pays.

Enfin, sujet important pour toute organisation, la question du budget était elle aussi posée ; 81% des répondants ont indiqué qu'une part de leur budget était générée par la vente de prestations / partenariats auprès d'entreprises extérieures.

Concernant le budget consacré à la recherche, les réponses sont plus disparates. Environ 10 sociétés consacrent plus ou moins 10 % de leur budget à la recherche ; 8 consacrent entre 20 à 50 % ; et, enfin, 2 pour près de 70 à 80 %.

Aussi, 17 sociétés savantes accordent moins de 5 bourses/subventions par an à des étudiants ou médecins (10 autres en donnent plus de 5 par an).

87 % n'organisent pas d'événements de collecte d'argent pour soutenir des programmes de recherche et 16 % disposent d'un fonds de dotation.

S'agissant de la littérature, 56 % ont des journaux/revues scientifiques (dont 66 % sont référencés par PubMed).

\*\*\*

Dans un but de partage et de coopération, les sociétés savantes ayant contribué à cette étude disposeront des réponses (sous format anonymisé). Dans cette même optique, l'équipe de l'AFU renforcera cette collaboration avec l'organisation d'une rencontre commune.

Le groupe d'enquête de l'AFU

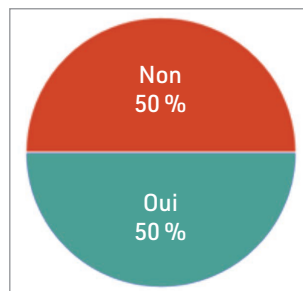


Figure 4 - Disposez-vous d'un organisme de formation validante DPC ?  
32 réponses

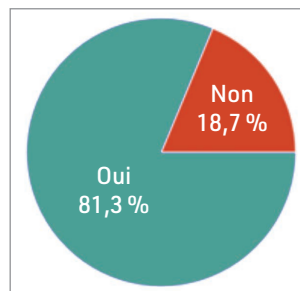


Figure 5 - Une part de votre budget est-elle générée par la vente de prestations / partenariats auprès d'entreprises extérieures (laboratoires, etc.) ?  
32 réponses

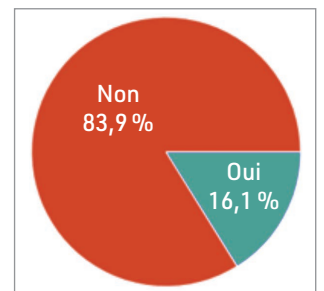
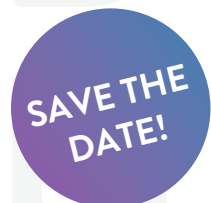


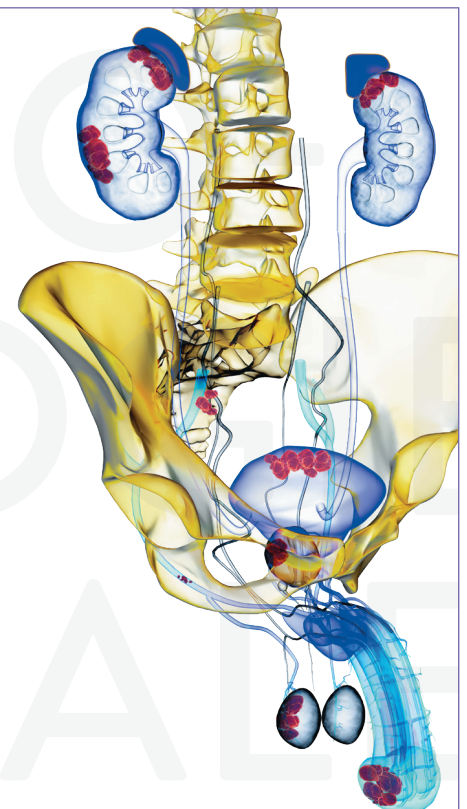
Figure 6 - Avez-vous un fonds de dotation ?  
31 réponses

11-12 JUIN 2026  
LILLE, FRANCE



# JOUUM

## JOURNÉES D'ONCO-UROLOGIE MÉDICALE



AFU ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE  
www.urofrance.org

Connectez-vous !



URO DIFFUSION



Julien  
DEFONTAINES

## Le corps des hommes : un idéal esthétique dans les statues de l'antiquité

Une campagne de l'AFU « Novembre au Masculin » (évitons les anglicismes !) nous a permis de soulever un point critique : mais pourquoi donc les statues de l'antiquité ont-elles un si petit pénis ?

Ne mentez pas, tout le monde a dû se poser la question : « *Comment des dieux grecs représentant l'idéal de virilité avec plus d'abdominaux et de musculature que la normale font-ils pour tous avoir un petit pénis ?* ».



### Statuaire antique

La statuaire, ou l'art de la sculpture, connaît ses grands débuts à l'époque de la Grèce antique (V-IV<sup>e</sup> siècle av. J.-C.). Ce courant artistique est guidé par la recherche de l'harmonie et de la proportion. Le nu masculin, à travers l'idéalisation du corps, devient le support privilégié de cette quête de l'esthétique où l'athlète et le dieu incarnent la perfection physique et morale. Les sculpteurs mettent l'accent sur l'équilibre des masses ou la maîtrise de la gestuelle en s'éloignant parfois du réalisme.

### Quelques exemples

Les grands artistes de l'époque sont Pheidias (490-430 av. J.-C.) qui est l'auteur de la décoration du Parthénon ou de la statue

de Zeus d'Olympie alors une des sept merveilles classiques (Figure 1).

Polyclète (480-420 av. J.-C.) est lui connu pour avoir rédigé le *Canon*, un traité établissant les proportions idéales du corps masculin (Figure 2).

Myron (485-420 av. J.-C.) a pour spécialité la capture de gestes sportifs et est spécialisé dans le mouvement et l'instantanéité. Son œuvre majeure est le *Discobole* (Figure 3).

Enfin, nous pouvons citer Praxitèle (400-330 av. J.-C.) qui a introduit la sensualité avec des statues aux silhouettes élancées et des surfaces polies. Son œuvre la plus connue est *Hermès portant Dionysos enfant* (Figure 4).

### Comment fait-on une statue en marbre dans la Grèce Antique ?

Le marbre utilisé vient souvent des îles de Paros ou Naxos ou du Pentélique en Attique. La première étape est le dégross-

issage qui consiste à extraire de gros volumes à l'aide de marteau et ciseaux. Puis vient la mise en forme où des ciseaux pointus, plats puis des gradines sont utilisés pour préciser et travailler les reliefs (muscle, drapé, contours). Enfin, la dernière étape du polissage consiste à utiliser du sable pour obtenir une surface lisse et brillante.

### Sois calme et en maîtrise : la Sôphrosyné

Les statues de l'époque expriment, comme nous l'avons vu, une certaine forme de beauté idéalisée. La nudité étant célébrée (les Grecs font du sport, parfois la guerre, nus et le fait de se couvrir est parfois vu comme une forme de barbarie), les statues ont comme vocation de célébrer le culte du corps. Le corps est sublimé, idéalisé... mais le pénis est volontairement de petite taille et au repos (« *penis flaccide gracile* »). Une doctrine philosophique, la *sôphrosyne*, est à cette époque à la mode et désigne une maîtrise de soi, une tempérance, une sagesse imperméable au monde extérieur...



Figure 1 - Pheidias, représentation supposée de Dionysos provenant du fronton est du Parthénon, 438 av. J.-C., British Museum.

Figure 2 - Copie en marbre du Doryphore de Polyclète (Pompéi, 79 av. J.-C.), l'original, perdu, a été sculpté vers 440 av. J.-C., Musée archéologique de Naples.

Figure 3 - Discobole de Myron, 450 av. J.-C., Musée national romain Palazzo Massimo alle Terme.

Figure 4 - Praxitèle, Hermès portant Dionysos enfant, vers 330 av. J.-C., Musée archéologique d'Olympie, Grèce.

L'homme doit être rationnel, intelligent, contrôlé et capable de dépasser son côté animal : il doit dominer son désir. Le pénis imposant est vu comme un signe d'instabilité et de non-contrôle de ses pulsions. À l'inverse, un petit pénis au repos est le signe d'une maîtrise de soi digne d'un homme civilisé, rationnel et gouverné par la sagesse.

Les gros pénis en érection sont réservés aux représentations des satyres, des esclaves, des barbares et à tous ceux qui ne sont pas considérés comme civilisés dans la représentation de l'époque. Le pénis est dans les statues un marqueur de différenciation sociale !

**Une tendance qui perdurera... un certain temps**

Cet idéal du petit sexe se poursuivra chez les romains puis à la Renaissance quand les artistes reprendront les standards de beauté de l'Antiquité. Le David de Michel-Ange, réalisé au XVI<sup>e</sup> siècle, aura par exemple un petit pénis (Figure 5).

Puis l'église interdira, à partir de 1530, la nudité dans les arts et les représentations du corps humain : les feuilles de vigne ou de figuier feront leur apparition. Cachez ce sexe que je ne saurais voir !

De nos jours le phallus est parfois utilisé dans l'art contemporain comme un symbole de masculinité ou de puissance et



Figure 5 - Le Michel-Ange de David, 1501, Galerie de l'Académie de Florence.

sert plutôt une réflexion conceptuelle. Un gros pénis n'est pas un idéal de beauté mais devient un outil critique, un symbole culturel ou un vecteur de questionnement identitaire. L'artiste Paul McCarthy l'utilise par exemple dans son œuvre « Dick Eye » comme une critique de la masculinité et un objet de questionnement sur le regard social (Figure 6).

**Le pénis comme langage symbolique**

La représentation du pénis est finalement dans les arts plus un code culturel propre à chaque période qu'une réalité biologique. La taille du pénis est un langage symbolique propre à chaque société révélant ses valeurs, ses tabous et son rapport au corps...

L'avènement relativement récent de la pornographie a modifié le regard moderne sur le pénis (grand, performant, hypertrophié) en créant un nouveau standard imaginaire autant éloigné des réalités anatomiques que les statues antiques.

Peut-être devrions nous emmener nos patients au musée ?

Julien DEFONTAINES



Figure 6 - Dick Eye de Paul McCarthy, 2002, Collection privée.

## À propos des Laboratoires Pierre Fabre

Les Laboratoires Pierre Fabre sont la 2<sup>e</sup> entreprise dermo-cosmétique au monde et l'un des premiers laboratoires pharmaceutiques européens. Leur portefeuille Dermo-Cosmétique & Personal Care est composé de marques internationales dont Eau Thermale Avène, Ducray, Klorane, A-Derma, René Furterer, Môme Cosmetics, Darrow et Elgydium. Leur activité Medical Care couvre 5 domaines thérapeutiques principaux : l'oncologie, la dermatologie, les maladies rares, les maladies chroniques et la santé familiale.

En 2024, les Laboratoires Pierre Fabre ont réalisé un chiffre d'affaires de 3,1 milliards d'euros, dont 70 % à l'international dans 120 pays. Implantés depuis toujours en région Occitanie, ils fabriquent près de

90 % de leurs produits en France et emploient 10 200 collaborateurs dans le monde. Leur budget de R&D s'est élevé à 219 M€ dont 60 % dédiés aux thérapies ciblées en oncologie et 35 % aux thérapies et aux soins de la peau.

L'actionnaire majoritaire (86 %) des Laboratoires Pierre Fabre est une Fondation humanitaire éponyme reconnue d'utilité publique. Les collaborateurs sont l'autre actionnaire de l'entreprise. Cette structure capitalistique est garante de l'indépendance de l'entreprise, de sa vision à long-terme et de sa contribution au bien commun. Les dividendes versés à la Fondation Pierre Fabre bénéficient à 35 programmes d'accès à la santé déployés dans 22 pays parmi les moins avancés au monde.



LABORATOIRES  
**Pierre Fabre**  
New ways to care

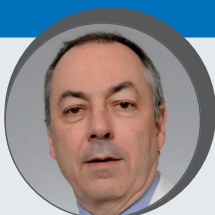
La démarche RSE des Laboratoires Pierre Fabre est évaluée par AFNOR Certification au niveau « Exemplaire » du label Engagé RSE (norme ISO 26 000 du développement durable).

Pour de plus amples renseignements :

[www.pierre-fabre.com](http://www.pierre-fabre.com)  
[@Laboratoires Pierre Fabre](https://twitter.com/Laboratoires_Pierre_Fabre)  
[@Pierre Fabre Oncology](https://twitter.com/Pierre_Fabre_Oncology)



Bernard  
BOILLOT



Thierry  
LEBRET

# Hommage au Professeur Paul Mitrofanoff

Le Professeur Paul MITROFANOFF vient de nous quitter à 90 ans et nous venons de perdre un des urologues français les plus connus au niveau international. En effet, peu de chirurgiens français ont eu, de leur vivant, l'honneur de donner leur nom à une technique, devenue un principe, puis un nom commun pour les patients qui en ont bénéficié. Paul Mitrofanoff était de ceux-là. Mais au-delà de la technique de « cystostomie étanche » qui l'a fait connaître, il était un personnage, un enseignant, un semeur d'idées, d'attitudes et d'élégance qui ont marqué tous ses élèves. Nous n'avons pas choisi d'être urologues pédiatres exclusifs mais nous restons marqués à jamais par son humanisme et sa sérénité naturelle.

## Une élégance intrinsèque

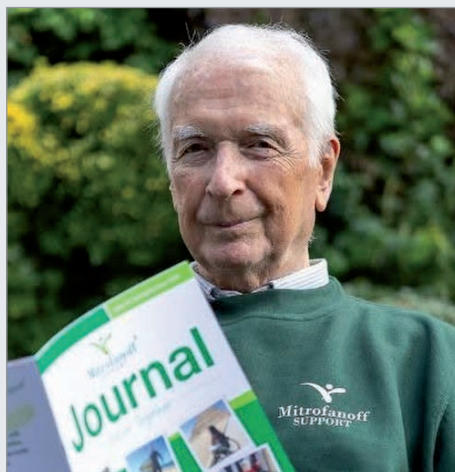
L'homme était souriant, simple et élégant, dans les manières comme dans la tenue, bienveillant et féministe avant que ces concepts soient répandus.

L'universitaire qu'il était nous apprenait à ne publier que si on avait quelque chose de nouveau et d'original à communiquer et, en congrès, il savait mettre à l'aise les plus jeunes dans les sessions qu'il présidait.

Le patron ne raffolait pas de ses fonctions de responsable administratif au CHU de Rouen, mais considérait cette charge comme nécessaire avec une capacité d'étonnement un peu décalée qu'il nous a transmise.

Le chirurgien cultivait le beau geste, l'élégance dans l'utilisation du bistouri et des pinces, le respect de ses aides opératoires, la culture de la simplification et, en cas d'immense difficulté, seulement siffloter pour garder la sérénité indispensable. Il nous a enseigné les techniques de base de l'urologie pédiatrique de manière à ce que nous puissions non seulement les réaliser mais surtout les enseigner.

Il détestait l'approximation et ne se contentait jamais d'une réponse ambiguë face à un problème médical. Il avait une propension à poser la question qui dérangeait ou pour laquelle nous n'avions qu'une réponse simpliste ; alors il « ne lâchait pas le morceau » et revenait à l'interrogation primitive afin



d'avancer dans la réflexion. Au bloc, il ne supportait pas la médiocrité du geste et ne se contentait que de la perfection. Nous nous souvenons d'une intervention de reconstruction vésicale chez un nourrisson qui avait duré 7 heures au bout desquelles, alors que l'on s'appêtait à fermer l'incision afin de nous préparer à un tonus à l'internat, il nous déclara : « *je pense qu'on peut faire mieux !* » et à 19 heures il a « démonté » une partie de la plastie pour « faire mieux » comme il disait...

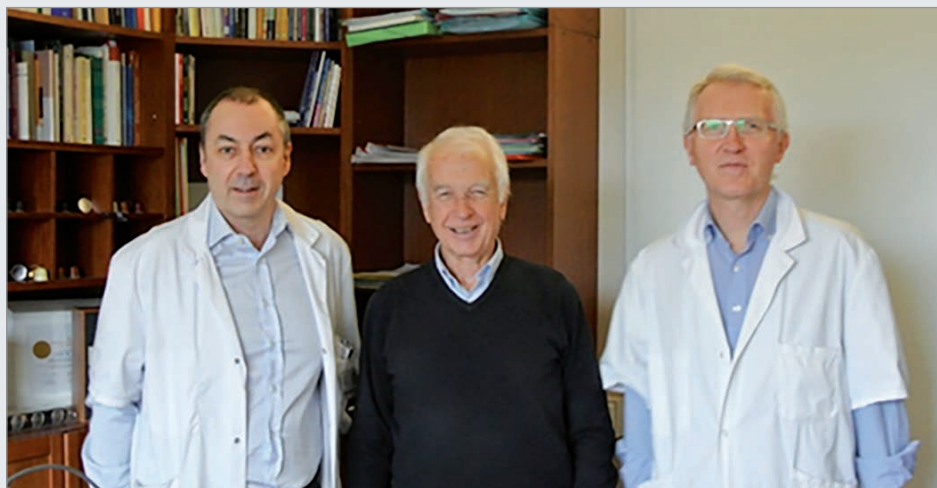
## Le choix des pires patients et l'analyse des échecs

Il a connu, dans les années 1970 et 1980, la période où on espérait améliorer la vie des

patients spina bida par de nombreuses opérations orthopédiques et urologiques. Avant tout le monde, il a compris qu'on ne parviendrait jamais à donner une synergie vésico-sphinctérienne à ces patients neurologiques congénitaux qui étaient à la fois incontinentes urinaires et fécaux, rétentionnistes et à risque rénal. La seule solution était alors de les rendre parfaitement rétentionnistes, avec une vessie vidée par auto-sondage urétral selon Lapidès. C'était l'époque où on enlevait les appendices à tour de bras et où ont été définies les règles de la parfaite implantation anti-reflux des uretères : de là est née l'idée puis la réalisation des premières cystostomies étanches. On ne l'a su que longtemps après : il a parlé de cette idée nouvelle aux chirurgiens pédiatres qu'il estimait avant de la réaliser.

Restaient à régler deux problèmes majeurs : l'incontinence par l'urètre et la destruction progressive de la fonction rénale.

Avant même la diffusion des concepts urodynamiques, et en utilisant ses échecs pour avancer, Paul Mitrofanoff a compris que la destruction / dilatation rénale était due non pas au reflux qui était la conséquence de la neurovessie, mais à la pression intravésicale trop élevée. Les mêmes observations lui ont permis de comprendre pourquoi la fermeture chirurgicale du col de la vessie après cystostomie continente était presque toujours vouée à l'échec en l'absence d'agrandissement. Il a anticipé qu'en



introduisant tôt dans la vie une bonne vidange sans poussée, la situation périnéale, et donc la continence serait bien meilleure à l'âge adulte : là encore il avait raison, bien avant la naissance de la neuro-urologie et de l'urodynamique.

Dans le même mouvement, il nous a encouragés dès les années 1990 à une approche non invasive et « low tech » des troubles mictionnels de l'enfant. Son idée était qu'un chirurgien qui peut guérir avec des mots aura la confiance de tous.

### Confiance

Il acceptait qu'on lui dise que réaliser « son » opération était infaisable, trop difficile. Il faut dire que son article initial ne contenait que deux schémas succincts. Sa réponse était : « *c'est à vous de décrire comment faire cette opération complexe pour qu'elle soit enseignable et accessible à tous, car pour beaucoup d'enfants, il n'y a pas d'autre solution qui vaille* ». Notre publication commune à paraître prochainement sur la technique de Mitrofanoff « low tech and teachable » était un aboutissement de nos expériences et il avait promis de la cosigner.

Depuis quelques années, au cours de déjeuners à Suresnes, il nous témoignait de son amitié et de sa confiance en nos capacités, que notre devoir essentiel était l'enseignement des techniques et celui d'une certaine manière de réfléchir, lucide sur les enjeux médicaux et industriels qui peuvent parasiter nos analyses. Il se passionnait pour le récit des dernières sessions d'enseignement de sa technique « éco-responsable

et qui ne coûte rien » dispensées au Cambodge ou en Algérie. Son fond rebelle, humaniste et élégant était toujours là, et il nous laissait avancer chacun à notre façon.

### Des convictions pour le futur

Il savait depuis plus de 30 ans que le mode de dérivation qu'il proposait pour les enfants serait irremplaçable pour longtemps et qu'il fallait donc l'enseigner le plus possible, en amoindrissant la difficulté technique. Il savait également qu'on pouvait changer la vie des patients adultes handicapés de mieux en mieux informés, et qu'on devait répondre à leur demande. Sans qu'il nous le dise, on sentait bien qu'il comptait sur l'urologie française pour promouvoir cette technique chez l'adulte. Pour autant, il ne se présentait pas comme un promoteur de sa technique.

Il observait, avec le petit sourire qu'on lui connaissait, que sa technique avait été rapidement reconnue et adaptée par les urologues pédiatres étrangers, puis français, avant que les urologues d'adultes se mettent à la pratiquer largement dans le

monde entier. Il était très intéressé de savoir comment nous gérons les complications et le post-opératoire.

Il avait également compris l'importance de l'urologie de l'adolescent (dite transitionnelle) en particulier pour les patients opérés dans l'enfance d'hypospadias postérieur. Nous avons suivi son conseil de faire émerger des centres experts dans ce domaine, et continuons de tisser des liens entre urologues pédiatres et adultes.

### Et l'art de vivre à la Mitrofanoff ...

Paul Mitrofanoff nous avait dit, alors que nous étions ses chefs de clinique, qu'il ne fallait pas travailler chez soi (sic !) ; cela nous éviterait de faire des communications sans intérêt. Il voulait aussi que nous soyons cultivés et heureux de vivre, comme lui l'était surtout les jours de golf et les soirs de match de football. Il mettait la famille et les amis au centre de ses intérêts et était toujours partant pour un partage de moments conviviaux. Cette belle leçon de vie nous a accompagnés, comme nous accompagnera encore le petit sourire malicieux et modeste de celui qui, pourtant, a reçu dans le monde entier des accueils de rock star ! Ceux qui étaient à l'AUA lors de l'hommage rendu à ses travaux se souviennent de cette magnifique « standing ovation » spontanée des urologues adultes et pédiatriques reconnaissants pour son engagement à améliorer la vie de ces patients.

Paul, merci pour tout ce que tu nous as transmis.

Bernard BOILLLOT et Thierry LEBRET



4-5 SEPTEMBRE 2026  
PARIS, FRANCE

MAISON DE L'UROLOGIE

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

**URO** DIFFUSION

Connectez-vous!

X f @AFUrologie #JAMS2026

SAVE THE  
DATE!

**JAMS**  
JOURNÉES  
D'ANDROLOGIE &  
MÉDECINE SEXUELLE

**E-JAMS FRANCOPHONES 2026 / FASULF**  
(LIVE STREAMING POUR LES PAYS FRANCOPHONES)





# Une nouvelle collaboratrice à l'AFU

## Entretien avec Elodie Lourdy Morland

Assistante polyvalente à l'AFU et fondatrice de l'association culturelle Bohio Ayiti

### Chapô introductif

*Femme de courage et de conviction, Elodie Lourdy Morland incarne une résilience lumineuse. Après un parcours d'entrepreneure marqué par un combat contre un cancer du sein avancé, elle a trouvé un nouveau sens à sa vie professionnelle en rejoignant l'Association Française d'Urologie (AFU). En parallèle, elle porte haut la voix d'Haïti à travers Bohio Ayiti, une association qu'elle a cofondée avec André Delpuech, ancien directeur du Musée de l'Homme et conservateur général du patrimoine, pour faire rayonner le patrimoine, la culture et l'histoire d'Haïti. Rencontre avec une femme qui fait de la vie, sous toutes ses formes, un engagement.*



© Astrid Croglanza pour l'exposition « Haïti, Féminin Pluri'Elles »

### Portrait rapide

- **Nom :** Elodie LOURDY MORLAND
- **Poste :** Assistante polyvalente à l'AFU
- **Origine :** Haïti
- **Formation :** BTS Assistante de gestion, Formation en communication & image
- **Particularité :** ancienne entrepreneure, fondatrice de ML Relooking
- **Engagement :** Fondatrice de Bohio Ayiti aux côtés d'André Delpuech, pour la valorisation du patrimoine, de l'histoire et de la culture haïtienne
- **Expositions récentes :**
  - « Echoes of a Ransom / Debt » Intermondes Humanités Océanes, La Rochelle
  - « Voix des femmes haïtiennes : parcours de migration » Mairie de Paris 20<sup>e</sup>
- **Devise :** « Ensemble, changeons le regard sur Haïti, en choisissant la beauté. »

### PL. Pouvez-vous vous présenter et nous parler de votre parcours ?

ELM. Je suis originaire d'Haïti, un pays de beauté, de contrastes et de résilience. Mon parcours est fait de défis et de renaissances.

Après un BTS d'assistante de gestion, j'ai travaillé plusieurs années dans l'administration avant de créer, à 28 ans, mon propre espace à Paris : ML Relooking, un lieu dédié à la beauté, au bien-être et à la valorisation de l'image.

Mon objectif était simple : aider les femmes à se révéler, à se sentir fortes et fières d'elles-mêmes.

Mais la vie m'a confrontée à une épreuve qui a tout changé : un cancer du sein avancé, diagnostiqué alors que j'étais enceinte, une grossesse que j'ignorais. Les médecins l'ont découverte au moment des examens préparatoires à la chimiothérapie.

Le traitement étant incompatible avec la vie du bébé, ils ont dû interrompre la grossesse. Ce fut un choc, une douleur profonde, mais aussi un tournant. J'avais déjà une fille, et c'est pour elle que j'ai trouvé la force de me battre, de me relever et de continuer à croire en la vie.

Cette épreuve a transformé ma manière de voir le monde, le travail et le sens de l'engagement.

### Comment êtes-vous arrivée à l'AFU ?

Je suis arrivée à l'Association Française d'Urologie (AFU) le 11 novembre 2024, d'abord en mission d'intérim. Dès les premiers jours, j'ai senti que c'était ma place.

Ma rencontre avec Alexandra Devillers, la Déléguée générale de l'AFU, a été une évidence. Elle m'a accueillie avec une bienveillance rare et j'ai eu le sentiment d'intégrer une véritable maison où règnent rigueur, solidarité et humanité.

Aujourd'hui, j'occupe le poste d'assistante polyvalente. Je veille au bon fonctionnement de la « Maison AFU », j'accompagne mes collègues, nos adhérents, et je participe à la coordination des formations.

Après avoir traversé une maladie aussi lourde, travailler à l'AFU prend un sens presque spirituel. C'est comme si la vie m'offrait une seconde chance : celle de contribuer, à mon échelle, à la recherche, à la santé et à la formation des futurs médecins.

### **Vous êtes aussi engagée dans une mission culturelle importante. Pouvez-vous nous en parler ?**

Oui, en parallèle de mon travail à l'AFU, je dirige l'association Bohio Ayiti, que j'ai fondée avec André Delpuech, ancien directeur du Musée de l'Homme et conservateur général du patrimoine.

Ensemble, nous avons voulu créer une structure capable de changer le regard porté sur Haïti, en révélant la richesse de son histoire, de sa nature et de sa culture.

« Bohio » signifie « chez nous » en langue arawak des Taïnos, les premiers habitants de l'île. L'association s'appuie sur un comité scientifique d'experts issus de divers domaines (nature, patrimoine, histoire, arts et culture) pour concevoir des projets à la fois rigoureux, novateurs et profondément humains.

Nos dernières expositions illustrent cette mission :

- « *Echoes of a Ransom / Debt* », présentée à La Rochelle en partenariat avec Intermondes Humanités Océanes, explore les séquelles historiques et morales de la dette imposée à Haïti en 1825 et interroge sur la question de la réparation.
- « *Voix des femmes haïtiennes : parcours de migration* », à la Mairie du 20<sup>e</sup> arrondissement de Paris, rend hommage aux femmes haïtiennes et caribéennes, leurs luttes, leurs identités plurielles et leurs apports à la société française.

Mais au-delà des expositions, Bohio Ayiti, c'est aussi un engagement pour la mémoire, la justice et les droits humains. La Révolution haïtienne n'a pas seulement ouvert la voie à la liberté, elle a aussi été le premier combat universel pour les droits humains, inspirant les mouvements d'émancipation dans tout le Nouveau Monde.

Notre objectif est de faire reconnaître cette contribution essentielle à l'histoire mondiale.

### **Qu'est-ce qui relie votre travail à l'AFU et votre engagement à travers Bohio Ayiti ?**

Dans les deux cas, il s'agit de prendre soin de la vie.

À l'AFU, je participe à un écosystème où la recherche et la formation servent la santé.

Avec Bohio Ayiti, je prends soin de la mémoire, du patrimoine et de la dignité culturelle d'un peuple.

Ces deux missions, en apparence différentes, se rejoignent dans une même conviction : la vie mérite d'être protégée, comprise et célébrée, qu'il s'agisse d'un corps à soigner ou d'une histoire à transmettre.

### **Une phrase qui résume votre parcours ?**

« *Après avoir survécu à un cancer, travailler à l'AFU, c'est contribuer à la vie.* »

*Et avec Bohio Ayiti, je rends hommage à mes racines, aux droits humains et à la beauté d'Haïti.* »

Elodie LOURDY MORLAND

Propos recueillis par Priscilla LEON

18-21 NOVEMBRE 2026  
PARIS, FRANCE  
PALAIS DES CONGRÈS  
[www.cfu-congres.com](http://www.cfu-congres.com)

SAVE THE DATE!

120<sup>e</sup>  
CONGRÈS  
FRANÇAIS  
D'UROLOGIE

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

Connectez-vous !  
X f Instagram  
@AFUrologie #CFU2026

### Rédactrice en chef :

Priscilla LEON  
[bertrandpriscilla@yahoo.fr](mailto:bertrandpriscilla@yahoo.fr)

### Secrétaires de rédaction :

Olivier ALENDA  
[olivier.alenda@hotmail.fr](mailto:olivier.alenda@hotmail.fr)  
Stéphane BART  
[stephane.bart@ght-novo.fr](mailto:stephane.bart@ght-novo.fr)  
Julien DEFONTAINES  
[julien.defontaines@gmail.com](mailto:julien.defontaines@gmail.com)  
Gaëlle FIARD  
[gaellefiard@gmail.com](mailto:gaellefiard@gmail.com)  
Blandine TAMARELLE  
[Blandine.tamarelle@gmail.com](mailto:Blandine.tamarelle@gmail.com)

### Coordination générale :

Amandine LIENARD  
[alienard@afu.fr](mailto:alienard@afu.fr)

### Courrier à adresser à :

AFU - UROjonction  
11 rue Viète - 75017 Paris  
[afu@afu.fr](mailto:afu@afu.fr)

### Mise en page et impression :

Accent Aigu  
[accent-aigu@wanadoo.fr](mailto:accent-aigu@wanadoo.fr)



Denis SÉGUIER

## Ce que la Légion d'honneur du Pr Rouprêt dit à une génération qui arrive

orsque l'on débute en urologie, on avance souvent avec l'impression d'entrer dans une maison immense dont on n'a pas encore trouvé toutes les clefs. Nous découvrons les techniques, les structures, les responsabilités mais plus rarement ceux dont la trajectoire éclaire notre propre parcours.

J'ai été convié à assister à la cérémonie de remise des insignes de Chevalier de la Légion d'Honneur au Professeur Morgan Rouprêt le mercredi 5 novembre 2025 à Paris. Cet évènement solennel m'a offert un moment de clarification, en tant que président de l'AFUF mais également à titre personnel. Non pas par l'admiration distante d'un parcours accompli, mais par la

« *It's not about how hard you hit, it's about how hard you can get hit and keep moving forward.* »

Rocky Balboa (film, 2006)

perception concrète de ce que signifie réussir une carrière hospitalo-universitaire engagée dans notre discipline.

**Chercher des repères sans chercher des idoles**

Nous appartenons à une génération à qui l'on demande beaucoup : compétence tech-

nique, créativité, mobilité, production scientifique, présence institutionnelle, équilibre personnel. Au milieu de ces exigences, une question demeure : qu'attend-on réellement de nous ?

Dans cette quête, la tentation est grande d'idéaliser des figures tutélaires ou, à l'inverse, de s'en méfier. La cérémonie de remise des insignes de la Légion d'Honneur du Professeur Rouprêt m'a rappelé une évidence : les modèles ne sont ni des idoles, ni des récits lisses. Ce sont des trajectoires qui permettent de trouver des repères, pas pour les dupliquer, mais pour comprendre ce que la République, la profession et la société choisissent de valoriser.

J'ai également réalisé à cette occasion que notre métier, longtemps vécu comme un



sport essentiellement individuel, évolue désormais vers une pratique profondément collective, où l'excellence ne se mesure plus seulement à l'acte, mais à la capacité à faire grandir une communauté autour de valeurs partagées.

### Une carrière qui parle et, surtout, qui transmet

Je ne connaissais qu'en partie le parcours du Professeur Morgan Rouprêt à la Pitié-Salpêtrière. Les discours successifs l'ont rendu pleinement lisible : un engagement constant au service du public, une exigence académique au long cours, des coups reçus par l'adversité parfois très dure, une capacité à porter la voix de l'urologie au-delà du seul cercle des spécialistes de notre discipline et, surtout, un souci de transmission qui ne s'est jamais démenti. La médaille lui a été remise par Monsieur Nicolas Revel, directeur général de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, ancien secrétaire général adjoint du palais de l'Élysée. Je n'ai pas été touché par l'idée d'un « parcours exceptionnel » mais par ce qu'il révèle : la médecine n'est jamais une aventure solitaire. Elle est un travail de relais, de construction patiente et de présence dans le creuset du CHU. Et c'est au travers de cet Ordre prestigieux instauré par Napoléon Bonaparte il y a plus de 200 ans, que l'engagement du Professeur Rouprêt pour la médecine au service de la Nation a été reconnu. J'ai compris qu'une carrière se « réussit » non seulement pour soi, mais aussi et surtout pour ceux qui arrivent ensuite.

### Trois vertus professionnelles pour notre génération

De ce qui a été dit lors de la cérémonie, et des échanges que j'ai pu avoir en marge, je retiens trois axes que nous gagnerions à cultiver en tant que jeunes urologues.

#### La responsabilité

S'engager dans les institutions, défendre la discipline, participer au débat public : la Légion d'Honneur ne récompense pas seulement une maîtrise technique, mais aussi la capacité à assumer une responsabilité collective. Elle rappelle qu'un médecin n'est pas seulement un opérateur, mais un acteur du bien commun, capable de fédérer et de porter une cause au-delà de son exercice individuel.

#### La curiosité intellectuelle

Ce qui m'a particulièrement marqué est la culture large, transversale, presque huma-

niste du Pr Rouprêt. Elle se manifeste aussi dans sa capacité à créer des ponts culturels inattendus. Lors de nos échanges, son goût pour le héros de la saga Rocky a servi de point d'appui à une réflexion simple mais exigeante sur l'abnégation, la persévérance et le travail dans la durée. Des valeurs qu'il s'est manifestement appliqué à lui-même.

Dans un monde médical parfois fragmenté, préserver une ouverture (littéraire, historique, sociétale) est une force. Elle permet de ne pas réduire notre métier à la seule performance et de trouver du sens au-delà des distinctions officielles.

#### La transmission

La reconnaissance professionnelle, qu'elle soit honorifique ou émanant de nos pairs (le Professeur Rouprêt avait déjà reçu le prix Matula Award de l'EAU en 2015 pour son parcours académique), n'a de valeur que si elle consacre des actions utiles aux corps professionnels et à la société. Enseigner, accompagner, repérer les talents naissants, créer des opportunités : voilà ce qui ancre une discipline dans le temps long. C'est sans doute la dimension la plus féconde pour notre génération.

#### De la distinction à la direction

J'ai été invité à la cérémonie à titre personnel, mais surtout en tant que représentant

des jeunes urologues que j'ai la chance de servir en présidant leur association car Morgan Rouprêt aime à rappeler qu'il a lui-même été président de l'AFUF. Une invitation à prendre place, à assumer ma part et à encourager d'autres à faire de même.

La Légion d'Honneur est la plus haute distinction française et l'une des plus connues au monde. Depuis deux siècles, elle est remise au nom du Chef de l'Etat pour récompenser les citoyens les plus méritants dans tous les domaines d'activité. Elle peut être lue comme un repère collectif, une source d'inspiration, indiquant ce que la profession choisit de valoriser à un moment donné.

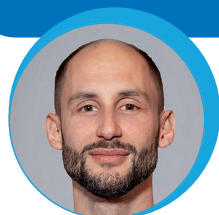
Elle dit que notre discipline avance lorsque certains montrent la voie, mais qu'elle prospère lorsque beaucoup décident de construire. Elle dit aussi que l'excellence n'est pas un sommet, mais une dynamique collective.

Je forme donc un vœu : que cette reconnaissance inspire une génération entière d'urologues à se sentir légitimes à agir, à s'engager, à créer et à transmettre.

L'exigence et la constance tracent un chemin ; puissions-nous, à notre tour, en tracer un à l'image de celui de Morgan Rouprêt.

**Denis SÉGUIER**  
Président de l'AFUF





Julien ANRACT



Frédéric PANTHIER

## ICE 2025 : Rome, carrefour international de l'endo-urologie et des nouvelles technologies

La première édition de l'*International Conference on Endourology* (ICE 2025) s'est tenue à Rome du 27 au 29 novembre 2025, sous l'égide de la nouvelle section d'endo-urologie de l'Association Européenne d'Urologie (EAU). Pensée comme un congrès d'un format inédit, ICE 2025 avait pour ambition d'explorer en profondeur l'ensemble du champ de l'endo-urologie, aussi bien pour le tractus urinaire supérieur qu'inférieur, incluant les pathologies pros-

tatiques et urothéliales. Plus de 1 000 urologues ont pris part à cet événement.

Comme l'a souligné le Pr Olivier Traxer, responsable de la section d'endo-urologie de l'EAU, ICE 2025 s'est distinguée par une approche innovante du contenu scientifique. Les cas chirurgicaux ont été présentés en intégralité, dans un format « as-live », favorisant des échanges interactifs et appro-

fondis avec les opérateurs. Le programme a également mis en avant des sessions de communications originales repensées, permettant aux travaux sélectionnés d'être présentés de manière plus détaillée que dans les formats classiques, complétées par des sessions plénières, thématiques et des temps dédiés à la formation pratique.

L'Association Française d'Urologie (AFU) et le groupe FUTUR étaient représentés à ce congrès par Frédéric Panthier et Julien Anract, qui ont contribué activement aux discussions scientifiques.

Julien Anract a présenté des travaux consacrés à l'hydrodissection dans le traitement focal du cancer de la prostate, mettant en lumière le rôle de cette technique pour améliorer la sécurité des traitements focaux. Il a également exposé des travaux plus fondamentaux, explorant une voie de signalisation moléculaire impliquée dans l'hyperplasie bénigne de la prostate, illustrant la place croissante de la recherche translationnelle en endo-urologie.

Frédéric Panthier est intervenu sur deux axes majeurs de l'innovation technologique : les évolutions récentes des lasers en endo-urologie, ainsi que le développement de modèles d'intelligence artificielle (IA) dédiés à la planification des interventions pour le calcul urinaire, soulignant le potentiel de l'IA pour optimiser la prise en charge des patients.

Par son caractère résolument international, la richesse de son programme et son orientation vers les nouvelles technologies, ICE 2025 s'impose d'emblée comme un rendez-vous incontournable pour la communauté endo-urologique. Cette première édition marque le début d'un congrès appelé à devenir une référence européenne, au service de l'innovation et de l'excellence en endo-urologie. La participation active de jeunes urologues français témoigne du dynamisme des membres de notre association et de son engagement dans l'innovation clinique et scientifique, et assure le rayonnement international de l'Association Française d'Urologie.

Julien ANRACT et Frédéric PANTHIER



Les chirurgies « as-live »



Le Canadien Naeem Bhojani (qui travaille avec Gregory Rembeyo) élu meilleur endo-urologue 2025

SEMAINE DE LA  
**CONTINENCE**  
16 - 22 MARS 2026

**CERTAINS ARRÊTENT  
LE SPORT À CAUSE  
DES FUITES.  
D'AUTRES  
ARRÊTENT  
LES FUITES.**



**NE LAISSEZ PAS LES FUITES  
SIFFLER LA FIN DE LA PARTIE.**  
C'est souvent le sport qui aide à aller mieux.  
Parlez-en à votre urologue.  
Des solutions existent pour reprendre le mouvement.



Plus d'informations  
sur [urofrance.org](http://urofrance.org)



**D**u 16 au 22 mars 2026, l'AFU mobilise l'ensemble de la communauté urologique autour d'une thématique essentielle : lutter contre l'arrêt du sport lié à l'incontinence et rappeler que le mouvement est souvent un allié thérapeutique plutôt qu'un facteur d'aggravation.

Cette campagne grand public, relayée nationalement, vise à libérer la parole, encourager la consultation et réinscrire les patients dans une dynamique active, trop souvent interrompue par la gêne ou la méconnaissance des solutions disponibles. **Arrêtez les fuites, pas le sport !**

L'incontinence à l'effort (IUE) : une réalité fréquente, mais encore trop silencieuse ! Elle demeure largement sous-déclarée alors qu'elle touche :

- 3 millions de personnes en France ;
- 1 femme sur 5, avec un pic de prévalence entre 55 et 60 ans ;
- Jusqu'à 30 % des femmes sportives sans antécédent obstétrical.

Chez l'homme, l'IUE reste principalement corrélée aux chirurgies prostatiques et aux maladies neurologiques, mais là aussi la reprise du sport est souvent freinée par l'appréhension, l'inconfort ou le tabou persistant autour des fuites.

Ce décalage entre prévalence réelle et recours aux soins constitue un enjeu majeur de santé publique... et un sujet au cœur de nos pratiques.

# Semaine de la Contenance 2026

« *Certains arrêtent le sport à cause des fuites, d'autres arrêtent les fuites* »

**2026 : redonner confiance pour continuer à bouger**

L'arrêt du sport n'est pas une fatalité.

La campagne AFU 2026 met en lumière un message clair : « *Certains arrêtent le sport à cause des fuites. D'autres arrêtent les fuites* ».

L'objectif est double :

1. Encourager les patients à consulter plutôt qu'à adapter leur vie autour du symptôme.
2. Valoriser le rôle pivot de l'urologue, capable de proposer un parcours structuré et efficace.

Dans bien des cas, l'activité physique (adaptée, accompagnée, raisonnable) améliore la fonction musculaire périnéale, la qualité de vie et l'estime de soi.

Notre responsabilité est de diagnostiquer, d'expliquer, rassurer, traiter, orienter.

Le rôle clé de l'urologue : expertise, dépistage et solutions personnalisées.

L'urologue est le spécialiste de référence pour :

- Distinguer l'IUE, l'urgenterie (IUU) ou l'incontinence mixte (IUM) ;
- Effectuer un diagnostic complet (anamnèse, examen clinique, bilan urodynamique si nécessaire, éliminer diagnostics différentiels - fistules, malformations, mictions par regorgements, lésions/calculs vésicaux, obstruction, etc.) ;
- Proposer les solutions thérapeutiques validées :
  - Kinésithérapie périnéale spécialisée (posture, respi, biofeedback, comportementale... avec le partenaire AFRePP) ;
  - Correction des facteurs aggravants (surpoids, syndrome génito-urinaire de la ménopause, constipation, etc.) ;
  - Dispositifs médicaux conservateurs en cas d'hypermobilité urétrale pour la femme (Contrelle, Efemia, Diveen, tampons) ;

– Traitements mini-invasifs (agents comblants) ou chirurgicaux selon indications (bandelettes synthétiques ou autologues, ballons ACT, sphincter artificiel) pour l'IUE ;

– Traitements conservateurs (anticholinergiques, B3 mimétiques, stimulations tibiales postérieures) ou mini-invasifs (toxine botulique intradétrusorienne, neuromodulation sacrée) pour l'IUU.

Pour beaucoup de patients, une prise en charge simple, précoce et bien expliquée suffit à permettre la poursuite ou la reprise des activités sportives.

Durant la Semaine de la Contenance 2026, plusieurs actions seront déployées :

- Live Facebook avec urologues et influenceur santé pour toucher le grand public ;
- Vidéo de sensibilisation diffusée sur les réseaux ;
- Kit d'information à destination des urologues et des associations de patients ;
- Communiqué national aux médias pour porter la parole de la spécialité.

Vous pouvez aussi mener des actions locales à cette occasion avec votre réseau, dans l'intérêt des patients !

L'objectif : renforcer le dialogue avec nos patients, lever les freins à la consultation et rappeler que des traitements efficaces existent.

## Mobilisons-nous !

L'incontinence n'est pas une fatalité. L'arrêt du sport non plus.

En tant qu'urologues, nous jouons un rôle essentiel pour briser le tabou, orienter nos patients vers une prise en charge personnalisée et leur redonner la liberté de bouger.

En 2026, faisons de cette semaine un levier pour rendre le mouvement possible, pour tous.

V. PHÉ, M.A. PERROUIN-VERBE,  
B. PEYRONNET, X. GAMÉ et C. THUILLIER  
pour le CA de l'AFU