



Priscilla LEON

## Remaniement au comité de rédaction d'UROjonction

**D**errière chaque numéro d'UROjonction, une équipe qui débat, écrit, relit, tranche... et partage la même passion pour l'urologie et la transmission.

Il y a des échanges animés, des débats de fond, des idées qui fusent...et surtout une équipe.

Ils sont 6 à faire vivre la ligne éditoriale, chacun avec sa sensibilité et sa personnalité, et deux supplémentaires à venir de temps en temps apporter leur pierre à l'édifice et enrichir globalement notre équipe, et une même exigence : rendre UROjonction clair, utile et vivant.

J'ai le plaisir de vous présenter notre équipe.

### Le casting

- **Stéphane BART** - Le regard clinique affûté, toujours prêt à nous challenger sur un article. Dans le comité éditorial depuis plus de 3 ans.
- **Olivier ALEND** - Investi dans de nombreuses missions, il fait le relais avec le CA, le CNPU, et le syndicat. Dans le comité éditorial depuis plus de 3 ans.
- **Jonathan OLIVIER** - La rigueur scientifique et l'enthousiasme des nouvelles idées (et des nouveaux formats). Il vient de nous rejoindre.

- **Fanny PARET** - Elle se met à la place du lecteur, le sens de la nuance, pleine d'enthousiasme. Elle vient de nous rejoindre.
- **Jérôme GAS** - Le sens du détail qui fait la différence et des idées qui fusent. Il vient de nous rejoindre.
- **Blandine TAMARELLE** - Intervenante ponctuelle mais toujours aussi précieuse cette année, qui depuis 3 ans était dans le comité éditorial, elle va cette année se consacrer au rapport du congrès.
- **Julien DESFONTAINES** - Intervenant ponctuel à partir de cette année, il apporte un regard original, c'est notre Monsieur Culture avec toujours une pointe d'humour. Dans le comité éditorial depuis plus de 6 ans.
- Et moi-même, Priscilla LEON - Rédactrice en chef, je me veux la garante en toute occasion du cap éditorial et notamment quand les débats s'enflamment. J'attaque ma 7<sup>e</sup> année dans le comité éditorial dont 4 en tant que rédactrice en chef.

### Le casting court

Une équipe riche parce qu'avec une diversité des profils. Chacun se présente en quelques mots. Propos recueillis ci-dessous.

- **Stéphane** : Urologue à Pontoise depuis 2008, après internat et clinat à Paris chez François Richard. Aimant le cadre associa-

tif de l'AFU et la gestion des risques dans le cadre d'Urorisq, ainsi que les problématiques médico-légales.

- **Olivier** : J'exerce en libéral depuis 13 ans. Ancien interne puis chef de clinique à l'AP-HP. Je suis aujourd'hui pleinement engagé au sein de l'AFU, véritable vaisseau collectif, qui m'a permis de m'épanouir à travers différentes missions et d'apprendre chaque jour davantage sur notre discipline et son évolution. Je suis particulièrement attaché à la formation, aux parcours professionnels, au compagnonnage, au partage d'expériences et au respect de notre instance, ainsi qu'au travail de l'ensemble de ses acteurs.
- **Jonathan** : 40 ans, 4 enfants, PU-PH au CHU de Lille. J'aime travailler en équipe, partager les idées et faire avancer les choses collectivement, notamment au sein du sous-comité prostate du CCAFU.
- **Fanny** : Installée en libéral depuis 2 ans, pas de rôle dans les instances pour le moment mais la volonté d'y participer dans l'avenir.
- **Jérôme** : Urologue libéral, membre du CTMH (comité des troubles mictionnels de l'homme) et du CA du SNCUF.
- **Blandine** : Installée à Rouen en libéral depuis 8 ans où j'avais pratiqué mes premières aides opératoires. Un retour aux

**Éditorial**

- Remaniement au comité de rédaction d'UROjonction ..... 1  
Priscilla LEON
- L'union fait la force d'UROjonction ..... 4  
Caroline PETTENATI
- Au plus près de l'actualité urologique ..... 5  
Yann NEUZILLET
- Pour une communication transversale entre urologues ..... 5  
Jérôme GRALL

**Hospitalisation de jour**

- Entretien exploratoire : comprendre les hospitalisations de jour (HDJ) en urologie ..... 7  
Blandine TAMARELLE

**En direct du CA**

- Première séance du nouveau Conseil d'Administration du 9 janvier 2026 ..... 9  
Olivier ALENDIA

**Ethique**

- Communiquons respectueusement ..... 10  
Antoine FAIX

**Certification Qualiopi**

- La certification Qualiopi des formations de l'AFU : une contrainte ou une opportunité de progression ? ..... 11  
Patrick COLOBY

**Pratique professionnelle**

- Impact des nouveaux arrêtés sur la chirurgie des implants pelviens : résultats d'une enquête nationale auprès des urologues et gynécologues français ..... 15  
François MEYER, Blandine TAMARELLE

**Recherche**

- Séminaire Graines et Sol : édition 2026 ..... 17  
Christian SAUSSINE

**SNCUF**

- Vasectomie : JHSA001 ou JHSB001, comment choisir ? Quelle place pour les complémentaires santé ? ..... 19  
Didier LEGEAIS

**Accréditation**

- Le bilan 2025 de l'accréditation des urologues ..... 21  
Stéphane BART, Cynthia MABOU
- Urgent : nous recherchons de nouveaux experts ! ..... 24  
Stéphane BART, Cynthia MABOU
- Pourquoi s'engager dans le nouveau programme d'accréditation des équipes médicales ..... 25  
Philippe CABARROT, M. CONIEL, S. PEDROSA, L. MAY-MICHELANGELI

**L'urologie dans le monde**

- Società Italiana di Urologia ..... 26  
Ugo FALAGARIO, Julien DEFONTAINES

**Histoire de la médecine**

- Dominique-Jean Larrey (1766-1842), pionnier de la chirurgie militaire moderne ..... 27  
Julien DEFONTAINES

**Loi de financement de la sécurité sociale**

- Opération Bruxelles : vraie victoire ou coup d'épée dans l'eau ? ..... 29  
Jérôme GAS, Fanny PARET
- Témoignage ..... 31  
Ambroise SALIN, Fanny PARET

**Équité, diversité et inclusion**

- Équité, diversité et inclusion en urologie : un état des lieux nécessaire ..... 32  
Emilien SEIZILLES DE MAZANCOURT





sources bienvenu puisque j'exerce dans un cadre agréable, soutenant et moteur. Impliquée dans le comité de rédaction d'UROjonction, de fil en aiguille, me voilà prochainement rapporteuse au prochain CFU sur la Santé de l'Urologue.

- Julien : Ancien du CHU Mondor, installé en libéral à l'Hôpital Privé Claude Galien (Essonne) avec des copains depuis une dizaine d'années. Engagé sur des projets médicaux ou politiques en France ou à l'étranger je n'aime pas m'ennuyer. J'adore mon métier de chirurgien urologue mais également des tas d'autres choses.

- Priscilla : Urologue libéral depuis 8 ans, à la clinique Pasteur de Royan puis récemment à la clinique La Croix du Sud de Toulouse. Membre du CCAFU vessie depuis 6 ans.

### La rédaction en action

#### La phrase que l'on entend le plus en réunion de rédaction ?

- On veut un texte qui apporte quelque chose de concret au lecteur.
- La place de l'expérience de terrain face aux recommandations.
- Respectez bien la deadline !

#### Ce que l'on refuse de publier

- Le journal n'est pas là pour régler des comptes personnels. Nous apprécions les débats passionnés et les échanges d'idées. Le respect nous rassemble et doit toujours primer. UROjonction se veut un espace d'échange et de débat, pas une tribune. La passion des idées est une richesse, empreinte d'humilité et d'un véritable esprit collectif. La mise en avant individuelle au détriment du groupe va à l'encontre de nos valeurs fondamentales.
- Nous souhaitons garder un peu de hauteur par rapport aux sujets sensibles ou d'actualité.

### Fast & Curious

#### Relecture papier ou écran ?

	Papier	Écran
Priscilla	x	
Stéphane	x	
Olivier	x	
Jonathan		x
Fanny	x	
Jérôme		x
Blandine		x
Julien		x

#### Article long ou synthèse express ?

	Article long	Synthèse express
Priscilla		x
Stéphane		x
Olivier		x
Jonathan		x
Fanny	x	x
Jérôme		x
Blandine	x	x
Julien		x

#### Guidelines ou retour d'expérience ?

	Guidelines	Retour d'expérience
Priscilla	x	
Stéphane		x
Olivier	x	
Jonathan	x	
Fanny		x
Jérôme	x	
Blandine		x
Julien		x

#### Deadline respectée... ou dépassée ? 😊

	Respectée	Dépassée
Priscilla	x	
Stéphane		x
Olivier		x
Jonathan	x	
Fanny		x
Jérôme	x	
Blandine	x	
Julien		x

« Attention on me dit dans l'oreillette que Priscilla va lire ces réponses et je vous rappelle que c'est notre chef des deadlines : elle relance plus vite qu'une alerte de calendrier, elle est comme une horloge suisse... avec une attaque ninja. Elle te relance avec la douceur d'un chamallow... armé d'un laser. Mais elle relance tellement vite et gentiment qu'on se demande si elle n'a pas fait une fusion secrète entre une maman bienveillante et un juge de compétition olympique » (un membre du groupe après une relance...).

#### Team spirit Comment on travaille ensemble

Les réunions sont animées, les avis parfois divergents, mais une règle ne change jamais : le fond prime sur l'égo. On travaille

sur les échanges *Whatsapp* au fil des actualités, des temps chauds, des envies, on échange par mail, la visio a également une place importante. Les réunions physiques sont relativement rares du fait d'une équipe répartie sur l'ensemble de la France, nous arrivons tout de même à nous croiser lors de différents congrès.

- Les relectures sont toujours collectives avant la sortie du prochain numéro pour essayer de traquer d'éventuelles erreurs, approximations, ou pour de derniers enrichissements à un texte ou un concept.

- La confrontation se veut toujours bienveillante, enrichissante, et faite dans la bonne humeur et un esprit confraternel.

#### La question inattendue

J'ai posé une question unique, à tous, pour conclure : Malgré vos emplois du temps chargés, voire surchargés, pourquoi continuer à écrire pour UROjonction ?

- Stéphane : Plaisir de partager des thématiques qui sortent du champ académique, de questionner d'autres métiers, d'assouvir ma curiosité.

- Olivier : Parce que ce journal permet de partager la vie active de notre association, mais aussi d'aborder des sujets parfois complexes ou sensibles, difficiles à exposer autrement que par ce biais. UROjonction crée un lien régulier, vivant et fédérateur entre tous les urologues de notre association. C'est un espace d'expression qui va au-delà du strict cadre scientifique. Il offre une ouverture d'esprit complémentaire à celle portée par l'AFU, en mettant en lumière l'innovation, les réflexions transversales, mais aussi toutes celles et ceux qui travaillent souvent dans l'ombre et qui, chaque jour, contribuent à faire avancer le navire. Enfin, UROjonction joue un rôle essentiel de mémoire collective : il nous rappelle l'histoire de notre association, le chemin parcouru, et rend hommage à toutes les personnes qui ont œuvré pour qu'elle soit aujourd'hui aussi forte, structurée et respectée.

- Jonathan : Parce qu'un collectif avance quand chacun prend le temps de partager ce qu'il vit, ce qu'il fait et ce qu'il pense.

- Fanny : Je ne fais que commencer, mais je ressens un besoin d'étendre mes compétences, d'apprendre toujours plus et de diversifier mon activité pour ne jamais m'ennuyer.

- Jérôme : Ça me force à lire et à chercher les vraies infos plutôt qu'écouter les rumeurs de couloir.

- Blandine : C'est l'envie d'apporter quelque chose de soutenant, d'utile dans le quotidien de l'urologue. C'est au moment où je pensais que j'étais à bout, que je me suis rendu compte que d'ajouter un peu de transmission de trucs et astuces utiles à ma profession, que j'ai retrouvé de l'énergie dans ma pratique d'urologue. C'est pour moi un moyen de donner du sens autrement à ma profession, pour prendre soins d'une certaine manière de celle-ci, de mes confrères et consœurs. Qui mieux que nous pourrait prendre soin de nous ?
- Julien : J'aime le côté pluriel du journal. Nous avons des parcours professionnels qui résument la variété de notre spécialité. Chaque édition sert à apporter à nos collègues un petit plus qu'il n'avait pas avant. J'adore réfléchir à un sujet puis faire mes recherches un peu à la façon d'un journaliste.
- Priscilla : Dans des agendas surchargés, écrire pourrait sembler accessoire. UROjonction est riche, varié et pédagogique, et y contribuer reste un plaisir. La diversité des thèmes abordés et la volonté de transmettre donnent tout son sens au temps que nous y consacrons. Pour me confronter à des sujets parfois complexes, pour les clarifier, pour rendre compte de modifications de pratiques, afin de toujours progresser.

### Si UROjonction devait tenir en un mot ?

Stéphane	Essentiel
Olivier	Utile
Jonathan	Partage
Fanny	Dynamisme
Jérôme	Collectif
Blandine	Pratique
Julien	Complet dans le sens varié
Priscilla	Indispensable

### Ce que vous aimeriez que les lecteurs se disent en refermant UROjonction ?

Stéphane	Le plaisir de lire
Olivier	J'ai encore appris beaucoup de choses
Jonathan	Se reconnaître dans les autres, se sentir à sa place, et soutenu dans la famille AFU
Fanny	Avoir le sentiment d'appartenir à une communauté d'urologues unis et au courant des dernières actualités.
Jérôme	J'ai appris un truc
Blandine	Eh bien elle est là la solution !
Julien	C'est bien d'être urologue quand même
Priscilla	Il était vraiment bien ce numéro

Au total, en refermant chaque numéro d'UROjonction, nous aimerions que les lecteurs ressentent à la fois le plaisir de la lecture, l'enrichissement intellectuel et l'envie d'aller plus loin... et pourquoi pas s'investir dans les comités ou l'AFU pour transmettre savoir et passion. Qu'ils se sentent mieux informés, stimulés dans leur réflexion, avec le sentiment d'avoir parfois été portés par un regard nouveau, utile et concret pour leur pratique quotidienne.

### UROjonction : lire, enrichir, agir

Ce ne sont pas seulement des articles scientifiques mais aussi des contenus qui nourrissent votre réflexion, enrichissent et vous accompagnent dans votre pratique quotidienne et vous font découvrir celles et ceux qui travaillent à vos côtés.

UROjonction stimule votre curiosité et vous ouvre à des voix et expériences professionnelles variées.

UROjonction n'est pas un recueil d'articles scientifiques figés telles que nos revues référencées PubMed, ce n'est pas l'objectif, mais UROjonction se veut être un pont entre savoirs, expériences et réflexions utiles au quotidien.

**Priscilla LEON**

*Rédactrice en chef d'UROjonction depuis janvier 2023*

*Vous trouverez ci-dessous, un petit mot d'anciens rédacteurs en chef d'UROjonction : la parole à Caroline Pettenati, Yann Neuzillet et Jérôme Grall*

## L'union fait la force d'UROjonction

L'année 2016 est celle où Yann Neuzillet m'a proposée de rejoindre UROjonction et ce fut une superbe aventure de 6 ans. Ce journal n'est pas seulement une source d'informations, il est – comme son nom l'indique si bien – un moyen de nous rencontrer et de nous unir.

Chaque idée et chaque question se transforment en article, chaque article se transforme en sollicitations et nous voilà à dégainier mails et téléphones pour contacter des confrères de tous les horizons.

Le journal crée des liens avec de nombreuses sociétés savantes et spécialités médicales, mais aussi non médicales ! Combien d'avocats, experts, assureurs, membres des instances, artistes, historiens et bien d'autres auront écrit pour nous ?

UROjonction répond toujours à notre curiosité, et parfois éveille nos consciences avec originalité (rappelons-nous ce numéro inédit de 1994, aux pages roses, coordonné par Ariane Cortesse et Florence Cour, avec l'éditorial de Brigitte Mauroy, sur les « Amazones modernes »).

Quel bonheur de pouvoir écrire sans « instructions aux auteurs ». Pas de statistiques, pas de reviewers. Tout simplement écrire et lire avec liberté sur des sujets qui nous importent. Car notre journal traite de tout et se fait aussi le porte-parole de nos débats et de nos combats.



De fil en aiguille, une vraie toile se tisse entre tous. C'est ça UROjonction : une source inépuisable, un réseau sans limite et une histoire qui dure depuis toujours.

Rejoindre le comité éditorial, c'est ainsi rejoindre un club de curieux où l'on parle du quotidien et de l'avenir pour le plus grand bonheur de tous.

**Caroline PETTENATI**

*Rédactrice en chef d'UROjonction de janvier 2020 à janvier 2023*

## Au plus près de l'actualité urologique

Le Conseil d'administration de l'Association Française d'Urologie nouvellement élu fin 2016 a confié la rédaction d'UROjonction à une nouvelle équipe que j'ai eu l'honneur de coordonner.

Avec Caroline PETTENATI, Géraldine PIGNOT, Julien BRANCHE-REAU, Olivier CELHAY, Yannick ROUACH et Arnaud SCHOENIG nous commençâmes cette mission à l'heure du 96<sup>e</sup> numéro de ce journal d'information interne aux membres de l'AFU. La 110<sup>e</sup> édition publiée, entrant au Bureau de l'AFU sous la présidence de Georges FOURNIER, je transmis le relais à Caroline.

J'eus ainsi la chance de diriger la rédaction de 14 numéros, traversant le gué de la 100<sup>e</sup> édition publiée lors du congrès 2017, permettant de mesurer tout le travail accompli par mes prédécesseurs avec une maquette renouvelée, une pagination accrue et un plaisir permanent de travail en équipe pour informer les confrères membres de la vie de l'Association et partager leurs points de vue et éclairages sur l'actualité : l'élection présidentielle de 2017, l'entrée en vigueur de l'OPTAM-CO, l'avènement

de l'urologie 2.0 imposant la refonte du site Urofrance.org, le durcissement de la réglementation des liens entre médecins et industriels avec le code MedTec, la mise en place de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine avec les premières promotions de « phase socle », la 3<sup>e</sup> (et dernière ?) pénurie de BCG, le départ de Christine AUTIN et d'Anne-Marie MERIENNE de la Maison de l'Urologie et le début de la crise sanitaire du Covid.

Alors que l'AFU fêtera en 2026 sa 130<sup>e</sup> année d'existence, UROjonction doit continuer de lier ses membres en conservant cet esprit informatif, pédagogique, impertinent parfois et bienveillant toujours.

**Yann NEUZILLET**  
Rédacteur en chef  
d'UROjonction de janvier 2017  
à janvier 2020



Jérôme GRALL

## Pour une communication transversale entre urologues

UROjonction est un journal de l'Association Française d'Urologie déjà ancien, les jeunes urologues l'ont toujours connu et les plus anciens seraient sans doute bien en peine d'en donner son année de naissance. Depuis que j'ai eu l'honneur d'en diriger la rédaction, il y a plus de 15 ans, le monde a bien changé. Nous avons perdu des degrés de liberté.

Les urologues sont pris dans le feu croisé des publications scientifiques, qui devraient les aider et ouvrir des perspectives, et des contraintes réglementaires et légales, qui restreignent le champ des possibles en instaurant la peur du juge. UROjonction est le journal de l'exercice professionnel, il a toujours ouvert ses pages au Syndicat des Urologues et aux Jeunes Urologues en formation.

S'il doit « faire la jonction entre les urologues », comme le revendique le sous-titre d'UROjonction, de quelle jonction s'agit-il ? Verticale, la bonne parole tombant d'en haut ? Horizontale, d'urologue à urologue ? Comment faire ?

Jamais les conditions d'exercice n'ont été aussi difficiles si l'on en juge par le malaise croissant exprimé par nombre d'urologues.

Je ne suis pas le seul à déplorer la solitude générée par l'ère de la communication. Les réseaux sociaux ne sont pas des interlocuteurs, ils vous attirent vers une nasse d'illusions et de concurrence malsaine.

Dans les allées des grandes réunions de l'AFU, le sentiment d'appartenance à une famille liée par des convictions communes est fort. Nous nous en félicitons chaque année. Mais ce sentiment est mis à mal dès le retour au cabinet d'exercice. Comment

comprendre : le souhait d'une majorité de jeunes urologues d'être mieux entourés (le mentorat est-il une vraie solution ou seulement une partie du problème ?), les attentes des seniors engagés dans une course épuisante à l'exploit technique, l'opposition frustrante entre public et privé ? Pourquoi le mal de dos et le burn-out empoisonnent-ils nos vies ?

Deux « moments » de la vie de l'urologue sont naturellement solitaires : le tête-à-tête avec son patient et l'intervention chirurgicale (si elle a lieu !) ; on peut dire que c'est la beauté du métier, elle s'apprend dans les années de formation. Entre les deux prend place le processus de la décision qui s'accommode souvent mal de la solitude. L'intelligence artificielle ne la soulagera pas, car elle est une injonction extérieure, une information statistique non formatrice (précieuse, mais insuffisante en elle-même) alors que c'est de nous même que doit, pour nous satisfaire, émerger la solution. Qu'y a-t-il de plus satisfaisant en effet que de forger une décision sur la base d'une expérience et d'un savoir partagés et surtout de l'échange direct avec un ou plusieurs collègues si nécessaire ? Le sentiment de liberté pourrait bien être ce processus, guidé par un vrai sens des responsabilités, c'est-à-dire la conscience des limites que nous devons nous imposer, du sens critique que nous devons développer sans cesse, de l'intérêt primordial du patient que nous devons préserver.

La pratique du débat se perd, en partie tuée par la logique de la Médecine par les Preuves, par l'écrasante autorité de la statistique. Les tables rondes des Congrès ne sont plus que des face-à-face ternes qui éludent la discussion, faute de temps. Je cite Etienne Klein, éminent scientifique et philosophe : « *La science est ce que l'on sait savoir, la recherche est le domaine de ce que l'on sait ne pas savoir* ». Entre les deux, le risque des affirmations excessives, incertaines, parfois dangereuses et qui ont la vie dure. L'absence de différence significative entre deux phénomènes ne

permet pas d'affirmer qu'ils sont identiques, j'entends encore notre très regretté Richard Fourcade nous en avertir avec gourmandise. Le respect de cette évidence aurait dû aboutir à notre abandon de la T.O.T. bien avant que le couperet des recommandations et décret ne tombe. Hélas. Ce n'est qu'un exemple des limites que doit nous imposer notre sens des responsabilités ; il m'a souvent conduit à délaissier le courant facile des modes trompeuses, au risque de paraître timoré (la suite m'ayant plutôt donné raison !). Cette autolimitation est bien moins frustrante (car nous en décidons librement pour le bien de nos patients) que l'imposition d'un mur légal aveugle qui nous culpabilise. Nos prédécesseurs des générations passées étaient peut-être plus clairvoyants que nous.

Faisons que nos décisions soient des moments positifs et non subis. Pour cela l'entraide et la discussion sont indispensables, le débat doit être ouvert entre les urologues, non pas par messages et autres réseaux, mais « de vive voix », l'éducation à l'esprit scientifique doit être renforcée. Comparons les modes d'exercice : il n'est pas normal qu'un jeune urologue, qui a encore des liens avec son CHU de formation, qui a des amis dans notre Association, ne puisse pas décrocher son téléphone pour parler ; qu'il se sente isolé alors que l'exercice de groupe (association privée, service hospitalier) est de plus en plus souvent la règle. Il n'est pas normal que l'on développe de plus en plus de Centres Experts (souvent en réponse à de mauvaises pratiques, ils ne seront jamais assez proches de la population) alors que dans le

sein même des groupes d'urologues on ne développe pas assez les spécificités et l'expertise de chacun des membres ; confier un patient est encore mal vécu.

Je ne suis plus en exercice, je ne suis plus élu de l'Association Française d'Urologie. De quel droit alors m'exprimé-je ainsi ? Les anciens ont encore envie de partager leur expérience, de dire combien est dynamisante une décision médicale libre et informée, échappant à la fiche type d'une contrainte imposée.

Est-il déraisonnable de souhaiter cela pour Urojonction ? Partages d'expériences, débat ouvert, coopération confiante entre urologues, ouverture avisée aux nouvelles technologies tant qu'elles respectent notre libre arbitre, affûtage de l'esprit critique, connaissance mutuelle de nos conditions d'exercice pour en faire une force et non une liste d'interdits décourageants, modification de nos pratiques volontairement et intelligemment avant que le marteau de la Loi ne nous y oblige. Il y a trop de valeurs dans l'Urologie pour laisser l'Etat décider à notre place.

Tout cela ressemble à un Urojonction « transversal », un moyen d'information, de contact et d'échanges entre urologues sous la supervision bienveillante du Conseil d'Administration.

Utopie ?

Jérôme GRALL

Rédacteur en chef d'UROjonction de janvier 2008 à janvier 2011

4-5 SEPTEMBRE 2026  
PARIS, FRANCE

MAISON DE L'UROLOGIE

# JAMS

## JOURNÉES D'ANDROLOGIE & MÉDECINE SEXUELLE

E-JAMS FRANCOPHONES 2026 / FASULF

(LIVE STREAMING POUR LES PAYS FRANCOPHONES)

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

Connectez-vous!

X f @ AFUrologie  
#JAMS2026

**uro** DIFFUSION

SAVE THE  
DATE!



Blandine  
TAMARELLE

# Entretien exploratoire : comprendre les hospitalisations de jour (HDJ) en urologie

Le jour où j'ai compris que certains désordres réalisés en hôpital de jour ne pouvaient être valorisés en l'absence de réponse à un certain nombre de critères, j'ai commencé à réfléchir comment faire en sorte que les prises en charge de mes patients puissent être sécurisées sans que cela ne grève les moyens de la structure qui à force de déficit ne peut que diminuer la qualité de ses soins ou même, à terme, disparaître.

Malgré l'existence d'un cadre réglementaire précis, notamment depuis l'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires, la mise en œuvre des HDJ semble hétérogène. Sur le terrain, la frontière entre actes externes et hospitalisations de jour reste parfois difficile à appréhender, en particulier en urologie, spécialité exposée à de nombreuses situations cliniques « à la frontière » du modèle ambulatoire.

Cette hétérogénéité d'interprétation expose les équipes à des pratiques variables et potentiellement à risque, « zones grises », dans un contexte où la reprise des contrôles de conformité est attendue. Dès lors, la question centrale n'est plus seulement celle de la faisabilité clinique, mais bien celle de la justification médicale, organisationnelle et réglementaire du recours à l'HDJ.

Ainsi, le développement des prises en charge ambulatoires devient un enjeu majeur de l'organisation des soins en urologie et de valorisation des parcours.

Je souhaite, par cet article, faire pour vous un tour d'horizon des critères justifiant le recours à l'hospitalisation de jour en urologie, à partir d'une analyse croisée des textes réglementaires et d'échanges avec des médecins spécialisés en information médicale (Médecin DIM). Ainsi j'espère apporter aux urologues quelques repères concrets pour sécuriser et harmoniser leurs pratiques.

La réflexion présentée repose sur une analyse des textes réglementaires encadrant la gradation des prises en charge ambulatoires, complétée par des échanges exploratoires avec des médecins spécialisés en information médicale (DIM). Ces échanges visent à illustrer des pratiques et des raisonnements observés sur le terrain, sans prétendre à l'exhaustivité.

## Lecture exploratoire DIM des hospitalisations de jour en urologie

Afin d'éclairer les zones d'incertitude entourant le recours aux hospitalisations de jour (HDJ) en urologie, un échange exploratoire avec un médecin spécialisé en information médicale (DIM) a permis d'identifier plusieurs points clés d'interprétation réglementaire et organisationnelle à partir du cadre fixé par l'instruction DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020, dite circulaire « gradation ». Cette circulaire définit les différents niveaux de prise en charge ambulatoire et leurs conditions de facturation. Il s'agit du texte de référence pour l'ensemble des spécialités, y compris l'urologie. Toutefois, son appropriation sur le terrain reste hétérogène, notamment en l'absence de contrôles de conformité depuis sa publication, exposant à des interprétations variables de la frontière entre activité externe et hospitalisation de jour.

### 1. Frontière entre prise en charge externe et hospitalisation de jour

La distinction repose moins sur la nature isolée de l'acte que sur la justification du recours à un environnement hospitalier : coordination de plusieurs intervenants, nécessité d'une surveillance médicale ou paramédicale, accès à un plateau technique et traçabilité dans le dossier patient.

### 2. Conditions minimales justifiant une HDJ

Trois éléments apparaissent indispensables :

- une admission formalisée en hospitalisation ;
- l'existence d'une structure identifiée d'hospitalisation de jour ;
- une coordination médicale effective, matérialisée par une synthèse médicale intégrant les interventions réalisées.

### 3. HDJ de médecine sans acte classant

En l'absence d'acte classant, la qualification d'une HDJ repose sur la réalisation d'au moins trois interventions coordonnées. En deçà de ce seuil, la prise en charge relève d'une activité externe. La valeur du GHS dépend alors du nombre et de la nature des interventions effectivement tracées.

### 4. Appréciation des interventions médicales et paramédicales

Les interventions peuvent être médicales ou paramédicales, dès lors qu'elles



donnent lieu à une intervention directe auprès du patient et qu'elles sont documentées dans le dossier. Certaines situations (éducation thérapeutique\*, entretien pharmaceutique, pratiques avancées infirmières) nécessitent une lecture attentive pour être correctement dénombrées.

*Par exemple, un radiologue peut être compté grâce à son acte CCAM. En revanche, un biologiste non, car il n'intervient ni au lit du patient ni via un acte CCAM.*

*Un pharmacien peut être compté s'il réalise un entretien au lit du patient (échange, interrogatoire, etc.).*

*Et un même praticien peut être compté plusieurs fois s'il effectue des interventions distinctes.*

*Pour les paramédicaux, ce sont des soins, entretiens, actions d'éducation thérapeutique\*, voire des ateliers collectifs, à condition que la participation soit tracée dans le dossier. , l'article D6124-301-1 du Code de la santé publique : « les prestations d'un HDJ doivent être équivalentes, par leur nature, complexité et surveillance, à celles d'une hospitalisation complète ».*

#### 5. Situations dérogoatoires et contexte patient

Dans certaines situations cliniques ou sociales (patient fragile, difficultés de coopération, actes à risque, administration de produits hospitaliers), une dérogation au seuil minimal d'interventions peut être admise, à condition d'être explicitement justifiée et tracée.

#### 6. Place des rescrits tarifaires

Les rescrits tarifaires constituent un outil de sécurisation des pratiques en apportant une position formelle et opposable de l'administration. À ce jour, un seul rescrit concerne spécifiquement l'urologie : le rescrit BOS-RES-7, relatif au désondage complexe, qui est présenté ci-après.

\* L'éducation thérapeutique du patient.

*L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme conformément à l'arrêté du 30 décembre 2020.*

*Ainsi, lorsque l'on instaure des consultations infirmières d'éducation thérapeutique cette compétence doit être justifiable.*

#### 7. Anticipation des contrôles de conformité

La traçabilité du raisonnement médical et organisationnel apparaît comme un élément central pour sécuriser les pratiques, en particulier dans la perspective d'une reprise des contrôles.

En pratique, cette lecture DIM souligne l'intérêt de formaliser un arbre décisionnel ou une grille de critères afin d'objectiver le choix du mode de prise en charge (externe, HDJ ou hospitalisation complète) et d'en assurer la traçabilité.

Vous l'aurez sans doute compris, la réglementation existe mais son appropriation est hétérogène, la multiplicité des HDJ en urologie reste particulièrement exposée aux zones grises. Ces éléments issus d'un échange exploratoire ne constituent pas des recommandations opposables, c'est bien ce qui reste sensible avec la CCAM.

Voici quelques exemples d'HDJ en urologie sans acte classant, sous réserve d'une justification adaptée :

- certains **bilans préopératoires ou de préparation à la chirurgie**, mais attention, tous les patients ne peuvent y entrer si cela est réalisable en externe ;
- le **désondage complexe** (comme celui validé dans le rescrit BOS-RES-7) ;
- une **instillation endovésicale** à risque,
- une instauration **d'hormonothérapie/immunothérapie** nécessitant une surveillance ;
- des **perfusions de médicaments** hospitaliers ;
- des **bilans fonctionnels complexes**.

#### Définition du « contexte patient »

Selon l'instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

Le « contexte patient » renvoie aux situations suivantes :

- âge du patient ;
- handicap ;
- pathologie psychiatrique ;
- état grabataire ;

- antécédents du patient (présence d'une autre pathologie ou d'un traitement, échec ou impossibilité de la réalisation d'un acte en externe ;
- précarité sociale ;
- difficultés de coopération ou incapacité à s'exprimer ;
- suspicion de maltraitance chez majeur protégé / chez le mineur ou mise en place de mesures de protection d'une femme victime de violence au sein du couple ;
- prise en charge réalisée en urgence ou de manière non programmée en dehors de l'UHCD ;
- le cas échéant, en raison d'autres situations qui seront précisées dans le dossier du patient.

#### Focus sur les interventions des professionnels paramédicaux ou socio-éducatifs dans le cadre des HDJ dit de « médecine »

Les interventions de l'ensemble des autres professionnels, paramédicaux ou socio-éducatifs, que leurs actes soient ou non inscrits à la nomenclature NGAP, peuvent être dénombrées.

Les interventions des infirmier(e)s peuvent être dénombrées au titre des interventions des professionnels paramédicaux pour les soins courants (tels que, à titre d'illustration, la surveillance des constantes du patient, la réalisation de pansements, la mise en place d'une perfusion) incluant les soins de nursing.

Lorsqu'un(e) infirmier(e) intervient directement auprès du patient dans le cadre des soins courants et qu'il/elle réalise une consultation d'éducation thérapeutique ou une pratique avancée dans le cas des infirmier(e)s de pratiques avancées, deux interventions peuvent être dénombrées, qu'il s'agisse de la même personne ou de deux personnes distinctes.

De la même manière, le professionnel paramédical qui réalise un entretien directement auprès du patient dans le cadre d'un programme personnalisé de soins (PPS) en cancérologie peut être dénombré.

Blandine TAMARELLE



Olivier ALEDA

## Première séance du nouveau Conseil d'Administration du 9 janvier 2026

Une nouvelle mandature placée sous le signe de la continuité, de la cohésion et de l'innovation

Le 9 janvier dernier s'est tenue la première séance du nouveau Conseil d'Administration, présidé par le Docteur Antoine Faix. Il s'agissait, pour moi, de mon premier Conseil en tant qu'administrateur au sein de cette nouvelle équipe, un moment à la fois solennel et stimulant.

### Une ouverture marquée par les vœux et une vision claire

Le Président Antoine Faix a ouvert la séance en présentant ses meilleurs vœux à l'ensemble des administrateurs, avant de rappeler les grandes orientations de la mandature.

Il a souligné l'importance de poursuivre les efforts engagés lors de la mandature précédente, notamment le travail considérable réalisé dans le développement des registres de recherche clinique et dans le renforcement de la visibilité internationale de l'urologie française. L'évolution du Journal Français d'Urologie, désormais traduit en anglais, constitue à cet égard une avancée stratégique majeure pour le rayonnement européen et international de notre spécialité.

Parmi les grands projets de la mandature, le Président a insisté sur :

- le développement des projets scientifiques ambitieux ;
- la cohésion des urologues français à travers les différentes instances (CNPU, Collège notamment) ;
- le renforcement du lien intergénérationnel.

Concernant ce dernier point, il a rappelé l'importance des bourses et subventions, mais également la nécessité de donner aux jeunes urologues un véritable sentiment d'appartenance. Des séminaires dédiés leur seront proposés afin de leur montrer concrètement que l'AFU les soutient. Une cellule d'écoute, articulée avec différentes structures, sera également mise en place.

Le Président a également souligné l'importance d'être au plus près de tous les urologues, notamment via l'AFU Académie, les recommandations et des outils innovants permettant un accès rapide et simplifié à l'information scientifique, notamment grâce à l'intelligence artificielle et aux registres de données qui seront au cœur du séminaire stratégique prévu en juin.

La communication constituera un axe fort de la mandature, avec le développement des campagnes de prévention et le renforcement du FIU.

Enfin, Antoine Faix a affirmé que le respect et la convivialité seraient des valeurs centrales de son mandat. Dans cette perspective, une charte d'éthique et de communication, travaillée avec Pierre Mongiat-Artus et en lien avec Denis Prunet (notamment concernant la charte MentorAFU, qui sera également enrichie), sera prochainement diffusée.

### Une dynamique collective partagée

À l'issue de cette présentation, un tour de table a permis à chacun des administrateurs présents de se présenter brièvement, d'exposer sa vision et son rôle au sein du Conseil. Malgré l'absence de quelques membres retenus par leurs obligations professionnelles, un sentiment unanime s'est dégagé : la fierté et l'honneur de participer à cette instance représentative de la diversité des modes d'exercice (universitaire, hospitalier, libéral, ESPIC).

Les administrateurs ont exprimé leur soutien aux axes développés par le Président, en mettant particulièrement en avant :

- le développement et l'évaluation des registres ;
- l'intégration de l'intelligence artificielle ;
- la promotion d'une recherche de qualité, notamment celle portée par les jeunes ;
- le renforcement du lien avec les nouvelles générations ;
- l'éducation et la formation continue ;
- la communication et la prévention, avec un DPC renforcé ;
- la contractualisation entre le CNP et l'AFU ;
- la poursuite active du comité d'éthique ;
- la vigilance concernant l'évolution de notre système de santé, notamment les enjeux liés aux PADHUE.



Ont également été évoqués comme axes à développer :

- la santé des professionnels au travail ;
- la simulation en santé ;
- la formation en radioprotection.

Des points d'étape réguliers seront organisés afin d'assurer un suivi structuré des projets et maintenir la dynamique engagée.

### Organisation interne et renouvellement des instances

La structuration en sous-comités thématiques a été réaffirmée afin d'éviter toute confusion entre le Bureau et le Conseil d'Administration et d'optimiser l'efficacité collective.

Les votes ont permis le renouvellement des responsabilités suivantes :

- Comité scientifique : Karim Bensalah ;
- Comité d'organisation du congrès annuel : Julien Branchereau ;
- Comité d'éthique : Denis Prunet ;
- Comité de formation professionnelle : Xavier Gamé ;
- Commission Urorisq : Stéphane Bart et Bertrand Pogu (renouvelés) ;

• Communication (UroFrance et newsletters) : Caroline Pettenati ;

• Commission internationale : Benjamin Pradère, élu représentant principal à l'unanimité, succédant à Olivier Traxer ; Marie-Aimée Perrouin et Romain Boissier représenteront la branche francophone.

### Dimension internationale : chirurgie robotique

Un point majeur a concerné la création d'une société internationale de chirurgie robotique, sollicitée notamment par Thierry Piéchaud.

Dans ce cadre, un comité scientifique représentant la France et l'urologie française a été constitué. Ont été élus à l'unanimité :

- Alexandre de la Taille
- Jean-Christophe Bernhard
- Véronique Phé
- Olivier Alenda

Cette nomination illustre la volonté d'assurer une représentation française structurée et forte dans les nouvelles dynamiques internationales en chirurgie robotique.

### Perspectives : séminaire stratégique

Un séminaire de travail se tiendra au mois de juin à Bastia réunissant le Bureau, le Conseil d'Administration, l'AFU ainsi que des membres du CNPU, autour de thématiques transversales : innovation, communication, outils numériques, intelligence artificielle et évaluation des registres.

### Conclusion

Cette première séance du Conseil d'Administration s'est déroulée dans une atmosphère sereine, respectueuse et ambitieuse. Elle marque le début d'une mandature tournée vers la continuité, l'innovation, la cohésion intergénérationnelle et le rayonnement international de l'urologie française.

Je suis honoré de participer à cette dynamique collective et convaincu que les travaux engagés permettront de renforcer encore davantage notre société savante et son rôle au service de tous les urologues.

Olivier ALEND

## Ethique



Antoine FAIX

Les élections au conseil d'administration de l'AFU se sont déroulées lors du dernier congrès. Un nouveau conseil d'administration a été élu et a lui-même désigné son Bureau.

Ces élections ont été précédées par des communications groupées sur des messageries privées et sur des réseaux sociaux qui ont été pour certaines inélégantes, pour d'autres inappropriées.

Alors que les esprits sont plus sereins, il semble temps de rappeler certaines règles communes.

Les moyens de communication actuels sont très puissants et ne permettent plus de rester assuré du caractère confidentiel des écrits. Si l'émulation inhérente à ces moments de tension est propice à l'utilisation de propos disproportionnés face aux enjeux, nous devons garder à l'esprit que nous sommes tous membres d'une communauté fraternelle qui se doit de rester unie et qui l'est du fait du respect que nous nous portons toutes et tous, quels que soient nos modes d'exercice, nos titres ou notre génération. Il n'est certainement pas dans la volonté du conseil d'administration de l'AFU de pratiquer une police de la pensée ou de fouiller les messages des uns ou des autres, mais il est de sa prérogative de défendre la cohésion de notre association.

Aussi, le nouveau Bureau appelle chaque urologue à veiller à bien peser ses propos afin de ne pas risquer de blesser quiconque lorsqu'elle ou qu'il exerce sa liberté d'expression. Cela est tout spécifiquement nécessaire au sein de notre communauté, sans nécessairement en appeler à notre règlement intérieur.

Depuis 1896, les urologues ont entretenu une réputation parfaitement justifiée d'élégance et de courtoisie, même si nous devons régler les choses dans notre famille urologique, fut-ce au prix de quelques éclats, sachons toutes et tous mériter notre réputation.

Antoine FAIX  
Président de l'AFU

Patrick  
COLOBY

# La certification Qualiopi des formations de l'AFU : une contrainte ou une opportunité de progression ?

Les formations de l'AFU organisées par Uro Diffusion (CFU, JOUM, JAMS, JITTU) et par Uro DPC (SUC) sont certifiées « Qualiopi ». (cf article UROjonction n° 136, mars 2025).

Pour rappel, la certification « Qualiopi » est un gage de qualité des prestations de formation proposées par un organisme. Elle est obligatoire pour tous les prestataires d'actions concourant au développement des compétences et rend éligible aux financements publics (fonds publics et/ou fonds mutualisés).

La certification « Qualiopi » d'un organisme de formation permet :

- d'une part de confirmer la conformité aux exigences réglementaires applicables de cet organisme ;
- d'autre part de démontrer son aptitude à fournir régulièrement un produit concourant au développement des compétences de ses clients.

## C'est bien sûr une contrainte.

D'autant que cette certification Qualiopi est renouvelée tous les 3 ans avec une phase de suivi par un audit de surveillance entre le 14<sup>e</sup> et le 22<sup>e</sup> mois post-certification (ou renouvellement).

## Mais c'est aussi une source de progression.

Sur le plan organisationnel et réglementaire, cette certification a permis de formaliser et mettre à jour toutes les étapes administratives et réglementaires.

Sur le plan scientifique et pédagogique, cela a permis aussi :

- de remettre à plat les processus de construction d'un programme scientifique ;
- de formaliser les processus de choix des concepteurs des programmes et des intervenants (orateurs ou modérateurs) des formations ;
- d'établir des objectifs opérationnels et évaluables pour chaque formation ;



- de mettre en place un processus d'évaluation permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs et la montée en compétence par les publics bénéficiaires.

Grâce à la solide et ancienne organisation de l'AFU, beaucoup d'éléments étaient déjà en place mais parfois non ou incomplètement formalisés.

## L'exemple du Congrès Français d'Urologie (CFU)

### 1. La conception du programme scientifique repose sur :

- Le Comité du Congrès, dont l'article 14 du règlement intérieur des statuts de l'AFU précise sa composition et sa mission (Encadré 1).
- Le Conseil Scientifique, dont l'article 9 du règlement intérieur des statuts de l'AFU précise sa composition et son rôle (Encadré 2).
- Les Comités Scientifiques, dont l'article 12 des statuts de l'AFU et l'article 5 et 12 du règlement intérieur des statuts de l'AFU précisent leur composition et leur mission et le mode de nomination du responsable d'un Comité (Encadrés 3 et 4).
- Le Comité de Formation continue (CFC), dont l'article 15 du règlement intérieur des statuts de l'AFU précise sa mission (Encadré 5).
- Le Comité des Pratiques Professionnelles (CPP) et ses différentes commissions (dont la Commission Urorisq), dont l'article 18 du règlement intérieur des statuts de l'AFU précise sa mission (Encadré 6).

Le programme scientifique comporte (de façon non exhaustive) des séances plénières, des cours, des ateliers, des sessions de présentations de travaux de recherche, des Forums des Comités, des sessions des Clubs (dont le règlement intérieur précise le mode de création et leur mission) (Encadré 7).

Le processus de construction du programme scientifique des séances plénières et des Forums repose sur :

- Les propositions de thèmes et Forums faites par les Comités scientifiques et le Conseil scientifique, le CFC, le CPP.
- Le choix des thèmes par le Comité du Congrès.
- Le choix du format (Etat de l'art, Table ronde, Pour ou Contre, etc.) par le Comité du Congrès.
- La répartition équilibrée des thèmes choisis et des Forums sur les 4 journées du congrès par le Comité du Congrès.

Le Comité du Congrès établit aussi la sélection des présentations des travaux de recherche après le travail de notation par des relecteurs, le choix des cours, des ateliers.

Les sessions des Clubs sont proposées par chaque Club et validées par le Comité du Congrès.

Dans le cadre de la certification Qualiopi, tout ce processus existant depuis de nombreuses années a dû être formalisé.

### 2. Le choix des orateurs et modérateurs

Les orateurs sont choisis par les Comités (pour les séances plénières et Forums), par les Clubs (pour leur session), par le Comité du Congrès (pour les autres sessions) sur leur expertise dans le domaine.

Les modérateurs et présidents de séance sont choisis par le Comité du Congrès sur leur expertise dans le domaine et leur expérience.

Des instructions pour les orateurs et modérateurs et présidents de séance avaient été écrites en 2001 et ont été ensuite remises à jour.

Dans le cadre de la certification Qualiopi, pour mieux préciser et valider le choix des orateurs et modérateurs, il a été demandé que chaque orateur et modérateur choisi envoie un CV.

### 3. Il manquait la formalisation des « **objectifs pédagogiques opérationnels et évaluables** » de nos formations.

Les objectifs opérationnels et évaluables sont des buts clairs et mesurables que la formation vise à atteindre. Ils doivent être directement liés à des actions concrètes et des compétences spécifiques que les apprenants pourront mettre en œuvre ou démontrer à la fin de la formation.

Il vise à garantir que l'organisme de formation met en avant des objectifs réalisables par l'apprenant à l'issue de sa formation. On parle alors d'objectifs opérationnels, c'est-à-dire orientés vers une action précise, ciblée et dont la performance peut être mesurée.

Ainsi, cela a permis au Comité du Congrès de réfléchir à quelles actions concrètes et quelles compétences spécifiques les apprenants pourront mettre en œuvre à la fin du CFU et de voir si le programme en cours de construction répond bien à ces objectifs.

Les objectifs choisis pour le CFU sont :

- Connaître les avancées de la recherche en urologie.
- Connaître les recommandations de bonne pratique en urologie.
- Acquérir les nouvelles prises en charge diagnostiques ou thérapeutiques urologiques pour les mettre en place dans la pratique.
- Intégrer les moyens d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### 4. Il fallait aussi mettre en place un **processus d'évaluation** permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs et la montée en compétence par les publics bénéficiaires.

Pour ce processus d'évaluation il a été mis en place un pré-test et un post-test composés de 10 à 15 questions binaires (oui/non, vrai/faux) choisies parmi les différents thèmes et permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs opérationnels et évaluables proposés.

Cela a permis aux organisateurs de choisir et de mettre en exergue les points de l'année qui leur paraissent indispensables

à acquérir pour nos pratiques et ainsi d'attirer l'attention des congressistes sur ces points dès le pré-test et de vérifier par le post-test que l'on a bien acquis ces connaissances.

C'est un travail supplémentaire mais de progrès pédagogique pour le Comité du Congrès et pour le Comité de Formation Continue (dont une des missions est bien la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de formation).

Cela peut apparaître comme une contrainte pour les congressistes mais, finalement, une aide à ne pas manquer les points importants de la formation.

Pour améliorer cette aide, chaque question du pré-test pointera sur le jour, la salle et l'heure de la réponse à la question. Et si le congressiste n'a pas pu assister à la session *ad hoc*, il aura aussi la possibilité de la retrouver lors du replay.

Les autres processus d'évaluation seront au niveau des sessions, en utilisant les moyens d'interactivité. Il est demandé aux orateurs lors de la construction de leur présentation de définir son objectif, de commencer leur présentation par un QCM répondant à cet objectif et de terminer leur présentation par cette même question, permettant ainsi à l'orateur d'évaluer si son objectif a bien été atteint et aux congressistes d'évaluer l'acquisition des compétences.

Les enquêtes de pratique organisées par les différents comités sont aussi un processus d'évaluation d'acquisition et d'intégration des compétences dans les pratiques et permettent de guider les programmes des formations.

Le CFU a été pris comme exemple pour décrire la formalisation et les progrès pédagogiques entraînés par la mise en place de la certification Qualiopi.

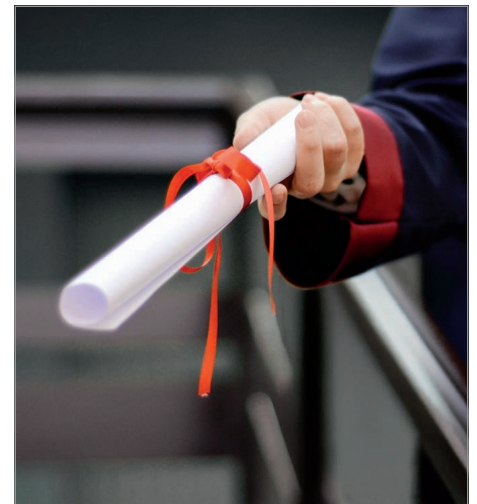
La même démarche a été faite pour les autres formations (JOURN, JAMS, JITTU, SUC), en sachant que pour les JOURN, JAMS et JITTU, un règlement intérieur a été établi pour définir la composition et la mission du comité scientifique de chaque formation.

La mise en place de la Certification Qualiopi a été une vraie contrainte administrative comme dans toute démarche de mise aux normes de qualité, et il faut remercier le personnel de la MUR et sa déléguée générale Alexandra Devillers et Colloquium pour le travail accompli.

Mais cela a aussi été un progrès pour l'AFU en formalisant toutes les étapes de conception d'un programme de formation, en établissant des objectifs pédagogiques pour chaque formation et en mettant en place des processus d'évaluation d'atteinte de ces objectifs et de montée en compétence des publics bénéficiaires. Il faut remercier tous les Comités mobilisés et le Conseil d'Administration de l'AFU.

C'est surtout et avant tout un gain pédagogique pour ces formations au bénéfice des urologues et des autres publics dont l'objectif commun partagé (OCP) est le patient.

Patrick COLOBY



### ENCADRÉ 1

#### Article 14

Règlement intérieur du Comité du Congrès

- Le Comité du Congrès est composé du Président et du Vice-Président du prochain congrès, de 4 à 8 membres et de 2 à 4 secrétaires. Le Secrétaire Général, le Secrétaire Général adjoint et le Trésorier sont, de droit, membres de ce comité. Le vice-président du dernier Comité du Congrès devient automatiquement Président du prochain Comité du Congrès.
- Ce Comité est chargé de :
  - L'établissement des programmes scientifiques ;
  - Contrôler les publications du Congrès.

### ENCADRÉ 2

#### Article 9

##### *Règlement intérieur du Conseil scientifique*

Le Conseil Scientifique est un groupe de travail, créé par le Conseil d'Administration et chargé de proposer au Conseil d'Administration les orientations scientifiques du développement de la science urologique. Il ne peut en aucun cas se substituer au Conseil d'Administration ni aux comités scientifiques.

Ses membres ne peuvent pas représenter l'AFU sans l'accord du Bureau.

#### 1-Missions du Conseil Scientifique

- Assurer la veille scientifique et épidémiologique en coordination avec les responsables des comités ;
- Être l'intermédiaire entre le Conseil d'Administration et les comités scientifiques pour la mise en œuvre, l'aide méthodologique et le suivi des objectifs scientifiques choisis et leur harmonisation, l'aide à la publication des travaux des comités ;
- Proposer au Conseil d'administration de l'AFU des thèmes pour le congrès annuel ;
- Proposer au Conseil d'administration de l'AFU des thèmes de programmes d'évaluation/amélioration des pratiques professionnelles et valider la qualité scientifique des données utilisées dans ses programmes ;
- Orienter la politique de gestion des risques et valider la qualité scientifique des données ;
- Orienter et animer la Recherche en Urologie ;
- Organiser chaque année le jury de sélection des Bourses AFU ainsi que le jury de sélection des subventions, suivre les travaux et leur valorisation.

#### 2-Composition du Conseil Scientifique

Le conseil scientifique est composé de membres titulaires de l'AFU, nommés par le Conseil d'Administration :

- Le responsable de chaque comité scientifique. En cas d'absence, celui-ci désigne un représentant du comité, parmi ses membres urologues ;
- Le responsable du comité de formation continue, du comité d'évaluation et du comité des pratiques professionnelles. En cas d'absence, ceux-ci désignent un représentant de leur comité parmi leurs membres urologues ;
- Deux représentants du Conseil d'Administration de l'AFU, proposés par le Président de l'AFU, l'un d'entre eux étant le responsable du conseil scientifique ;
- Un représentant de l'AFUF, proposé par le président de l'AFUF ;
- Un représentant du Collège des urologues, proposé par le Président du Collège ;
- Le rédacteur en chef de « Progrès en Urologie » ou son représentant.

Le responsable du Conseil Scientifique est nommé par le Conseil d'Administration pour une durée de 3 ans éventuellement renouvelable une fois.

Le responsable du Conseil Scientifique peut être assisté d'un comité de pilotage de son choix dont les membres font partie du conseil scientifique. De plus, le conseil peut s'adjoindre, s'il le juge utile, les compétences d'un méthodologiste et d'un représentant de la HAS, INCa ou autre instance.

### ENCADRÉ 4

#### Article 5

##### *Statuts de l'AFU - Règlement intérieur de nomination d'un responsable de comité*

- Pour la nomination d'un responsable d'un comité, un appel à candidature auprès des membres titulaires de l'AFU est réalisé.
- Les candidats intéressés adressent leur candidature accompagnée d'un projet synthétique au secrétaire général de l'AFU qui les transmet au comité concerné.
- Les participants au comité transmettent leur avis sur la ou les candidatures reçues.
- Le ou les candidat(e)s pourront le cas échéant être auditionné(e)s par le Bureau ou le conseil d'administration de l'AFU.
- Le conseil d'administration statuera sur ces propositions.

#### Article 12

##### *Statuts de l'AFU - Règlement intérieur des Comités Scientifiques*

- Les comités scientifiques sont chargés du développement de la science urologique :
  - en faisant le point sur les connaissances actuelles ;
  - en initiant de nouvelles recherches.
- Ils participent, en collaboration avec d'autres comités de l'AFU, à des missions de formation, d'évaluation, et d'application des bonnes pratiques cliniques.

...

### ENCADRÉ 3

#### Article 12

##### *Statuts de l'AFU - Règlement intérieur des Comités Scientifiques*

- Les Comités sont des groupes de travail créés par le Conseil d'Administration, seul habilité à les créer et à les dissoudre. Toute création d'un nouveau comité doit répondre à un besoin réel intéressant la spécialité et/ou l'ensemble de la communauté urologique.
- Pour participer à un comité, il faut être membre de l'Association, en activité professionnelle ou ne pas avoir cessé d'exer-

cer depuis plus de 3 ans, et à jour de ses cotisations. Le comité peut s'adjoindre des spécialistes d'une autre discipline appelés par simple cooptation en raison de leurs compétences dans un domaine spécifique et complémentaire à l'urologie. Le nombre de participants à un Comité est limité. Ce *numerus clausus* est fixé par chaque Comité pour assurer son bon fonctionnement et la production d'un travail de qualité.

- Chaque Comité est animé par un responsable, obligatoirement membre titulaire de l'Association. Ce responsable est nommé

par le Conseil d'Administration, pour une durée maximum de trois ans, renouvelable une seule fois. Il ne peut être responsable simultanément d'un autre Comité. Il peut être assisté dans sa tâche par d'autres participants.

- Chaque Comité doit définir ses objectifs de travail et les exposer une fois par an au Conseil d'Administration ou au conseil scientifique.
- Le Conseil d'administration ou le conseil scientifique peuvent confier aux comités des missions prioritaires d'intérêt collectif.

### ENCADRÉ 5

#### Article 15

Règlement intérieur du Comité de Formation Continue

- Le Comité de Formation Continue (CFC) est chargé de définir les principes, les modalités souhaitables, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de formation urologique post-universitaire, en tenant compte notamment du retour d'expérience de l'évaluation des pratiques (y compris l'accréditation).
- Un membre du Bureau en fait partie de droit.
- Le règlement intérieur du Comité de Formation Continue est approuvé par le conseil d'administration qui peut le faire modifier si besoin.
- Toute manifestation (en dehors du congrès) dont le programme scientifique est réalisé par l'Association Française d'Urologie doit établir un règlement intérieur décrivant ses modalités d'organisation et le mode de composition du comité scientifique. Ce règlement intérieur est approuvé par le conseil d'administration qui peut le faire modifier si besoin.
- Le budget de fonctionnement est fixé par le conseil d'administration.

### ENCADRÉ 6

#### Article 18

Règlement intérieur du Comité des pratiques professionnelles

- Le Comité des pratiques professionnelles est subdivisé en plusieurs commissions chargées de :
  - L'élaboration et de la maintenance des libellés des thésaurus décrivant les symptômes, les diagnostics et les actes en urologie, en coordination avec les instances nationales chargées de cette mission ;
  - La bonne utilisation et de l'évolution du PMSI en urologie, en coordination avec les organismes officiels ;
  - L'évaluation du champ d'activité en urologie ;
  - L'élaboration, la diffusion, l'implémentation, des recommandations de bonnes pratiques cliniques (RPC), des référentiels, des Conférences de consensus ;
  - La qualité : de l'information médicale et sa diffusion, de la prise en charge urologique de la population (fiches d'information patients, fiches d'auto-évaluation de leur prise en charge (information reçue, morbidité, qualité des soins, etc.), enquêtes de pratique, etc.) ;

- L'analyse des pratiques professionnelles et le développement de programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins dans le cadre notamment du développement professionnel continu et de l'accréditation des médecins et équipes médicales et de la certification des établissements ;
- Et toute autre action concourant au même but.
- La Commission URORISQ du CPP-AFU est spécifiquement en charge de la mise en œuvre de l'accréditation des médecins et équipes médicales. Sa composition intègre des représentants de qualité de l'AFU et du Syndicat National des Chirurgiens Urologues Français (SNCUF), désignées par les bureaux respectifs de ces associations.
- Le règlement intérieur de la commission URORISQ est approuvé par le conseil d'administration de l'AFU et le conseil d'administration du SNCUF qui peuvent le faire modifier si besoin.
- Pour favoriser une bonne coordination des actions de la Commission URORISQ au sein de l'AFU, le responsable de la commission URORISQ (gestionnaire de l'Organisme agréé d'Accréditation) est un invité régulier du conseil d'administration de l'AFU.

### ENCADRÉ 7

Règlement intérieur des clubs de l'AFU  
Adopté lors du CA du 10 juin 2005  
Modifié lors du CA du 18 juin 2010

#### Principe d'un club

- Fédérer autour d'une technique urologique nécessitant un matériel spécifique :
  - les collègues ayant participé à son évaluation et à sa validation ;
  - les collègues utilisateurs ;
  - le ou les industriel(s) concerné(s) par le matériel en fonction de la thérapie.
- Lieu de discussion ouvert concernant la technique ou la thérapie entre experts et à objectif scientifique pur.
- Œuvrer à développer un recueil de données (base de données) sur une durée optimale, permettant d'évaluer les résultats de la technique et ses limites, sa diffusion, sa place dans les moyens thérapeutiques.
- Le partage des données avec l'AFU doit être garanti, ainsi que l'indépendance scientifique. Les données doivent pouvoir être remises annuellement à l'AFU.
- Œuvrer à développer une activité spécifique sans entrer en concurrence avec le travail des comités scientifiques, mais avec un objectif de complémentarité et de partage.

- Promouvoir avec le ou les industriel(s) un partenariat de développement concerté avec l'AFU sans contrat direct avec celle-ci mais dans un objectif commun d'approfondissement des connaissances sur la thérapie et de développement concerté.

- Exclure toute idée de club concernant l'industrie du médicament.

#### Création

Nécessite un vote du CA sur proposition argumentée des créateurs

#### Dissolution

Un club peut être dissout sur simple décision du CA sans préavis spécifique auprès de ses membres ou des industriels concernés.

#### Durée

3 ans, renouvelable selon vote du CA. Aucun renouvellement par tacite reconduction. Réunions *ad libitum* des membres du club pendant l'année.

#### Activités

Une réunion pendant le congrès de l'AFU (jour et heure décidés par le Comité du Congrès), non exclusive de réunions dans d'autres congrès d'autres disciplines.

Un compte rendu annuel de l'activité du club sera adressé au secrétaire général (une page A4) avant le 31 décembre de chaque année, avec communication au CA.

N'est pas une émanation d'un comité scientifique mais peut collaborer pour coordonner ses axes de travail.

Ne saurait se substituer au comité scientifique correspondant.

#### Membres

Urologues, membres de l'AFU (en activité professionnelle et à jour de ses cotisations) et spécialistes d'une autre discipline appelés par simple cooptation en raison de leurs compétences dans le domaine spécifique du club.

Seul un membre titulaire de l'AFU peut en être le coordonnateur.

Les représentants de(s) industrie(s) concernée(s) peuvent en être membres.

#### Financement

Aucun financement de la part de l'AFU (en dehors de la fourniture d'une salle équipée durant le congrès).

Aucun membre de club ne peut faire de demande de remboursements de frais de déplacements ou autres auprès de l'AFU au titre de son activité au sein du club.

Tout arrangement doit être trouvé directement entre le club et le ou les industriel(s) à ce sujet, en excluant la création d'une trésorerie propre au club au sein ou en dehors de l'AFU.

François  
MEYERBlandine  
TAMARELLE

## Impact des nouveaux arrêtés sur la chirurgie des implants pelviens : résultats d'une enquête nationale auprès des urologues et gynécologues français

**A** la suite de la publication des arrêtés du 25 avril 2025 [1, 2], le CUROPF a rapidement souhaité mesurer l'impact concret de ces nouvelles dispositions sur la pratique de la chirurgie fonctionnelle urinaire et de la statique pelvienne. Une enquête nationale a ainsi été menée auprès des urologues et gynécologues français afin de recueillir leur ressenti et d'en analyser les conséquences potentielles.

Le Dr François Meyer, membre du CUROPF, chirurgien urologue en exercice mixte, revient sur les principaux enseignements de cette enquête.

**Blandine Tamarelle : François, peux-tu retracer le cheminement du CUROPF après la publication de ces arrêtés et les raisons qui ont conduit à lancer cette enquête ?**

**François Meyer :** Dès la publication de l'arrêté du 25 avril 2025, nous avons pris conscience de son retentissement potentiel sur les pratiques. Nous avons donc élaboré un questionnaire à destination des urologues et des gynécologues concernés par ce texte, qui fixe notamment des seuils minimaux d'activité pour l'agrément des chirurgies avec implants.

Notre objectif était simple : comprendre comment ces seuils étaient perçus sur le terrain et évaluer leur impact possible sur l'organisation et la continuité des soins.

**Quels sont les principaux enseignements qui ressortent des réponses recueillies ?**

Le premier point marquant est que ces seuils sont largement jugés trop contraignants. Ils sont effectivement comparables à ceux de la cancérologie, alors que les niveaux de complexité ne sont pas équivalents.

Cette contrainte fait craindre un désengagement significatif des praticiens, avec en conséquence une diminution de l'accès aux soins pour les patientes.

**Avez-vous été surpris par l'ampleur du désengagement envisagé, notamment chez les urologues (jusqu'à 67 % pour l'incontinence et 79 % pour le prolapsus) ?**

À l'échelle globale des urologues et gynécologues, ce n'est malheureusement pas totalement surprenant. En revanche, ce qui est plus inquiétant, c'est que parmi les près de 400 répondants, 61 % sont des praticiens formés en pelvi-périnéologie.

Le désengagement envisagé touche donc aussi des professionnels pourtant formés, expérimentés et investis dans cette discipline.

**Ces seuils pourraient-ils, à court ou moyen terme, déséquilibrer la répartition de l'offre de soins sur le territoire ?**

C'est possible, oui. On compte environ 1 200 urologues et 5 630 gynécologues-obstétriciens en France, pour une population de plusieurs millions de femmes concernées par l'incontinence et le prolapsus.

Dans un contexte déjà marqué par les déserts médicaux hors des grandes métropoles, un désengagement de 70 % des praticiens pourrait aggraver cette inégalité d'accès aux soins. L'instauration de ces seuils aura de fait l'effet suivant : les praticiens qui ne souhaiteraient plus poursuivre leur activité de pelvi-périnéologie vont probablement adresser leurs patientes à des confrères et consoeurs, qui seront d'autant plus spécialisés dans ce domaine : c'est ce qui se voit déjà dans les groupes de médecins ou dans les services hospitaliers notamment des grandes villes.

**Sur le plan de la santé publique, comment garantir que les prises en charge de base, non chirurgicales ou non implantables, restent accessibles en dehors des centres experts ?**

Cela passe par une meilleure formation et une meilleure valorisation des prises

en charge conservatrices. Les gynécologues médicaux assurent déjà ce rôle, mais le risque est que les chirurgiens se détournent de la prise en charge initiale s'ils doivent ensuite systématiquement adresser les patientes au moment du geste opératoire.

**Quels sont les effets des obligations réglementaires (RCP, registres, centres experts) sur l'accès à la prise en charge chirurgicale dans les centres autorisés pour l'ablation des implants ?**

### Chiffres clés de l'enquête nationale (mai 2025)

- ▶ 431 répondants : 60 % urologues, 40 % gynécologues ; 61 % formés en pelvi-périnéologie
- ▶ 18 % des praticiens n'atteignent pas les seuils fixés, malgré une activité clinique régulière
- ▶ Désengagement envisagé :
  - 53 % pour l'incontinence féminine (67 % des urologues)
  - 46 % pour le prolapsus (79 % des urologues)
- ▶ En cas de perte d'autorisation : 71 % arrêteraient la pose d'implants, 60 % adresseraient leurs patientes
- ▶ Seuls 32 % estiment que les seuils amélioreront la qualité des soins
- ▶ 78 % jugent plus pertinent une autorisation fondée sur la formation et l'expérience individuelle (FST/VAE)
- ▶ Seuil jugé acceptable par la majorité ≈ 10 interventions /an, plutôt que 25

Concernant la prise en charge chirurgicale, les arrêtés imposent une charge administrative croissante : RCP obligatoires, renseignement des actes dans des registres, prise en charge des cas complexes en centres experts, sans dotation spécifique. L'afflux de patientes en détresse psychologique et en souffrance physique dans les nouveaux centres autorisés pour l'ablation des implants va indéniablement entraîner une surcharge de travail pour des équipes qui ne chômaient pas auparavant, le tout à moyens constants. Ce temps non financé se fait au détriment du temps médical, et limite la possibilité de s'appuyer sur des personnels administratifs ou paramédicaux dédiés. C'est une vraie question.

#### Quels critères pourraient, selon vous, mieux refléter la qualité des soins qu'un simple seuil d'activité par établissement ?

Notre enquête montre que seuls 32 % des répondants estiment que ces seuils amélioreront réellement la prise en charge. Pour 61 %, ils ne garantissent pas l'expérience individuelle du praticien, et pour 51 %, ils ne reflètent pas la qualité des soins.

Les données de la littérature suggèrent que si le volume d'activité hospitalier est pertinent pour des chirurgies à haut risque, ce n'est pas le cas pour des interventions de complexité intermédiaire, où l'expérience individuelle du chirurgien joue un rôle majeur.

Ainsi, 78 % des répondants jugeraient plus juste une autorisation fondée sur le praticien, reposant sur une formation dédiée (type FST), la validation des acquis de l'expérience (VAE) et la formation continue. Aujourd'hui, l'offre de formation reste fragmentée, avec de nombreux DU ou DIU ne couvrant pas de façon globale la pelvi-périnéologie. À ce jour, les sociétés savantes d'urologie et de gynécologie ne sont pas encore parvenues à s'accorder autour d'un projet de FST commune.

#### Faut-il, selon vous, orienter très tôt les internes vers des sous-spécialités comme la pelvi-périnéologie ?

Créer une sous-filière dès l'internat ne me semble pas souhaitable. Les internes ont besoin d'une formation complète de leur spécialité, à la fois pour faire un choix éclairé et pour assurer une prise en charge globale des patients.

En revanche, les formations spécialisées transversales permettent d'approfondir un domaine sans sacrifier la formation générale.

La pratique régulière doit ensuite rester un critère clé.

#### Plus de 75 % des répondants jugent les seuils actuels de 25 actes par an trop élevés et suggèrent un abaissement à 10. Quelle est la position du CUROPF ?

Pour nous, les seuils quantitatifs ne sont pas un bon indice de qualité, car ils occultent par exemple la prise en charge médicale qui a toute sa place avant ou à la place de la chirurgie. Les seuils par établissement sont pénalisants pour les centres à faible effectif et, à l'inverse, peu représentatifs lorsqu'ils sont dilués dans de grandes équipes. Evidemment, des critères qualitatifs seraient plus difficiles à évaluer par les tutelles.

C'est pourquoi la formation nous paraît un meilleur critère. Notre enquête met en évidence des disparités de pratiques : trop de praticiens (39 % des gynécologues notamment) ne posent que des TOT, tandis que 64 % des urologues ne pratiquent pas la voie basse. Maîtriser une plus grande diversité de techniques permet pourtant une prise en charge personnalisée.

#### Pour conclure, quel message adressez-vous aux jeunes urologues en formation et à ceux déjà installés ?

La chirurgie fonctionnelle est très gratifiante : elle améliore significativement la qualité de vie des patientes. Elle repose sur une collaboration interdisciplinaire riche, illustrée par les RCP, qui favorisent la réflexion collective et la personnalisation des stratégies thérapeutiques.

C'est un domaine exigeant, parfois insuffisamment soutenu financièrement, mais qui requiert une grande rigueur dans le contexte médico-légal actuel. Au sein du nouveau CA de l'AFU, la pelvi-périnéologie est bien représentée, preuve que cette discipline reste essentielle et pleinement reconnue.

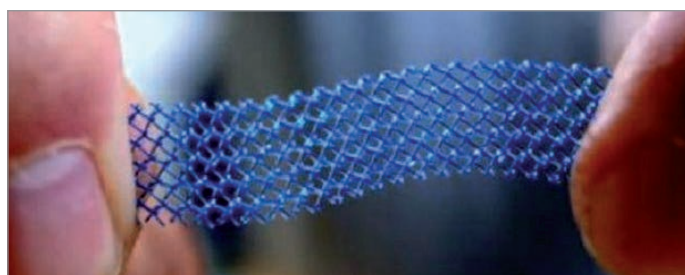
François MEYER  
Propos recueillis par  
Blandine TAMARELLE

## Références

- [1] Arrêté du 25 avril 2025 encadrant la pratique des actes associés à la prise en charge des complications graves faisant suite à la pose de bandelettes sous-urétrales pour le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme ou d'implants de suspension destinés au traitement du prolapsus des organes pelviens chez la femme par voie chirurgicale haute en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051533139>



- [2] Arrêté du 25 avril 2025 encadrant la pratique des actes associés à la pose d'implants de suspension destinés au traitement du prolapsus des organes pelviens chez la femme par voie chirurgicale haute en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051533101>





Christian  
SAUSSINE

## Séminaire Graines et Sol : édition 2026

La promotion « Les semeurs » de Graines et Sol 2026 comportait un effectif dans la moyenne des précédents « Graines et Sol » avec douze participants. Dix candidats s'inscrivaient dans le cadre d'un Master 2 et deux dans le cadre d'une mobilité à New-York ou à Londres. Alexandra Devillers et Timothée Rouillé ont assuré la logistique à la satisfaction de tous. Le séminaire en présentiel limité à deux jours désormais était précédé de deux séminaires de deux heures chacun, en distanciel, consacrés, l'un à une formation à Pubmed et à une formation en statistique et l'autre à la présentation de topos sur le parcours universitaire, la rédaction d'un article et les dispositions réglementaires en matière de recherche chez l'homme. Ces deux formations ont été appréciées par tous et il faut remercier le partenariat passé entre l'AFU et la société Newmed.



Les thématiques étaient diverses (voir Annexe 1). Deux projets concernaient la transplantation rénale, un sur la xéno-greffe de porc et l'autre sur la vasculopathie diabétique du greffon. Sept projets

concernaient le cancer (4 de la prostate et 3 de l'urothélium) dont trois sur des organoïdes prostatiques ou urothéliaux, un sur la thérapie focale du cancer de la prostate, un sur microbiote et BCG-thérapie, un sur l'immunothérapie dans le cancer de la vessie et un sur l'étude du stress de réplication chez des modèles cellulaires mutés BRCA2. Un travail projetait de caractériser un modèle d'hyperactivité du détrusor sans lésion médullaire chez le rat. Un projet évaluait un patch de membrane amniotique de paroi de cordon ombilical pour traiter des sténoses de l'urètre récidivée après un premier traitement par lambeau de muqueuse buccale. Un dernier sujet de recherche explorait le remodelage morphologique, fonctionnel et microbien de la barrière urothéliale par la neuromodulation sacrée dans un modèle porcin.



## Annexe 1 - Thématique des projets

### Cancer de la prostate

**Norbert de Brek, Paris (M2)**

Intérêt des organoïdes dans la modélisation de la réponse aux traitements conventionnels des patients atteints d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration

*Encadrant : Dr Dariane*

**Thibaut Long Depaquit, Marseille (M2)**

Faisabilité de la génération d'organoïdes prostatiques dérivés de cellules tumorales circulantes chez des patients atteints de cancer de la prostate métastatique

*Encadrant : Dr Baboudjan*

**Dimitri Paillusson, Nantes (M2)**

Etude du stress de réplication induit par l'hypoxie et MYC et de l'instabilité génétique chez des modèles cellulaires mutés BRCA2

*Encadrants :*

*Pr Bristow, Pr Supiot, Pr Rigaud*

**Gabrielle Tissot, Paris (Mobilité)**

Identification des profils moléculaires de réponse aux traitements focaux du cancer localisé de la prostate

*Encadrant : Pr Orczyk*

### Greffe rénale

**Jérémy Mercier, Toulouse (M2)**

Impact du diabète du donneur sur la vasculopathie de transplantation : étude dans un modèle murin de transplantation rénale

*Encadrant : Pr Gamé*

**Cyrille Guillot-Tantay, Suresnes (Mobilité)**

Evaluation des lésions cellulaires du xéno-greffon porcin par séquençage d'ADN libre circulant plasmatique chez des receveurs humains

*Encadrants : NYU / Pr Neuzillet*

### Carcinome urothélial

**Shanez Ait-Ali, Tours (M2)**

Étude prospective du microbiote urinaire chez les patients atteints de cancer de la vessie

*Encadrant : Dr Bourgi*

**Alexandre Blanco, Bordeaux (M2)**

Mise en place et validation d'un modèle murin orthotopique de carcinome urothélial non infiltrant pour l'étude de l'efficacité d'immunothérapies par inhibiteurs de checkpoints intra-vésicaux

*Encadrant : Dr Klein*

**Camille Durand-Labrunie, Toulouse (M2)**

Organoïdes complexes de tumeurs de la vessie et d'en évaluer leur fiabilité phénotypique, génotypique et de réponse aux traitements par rapport à la tumeur princeps

*Encadrant : Dr Bajjeot*

### NMS

**Guillaume Nicaud, Paris (M2)**

Impact de la neuromodulation sacrée sur la barrière urothéliale

*Encadrant : Pr Perrouin-Verbe*

### Urètre

**Axel Montuclard, Tours (M2)**

Evaluation d'un patch de membrane amniotique de paroi de cordon ombilical pour le traitement des sténoses urétrales récidivantes après urétroplastie avec greffe de muqueuse buccale

*Encadrant : Dr Morel-Journel*

### Vessie / Fonctionnel

**Margot Chommeloux, Rennes (M2)**

Caractérisation d'un modèle murin d'hyperactivité détrusorienne neurogène sans lésion médullaire

*Encadrants : Pr Peyronnet, Pr Joussin*

Il faut à nouveau remercier les tuteurs (Annexe 2) qui ont permis de mener à bien ce séminaire. Parmi eux sont à remercier chaleureusement les non-urologues qui, chaque année, contribuent à la qualité de ce séminaire de par sa pluridisciplinarité. Citons Véronique Lindner, anatomopathologiste ; Jean-Philippe Haymann, néphrologue et Pierre Laurent-Puig, oncologue et directeur de recherche INSERM. Quatre urologues étaient présents : Xavier Gamé, François Audenet, Zine-Eddine Khene et votre serviteur. Merci également à Géraldine Cancel-Tassin de la MUR pour le soutien des candidats dans le choix des tests statistiques.

Enfin, merci au CA de l'AFU et à son bureau présidé par Antoine Faix pour continuer à soutenir activement ce séminaire très apprécié par les participants.

L'animation de ce séminaire initié par Thierry Lebret, pendant ces 17 dernières années m'a beaucoup apporté. J'aimerais particulièrement remercier tous les tuteurs qui ont participé à l'encadrement et plus spécialement les 191 participants qui sur ces 17 éditions ont toujours fait preuve d'une volonté d'apprendre et d'excellence pour mettre en forme leur projets de recherche respectifs. Je passe désormais la main à François Audenet, désigné par le conseil d'administration de l'AFU pour animer ce séminaire auquel je souhaite un bel avenir.

Christian SAUSSINE

## Annexe 2 - Liste des tuteurs

François Audenet, urologue

Xavier Gamé, urologue

Jean-Philippe Haymann, néphrologue

Zine-Eddine Khene, urologue

Véronique Lindner, anatomopathologiste

Pierre Laurent-Puig, oncologue

Christian Saussine, urologue



Didier LEGEAIS

## Vasectomie : JHSA001 ou JHSB001, comment choisir ? Quelle place pour les complémentaires santé ?

Certains d'entre vous nous ont contactés suite à des problèmes de remboursement des complémentaires santé par rapport aux cotations des vasectomies.

Les actes **JHSA001** et **JHSB001** relèvent tous deux de la CCAM et correspondent à une **vasectomie**.

La différence entre ces deux codes ne porte **ni sur la finalité de l'acte, ni sur son indication, ni sur sa portée médicale**, mais uniquement sur la **voie d'abord** (abord scrotal chirurgical pour JHSA001, voie transcutanée pour JHSB001).

La CCAM se structure autour de lettres clés :

- **J** : Appareil urinaire et génital masculin
- **H** : Organe génital externe masculin
- **S** : Section / résection / ligature
- **A / B** : Voie d'abord (A = ouverte, B = transcutanée)

Sur le plan médical et déontologique, il s'agit donc d'un **acte chirurgical unique** nécessitant :

- une consultation préalable ;
- une information complète et un consentement éclairé ;
- un geste technique irréversible, non répétitif ;



**SNCUF**  
Syndicat National des Chirugiens  
Urologues Français

- une prise en charge médico-légale équivalente.

La distinction opérée par certaines complémentaires santé entre ces deux actes repose en réalité sur une **lecture administrative**, et non médicale, de la CCAM :

- **JHSA001** est généralement assimilé à un **acte chirurgical structuré (ADC : acte de chirurgie)** car il est plus fréquemment réalisé dans un cadre opératoire ou ambulatoire ;
- **JHSB001** est souvent interprété comme un **acte technique médical isolé (ATM)**, du fait de sa réalisation possible en contexte externe ou en cabinet.

Cette classification ATM/ADC correspond à une **grille de gestion interne aux complémentaires**, fondée sur le contexte de facturation (voie d'abord, existence d'un séjour, circuit de soins), et non sur la nature réelle de l'acte.

Exemple de tableau de remboursement ci-dessous.

Or, cette approche aboutit à une **différence de prise en charge que l'on pouvait considérer comme injustifiée sur le plan médical**, alors même que :

- l'acte est identique dans son objet et ses conséquences ;
- le niveau d'engagement professionnel et de responsabilité est comparable ;
- la valeur médicale et juridique de l'acte est équivalente.

D'autre part, les tarifs sont différents entre les différents secteurs d'exercice :

Pour JHSA001 :

- Tarifs SI ou OPTAM : 62,82 € + J + K
- Tarifs SII : 58,38 € + J ± K

Pour JHSB001 :

- Tarifs SI ou OPTAM : 67,99 € + J + K
- Tarifs SII : 61,38 € + J ± K

### Conclusion

Je pense qu'il faut coter JHSA001 dès lors que vous êtes au bloc opératoire, + J ± K ± honoraires libres selon votre secteur d'activité. Les honoraires libres seront alors pris en charge par les complémentaires santé, car il s'agit d'un ADC.

Au cabinet ou en soins externes, selon la technique « sans scalpel », il faut coter JHSB001 + J ± K ± honoraires libres, mais

Acte CCAM	Code	Type (lecture mutuelle)	Base Sécu	Remboursement Sécu	Mutuelle Honoraires	Mutuelle Dépassements
Vasectomie par abord scrotal	JHSA001	ADC	~ X €	70 % BR + CMU selon cas	Oui, selon forfait	Oui, dépassements possibles
Vasectomie par voie transcutanée	JHSB001	ATM	~ X €	70 % BR + CMU selon cas	Oui, si option incluse	Non ou limité
Prostatectomie ouverte	JGFQ006	ADC	~ Y €	70 % BR	Oui	Oui
Biopsies prostatiques multiples	JGHJ001	ATM	~ Z €	70 % BR	Oui, souvent proportionnel	Non
Écho rénale simple	JAQM003	ATM	~ A €	70 % BR	Oui (radiologie)	Non
Fibroscopie vésicale	JDQE001	ATM	~ B €	70 % BR	Oui	Non
Néphrectomie totale	JAFQ009	ADC	~ C €	70 % BR	Oui, forfait opératoire	Oui

ceux-ci ne seront pas pris en charge, car il s'agit d'un ATM.

Bien amicalement.

Didier LEGEAIS  
Président du SNCUF



**SNCUF**  
Syndicat National des Chirurgiens  
Urologues Français

Pour adhérer : [sncuf.fr](http://sncuf.fr)

Pour nous joindre : [contact@sncuf.fr](mailto:contact@sncuf.fr)

Nous allons abandonner l'adresse  
[sncuf@urofrance.fr](mailto:sncuf@urofrance.fr)

CODE : JHSA001  
LIBELLE : Ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par abord scrotal

**Code regroupement :** ADC - Actes de chirurgie

**Date d'effet :** 01/01/2026  [> Historique](#)

**Activité :**   **Phase :**

**Convention PS:**

**Note :** Environnement : loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 comprenant l'information du patient

Prise en charge [> Plus de détails](#)

**Accord préalable :** Cet acte n'est pas soumis à une entente préalable  
**Admission au remboursement :** Acte remboursable  
**Exonération du ticket modérateur :** Acte pouvant être exonéré par la règle du seuil et exonérant alors la facture

Tarification [> Plus de détails](#)

**Prix de l'acte : 62,82 euros**  
Suppléments de charges en cabinet : 0,0 euros

Modificateurs

Code	Libellé	Montant
J	Majoration transitoire de chirurgie	+6.5%
K	Majo forf modul act accouch par SF et gyn. pr act chir avec J pr S1 et OPTAMACO, par CD spé chir. or	+30%

CODE : JHSB001  
LIBELLE : Ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par voie transcutanée

**Code regroupement :** ATM - Acte technique medical

**Date d'effet :** 01/01/2026  [> Historique](#)

**Activité :**   **Phase :**

**Convention PS:**

**Note :** Environnement : loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 comprenant l'information du patient

Prise en charge [> Plus de détails](#)

**Accord préalable :** Cet acte n'est pas soumis à une entente préalable  
**Admission au remboursement :** Acte remboursable  
**Exonération du ticket modérateur :** Acte pouvant être exonéré par la règle du seuil et exonérant alors la facture

Tarification [> Plus de détails](#)

**Prix de l'acte : 61,38 euros**  
Suppléments de charges en cabinet : 0,0 euros

Modificateurs

Code	Libellé	Montant
J	Majoration transitoire de chirurgie	+6.5%
K	Majo forf modul act accouch par SF et gyn. pr act chir avec J pr S1 et OPTAMACO, par CD spé chir. or	+30%

CODE : JHSA001  
LIBELLE : Ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par abord scrotal

**Code regroupement :** ADC - Actes de chirurgie

**Date d'effet :** 01/01/2026  [> Historique](#)

**Activité :**   **Phase :**

**Convention PS:**

**Note :** Environnement : loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 comprenant l'information du patient

Prise en charge [> Plus de détails](#)

**Accord préalable :** Cet acte n'est pas soumis à une entente préalable  
**Admission au remboursement :** Acte remboursable  
**Exonération du ticket modérateur :** Acte pouvant être exonéré par la règle du seuil et exonérant alors la facture

Tarification [> Plus de détails](#)

**Prix de l'acte : 58,38 euros**  
Suppléments de charges en cabinet : 0,0 euros

Modificateurs

Code	Libellé	Montant
J	Majoration transitoire de chirurgie	+6.5%
K	Majo forf modul act accouch par SF et gyn. pr act chir avec J pr S1 et OPTAMACO, par CD spé chir. or	+30%

CODE : JHSB001  
LIBELLE : Ligature, section ou résection unilatérale ou bilatérale du conduit déférent, par voie transcutanée

**Code regroupement :** ATM - Acte technique medical

**Date d'effet :** 01/01/2026  [> Historique](#)

**Activité :**   **Phase :**

**Convention PS:**

**Note :** Environnement : loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 comprenant l'information du patient

Prise en charge [> Plus de détails](#)

**Accord préalable :** Cet acte n'est pas soumis à une entente préalable  
**Admission au remboursement :** Acte remboursable  
**Exonération du ticket modérateur :** Acte pouvant être exonéré par la règle du seuil et exonérant alors la facture

Tarification [> Plus de détails](#)

**Prix de l'acte : 67,99 euros**  
Suppléments de charges en cabinet : 0,0 euros

Modificateurs

Code	Libellé	Montant
J	Majoration transitoire de chirurgie	+6.5%
K	Majo forf modul act accouch par SF et gyn. pr act chir avec J pr S1 et OPTAMACO, par CD spé chir. or	+30%



Stéphane BART



Cynthia MABOU

## Le bilan 2025 de l'accréditation des urologues

Le début d'année reste l'occasion de réaliser une synthèse de notre Organisme d'Accréditation (OA-A-AFU) et de ses engagés dans la démarche auprès de l'ensemble de notre communauté.

En premier lieu, après 18 ans à gérer l'accréditation, Bertrand Pogu va laisser la main. Il a pris cet engagement lorsqu'il était membre du CA de l'AFU et relevé le défi tout au long de ces années. Sa persévérance et son sens du service commun ont été grandement nécessaires pour mener à bien l'immense chantier de l'accréditation au sein de l'urologie, et pour son dialogue constructif avec la HAS.

Catalin Ciuta reprend le flambeau en binôme avec Stéphane Bart. Nous le remercions vivement pour son dévouement. Lors du dernier congrès, son investissement au sein de l'AFU a été récompensé par la médaille Félix Guyon.



Photo François Frichet

### L'accréditation en chiffres

Actuellement, l'OA-A-AFU regroupe 675 urologues dont 575 déjà accrédités (+11 % versus 2024) au 31 décembre 2025. Une majorité est intégrée aux 119 équipes actuelles dont 87 sont accréditées (+14 % versus 2024) en fin d'année 2025. Parmi elles, 1/3 des équipes sont universitaires ou hospitalières et 2/3 sont libérales. Près de 10 000 médecins et chirurgiens sont

Equipe	Référent	Nb	Nom de l'établissement
AFU-01	VAVDIN	3	POLYCLINIQUE MONTRÉAL CARCASSONNE
AFU-02	BART	6	HOPITAL NOVO SITE BEAUMONT-SUR-OISE CENTRE HOSPITALIER RENE DUBOS DE PONTOISE
AFU-03	GAS	4	CL PONT DE CHAUME MONTAUBAN
AFU-04	MICHEL	5	CLINIQUE DES CÈDRES
AFU-05	TOLLON	8	CLINIQUE SAINT-JEAN LANGUEDOC
AFU-06	FRASINESCU	4	CLINIQUE LES LAURIERS ; CLINIQUE NOTRE DAME DE LA MERCI
AFU-07	ROLLIN	10	CHIVA SITE ST-JEAN-DE-VERGES ; CLI ST-EXUPERY - UAD ST-GAUDENS ; CL DES CÈDRES CORNEBARRIEU
AFU-08	POGU	3	CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS EN CHAMPAGNE
AFU-09	CELHAY	6	CLINIQUE TIVOLI-DUCOS ; CLINIQUE SAINTE-ANNE ; NOUVELLE CLINIQUE BORDEAUX TONDU
AFU-11	MALLICK	2	CLINIQUE SAINT MICHEL
AFU-12	MÜLLER	5	HÔPITAL PRIVÉ DU CONFLUENT S.A.S.
AFU-13	PRUNET	5	ETAB. DE SOINS PASTEUR - ROYAN
AFU-14	JACOB	3	CLINIQUE MEDICO- CHIRURGICALE ST-FARON
AFU-15	EVRRARD	5	HÔPITAL PRIVÉ DES PEUPLIERS
AFU-16	BOYER	2	POLYCLINIQUE DES ALPES DU SUD GAP
AFU-17	GIOVANSILI	4	CLINIQUE SAINT-JEAN-DE-DIEU
AFU-18	DALMAS	4	INSTITUT ARNAULT TZANCK
AFU-19	DEFFAR	2	POLYCLINIQUE SAINTE-MARGUERITE AUXERRE
AFU-20	LE GUILCHET	6	CHIC QUIMPER ; CHIC SITE DE CONCARNEAU ; CH DOUARNENEZ
AFU-21	KLAP	5	HOPITAL PRIVE CLAUDE GALIEN
AFU-22	GUILLOT-TANTAY	13	HOPITAL FOCH
AFU-23	GABRIEL	6	HOPITAL EUROPEEN
AFU-24	ROLLAND	6	CL TOULOUSE LAUTREC ALBI
AFU-25	LAROCHE	3	CHITS CH SAINTE-MUSSE ; HIA SAINTE-ANNE
AFU-26	TANNEAU	5	POLYCLINIQUE L'ORMEAU SITE PYRÉNÉES TARBES
AFU-27	ERB	3	CHU/HÔPITAL BEL AIR DE THIONVILLE - CHR
AFU-28	DUSAUD	4	HIA BEGIN
AFU-29	GOUJON	10	CHU/HU SAINT-LOUIS SITE LARIBOISIÈRE AP-HP
AFU-31	TARIEL	7	CHP SAINT-GREGOIRE ; HÔPITAL PRIVÉ DE LA BAIE
AFU-32	CULTY	19	CHU/CHR ANGERS SITE LARREY ; CH HAUT ANJOU SITE CHATEAU GONTIER
AFU-33	BRICHART	3	CHU/CHR ORLÉANS - HÔPITAL DE LA SOURCE
AFU-34	BARON	5	PÔLE SANTÉ LÉONARD DE VINCI
AFU-35	THOMAS	5	CLINIQUE CONTI ; CLINIQUE CLAUDE BERNARD
AFU-36	MALLET	5	POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE
AFU-37	CHARBIT	6	HÔPITAL PRIVÉ PAUL D'ÉGINE ; HÔPITAL PRIVÉ ARMAND BRILLARD
AFU-38	VERGNOLLES	7	CLINIQUE BELHARRA
AFU-39	LOPATER	4	CLINIQUE MARCEL SEMBAT CCB
AFU-40	GAUTIER	3	HÔPITAL LOUIS PASTEUR
AFU-41	ANDRÉ	2	CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE
AFU-42	TAHAN	4	POLYCLINIQUE DU PARC - CAEN
AFU-43	MULLER	6	POLYCLINIQUE DU PARC

Tableau 1a - Liste des équipes accréditées au 31/12/2025 (équipes AFU-01 à AFU-43).

engagés dans cette procédure, répartis dans les 16 Organismes d'Accréditation actifs (Rapport d'activité 2024 des organismes agréés).



Dans notre discipline, la dynamique de groupe se poursuit donc, favorisant la création en équipe. Les équipes pluridisciplinaires se développent (alliant différentes spécialités ayant accès à l'accréditation telles que les équipes anesthésistes et chirurgiens). La proposition d'équipes pluri-professionnelles nous paraît l'évolution essentielle de notre démarche, valorisant, de cette manière, l'ensemble des professionnel(le)s qui participent et coordonnent nos activités des autres disciplines médicales (hors procédure d'accréditation) et paramédicales, dans nos structures de soins.

À titre d'exemple, sur Pontoise, nous avons associé 31 professionnel(le)s, parmi lesquels nos collègues rééducateurs, neurologues, néphrologues, infectiologues, douleurs et soins palliatifs, ainsi que les cadres IDE, les IDE, aides-soignantes et AMA.

L'OA-A-AFU reste l'un des premiers OA en nombre d'équipes.

	2023	2024	2025	Engagés
Equipes	68	76	87	22
Urologues	436	519	575	116

Tableau récapitulatif des équipes et médecins accrédités

### Focus sur les EIAS

La base de déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS) de la HAS est la plus fournie avec 186 426 EIAS déclarés depuis sa création, dont 10 165 en urologie. Des événements graves (EIG) sont également accessibles : on note 188 EIG avec un niveau de gravité « grave à critique » en urologie et 6 916, toutes spécialités confondues, en 2025. Pour cette même année, on retrouve dans la base 188 EIG avec un niveau de gravité « catastrophique », 6 916 toutes spécialités confondues.

La qualité des EIAS et le ReTex dépend de la précision de vos déclarations et des évaluations de vos experts. Les revues de morbi-mortalité sont également importantes afin de nous donner les solutions les plus utiles à diffuser dans nos travaux de solution sécurité patient et/ou de fiche sécurité patient.

Equipe	Référent	Nb	Nom de l'établissement
AFU-44	SIMON	7	CLINIQUE MUTUALISTE PORTE DE L'ORIENT
AFU-45	AUDIGÉ	15	CHU/HU PITIÉ SALPÊTRIÈRE AP-HP
AFU-48	PEDRON	3	HÔPITAL PRIVÉ DU VERT GALANT
AFU-49	DONNAINT	3	CENTRE HOSPITALIER DE NIORT
AFU-50	COMBES	5	HÔP. PRIVÉ TOULON HYÈRES STE-MARGUERITE ; POLYCLINIQUE LES FLEURS ; HÔPITAL PRIVÉ TOULON HYÈRES SAINT-JEAN
AFU-52	VALLÉE	7	CHU LA MILETRIE
AFU-55	LEVEAU	5	CLINIQUE ST-CHARLES ; CLINIQUE CHIRURGICALE PORTE OCÉANE
AFU-56	TAMARELLE	3	CLINIQUE MATHILDE
AFU-57	HUGUES	5	CH DE SAINTONGE - SAINTES
AFU-59	BALLEREAU	8	HÔPITAL PRIVÉ LA LOUVIÈRE
AFU-60	FRAISSE	4	CLINIQUE ESQUIROL-SAINT-HILAIRE ; CH DE MARMANDE - CHIC
AFU-61	STOICA	2	CHICAM - SITE ALENCON
AFU-64	ABID	7	HOPITAL EDOUARD HERRIOT - HCL
AFU-65	GAUCHER	4	POLYCLINIQUE DE GENTILLY
AFU-66	BENNIS	4	CLINIQUE ST-JEAN-L'HERMITAGE
AFU-67	LE GOUX	4	CLINIQUE SAINT-LOUIS
AFU-68	DARCQ	10	CAPIO CLINIQUE SAINT-VINCENT BESANCON ; POLYCLINIQUE DE FRANCHE-COMTÉ ; CLINIQUE ST-MARTIN
AFU-70	BERTHELOT	4	HÔPITAL PRIVÉ DES CÔTES D'ARMOR
AFU-71	DUPITOUT	8	NOUVELLE CLINIQUE BELAIR
AFU-72	FIARD	9	HOPITAL NORD - CHU38
AFU-73	CHELLY	2	CLINIQUE SAINT-JOSEPH
AFU-74	LE CLERC	3	SANTÉ ATLANTIQUE
AFU-75	MANDRON	4	CLINIQUE DU PRÉ
AFU-76	HADDAD	4	CHP SAINTE-MARIE OSNY
AFU-77	MANEL	8	HÔPITAL PRIVÉ SAINTE-MARIE
AFU-78	HUREL	6	CHU/HU PARIS OUEST SITE GEORGES POMPIDOU AP-HP
AFU-80	GERBAUD	8	CLINIQUE UROLOGIQUE NANTES ATLANTIS
AFU-81	PELEGRIN	6	CHU/HU HENRI MONDOR AP-HP
AFU-82	DEFEMMES	8	GH PARIS SITE SAINT-JOSEPH
AFU-83	ABD EL FATTAH	4	CLINIQUE SAINT-JEAN SUD DE FRANCE
AFU-85	ROUVELLAT-TERRADE	4	CLINIQUE DE L'UNION SAINT-JEAN
AFU-87	BILLAUT	6	CH PAU ; POLYCLINIQUE PAU PYRÉNÉES SITE NAVARRE
AFU-88	BERGERAT	2	CLINIQUE RHENA GCS ES
AFU-89	FERRE	2	CH JOSEPH IMBERT D'ARLES ; GCS CLINIQUE JEANNE D'ARC
AFU-90	VILLENA	7	POLYCLINIQUE DE COURLANCY ; POLYCLINIQUE SAINT-ANDRÉ
AFU-91	PANTHIER	8	GHU AP-HP SUN SITE TENON
AFU-92	LO VERDE	5	CLINIQUE DU CAP D'OR ; POLYCLINIQUE LES FLEURS
AFU-93	BARBET	5	CENTRE MCO CÔTE D'OPALE
AFU-95	DI CROCCO	3	CH DE MARTIGUES HÔPITAL DES RAYETTES
AFU-97	GRIMA	4	HÔPITAL PRIVÉ FRANCISCAINES
AFU-98	BLANCHON DE FOURMESTRAUX	5	CLINIQUE LES ORMEAUX
AFU-100	MOLLARD	9	CHU DE POINTE-À-PITRE LES ABYMES
AFU-101	FORTIER	3	CLINIQUE RHONE DURANCE
AFU-102	MALVAL	3	CLINIQUE MEGIVAL ; CLINIQUE SAINT-HILAIRE
AFU-103	PELETTE	3	CHU DUPUYTREN LIMOGES
AFU-104	BOUTEMY	4	HÔPITAL PRIVÉ ARRAS LES BONNETTES ; HÔPITAL PRIVÉ DE BOIS BERNARD

Tableau 1b - Liste des équipes accréditées au 31/12/2025 (équipes AFU-44 à AFU-104).

Plusieurs évènements ciblés sont particulièrement surveillés :

- Situation tunnelisante (102) ;
- Défaillance dans la prise en charge d'une urgence chirurgicale (26) ;
- Défaillance de communication avec le patient (21) ;
- Incidents liés à l'informatisation des données médicales (74) ;
- Incidents liés à l'utilisation de l'électrochirurgie (67) ;
- Incidents liés à l'utilisation de systèmes robotisés au bloc opératoire (65) ;
- Incidents liés à l'utilisation des énergies lasers (134) ;
- Incidents liés aux soins dans le cadre de la chirurgie ambulatoire (332) ;
- Incidents liés à l'installation du patient au bloc opératoire (15) ;
- Incidents liés à un conflit relationnel avec un patient et/ou sa famille (0).

### Formations 2026

Une deuxième journée sur la thématique santé au travail a été réalisée à la MUR sur l'optimisation du potentiel avec le Dr Edith Perrault-Pierre le 20 février 2026.

La proposition peut être déclinée sur les structures de soins comme cela a été le cas à la clinique mutualiste de Lorient le 13 janvier ou à l'hôpital de Pontoise le 15 janvier. Elle assure également une journée de cohésion en traitant des problématiques fatigue et stress au travail. Elle propose des outils simples, facilement intégrables dans notre quotidien professionnel et/ou personnel (UROjonction n° 135).



Ces techniques ont été créées dans le monde sportif de haut niveau et militaire en opération extérieure dans les années 1990 et ont été par la suite étendues à la société civile (coaching en entreprise, sapeurs-pompiers, police, santé et éducation). Les places sont limitées à 15 par journée afin de favoriser l'interactivité et l'apprentissage.

La journée URORISQ fête cette année ses 18 ans, en continuant à mettre en valeur les thématiques de gestion des risques, d'évaluation des pratiques professionnelles et de ReTex le 7 mars prochain, journée hybride en présentiel et distanciel.



2<sup>e</sup> journée TOP à la MUR le 20 février 2026

Retrouvez sur AFU académie, en replay, la 17<sup>e</sup> Journée URORISQ par thématique.



Urorisq s'associe avec la SOFRASIMS dont l'actuel président est Louis Sibert, afin de vous proposer au 2<sup>e</sup> semestre une journée de simulation en santé à la MUR, et des ateliers lors de prochains congrès. Les ateliers du CFU 2025 traitent de la nécessité du briefing/débriefing (notamment au bloc opératoire), dont la CLBO est un excellent exemple, et de la conversion en urgence en chirurgie robotique. Les ateliers ont rencontré largement leur public et vont pouvoir se développer.



Retrouvez les webinaires mensuels sur l'ensemble des thématiques gérées par l'OA le mardi de 18h30 à 19h30. N'hésitez pas à nous suggérer les thématiques qui vous intéressent particulièrement.



### Les enquêtes de l'OA et les solutions sécurité patient

Les enquêtes de pratiques, régulièrement envoyées par mailing, réalisent un état des lieux sur nos pratiques et le retour d'expérience de vos déclarations d'EIAS font l'objet de présentation lors de la journée Urorisq et d'une publication dans une revue médicale à comité de lecture.

En 2026, une solution Sécurité Patient (SSP) concernant la check-list personnalisée en urologie sera disponible avant l'été. Elle est en relecture et validation finale au collège de la HAS. Elle fait suite à notre enquête de pratiques 2022 (Les pratiques professionnelles des chirurgiens urologues en France concernant la check-list au bloc opératoire), et le Retex des EIAS de la base HAS.



La base de données pourrait être exploitée dans le cadre de thèse de doctorat sur la thématique de gestion des risques ou par des comités scientifiques.

Nous colligeons également les données des EIAS concernant la chirurgie robotique. N'hésitez pas à déclarer ceux-ci en priorité. Nous souhaitons vous solliciter avec une enquête de pratiques sur ce sujet et proposer un groupe de travail multi-professionnel sur l'environnement robotique en chirurgie urologique.

Actuellement, cette chirurgie est pratiquée et enseignée dans l'ensemble des centres universitaires et dans près de 280 centres chirurgicaux en France. Certains centres sont déjà équipés de 2 robots dans le cadre d'activités multi-disciplinaires. Les formations sont essentiellement gérées par les constructeurs. Certaines universités proposent des formations telles que l'université de Lorraine et Sorbonne université. En France, La chirurgie urologique représente 50 % des chirurgies robotiques.

L'objectif de cette SSP : les spécificités liées à l'environnement robotique en termes de formation, simulation, communication, installation, ergonomie entre les acteurs du bloc opératoire, ainsi que la permanence des soins compte tenu de la diminution des DMS, voire les prises en charge ambulatoires de chirurgie carcinologique complexe. Un sujet extrêmement intéressant dans nos pratiques au quotidien.

Enfin, nous participons à un nouveau travail multidisciplinaire entre les OAs, proposé par le collège d'anesthésie-réanimation sur la gestion des anticoagulants en péri-opératoire qui représente plus de 10 % des EIAS déclarés dans notre Base REX HAS.

### Les fiches sécurité patient

Les flashs sécurité patient (FSP) sont des publications courtes qui décrivent plusieurs EIAS sélectionnés selon leur intérêt pédagogique et leur qualité d'analyse. Ces événements peuvent provenir des bases de retour d'expérience de la HAS. Plusieurs d'entre elles intéressent particulièrement les urologues telles que « *Effet tunnel en santé. L'appel à un ami peut sauver des vies* », « *Gestion périopératoire des anticoagulants. Patients-aidants-soignants : coagulez-vous !* », « *Oubli de matériel chirurgical et infections associées aux soins. Les bons comptes font les bons soins* », « *Sécurité au bloc opératoire. Un petit check vaut mieux qu'un grand choc !* ».



La dernière publication de FSP est celle de la reprogrammation au bloc opératoire : « *Reprogrammation au bloc opératoire. Reporter sans jamais improviser* ».



Les thèmes concernant la santé au travail sont également abordés, tel que la gestion de la fatigue au travail : « *Fatigue des professionnels de santé. Préserver les soignants pour mieux soigner les patients* ».



Une première FSP en urologie sur les instillations endovésicales de BCG devrait sortir en avril. Dans ce sens, nous proposons aux comités scientifiques de l'AFU de remonter des sujets dans leur champ d'expérience.

Stéphane BART, Cynthia MABOU

## Urgent : nous recherchons de nouveaux experts !

L'Organisme d'Accréditation de l'AFU compte de plus en plus d'adeptes engagés dans la gestion des risques. Conséquence de ce succès grandissant, l'OA est à la recherche de nouveaux experts pour accompagner ses engagés. Si vous êtes membre de l'AFU ou du SNCUF, cet appel à candidature pourrait vous intéresser.

L'OA-accréditation-AFU bénéficie actuellement de la collaboration d'une vingtaine d'experts. Mais les engagements dans la démarche d'accréditation, croissant de façon exponentielle, le recrutement de nouveaux experts devient une nécessité. Nous remercions tous nos experts engagés dans ce travail auprès de leurs collègues depuis de nombreuses années.



### Appel à candidature

Les experts sont essentiels au bon fonctionnement de l'OA. D'où cet appel à candidature auprès des urologues engagés dans la démarche. Une fois sélectionné sur des critères de professionnalisme, d'aptitude à communiquer et de connaissances de la gestion des risques, l'expert accompagne un groupe d'urologues engagés en individuel ou en équipe dans leur processus d'accréditation. Il peut également participer aux différents travaux de l'OA (Journée Urorisq, TOP, simulation en santé, enquête de pratiques, publications, Solution sécurité patient, etc.).

### Le profil de l'expert

L'expert doit posséder une expérience professionnelle en urologie, être en activité depuis au moins 5 ans ou avoir cessé son activité depuis moins de 3 ans. Il n'est pas retenu de seuil d'activité chirurgicale ou clinique pour pouvoir postuler à une désignation comme expert OA-Accréditation-AFU. Il est nécessaire de disposer d'une bonne connaissance des établissements de santé ainsi que de compétences analytiques et d'une expérience en gestion des risques. Tous les modes d'exercice ainsi que tous les types d'établissements sont représentés au sein du groupe d'experts de l'AFU.

### Les missions de l'expert

L'expert, obligatoirement issu de la même spécialité que les médecins qu'il expertise et exerçant si possible selon le même mode, les soutient dans leur démarche d'accréditation. Il est lui-même accrédité ou inscrit dans la démarche, mais ne peut intervenir ni sur son propre dossier d'accréditation, ni sur celui des médecins exerçant dans son établissement ou sa région. Son rôle consiste à aider les engagés dans le recueil et l'analyse des causes des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Il contribue à l'identification des risques et propose des enseignements et des recommandations destinés à les réduire. Enfin, l'expert accompagne les médecins dans la mise en œuvre des recommandations.

### Une formation adaptée

Chaque année, la Haute Autorité de Santé organise plusieurs journées de formation à destination des nouveaux experts de l'ensemble des organismes d'accréditation. Les sessions qui se déroulent sur deux journées dans les locaux de la HAS, permettent aux experts de se familiariser avec le dispositif d'accréditation des médecins et les méthodes de gestion des risques. Chaque candidat à l'expertise s'engage à communiquer sa déclaration de conflit d'intérêt, à respecter la confidentialité des données traitées, à collaborer à l'évaluation de l'OA-accréditation-AFU et à contribuer à l'actualisation du référentiel risques en urologie. La participation à la Commission Risques en Urologie ou à la Commission Risques Inter-spécialités de la HAS est également possible.

Une compensation financière est proposée aux urologues qui assurent le rôle d'expert de l'OA-accréditation-AFU.

Si l'expertise au sein de l'OA-AFU vous intéresse, contactez-nous à l'adresse : [c.mabou@afu.fr](mailto:c.mabou@afu.fr)

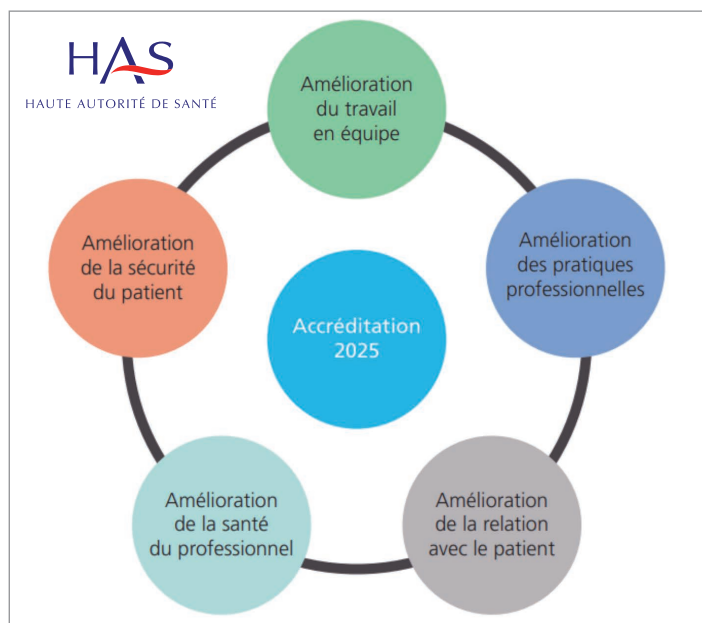
Stéphane BART, Cynthia MABOU



Philippe CABARROT

# Pourquoi s'engager dans le nouveau programme d'accréditation des équipes médicales

De l'accréditation, encore de l'accréditation, toujours de l'accréditation !



## 1. Structurer et valoriser votre dynamique qualité et sécurité

« Ce que vous faites déjà au quotidien constitue le cœur de l'accréditation. »

Le nouveau programme d'accréditation ne rajoute pas une couche administrative. Il valorise les pratiques réelles en routine : protocoles, check-list, briefings, staff, RCP, RMM, indicateurs de suivi, coordination autour du patient... Il transforme ce qui est déjà fait en démarche reconnue et, le cas échéant, vous aide à structurer cette démarche.

## 2. Un impact direct sur le travail en équipe et aussi sur la qualité de vie au travail

« L'accréditation contribue à redonner du sens au travail en équipe et aux soins. »

Clarifier les organisations, protocoliser les activités, prendre les décisions en concertation, évaluer l'activité, réduire les tensions évitables : l'accréditation améliore à la fois la sécurité des soins et le climat d'équipe.

## 3. La sécurité est collective, pas individuelle

« En matière de sécurité, le retour d'expérience fait la différence. »

L'accréditation permet d'analyser en profondeur et de manière médicale, les événements indésirables et la gestion des situations complexes, en conditions réelles. Leur déclaration permet également à l'AFU et à la HAS d'en tirer des enseignements nationaux (telle que la solution pour la sécurité des patients « Energies laser en urologie »).

## 4. Des compétences essentielles enfin prises en compte

« Au-delà du maintien des compétences techniques, l'accréditation permet aussi l'apprentissage de compétences non techniques jamais enseignées sur les bancs de la faculté. »

L'accréditation porte l'apprentissage de compétences non techniques, déterminantes pour la sécurité, telles le leadership partagé, l'amélioration de la communication, la collaboration interdisciplinaire, la coopération interprofessionnelle, la gestion du stress...

## 5. Une reconnaissance et aussi une protection

« L'accréditation constitue un véritable label professionnel. »

L'accréditation, c'est aussi une reconnaissance par les pairs, une crédibilité auprès des patients, un signal fort envoyé aux tutelles et à la gouvernance.

Dans un contexte de judiciarisation croissante, montrer que l'équipe est organisée, que les pratiques sont évaluées et améliorées, que les risques sont identifiés et analysés, ce n'est pas du luxe, c'est une ligne de défense professionnelle.

## 6. Une démarche qui simplifie

« L'accréditation, une baguette magique administrative. »

L'accréditation permet de réaliser, dans une démarche cohérente et lisible, les obligations administratives : DPC, contribution à la certification périodique des professionnels et à la certification des établissements, sans effort autre que celui d'essayer d'améliorer la qualité de ses pratiques.

## 7. Une vision tournée vers l'avenir

« Un mode de travail concerté, protocolisé, évalué... pour les générations actuelles et futures. »

C'est la réponse professionnelle aux demandes explicites et légitimes des institutionnels et des patients, pour une amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques.

C'est aussi un investissement durable pour les équipes, l'attractivité des services ainsi que pour la formation des jeunes médecins, pour qui cette culture qualité-sécurité doit faire partie intégrante de leur manière de travailler.

## En résumé

Vous agissez chaque jour pour offrir le meilleur à vos patients. L'accréditation vous aide à mieux le faire ensemble, et à valoriser votre engagement.

L'accréditation n'est pas une fin en soi, c'est un outil évolutif, pensé pour s'adapter aux réalités du terrain et aux défis futurs.

Ph. CABARROT, M. CONIEL, S. PEDROSA, L. MAY-MICHELANGELI  
HAS - Service EvOQQS



Julien  
DEFONTAINES

## Società Italiana di Urologia

### JD - Tell us about your association

UF - The Società Italiana di Urologia (SIU) is the national scientific society for urology in Italy. Founded in 1908 (and re-established in 1921), it is one of the oldest medical associations in the country and today comprises over 3,000 members including practicing urologists, researchers, and trainees. SIU plays a leading role in representing the specialty at both national and international levels.

SIU supports its members with continuous education, scientific publications, clinical guidelines (including authorized translations of European Association of Urology guidelines), and platforms for professional collaboration.

The association also has a dedicated non-profit arm, the Fondazione SIU Urologia Onlus, aimed at promoting research, education, and cultural initiatives in urology.

### What is the goal of your association?

The core goal of SIU is to promote excellence in urology in Italy through:

- Scientific research to expand knowledge and improve clinical care.
- Education and training, including courses, congresses, and ECM accredited activities for members and trainees.
- Dissemination of evidence and guidelines to support best practices among clinicians.
- Information and support for patients, including awareness campaigns and tools like SIU Risponde – a free specialist urology consultation service.
- Representation of the urology specialty in institutional, regulatory, and public health contexts.

A major institutional priority of SIU is the formal request for the inclusion of organized prostate cancer screening within the Italian Essential Levels of Care (LEA). The Society considers structured, risk-adapted screening a public health priority, based on robust scientific evidence demonstrating a reduction in prostate cancer-specific mortality and metastatic disease. SIU advocates for modern screening pathways integrating PSA testing, multiparametric MRI, and targeted biopsies in order to improve diagnostic appropriateness while minimizing overdiagnosis and overtreatment.

Overall, SIU strives to enhance both professional standards and patient outcomes across the spectrum of urological disease.

### What are your current and future projects?

SIU's key ongoing and upcoming initiatives include:

#### Current Projects

- The annual SIU National Congress – an important scientific meeting that brings together Italian and international experts across all urology subspecialties (the 98<sup>th</sup> and 99<sup>th</sup> editions are scheduled for 2025 and 2026 respectively).
- Continuous education and training programs, delivered both in-person and online with CME credits.
- Public health campaigns and patient education efforts (e.g., awareness on male urological health).
- Development and dissemination of clinical practice guidelines in collaboration with European bodies.

#### Future Projects & Initiatives

- Expansion of research networks and support for multicenter clinical studies via the SIU Research Network.
- Enhanced digital platforms for member engagement, including richer multimedia resources and access to evidence databases.
- Growth of international collaboration through joint sessions and partnerships with other urological societies, reflecting SIU's global footprint.
- Continued institutional advocacy aimed at integrating organized prostate cancer screening into national healthcare policy and the LEA framework.

### How do you see the future of your association? How do you see the future of urological practice in Italy?

Looking forward, SIU aims to strengthen its role as a hub of scientific excellence, professional growth, and clinical innovation.

- Digital transformation will play a growing role, with enhanced online education, virtual congress components, and digital clinical support tools.
- Interdisciplinary integration – Urologists will increasingly collaborate with oncologists, radiologists, geneticists, and other specialists, reflecting the complexity of modern urological care.
- Research leadership – Italian urologists are likely to contribute more to international trials, translational research, and evidence-based practice, supported by SIU's research networks.



Ugo FALAGARIO

Urologist, Karolinska Institutet,  
Department of Urology and Organ  
Transplantation, University of Foggia,  
Foggia, Italy

**SIU** Società Italiana  
di Urologia  
dal 1908

- Public awareness and prevention – With campaigns and services like SIU Risponde, there is a shift toward earlier detection, prevention, and patient empowerment in urological health.

In sum, the future foresees SIU as a driver of innovation, quality care, strong professional identity, and proactive public health engagement for Italian urologists.

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

Italian urologists are distinguished by several characteristics fostered and reflected through SIU's mission:

- Strong scientific engagement and tradition – Italy has a long history of urology research and clinical scholarship, with SIU providing a platform for scientific exchange.
- Commitment to continuous education, benefiting from comprehensive training programs and rich congress agendas that cover cutting-edge topics and best practices.
- Patient-centered care ethos – Exemplified by services like SIU Risponde and public health campaigns aiming to reduce stigma and increase patient awareness.
- Collaborative and multidisciplinary approach – Italian urologists often work in integrated teams that bridge surgery, oncology, radiology, and rehabilitation.
- International outlook – Through active participation in global scientific forums and collaborations, Italian urologists maintain a strong presence on the world stage.

Ugo FALAGARIO

Propos recueillis par Julien DEFONTAINES



Julien  
DEFONTAINES

## Dominique-Jean Larrey (1766-1842), pionnier de la chirurgie militaire moderne

**D**ominique-Jean Larrey occupe une place majeure dans l'histoire de la chirurgie militaire et de la médecine d'urgence. Chirurgien des armées révolutionnaires puis impériales, il incarne l'innovation technique, l'organisation sanitaire moderne et une conception profondément humaniste du soin en temps de guerre. Son œuvre a profondément transformé la prise en charge des blessés sur les champs de bataille et a posé les bases de la médecine d'urgence contemporaine.

### Formation et débuts

Né en 1766 dans les Hautes-Pyrénées, Larrey grandit dans un milieu modeste. Orphelin de père très jeune, il est orienté vers les études par son entourage et rejoint son oncle, chirurgien à Toulouse. Il y reçoit une formation rigoureuse, fondée sur la dissection anatomique et l'observation clinique. Élève brillant, il soutient une thèse remarquée et acquiert rapidement une solide réputation de travailleur acharné et méthodique.

Il poursuit ensuite sa formation à Paris auprès des grands maîtres de la chirurgie de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle tels Joseph Desault à l'Hôtel Dieu ou Sabatier aux Invalides. Il s'engage brièvement dans la marine où il découvre les contraintes spécifiques de la chirurgie navale, notamment les problématiques d'hygiène et d'organisation des soins en milieu confiné. Ces premières expé-

riences structurent sa réflexion sur la logistique médicale, qui deviendra centrale dans sa carrière militaire.

### La Révolution et la naissance d'un concept novateur

La Révolution française ouvre à Larrey les portes d'une carrière militaire. En 1792, il est affecté à l'armée du Rhin. Il y découvre

une organisation sanitaire archaïque : les blessés ne sont relevés qu'après la bataille, parfois plusieurs heures ou jours plus tard, et les soins sont administrés loin du front. Cette pratique entraîne une mortalité considérable.

Face à cette situation, Larrey conçoit un système révolutionnaire : les « ambulances volantes ». Il s'agit d'unités mobiles légères, capables de se déplacer rapidement sur le champ de bataille pour secourir immédiatement les blessés. Ces ambulances sont dotées de personnel formé, de matériel chirurgical et de moyens de transport adaptés. L'objectif est double : réduire le délai de prise en charge et éviter l'aggravation des lésions par des attentes prolongées.

Cette innovation marque une rupture majeure. Pour la première fois, la médecine s'organise en fonction de la dynamique du combat. Le soin devient intégré à la manœuvre militaire. Le principe d'intervention précoce, aujourd'hui central en traumatologie, trouve ici une de ses premières applications systématiques.

### Chirurgien des campagnes napoléoniennes

Sous le Consulat puis l'Empire, Larrey accompagne les armées dans la plupart des grandes campagnes : Italie, Égypte, Allemagne, Espagne, Russie. Il exerce dans des conditions extrêmes : froid intense, chaleur accablante, pénurie de matériel, afflux massif de blessés.



Figure 1 - Portrait de Dominique-Jean Larrey peint par sa belle-sœur, Marie-Guillemine Benoist, 1804. Toulouse, Musée des Augustins.



Figure 2 - Ambulance volante du Baron Larrey. Gravure, 1807.



Figure 3 - Larrey opérant sur le champ de bataille. Tableau de Charles Louis Müller, 1850, Académie nationale de médecine.

Son activité opératoire est considérable. Il pratique de nombreuses amputations, souvent dans l'urgence, et perfectionne les techniques afin de réduire le temps opératoire et la souffrance du patient. Il insiste sur la rapidité, la précision et la rigueur technique. Son expérience accumulée lui permet d'améliorer les indications et le pronostic des interventions, notamment en traumatologie des membres. Lors de la bataille d'Eylau en 1807, il pratique huit cents opérations en trois jours dont une bonne partie d'amputations. La technique restée associée à son nom est une amputation circulaire rapide avec section franche à la lame, rétraction cutanée et musculaire, puis section osseuse nette à la scie. Une amputation dure alors moins de 2 min et se fait bien sûr sans anesthésie.

A la suite de ces campagnes, Napoléon 1<sup>er</sup> lui offre son épée et le nomme Commandeur de la Légion d'Honneur avant de le faire baron en 1809.

Mais Larrey ne se contente pas d'opérer ; il organise. Il structure les services de santé, améliore la répartition des équipes, met en place des circuits de tri et de transport des blessés. Il applique un principe qui préfigure le triage moderne : traiter en priorité les blessés les plus graves mais susceptibles d'être sauvés. Cette hiérarchisation des urgences constitue une avancée décisive dans la gestion des catastrophes.

### Une éthique humanitaire remarquable

Au-delà de ses innovations techniques, Larrey se distingue également par son attitude éthique. Il soigne indistinctement les soldats français et ennemis, sans considération de grade ou d'origine. Dans un contexte de guerres violentes, cette neutralité constitue un positionnement exceptionnel. Sa réputation et sa renommée sont

connues dans les armées adverses. Lors de la bataille de Waterloo, le général anglais Wellington fait interrompre le tir de ses batteries quand il l'aperçoit penché sur les blessés et dit : « Je salue l'honneur et la loyauté qui passent ! ». Ou quand le général prussien Blücher le relâche à la fin de la bataille (il a été capturé et menacé d'être exécuté car confondu avec Napoléon) car il reconnaît le chirurgien qui a soigné et sauvé son fils.

Il refuse les privilèges pour les officiers si leur état ne le justifie pas médicalement. Son seul critère est la gravité des blessures. Cette pratique introduit une forme d'égalité devant le soin qui anticipe les principes humanitaires du XIX<sup>e</sup> siècle.

Sa réputation dépasse les frontières. Même les adversaires reconnaissent son courage et son intégrité. Il intervient souvent sous le feu, exposant sa propre vie pour secourir les blessés. Cette présence constante au plus près du combat lui vaut le respect des troupes et des chefs militaires.

### Un organisateur et un enseignant

Après la chute de l'Empire, Larrey connaît une période de mise à l'écart. Toutefois, ses compétences sont rapidement reconnues et il retrouve des responsabilités hospitalières. Il participe à l'enseignement de la chirurgie et transmet son expérience aux générations suivantes.

Ses écrits, fondés sur l'observation rigoureuse des blessures de guerre, constituent une source précieuse pour la chirurgie traumatologique. Il y décrit les mécanismes lésionnels, les indications opératoires et les résultats obtenus. Son approche est pragmatique : elle repose sur l'expérience du terrain, l'analyse critique et l'amélioration continue des pratiques.

Il contribue également à la réflexion sur l'hygiène, la prévention des infections et l'organisation des hôpitaux militaires. À une époque où les connaissances bactériologiques sont inexistantes, il perçoit déjà l'importance des conditions sanitaires dans le pronostic des blessés.

### Héritage et modernité de sa pensée

L'apport de Larrey peut être résumé en trois dimensions majeures :

- **L'organisation** : création d'unités mobiles de secours, structuration du transport des blessés, mise en place d'un triage rationnel.
- **La technique** : perfectionnement de la chirurgie d'amputation et amélioration des pratiques opératoires en contexte de guerre.
- **L'éthique** : priorité donnée à la gravité médicale, neutralité envers l'ennemi, égalité devant le soin.

Son système d'ambulances préfigure les services de secours modernes. Le principe d'intervention précoce, la médicalisation du transport et le triage des blessés constituent aujourd'hui des piliers de la médecine d'urgence et de la traumatologie.

Larrey apparaît ainsi comme l'un des premiers chirurgiens à avoir intégré pleinement la dimension logistique et stratégique du soin en situation de crise. Il comprend que la qualité des résultats ne dépend pas seulement du geste technique, mais aussi de l'organisation globale du dispositif sanitaire.

### Conclusion

Dominique-Jean Larrey demeure une figure centrale de la chirurgie militaire. Par son audace, son sens de l'organisation et son humanisme, il a transformé la prise en charge des blessés de guerre. Son œuvre ne se limite pas à des innovations techniques ; elle traduit une vision moderne du soin, fondée sur la rapidité d'intervention, la rationalité du triage et l'égalité des patients.

À travers son action sur les champs de bataille européens, il a posé les bases d'une médecine d'urgence structurée, intégrée et efficace. Son héritage se retrouve aujourd'hui dans l'organisation des secours militaires et civils, ainsi que dans les principes éthiques qui régissent la prise en charge des victimes en situation de conflit ou de catastrophe.

Son parcours illustre la capacité de la chirurgie à évoluer sous la contrainte, mais aussi à affirmer des valeurs humanitaires durables.

Julien DEFONTAINES

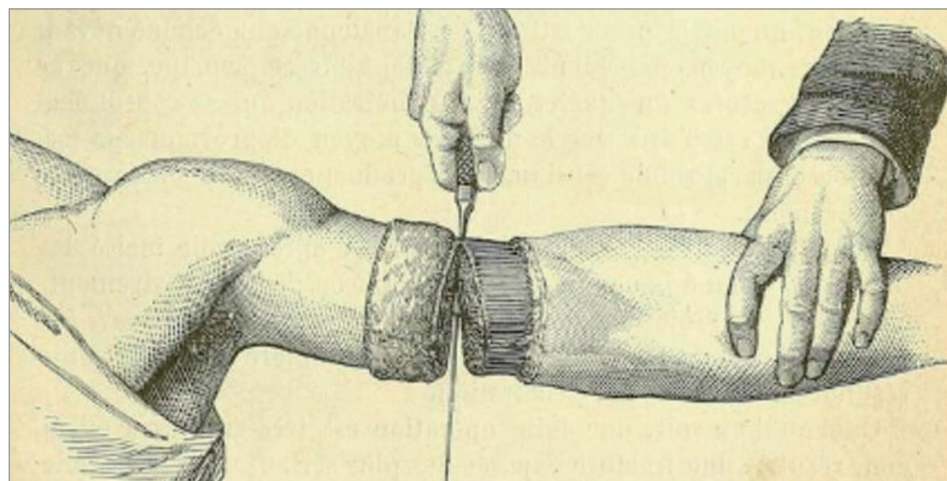


Figure 4 - Amputation circulaire du bras. Académie de médecine.



Jérôme  
GAS



Fanny  
PARET

## Opération Bruxelles : vraie victoire ou coup d'épée dans l'eau ?

**D**u 11 au 14 janvier derniers, 1 500 Praticiens de bloc opératoire se sont exilés à Bruxelles pour protester contre la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)

De nombreux articles avaient été retirés du projet de loi avant la grève et cette manifestation (taxation des honoraires, amende sur le dossier médical partagé, machine arrière du gouvernement sur la rentabilité des actes, etc.).

Deux mois plus tard, trois questions se posent :

- Était-ce nécessaire de maintenir l'arrêt total d'activité malgré les avancées parlementaires ?
- Peut-on considérer que l'opération Bruxelles a été un succès ?
- La mobilisation a-t-elle fait avancer notre cause ?

### Était-ce nécessaire de maintenir la grève malgré les avancées parlementaires ?

Oui, certes il y a eu de nombreuses avancées mais n'oublions pas qu'en politique la mécanique est bien huilée : Le terrain pour le projet de loi de financement avait été préparé dès le début de l'année 2025 avec la demande de François Bayrou, alors Premier ministre, d'un rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) sur les compléments d'honoraires.

Lorsqu'il y a un objectif, le législateur rajoute de nombreux éléments superficiels (et souvent scandaleux) pour justifier les concessions et maintenir son objectif final.

La taxation spécifique sur les honoraires ainsi que l'amende sur le dossier médical partagé ont disparu assez rapidement, comme la rentabilité des actes.

Mais il persistait de nombreux points peu acceptables :

- l'encadrement de la prescription des arrêts de travail ;

- la fixation unilatérale par la caisse du tarif des actes en cas d'échec des négociations ;
- l'arrêt du remboursement des prescriptions des médecins secteur III, empêchant ainsi tout déconventionnement.

En résumé, l'objectif du législateur était d'enfermer les médecins libéraux dans la convention avec la sécurité sociale, tout en dictant comment nous devons soigner nos patients, c'est clairement le but de l'Optam-CO.

### Peut-on considérer que cette grève a été un succès ?

Oui, l'unité des médecins libéraux (et même des médecins en général) n'a jamais été une évidence. Mais lors de cette manifestation, 15 000 médecins libéraux (d'après les syndicats) se sont déclarés grévistes paralysant ainsi de nombreuses lignes d'astreinte et saturant par endroits les urgences, cela a montré aux pouvoirs publics l'importance du secteur libéral dans le maillage de santé du territoire, même si nous ne devons pas nous réjouir de situations comme à Toulouse où toutes les maternités privées se sont arrêtées entraînant une saturation totale de la maternité du CHU ayant contraint d'annuler des chirurgies programmées pour permettre d'accueillir les nouveau-nés.

La manifestation du 10 janvier à Paris a également été un succès rassemblant entre 10 000 et 20 000 médecins.

Ce sont également plus de 2 000 médecins qui se sont symboliquement exilés pour l'opération Bruxelles avec des conférences sur les solutions alternatives pour notre système de santé, des rencontres entre professionnels du bloc, etc.

Le but de cette mobilisation était de renouer le contact avec le gouvernement, ce qui a permis une rencontre entre les représentants syndicaux et la ministre de la Santé les jours suivants l'opération Bruxelles.

### Cette mobilisation a-t-elle fait avancer notre cause ?

Oui, la rencontre entre les syndicats et la ministre a permis de nouvelles avancées :

- la relance des discussions autour des protocoles d'imagerie ;
- suppression des baisses unilatérales des tarifs ;
- suppression de l'encadrement de prescription des arrêts de travail.

Le déremboursement des prescriptions des secteurs 3, les parcours préventifs d'ALD à réaliser au tarif opposable et l'encadrement du secteur privé hospitalier ont cependant été maintenus et feront l'objet de prochains combats.

Dix contre-propositions ont également été émises par le syndicat (le bloc qui rassemble chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens) afin de proposer un nouveau mode de financement des soins pour les spécialités du bloc opératoire, respectueux de nos engagements solidaires et de la préoccupation des patients sur le reste à charge.

### En résumé

Oui, cette mobilisation a clairement été un succès. Elle a permis de montrer que lorsqu'elle était menacée, la médecine libérale était capable de s'unir et de se mobiliser.

Certes, dans un bras de fer politique il n'y a jamais 100 % de réussite mais beaucoup de concessions n'ont pu avoir lieu que grâce à notre mobilisation, montrant aux pouvoirs politiques que la médecine libérale était un pilier du système de santé de notre pays et que le législateur ne pouvait pas se comporter envers les libéraux comme il l'a fait lors du PLFSS.

Nous tenons avec le syndicat des urologues à vous féliciter et vous remercier pour votre engagement.

### En synthèse, ce qui a été retiré

- Taxe sur les dépassements d'honoraires.
- L'encadrement de la prescription des arrêts de travail.
- La fixation unilatérale par la caisse du tarif des actes en cas d'échec des négociations.
- L'amende en cas de non-alimentation du dossier médical partagé.
- Les baisses tarifaires unilatérales selon la rentabilité des actes.

### Ce qui a été maintenu

- Les parcours préventifs au tarif ALD opposable.
- Le déremboursement des prescriptions secteur 3.
- La facturation des coûts réels des moyens humains mis à disposition dans le secteur privé des praticiens hospitaliers.

### Les 10 propositions des syndicats

#### 1 Remplacer le terme « dépassement d'honoraires » par celui de « complément d'honoraires ».

Le terme « dépassement » évoque une notion d'excès, d'interdit, voire de fraude, stigmatisant le médecin, et engendrant suspicion et incompréhension pour le patient.

#### 2 Reconnaître la spécificité des compléments d'honoraires des actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique du fait :

- du risque médical et médico-légal élevé ;
- de la haute technicité ;
- de la responsabilité pleine et entière des praticiens ;
- de la pénibilité de la continuité et de la permanence des soins ;
- du caractère non répétitif et non déléguable des actes ;
- du niveau et de l'évolution des charges professionnelles ;
- de l'innovation technologique non financée.

#### 3 Avant toute autre chose, revaloriser les tarifs opposables de remboursement sécurité sociale des actes opératoires.

Quand le tarif opposable est au bon niveau, le taux de complément d'honoraires est très faible. La réforme de la CCAM avec le HCN a été reportée à la fin 2027 et retarde une fois de plus la revalorisation urgente de la base de remboursement des actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique.

#### 4 Proposer dans le cadre des négociations conventionnelles, un secteur d'exercice unique pour les chirurgiens, anesthésistes et gynécologues-obstétriciens.

- Avec un seul tarif opposable égal à la base du tarif de secteur 1 majoré de J et de K pour tous les actes chirurgicaux et obstétricaux, majoré des modificateurs 3, 4, 5, 7 et A le cas échéant pour les actes d'anesthésie.
- Dans lequel tous les actes pratiqués lors d'une même intervention sont tarifés à 100 %.
- Complété par un modificateur B = 40 % de la valeur de l'acte s'il n'y a pas de complément d'honoraires.
- Pas de modificateur B en cas de complément d'honoraires.
- Ainsi, ce secteur unique vertueux permet la simplification de la tarification et la disparition de l'OPTAM ACO.

#### 5 Garantir un socle de solidarité sans complément d'honoraires pour toutes ces situations :

- Urgences : (délai 24h) majoration 100 % de la valeur de l'acte.
- C2S, AME, PASS : majoration 50 % de la valeur de l'acte.

#### 6 Permettre une évolution annuelle des tarifs opposables, en particulier des actes non répétitifs (non soumis à l'effet volume) dans le cadre conventionnel de la CCAM sous le principe d'une conférence de consensus annuelle.

Un des facteurs d'augmentation des compléments d'honoraires au bloc opératoire est l'évolution annuelle du « coût de la pratique » soumis à l'évolution des charges professionnelles, de l'assurance RCP et du risque médico-légal, des personnels qualifiés réglementaires, des exigences de qualité et de sécurité, de la complexité croissante des patients, de l'innovation technologique, de la reconnaissance du temps pré- et post-opératoire...

Seul aujourd'hui l'exercice en secteur 2 permet l'adaptation relative des tarifs face à l'augmentation du « coût de la pratique ».

#### 7 Créer dans le cadre de la convention médicale, un observatoire des pratiques tarifaires en France (en différenciant le secteur libéral pur et le secteur libéral public) et en Europe.

Un rapport annuel dans le cadre conventionnel permettrait rapidement de mieux apprécier les pratiques tarifaires et leur évolution, la corrélation compléments

d'honoraires et financement de l'innovation, cela pourrait permettre de mieux comprendre et définir les pratiques tarifaires exceptionnelles et les analyser dans le cadre de la convention médicale.

#### 8 Créer dans le cadre de la convention médicale un observatoire du renoncement aux soins.

Ceci permettrait d'avoir des données précises, indiscutables, évolutives, d'analyser et de comprendre les différents comportements tarifaires dans le cadre de la convention médicale et en lien avec le CNOM dans le cadre du décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020 relatif à la procédure applicable aux refus de soins discriminatoires et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux.

#### 9 Proposer aux complémentaires, dans le cadre du « contrat responsable », un remboursement plancher des compléments d'honoraires pour les actes d'anesthésie, de chirurgie et d'obstétrique.

Les contrats responsables pourraient mieux prendre en charge les actes du bloc opératoire, non répétitifs, réalisés par des praticiens certifiés et permettraient une meilleure transparence et lisibilité des contrats, avec une diminution du reste à charge des patients. Cela permettrait aux organismes complémentaires de jouer un rôle assurantiel plus concret et effectif dans l'accès aux soins.

#### 10 Organiser avec les pouvoirs publics et les complémentaires santé, un contrat « bloc opératoire » compréhensible, transparent et qualitatif, permettant de diminuer, voire d'annuler le reste à charge pour les futurs opérés ou accouchés.

Jérôme GAS, Fanny PARET





Fanny  
PARET



Ambroise  
SALIN

Le docteur Ambroise SALIN, urologue libéral au sein du Groupe Urosud à Toulouse et secrétaire général adjoint de l'Union des Chirurgiens De France, revient sur cette action à laquelle il a participé.

### Fanny Paret : Quelles ont été les motivations personnelles et professionnelles t'ayant conduit à participer à cet exil ?

**Ambroise Salin :** Mes motivations étaient doubles.

Premièrement, de par mon poste à l'UCDF. Dès l'été 2025, suite notamment à la déclaration de François BAYROU en date du 25 avril, nous avons perçu les difficultés à venir pour les chirurgiens de secteur 2 en France et avons débuté l'élaboration du projet.

Nous nous sommes posé la question des modalités de cette réponse : manifestation ? Grève ? Grève du codage ? Nous sommes partis sur l'idée d'un exil comme cela avait été le cas en 2004, lors de l'opération « la France sans chirurgien » ; la menace d'un exil de plusieurs jours à Londres avait conduit à des négociations et un accord avec le ministre de la santé de l'époque Philippe Douste-Blazy.

Deuxièmement, je me sens très concerné personnellement par ce combat, d'autant plus que notre spécialité a connu ces derniers mois de nombreuses attaques et des arbitrages lourds de conséquences sur le plan de la chirurgie pédiatrique, de la pose de bandelettes, etc.

### Comment t'es-tu organisé d'un point de vue professionnel pour ton départ à Bruxelles ?

Au sein de notre groupe, nous étions tous grévistes et inscrits à Bruxelles. Nous avons heureusement anticipé dès le mois de septembre et d'emblée programmé l'arrêt de notre activité pendant les 3 jours de grève. Nous avons également allégé notre programme opératoire et privilégié les interventions en ambulatoire la semaine précédente afin d'avoir le moins de patients hospitalisés possible. Un de nos collègues a été réquisitionné au dernier moment par les forces de police venues le chercher

jusqu'au bloc opératoire... Il était de toute façon prévu qu'il reste pour assurer la permanence des soins.

La direction de notre clinique a été aidante malgré son tiraillement entre l'ARS et nous.

### Quelle a été la réaction des patients ?

En amont, les patients étaient peu informés. Les médias ont très peu parlé de l'évènement avant la grève et peu d'entre eux étaient au courant. Nous avons pu informer nos patients via notre plateforme de prise de rendez-vous en ligne.

Les retours sont venus surtout après, il y a eu des relais d'information dans la presse. Ils étaient globalement positifs, les patients comprenaient que nous souhaitions protéger notre façon de travailler, qui finalement leur convient car ils se sentent bien pris en charge.

### Quelle a été la réaction du personnel médical et paramédical de ton lieu d'exercice ?

Les secrétaires et l'infirmière que nous employons nous ont complètement soutenu. Le personnel de la clinique a compris notre démarche et nous a également soutenu, même si les quelques jours sans aucune activité opératoire leur ont paru étranges !

### Qu'as-tu pensé de l'importance de la mobilisation médicale ?

Sur les 15 000 praticiens mobilisables, un objectif de 3 000 médecins nous semblait réaliste. Nous étions environ 2 000 inscrits et 1 500 présents à Bruxelles, c'est donc pour moi un succès. Nous n'avons pas pu obtenir de chiffres officiels, mais nous avons estimé à plus de 50 % le nombre de praticiens du bloc opératoire qui ont stoppé leur activité. La mobilisation a été forte.

Avant tout, j'estime que le succès de cette action réside dans la cohésion et l'entraide que cela a révélé entre praticiens ; dans ma région par exemple, ils sont rentrés en contact les uns avec les autres et ont pu partager notamment leur désarroi et leur mécontentement. Il faudrait que cet élan de solidarité suscite plus d'envie de s'inscrire aux syndicats !

J'ai une pensée pour nos collègues du secteur public qui, bien que n'ayant été que peu mobilisés, ont assuré la continuité des soins durant ces quelques jours.

### Comment s'est déroulé le trajet jusqu'à Bruxelles ?

Malgré le peu de temps que nous avons eu pour gérer l'intendance, l'organisation a globalement été très bonne. J'ai été assez

ému à la vue du départ de ces 35 cars remplis de médecins, tous unis autour d'une cause commune.

Sur la route, nous avons eu la chance de faire une rencontre assez étonnante avec des agriculteurs du nord de la France qui manifestaient en bloquant l'autoroute. Nous avons eu avec eux des échanges très intéressants, sur des sujets communs, notamment l'impact sur la santé des produits phytosanitaires, la gestion des épidémies, les difficultés de discussion avec le gouvernement avec l'impression d'être face à un mur. Cela est quand même inquiétant de devoir aller jusque-là pour qu'un ministre décroche son téléphone pour discuter.

### Qu'as-tu pensé de l'organisation sur place, de la qualité des informations délivrées lors des conférences ?

Une fois sur place, l'ambiance était excellente. Il y a eu beaucoup de discussions entre et au sein des différentes spécialités. Certains urologues d'une même région qui ne se connaissaient pas ont pu se rencontrer, ce qui leur permettra de créer des échanges à l'avenir. Plus tard, nous avons eu une excellente présentation de Frédéric BIZARD, économiste de la santé, très éclairante.

Puis nous avons rencontré les journalistes au cours de conférences de presse afin d'expliquer et d'informer le grand public sur les raisons de cette opération.

Enfin, nous avons eu plusieurs réunions entre élus du syndicat, au cours desquelles nous avons réfléchi à une dizaine de propositions sur le mode de financement du secteur de la santé à soumettre au gouvernement. Parmi ces propositions, figurent notamment la création d'un secteur « bloc opératoire » valorisé, avec un modificateur « B » spécifique, et de contrats de mutuelle « bloc opératoire » afin que les patients soient mieux remboursés.

### Penses-tu que nous serons amenés à réitérer ce genre d'opération à l'avenir ?

Nous allons prochainement subir de nouvelles attaques : recrutement massif de PADHUE, retour de la loi Garot-Mouiller sur l'accès aux soins comportant des mesures coercitives pour la liberté d'installation, etc. Et n'oublions pas que la volonté du gouvernement reste de supprimer le secteur 2.

Le combat est loin d'être terminé et nous devons tous rester mobilisés dans les mois et années à venir pour défendre notre profession.

Ambroise SALIN

Propos recueillis par Fanny PARET



Emilien SEIZILLES DE MAZANCOURT

## Équité, diversité et inclusion en urologie : un état des lieux nécessaire

Une commission Équité, Diversité et Inclusion (EDI) de l'AFU a récemment conduit une enquête nationale auprès des urologues afin de mieux comprendre leurs conditions d'exercice, leurs perceptions du climat professionnel et les éventuelles situations de discrimination ou de harcèlement.

L'objectif n'était ni de pointer du doigt, ni d'opposer les générations ou les modes d'exercice, mais simplement de réaliser un état des lieux. On ne peut améliorer que ce que l'on mesure.

Le questionnaire, diffusé à l'ensemble des membres de l'AFU, a recueilli 152 réponses, un taux conforme à ce type d'enquête. Les répondants étaient majoritairement des hommes (72 %) et près de la moitié exerçant en libéral (46 %). Cette photographie n'a pas vocation à être exhaustive, mais elle offre un aperçu utile de notre profession à un moment charnière de son évolution.

### Pourquoi parler d'EDI ?

L'équité, la diversité et l'inclusion sont aujourd'hui des sujets transversaux dans de nombreuses organisations professionnelles, au même titre que les enjeux environnementaux ou organisationnels. Il ne s'agit pas d'idéologie, mais d'attractivité, de qualité de vie au travail et, *in fine*, de qualité des soins.

À l'international, certaines sociétés savantes ont été pionnières sur ces questions, avant de connaître récemment des inflexions liées à des contextes politiques évolutifs. Sans entrer dans ces débats, il est essentiel que notre spécialité continue à réfléchir sereinement à ces enjeux, sans recul sur les libertés fondamentales ni sur le respect des personnes.

L'EDI ne vise pas à niveler par le bas ni à affaiblir l'exigence académique ou professionnelle. L'inclusion et l'équité ne remplacent pas la compétence ; elles créent les conditions pour que la compétence puisse s'exprimer pleinement, quel que soit le profil du praticien.

### Ce que révèle l'enquête

Plusieurs résultats méritent réflexion.

Tout d'abord, 41 répondants (27 %) rapportent avoir été humiliés ou ridiculisés au moins occasionnellement dans leur environnement professionnel. Un tiers des participants déclare avoir déjà envisagé de quitter la profession en raison de situations de harcèlement au travail.

Des situations de violences graves ont également été rapportées, dont des cas de viol dans un contexte professionnel. Ces faits sont inacceptables et doivent faire l'objet d'une tolérance zéro.

Les femmes urologues, dont la proportion augmente progressivement dans la spécialité, rapportent plus fréquemment des commentaires déplacés sur leur apparence ou leur tenue, des attitudes inappropriées, ainsi que des difficultés liées à la maternité. Près de 40 % d'entre elles déclarent ne pas avoir pu envisager une grossesse au moment souhaité en raison de contraintes professionnelles, et environ un quart rapportent des pressions ou menaces concernant le congé maternité. Ces éléments doivent nous interpeller collectivement.

Certaines réponses libres traduisent également un malaise ou un sentiment d'inquiétude face à la thématique. Loin d'être ignorées, ces réactions montrent justement la nécessité d'un travail d'information

et de clarification. L'EDI ne vise à exclure personne ; elle vise à garantir que chacun trouve sa place dans un cadre respectueux et professionnel.

Enfin, l'enquête met aussi en lumière des perceptions de tensions entre modes d'exercice, notamment un sentiment de manque de considération entre universitaires et libéraux. Là encore, il ne s'agit pas d'opposer, mais de mieux comprendre pour mieux coopérer.

### Et maintenant ?

Cette enquête constitue un point de départ. La commission EDI a pour mission de sensibiliser, informer, soutenir des initiatives concrètes et proposer des mesures pragmatiques. Cela inclut également une réflexion sur l'équité envers nos patients, notamment ceux en situation de handicap ou de vulnérabilité, dont l'accès aux soins peut être plus complexe.

L'attractivité de notre spécialité, en particulier auprès des jeunes générations, dépend aussi du climat professionnel que nous offrons. Le bien-être au travail est aujourd'hui reconnu comme un facteur associé à une meilleure performance collective et à une meilleure qualité des soins.

Réaliser cet état des lieux était nécessaire. Il appelle désormais à des actions concrètes : faciliter le signalement des situations de harcèlement moral ou sexuel, garantir des procédures claires et proportionnées, et promouvoir un environnement professionnel fondé sur le respect, l'exigence et la compétence.

L'urologie française a toujours su évoluer. Cette réflexion s'inscrit dans cette continuité.

Emilien SEIZILLES DE MAZANCOURT

11-12 JUIN 2026  
LILLE, FRANCE

SAVE THE DATE!

JOUUM  
JOURNÉES  
D'ONCO-UROLOGIE  
MÉDICALE

AFU ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE  
www.urofrance.org

URO DIFFUSION

Connectez-vous !

X f @AFUrologie #JOUUM2026

