



Yann NEUZILLET

4^e campagne d'information sur le cancer de la vessie

Depuis 2022, l'Association Française d'Urologie participe à l'effort d'information du grand public vis-à-vis du cancer de la vessie durant le mois de mai, conjointement avec l'association de patients Cancer Vessie France. La 4^e édition de cette campagne d'information semble plus que jamais importante : une rapide recherche sur Internet permet de cerner la méconnaissance de l'épidémiologie de ce cancer au sein de la population française avec des incidences annoncées entre 13 et 21 000 patients par an ; les enquêtes d'opinion au sujet de ce cancer démontrent la méconnaissance de ses symptômes et de ses facteurs de risque ; les délais de prise en charge, notamment chez les femmes, confrontées à une errance diagnostique supérieure à celle des hommes face aux mêmes symptômes (hématurie, syndromes irritatifs vésicaux expliqués, à tort, par des infections urinaires) demeurent suboptimaux et, subséquent, la proportion de cancers diagnostiqués à un stade localement avancé ou métastatique ne régresse pas.

Simultanément, la décennie 2020 est riche d'améliorations dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces cancers. Des biomarqueurs urinaires commencent à être utilisés en routine dans

des pays européens pour l'orientation diagnostique face à des hématuries. Ces biomarqueurs sont également évalués, notamment grâce au Registre TVNIM-AFU pour, à terme, se substituer à la fibroscopie de suivi des tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle. Trois études prospectives, dont l'étude AFU-GETUG Alban, ont évalué l'intérêt d'associer une immunothérapie systémique à la BCG-thérapie, ouvrant la voie à une amélioration du pronostic pour

des patients sélectionnés. L'imagerie IRM permet de mieux caractériser le stade tumoral avant résection et l'étude prospective *BladderPath*, menée au Royaume-Uni, a démontré qu'elle permettait de réduire le délai de prise en charge des tumeurs infiltrant le muscle. La TEP/TDM au FDG est en cours d'évaluation pour caractériser au mieux l'extension de tumeur vésicale par exemple avec l'étude Française TARDITEP. Une fois le diagnostic de tumeur infiltrant le muscle posé, les récentes études de phase III sur l'association enfortumab vedotin + pembrolizumab et sur l'adjonction du durvalumab à la chimiothérapie néoadjuvante par gemcitabine + cisplatine ont rapporté des améliorations significatives du pronostic. Les gains de survie globale apportés par ces nouveaux traitements sont très attendus des patients et de leurs soignants.

Ainsi, l'AFU et Cancer Vessie France communiquent auprès du grand public et des confrères médecins généralistes pour relever les défis d'un diagnostic plus précoce, d'une meilleure connaissance de la pathologie grâce aux registres, d'un soutien à la recherche et à l'innovation où les urologues sont des acteurs majeurs et de l'accès aux nouveaux traitements.

Yann NEUZILLET
Vice-Président de l'AFU

Vous n'êtes pas en train d'admirer le ciel pendant un coucher de soleil.

Voir du sang dans ses urines, ce n'est pas anodin.
C'est un signal d'alerte.
Consultez sans attendre.

Plus d'informations sur urofrance.org

Partners: **AFU**, **medac**, **astellas**, **Johnson & Johnson**, **Merck**, **MSD**, **AJORELLE**

Éditorial

- 4^e campagne d'information sur le cancer de la vessie 1
Yann NEUZILLET

En direct du CA

- Au cœur de l'AFU et du CNPU..... 3
Olivier ALEND A
- L'AFU renforce la diffusion de ses travaux scientifiques 4
Olivier ALEND A

Dossier - Activité physique adaptée

Dossier préparé par Stéphane BART et Pierre DERROUCH

- L'activité physique adaptée dans le parcours de soins 5
Stéphane BART
- Ne pas avoir peur de prescrire l'activité physique 6
Pauline WILD, Pierre DERROUCH
- Découverte de l'Unité de médecine de l'exercice et du sport
du CH de Pontoise 7
Cédric CLÉOPHAX, Stéphane BART
- Ramer pour sortir de la maladie :
un club d'aviron face à l'enjeu du sport santé. 9
Samia GOLANO-HIRECHE, Maria TORRES, Pierre DERROUCH
- Activité physique et accompagnement psychologique
vont de pair 10
Edith PERREAUT-PIERRE, Pierre DERROUCH
- Le sport, c'est un traitement obligatoire 11
Christine JANIN, Pierre DERROUCH

Éthique et déontologie

- Intelligence artificielle et responsabilité médicale 12
Fanny PARET

Contenance

- Semaine de la Contenance 2026 13
Véronique PHÉ

L'urologie dans le monde

- EAU 2026 : vers une urologie de précision, intégrative... .. 15
Marie CHICAUD
- AUA-AFU : renforcement des relations... .. 17
Julien BRANCHEREAU

CNPU

- Et c'est parti pour la certification périodique ! 18
Irène CHOLLEY

SNCUF

- Astreintes de transplantation rénale et de prélèvement
multi-organes : mobilisation du SNCUF pour les urologues .. 19
Julien BRANCHEREAU, Jérôme GAS

Lutte contre le cancer

- Quand l'urologie s'engage aux côtés d'Odyssea 20
Priscilla LEON

Urorisq

- Retour sur la 18^e journée Urorisq 21
Stéphane BART, Bertrand POGU, Cynthia MABOU
- Le bruit au bloc opératoire 21
Gaëlle FIARD
- La seconde victime 22
Ségolène ARZALIER-DARET
- La rédaction du CRO en endo-urologie 23
Paul MERIA
- Place de l'ECBU avant prise en charge urologique... .. 24
Omar KARRAY
- Nouvelles recommandations françaises sur les IUMACA 25
Aurélien DINH

Maison de l'Urologie

- Découvrez l'équipe de la Maison de l'Urologie 26

Histoire de la médecine

- La médecine soigne les corps,
la salle de garde soigne les médecins 27
Julien DEFONTAINES
- La position de l'AP-HP sur les salles de garde 28
Julien DEFONTAINES
- Photographies de salles de garde 29
Gilles TONDINI, Julien DEFONTAINES
- L'économe de salle de garde : un officiant de la liturgie
médicale hospitalière 32
Julien DEFONTAINES
- Souvenirs d'économe de salle de garde 32
Jean-Baptiste TERRASA, Julien DEFONTAINES
- Souvenirs d'économiette de salle de garde 33
Sabine MARES, Julien DEFONTAINES
- Souvenirs d'un fossile, économe de salle de garde 34
Pascal SIMON, Julien DEFONTAINES
- Souvenirs d'économe de salle de garde 35
Charles DARIANE, Julien DEFONTAINES
- Souvenirs de deux fossiles 37
Paul MERIA, Pierre MONGIAT-ARTUS, Julien DEFONTAINES
- Le regard d'un médecin artiste 38
Clovis GENTES, Julien DEFONTAINES

Fax AFUF

- L'InterCHU : guide pratique pour l'interne en urologie 39
Benoît MESNARD
- Une première année de Docteur Junior à Londres 40
Gabrielle TISSOT

Évènements 2026 de l'AFU

- Novemb'Run : le nouvel évènement fort de l'AFU 41
Benjamin PRADÈRE
- Journées d'Onco-Urologie Médicale - JOUM 42
- Journées d'Andrologie et de Médecine Sexuelle - JAMS 42
- 120^e Congrès Français d'Urologie - CFU 43
- Roulons pour la santé de l'homme 44
- Journées d'Infectiologie de l'AFU - JIAFU 44



Olivier ALEND

Au cœur de l'AFU et du CNPU : l'urologie française trace sa trajectoire



ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE

Le Conseil d'administration de l'AFU du 20 mars 2026 a confirmé une trajectoire claire : consolider nos actions pédagogiques et de recherche tout en renforçant notre visibilité et nos liens institutionnels. Les SUC 2026 ont connu une belle fréquentation (103 participants) et ont permis d'expérimenter des formats modulaires appréciés, malgré l'annulation du module lithiase. Le CA a déjà validé les dates des SUC 2027 (21-23 janvier) et amorcé des réflexions sur l'ouverture internationale et l'organisation d'événements sur place pour certains pays d'Afrique du Nord, en tenant compte des contraintes logistiques et budgétaires.

La gouvernance scientifique et le soutien aux jeunes restent au centre de nos priorités. Le relais au séminaire Graines et Sol, confié à François Audenet, est un signe de continuité et de renouvellement. Les demandes de bourses (Master 2, mobilité) sont nombreuses et représentent un investissement stratégique : le CA réaffirme son soutien tout en demandant un renforcement des procédures (compte-rendu, suivi, règles de cumul et grille de classement) pour garantir l'impact des financements et la visibilité de l'AFU dans les publications. L'idée d'une rubrique « que sont-ils devenus ? » dans UROjonction et d'un format « thèse en 180 secondes » illustre notre volonté de valoriser les lauréats.

Sur la formation et la qualité, Urorisq et le CFC font l'objet d'une attention soutenue : revalorisation envisagée des bilans réalisés par les experts, développement d'ate-

liers de simulation et micro-vidéos pédagogiques, et élection de Matthieu Durand à la tête du CFC avec un programme ambitieux (enquêtes, nouveaux formats e-learning, labélisation). L'AFU poursuivra son implication dans URO DPC et coordonnera ses représentants pour optimiser l'offre de formation nationale.

La communication prend un tournant significatif : choix de l'agence KARMA pour un accompagnement proactif, campagnes grand public (incontinence, vessie, IST) et forte activité sur les réseaux sociaux. La proposition de reprise de la course Novemb'Run a été validée (budget approuvé), offrant une opportunité de mobilisation grand public et de collecte de fonds, tandis que le partenariat proposé avec BetClic a été refusé, au regard des questions d'image et d'adéquation des cibles.

Sur le plan institutionnel et pratique, plusieurs comités ont été structurés ou clarifiés (comité d'éthique, CPP, comité rédactionnel du *French Journal of Urology*) et des règles de prise en charge des déplacements adoptées pour plus de transparence. Les échanges internationaux (AUA, FASULF, échanges Vietnam/Japon) confirment l'ambition de développer des coopérations bilatérales et d'offrir des opportunités de mobilité aux jeunes.

Enfin, le CA n'a pas éludé les sujets sensibles : l'enquête sur le burn-out a suscité des réactions fortes.

Le CA a décidé d'en rendre compte dans UROjonction et d'étudier la mise en place d'un numéro d'écoute et la question des partenariats et de l'éthique reste au cœur des priorités collectives. Le prochain CA est fixé au 22 mai. D'ici là, nous poursuivrons la mise en œuvre des décisions prises, avec rigueur et solidarité.



CONSEIL
NATIONAL
PROFESSIONNEL
D'UROLOGIE

C'est dans une atmosphère à la fois studieuse, engagée et résolument tournée vers l'avenir et le renouvellement que s'est tenu aussi le dernier Conseil d'administration du CNPU, réunissant à la fois figures expérimentées et représentants d'une nouvelle génération d'urologues.

Une ouverture marquée par le sens des responsabilités

La séance a été ouverte sous la présidence de Denis Prunet, administrateur le plus ancien, dans un climat de sérieux et de responsabilité. D'emblée, les échanges ont été empreints d'une volonté commune : consolider le rôle stratégique du CNPU dans un contexte de transformation profonde de l'exercice médical, notamment autour de la certification périodique et des enjeux de structuration nationale.

Une réélection dans la continuité : Xavier Gamé confirmé à la présidence

Le temps fort de cette réunion a été sans conteste l'élection du nouveau bureau. Dans un esprit de continuité et face aux enjeux croissants pesant sur le CNPU, Xavier Gamé a présenté sa candidature à sa propre succession.

Son intervention, empreinte de lucidité et de volontarisme, a souligné la montée en puissance du CNPU dans les années à venir, notamment dans le champ de la re-certification périodique et de l'organisation des pratiques. Demande particulière de structurer davantage les travaux via des commissions et de renforcer le lien entre bureau et Conseil d'administration, il a plaidé pour une gouvernance plus participative, avec des réunions élargies et plus fréquentes afin d'informer et de former la génération future.

Sa réélection à l'unanimité traduit une confiance forte des administrateurs et une adhésion collective à cette vision stratégique.



Un bureau renouvelé, reflet d'un engagement collectif

L'ensemble des postes clés a été pourvu dans un esprit d'unité et de mobilisation :

- Irène Cholley, élue vice-présidente
- Laurent Guy, secrétaire général
- Arnaud Manel, secrétaire général adjoint
- Olivier Alenda, trésorier
- Caroline Thuillier, trésorière adjointe

À ces fonctions s'ajoutent des rôles de conseillers spéciaux confiés à Pierre Mongiat-Artus et Didier Legeais, soulignant la volonté d'intégrer expertise et expérience dans la gouvernance.

L'équilibre des exercices (libéral, salarié) et des structures (AFU, SNCUF et Collège) au sein du bureau a été rappelée comme un principe structurant, témoignant d'une attention portée à l'équilibre et à la représentativité.

Des débats de fond sur les enjeux structurants de la profession

Au-delà des élections, le Conseil a été marqué par des échanges nourris sur plusieurs dossiers stratégiques :

- La mise en place des registres nationaux, notamment en chirurgie pelvienne, a suscité des discussions complexes mêlant enjeux financiers, juridiques et de gouvernance des données. La question de la souveraineté des données et de leur hébergement a particulièrement animé les débats.
- La certification périodique, désormais obligatoire, a été identifiée comme un enjeu majeur. Tous s'accordent sur la né-

cessité d'améliorer la communication et d'impliquer l'ensemble des urologues, y compris ceux non affiliés à l'AFU.

- La hiérarchisation des urgences, en collaboration avec la SFAR, a été saluée comme une avancée pragmatique pour les équipes de terrain, avec des ajustements proposés en séance, illustrant un travail collectif concret et utile.
- L'évaluation des pratiques chirurgicales, portée par les réflexions de l'Académie de médecine, a ouvert un débat de fond sur les modalités d'évaluation, entre approche institutionnelle et évaluation par les pairs, soulignant la spécificité et l'expertise du CNPU dans ce domaine.

L'ensemble de ces discussions s'est déroulé dans un climat d'écoute et de respect où les divergences ont nourri la réflexion sans jamais entraver la dynamique collective.

Vers un rapprochement stratégique AFU-CNPU

Dans ce contexte, une initiative particulièrement structurante a émergé : la volonté d'organiser un séminaire commun entre l'Association Française d'Urologie (AFU) et le Conseil National Professionnel d'Urologie (CNPU).

Ce séminaire ambitionne de poser les bases d'un travail coordonné et prospectif sur plusieurs axes majeurs :

- la communication institutionnelle et scientifique ;
- l'attractivité de la spécialité ;
- et, surtout, l'intégration de l'intelligence artificielle dans les pratiques urologiques.

Cette démarche traduit une prise de conscience partagée : l'avenir de la spécialité passe par une articulation renforcée entre société savante et instance professionnelle, dans une logique de co-construction.

Une dynamique collective affirmée

Au fil des échanges, une impression s'est imposée : celle d'un collectif soudé, conscient des défis à venir mais animé par une volonté forte d'y répondre de manière structurée et innovante.

L'ouverture des réunions de bureau à l'ensemble des administrateurs, la désignation de représentants dans les différentes instances nationales (FNS20, FSM) et l'implication active des membres témoignent d'un fonctionnement ouvert et inclusif.

Conclusion

Ce Conseil d'administration marque une étape importante dans la vie de notre association. Entre continuité des équipes, renouvellement des énergies et émergence de projets structurants, il dessine les contours d'une mandature ambitieuse.

À l'heure où la profession urologique est confrontée à des mutations profondes organisationnelles, technologiques et sociétales, l'AFU et le CNPU affirment leur rôle central : celui d'un acteur fédérateur, garant de la qualité des pratiques et moteur d'innovation au service des patients dans le respect de tous les urologues.

Olivier ALEND A

L'AFU renforce la diffusion de ses travaux scientifiques

Recommandations, mises à jour, algorithmes décisionnels : l'AFU produit chaque année de nombreuses ressources scientifiques au service de tous les urologues. Pour que ces travaux vous parviennent au bon moment et sur les bons canaux, l'AFU met en place une nouvelle organisation de sa communication scientifique.

Au sein de chaque comité, commission et groupe de travail, un Responsable Communication est désormais identifié. Son rôle : faire le lien avec la cellule communication de l'AFU pour que chaque nouvelle recommandation, mise à jour ou publication soit annoncée et diffusée dès sa sortie à vous, membres, en priorité.

De nombreux comités ont déjà répondu présents et les premières collaborations

sont en cours, avec des annonces de recommandations à venir prochainement. Pour les comités qui ne se sont pas encore manifestés, il est encore temps de désigner votre référent en écrivant à Caroline Pettenati : cpettenati@afu.fr

Vos outils habituels : Urofrance, l'application RecoAFU, Uronews, les réseaux sociaux, seront ainsi alimentés de façon plus régulière et mieux coordonnée.

Les travaux de vos confrères sont faits pour vous. L'AFU s'organise pour vous les faire parvenir plus vite et mieux.

Olivier ALEND A



Stéphane BART



Pierre DERROUCH

L'activité physique adaptée dans le parcours de soins

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET CHIRURGIE

Bienfaits de l'activité physique avant, pendant et après la chirurgie

L'intégration de l'activité physique dans le parcours chirurgical s'inscrit dans une approche moderne de type réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC). Elle constitue un atout majeur pour optimiser les résultats cliniques, réduire les complications et accélérer le retour à l'autonomie. Le parcours doit être bien défini et articulé entre les différents acteurs. Il est valorisé dans le cadre d'hôpitaux de jour. L'AFU s'y intéresse depuis de nombreuses années.

1. Avant la chirurgie : la préhabilitation

La période préopératoire représente une fenêtre d'opportunité essentielle pour préparer le patient à l'agression chirurgicale.

Une activité physique adaptée permet :

- d'améliorer la capacité cardio-respiratoire et la réserve fonctionnelle ;
- de diminuer le risque de complications post-opératoires (notamment respiratoires et infectieuses) ;
- de réduire la durée d'hospitalisation ;
- d'optimiser l'état nutritionnel et musculaire (prévention de la sarcopénie).

Cette stratégie, appelée préhabilitation, est particulièrement pertinente chez les patients fragiles, âgés ou atteints de cancer. Il faut anticiper pour obtenir les effets en quelques semaines, tout en respectant des délais de prise en charge pour ne pas aggraver le pronostic d'un cancer.

2. Pendant la période péri-opératoire : limiter le déconditionnement

Même en phase d'hospitalisation, une mobilisation précoce est essentielle.

Les bénéfices incluent :

- réduction du risque de complications thromboemboliques ;
- prévention de l'encombrement bronchique et des atélectasies ;
- maintien de la fonction musculaire ;
- amélioration du transit digestif ;
- réduction du stress et de l'anxiété.

Les protocoles modernes encouragent un lever précoce, parfois dès le jour même de l'intervention, dans le cadre de la RAAC.

3. Après la chirurgie : récupération et réhabilitation

La reprise progressive de l'activité physique est un élément clé de la récupération.

Elle permet :

- une récupération fonctionnelle plus rapide ;
- une réduction de la fatigue post-opératoire ;
- une amélioration de la qualité de vie ;
- une diminution du risque de complications tardives ;
- un retour plus rapide aux activités quotidiennes et professionnelles.

En chirurgie oncologique, l'activité physique contribue également à réduire le risque de récurrence et à améliorer la survie globale. Les hospitalisations sont raccourcies et la reprise de la vie à domicile améliorée.

Conclusion

L'activité physique est définie, dans ce contexte, par un ensemble de critères pertinents :

- l'adaptation individualisée au profil du patient ;
- une meilleure caractérisation des risques liés au traitement et au patient (médecine personnalisée) ;
- une optimisation des résultats cliniques ;
- une meilleure adhésion du patient ;
- une articulation multidisciplinaire au service du patient, source de motivation et de lien pour les équipes ;
- sur le plan financier, un impact sur les coûts directs et indirects de santé.

Stéphane BART

L'activité physique a longtemps été considérée comme un simple complément hygiéno-diététique, elle est désormais reconnue comme une véritable thérapie non médicamenteuse, validée par de nombreuses données issues de la littérature scientifique. Elle commence à être intégrée dans une prise en charge médicale et dans un parcours de soins multidisciplinaire. L'approche est donc à la fois préventive et associée au traitement curateur.

La pratique régulière d'une activité physique adaptée permet d'améliorer significativement la qualité de vie tout en réduisant la morbi-mortalité associée à de nombreuses pathologies chroniques, notamment cardiovasculaires, métaboliques, oncologiques et urologiques. Elle agit à la fois sur les paramètres physiologiques (capacité cardio-respiratoire, masse musculaire, sensibilité à l'insuline) et sur les dimensions psychologiques (anxiété, dépression, estime de soi).

Dans le parcours de soins, l'activité physique doit être envisagée de manière personnalisée, en tenant compte des caractéristiques du patient : âge, comorbidités, niveau de condition physique et préférences individuelles. Le concept d'« activité physique adaptée » (APA) permet précisément d'intégrer ces paramètres afin d'assurer une pratique sécurisée, progressive et durable.

En pratique clinique, intégrer l'activité physique nécessite une approche multidisciplinaire impliquant médecins, kinésithérapeutes, enseignants en APA et autres professionnels de santé. Cette coordination favorise l'adhésion du patient et optimise les résultats à long terme.

En urologie, par exemple, l'activité physique a démontré des bénéfices dans la prévention et la prise en charge des cancers (notamment de la prostate et de la vessie), des troubles urinaires et des dysfonctions sexuelles. Elle contribue également à limiter les effets secondaires des traitements, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, notamment en oncologie.

Au travers du regard de nombreux professionnels de la santé, du sport et de bénévoles, nous évoquons les expériences liées à l'essor de l'activité physique dans le domaine du soin.

Stéphane BART

Pour aller plus loin

La prescription d'activité physique adaptée : une thérapie non médicamenteuse | ameli.fr | médecin

Société française des professionnels en activité physique adaptée | sfp-apa

Urofrance | Commission Chirurgie ambulatoire et Récupération améliorée après chirurgie (RAAC)

Haute Autorité de Santé | Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC)



Pauline WILD

Ne pas avoir peur de prescrire l'activité physique

Comment l'APA s'intègre-t-elle aux parcours chirurgicaux, de l'évaluation préopératoire au suivi postopératoire ? Explications avec Pauline Wild, Cadre de santé du service de rééducation fonctionnelle au Centre hospitalier René Dubos à Pontoise (Hôpital NOVO). Elle coordonne kinésithérapeutes et enseignants en activité physique adaptée.

Pierre Derrouch - Comment l'APA s'inscrit-elle concrètement dans le parcours de soins chirurgical ?

Pauline Wild - Nous participons au programme de réhabilitation accélérée après chirurgie (RAAC). Ce programme vise à optimiser la récupération du patient en post-opératoire et limiter le risque de complications liées à la chirurgie. Il intervient sur les trois temps d'une intervention : pré-opératoire, per-opératoire, post-opératoire. En pré-opératoire, les patients sont convoqués en hôpital de jour où ils rencontrent l'anesthésiste, l'infirmière de coordination, un diététicien et un kinésithérapeute ou un enseignant en APA. À ce stade, nous réalisons avec eux un bilan de condition physique incluant la force musculaire, l'endurance, la souplesse (on parle aussi de mobilité), l'équilibre, les habitudes de vie et le rapport subjectif à l'activité physique. Ce

bilan permet aussi de détecter les profils anxieux ou ayant perdu confiance en leurs capacités, pour orienter si besoin vers un soutien psychologique.

Activité physique, sédentarité, inactivité : trois notions distinctes

On peut être actif et sédentaire. Un patient qui fait du sport trois fois par semaine mais reste assis neuf heures par jour est sédentaire. La sédentarité, c'est le temps passé en position statique prolongée.

Inversement, l'activité physique ne se réduit pas au sport. La marche, le jardinage, le bricolage ou encore le ménage en font partie.

L'inactivité physique, c'est ne pas atteindre le seuil recommandé : 150 minutes par semaine, soit 30 minutes par jour d'activité modérée à intense. Marcher lentement tous les jours ne suffit pas nécessairement à remplir ce quota.

Les 7 000 pas quotidiens sont un objectif, pas un couperet : « *Tout ce qu'on fait est bon à prendre. 4 500 pas, c'est déjà très bien et s'ajoute au reste des activités physiques et/ou sportives faites par la personne* », rappelle Pauline Wild. Ce qui compte, c'est la dynamique et la répétition.

À quoi sert ce bilan ?

Fort de l'évaluation effectuée, il permet d'engager un travail sur la condition physique avant l'intervention. Il débouche sur une préconisation à quatre niveaux pour la préhabilitation ou réhabilitation préopératoire.

Un patient en bonne condition physique repart avec les consignes post-opératoires et des encouragements. On valorise ce qu'il fait déjà.

Celui de niveau moyen reçoit des exercices ciblés sur les déterminants à travailler, à réaliser en autonomie avant l'intervention.

Un patient dont le niveau commence à se dégrader est orienté vers un kinésithérapeute libéral, une maison sport-santé (<https://www.sports.gouv.fr/maisons-sport-sante>) ou une consultation externe.

Enfin, pour un patient plus déconditionné pour qui l'intervention elle-même présente un risque de récupération difficile, on préconise un séjour de réhabilitation préopératoire en SMR. Dans ces situations, condition physique et état nutritionnel sont étroitement liés : les patients déconditionnés physiquement sont souvent aussi dans une situation nutritionnelle dégradée.

Le délai est souvent contraint par l'urgence chirurgicale, mais même dix jours de préhabilitation sont utiles : un patient qui a rencontré le kiné avant son intervention est beaucoup plus réceptif à sa prise en charge

après (il ne découvre pas un inconnu à J1) et les consignes de lever précoce ne le surprennent pas.

Quels bénéfices attendre de l'activité physique adaptée ?

Ils sont nombreux : amélioration des capacités physiques, bien-être mental et même développement du lien social. Par exemple, les patients fatigués pensent qu'ils ne sont pas en capacité de faire une APA, et qu'elle va augmenter leur fatigue. C'est contre-intuitif, mais les patients doivent bouger pour être moins fatigués. Par ailleurs, et c'est largement documenté dans la littérature, l'activité physique améliore la circulation, le retour veineux et diminue les douleurs. Au-delà de ces effets physiques, on voit des patients retrouver des activités du quotidien abandonnées comme la marche ou le jardinage, et donc une meilleure qualité de vie.

Au niveau psychologique : le programme d'APA lève d'abord le blocage de confiance, ce qui libère ensuite l'engagement physique. Au départ, le patient ne se sent pas

capable, n'engage donc pas grand-chose ; une fois la confiance retrouvée, il s'implique davantage.

Si un sujet avait été identifié en préopératoire et qu'un travail de réhabilitation avait été engagé, on veille à ce qu'il soit poursuivi à la sortie d'hospitalisation : retour vers les kinésithérapeutes de ville, les maisons Sport-Santé, etc.

Comment travaillez-vous avec les autres professionnels, en ville comme à l'hôpital ?

En interne, la coordination passe par le dossier patient informatisé et des points interprofessionnels réguliers. Avec les acteurs de ville, un travail de formalisation est en cours : nous développons des partenariats avec les kinésithérapeutes libéraux et les maisons Sport-Santé, et nous allons présenter prochainement le dispositif lors d'une soirée Ville-Hôpital pour que ces partenaires comprennent la logique du parcours pré- et postopératoire. Nous travaillons également avec le Dr Stéphane Bart pour une préhabilitation des patients sous

hormonothérapie : l'enjeu est de les évaluer tôt, avant que les traitements ne dégradent leur condition physique.

Quels messages pour les urologues qui souhaitent proposer l'APA à leurs patients ?

Soyez rassurés ! La question de la sécurité revient souvent chez les médecins : « *est-ce vraiment sécurisé de prescrire de l'activité physique ?* », et les études répondent clairement : les bénéfices l'emportent sur les risques. C'est un traitement non médicamenteux efficace en prévention primaire, secondaire et tertiaire, qui peut aussi réduire le recours à certains médicaments.

Au-delà de la question de sécurité, il faut aussi dépasser l'image « *si tu veux, tu peux* », certains patients ont besoin d'un accompagnement par des professionnels formés pour reprendre une activité de façon durable. Se renseigner sur ce qui existe sur le territoire est déjà un premier pas.

Pauline WILD

Propos recueillis par Pierre DERROUCH



Cédric CLÉOPHAS

Découverte de l'Unité de médecine de l'exercice et du sport du CH de Pontoise

Cédric Cléophas est médecin réanimateur de formation et sportif aguerri. À son initiative, s'est créée, en 2020, l'Unité de médecine de l'exercice et du sport au Centre hospitalier de Pontoise. Il répond à ce besoin d'évaluation experte dans ce domaine, et en fait bénéficier les patients de notre institution.

Stéphane Bart - À quels besoins répondait cette création (et sa définition), quels patients accueille l'unité, et de quels équipements disposes-tu pour la pratique ?

Cédric Cléophas - Le nom de notre société savante correspond à cet intitulé (Société française de médecine de l'exercice et du sport) et il renseigne bien sur le champ d'action de la discipline. C'est la science de l'homme en mouvement : pour lui permettre de le rester, de le redevenir, de l'être sans

risque ou pour s'en servir pour améliorer son état de santé. Quel que soit le type d'activité physique (dont le sport ne représente qu'une catégorie), les contraintes cardiovasculaires, respiratoires, métaboliques et biomécaniques ont toutes une base commune, seules l'intensité ou la spécificité du mouvement vont changer.

Le service accueille donc un large panel de patients avec, aux deux extrémités, des sportifs professionnels et des patients sédentaires inactifs. Entre les deux, nous retrouvons les sportifs de compétition de tout niveau, les professions dites opérationnelles (sapeurs-pompiers, fonctionnaires de police, etc.), les sportifs amateurs ayant une pratique très engagée et les sportifs du week-end. Toutes les catégories d'âge sont représentées, depuis l'enfant prépubère déjà engagé sur des filières sportives exigeantes, aux seniors pratiquants toujours (dont des octogénaires au marathon !). Nous recevons également des patients atteints de maladie chronique pour laquelle

l'activité physique a montré un intérêt dans l'amélioration de la qualité de vie, de l'état fonctionnel ou du pronostic : cancer solide ou hématologique, maladie inflammatoire du système nerveux central ou musculaire, maladies métaboliques, cardiovasculaires, respiratoires...

Pour ces activités, nous sommes deux médecins, avec une salle de consultation équipée d'un appareil d'échographie, d'une salle d'exploration fonctionnelle à l'effort (évaluation cardio-respiratoire, mesure de pression intra-musculaire, évaluation de la course ou de la marche sur tapis), d'un appareil d'isocinétisme pour des mesures spécifiques de force musculaire et pour des protocoles de rééducation ciblée, et nous avons enfin une consultation de nutrition du sport réalisée par trois diététiciennes de l'établissement.

La littérature souligne l'importance d'une évaluation préalable de la capacité à l'effort pour la sécurité et l'efficacité de la

prescription d'APA chez les patients atteints de cancer, y compris urologique (Campbell KL *et al.*, *Med Sci Sports Exerc*, 2019). Quels paramètres évalues-tu systématiquement et comment cette évaluation oriente-t-elle concrètement la prescription ?

Une évaluation exhaustive consiste à apprécier les grandes fonctions impliquées dans la capacité à développer un effort physique (cardiovasculaire, respiratoire, métabolique, musculaire), à identifier des risques liés à l'activité physique (décompensation de maladie chronique, risque fracturaire en cas de localisation secondaire osseuse par exemple, risque traumatique sous traitement anticoagulant, etc.) et à obtenir une première estimation de l'état fonctionnel global de l'individu (niveau d'activité antérieure à la maladie et actuel).

Le temps de consultation médicale classique pour la mise au point des antécédents, des comorbidités et du statut actuel de la maladie chronique est complété par :

- une épreuve fonctionnelle cardio-respiratoire à l'exercice (ou EFX) sur tapis de marche ou vélo : cet examen permet d'apprécier la capacité d'effort du patient (la fameuse « VO2 max »), d'identifier des facteurs limitants cardiovasculaires, respiratoires ou musculaires, et de préciser les paramètres nécessaires à un programme de réentraînement en endurance ;
- des tests d'évaluation de la condition physique plus globale (force, souplesse, équilibre) réalisés idéalement par un kinésithérapeute ou en consultation ;
- et, idéalement, une évaluation nutritionnelle par une diététicienne : sans un statut nutritionnel correct, l'activité physique n'apportera pas les bénéfices escomptés.

Au terme de cette évaluation, nous allons déterminer le « phénotype fonctionnel » du patient et orienter sa prise en charge selon une gradation de son état : prise en charge hospitalière en SMR pour les plus limités ou comorbides, rééducation spécifique préalable d'un problème respiratoire ou musculosquelettique auprès d'un kinésithérapeute, prise en charge ambulatoire en individuel ou en groupe auprès d'un éducateur spécialisé en activité physique adaptée, entraînement en autonomie pour certains patients les plus volontaires et les moins limités.

Quel message souhaites-tu adresser aux urologues sur la place de l'activité physique dans le parcours de leurs patients ?

La littérature scientifique abonde de preuves sur le bienfait de l'activité physique en prévention primaire, secondaire ou tertiaire dans de nombreux domaines et, notamment, en cancérologie avec une amélioration de la qualité de vie, une diminution des effets indésirables des traitements et, pour certains types de cancer, une diminution du risque de récurrence.

La capacité d'effort appréciée par la VO2 max est aujourd'hui reconnue comme une constante vitale à part entière, avec une corrélation très forte avec l'état de santé d'un individu (qu'il soit ou non atteint de pathologie) et avec la mortalité toutes causes confondues.

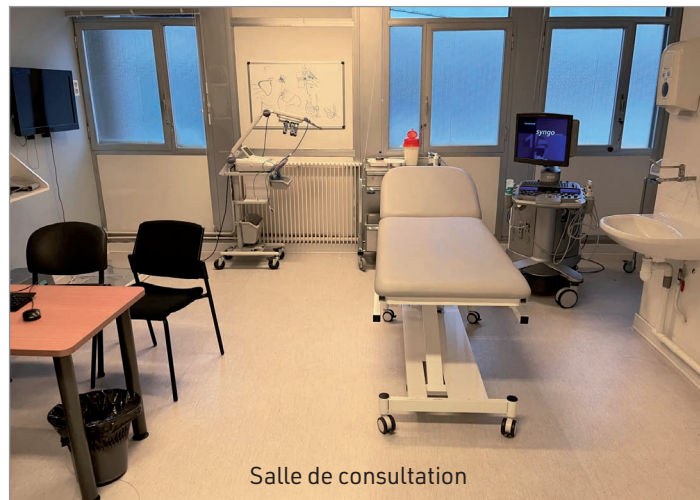
Le fait de restaurer ou d'augmenter le niveau d'activité physique d'un patient va lui permettre d'augmenter son capital santé, et de « transformer l'essai » en regardant au-delà du traitement de sa maladie, pour lui permettre d'améliorer sa qualité de vie.

Mais n'oublions pas la démarche préalable à un traitement « lourd » (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie) : elle s'apparente en tout point à la préparation d'une compétition. Le patient doit arriver le jour de son épreuve en ayant amélioré son endurance cardio-res-

piratoire, sa trophicité musculaire et son état nutritionnel (sans parler de l'état psychologique). C'est tout le principe des parcours de préhabilitation de la RAAC. Nous retrouvons là encore une analogie avec le domaine sportif...

Cédric CLÉOPHAX

Propos recueillis par Stéphane BART





Samia
GOLANO-HIRECHE



Maria
TORRES

Ramer pour sortir de la maladie : un club d'aviron face à l'enjeu du sport santé

Au Cercle Nautique de France, à Neuilly-sur-Seine, un programme d'activité physique adaptée accueille chaque semaine des patients atteints de pathologies chroniques. Samia Hirèche, éducatrice sportive et ancienne rameuse de haut niveau, en assure l'encadrement. Maria Torres, bénévole au club, en coordonne le déploiement. Leurs deux témoignages illustrent ce que peut produire l'articulation entre un club sportif et le monde médical, ainsi que les obstacles qui en ralentissent encore le développement.

L'ENCADREMENT

L'aviron pour se reconstruire

Le programme repose sur des séances d'une heure par semaine, en salle, sur des ergomètres, des machines reproduisant le geste de l'aviron. La pratique sollicite l'ensemble du corps en position assise. Ce caractère « porté », non traumatisant, ouvre le dispositif à des profils très variés, des patients post-cancer aux personnes âgées en passant par les pathologies cardiovasculaires ou le diabète.

Avant de commencer une séance, Samia Golano-Hirèche évalue l'état du patient : fatigue liée aux traitements, douleurs, moral. Le programme est ajusté en conséquence, en jouant sur les résistances, le rythme et le choix des exercices. « *Je propose toujours différentes options. Avec ceux qui sont en forme, on va un peu plus loin ; avec ceux qui sont fatigués, on adapte.* » Le ratio d'encadrement est de quatre bénévoles pour huit patients, dont deux titulaires d'une certification Prescri'Forme, la formation réglementaire qui conditionne l'habilitation à encadrer des activités Sport Santé. Ce qui permet un suivi quasi individualisé.

Les séances combinent travail sur rameur et renforcement musculaire. Pour les patientes ayant eu un cancer du sein, qui représentent aujourd'hui une part importante du groupe,

le geste de l'aviron présente un intérêt spécifique : il mobilise les bras, les épaules et ouvre la cage thoracique, zone souvent fragilisée par la chirurgie ou la radiothérapie. Le travail porte aussi sur le renforcement des membres supérieurs et la tonicité générale. « *Au début, beaucoup arrivent recroquevillés, comme si leur corps était une gêne.* » Au fil des séances, le dos se redresse, la marche s'améliore ; monter des escaliers redevient possible. « *Prendre le temps de connaître son corps, accepter ses limites, faire avec : c'est quelque chose que le sport m'a enseigné et que j'essaie de transmettre* » témoigne Samia Golano-Hirèche.

L'effet miroir des sportifs

La dynamique de groupe, construite au fil des semaines, transforme la nature du suivi. Ce qui commence comme une prescription médicale devient un rendez-vous attendu. Au début, les patients, souvent timides, ne savent pas trop où mettre les pieds, puis une relation de confiance et un lâcher-prise s'installent. « *Quand ils repartent, ils disent : vivement la semaine prochaine* », observe-t-elle. Le cadre du club joue aussi son rôle : au cercle nautique, les patients pratiquent dans un environnement où des membres du club s'entraînent à côté d'eux. Cette proximité produit un effet miroir : « *Les patients regardent les postures, ils font attention à la leur, ils s'identifient à quelqu'un qui rame à côté.* »

Au fil des séances, c'est autant le corps que le regard sur soi qui se transforme.

LA COORDINATION

Un dispositif progressivement reconnu

Le programme développé par le Cercle Nautique de France a mis trois ans pour trouver son rythme. La première année, une seule personne participait aux séances. Aujourd'hui, le groupe compte huit patients. « *Les médecins commencent à connaître le dispositif* » note Maria Torres. La majorité des participants poursuit l'activité après renouvellement de leur prescription à l'issue des trois premiers mois, portant le suivi à six mois.

Le principal obstacle identifié par Maria Torres est la diffusion de l'information auprès des prescripteurs. Son double ancrage, bénévole au club et coordinatrice de projet à l'hôpital Foch, lui a donné accès à un réseau d'établissements et de structures qu'elle a mis au service du programme. Pour faire connaître celui-ci, le club a multiplié les démarches : rencontres avec les CPTS, visites d'établissements de soins de suite et de réadaptation, contacts avec des structures dédiées à l'accompagnement post-cancer, démarchage des kinésithérapeutes et des enseignants en activité physique adaptée. Le club a également profité des journées de sensibilisation auprès de la population et des professionnels de santé, organisées par



la mairie de Neuilly-sur-Seine dans le cadre de sa maison Sport Santé, pour mobiliser les médecins du secteur. À ce jour, le bouche-à-oreille demeure toutefois le canal le plus efficace.

Des freins à lever

« Il faut continuer le travail de sensibilisation du corps médical au dispositif et lui montrer l'importance de la prescription d'activité physique adaptée comme élément déclen-

cheur de la motivation et de la mobilisation des patients, ainsi que le caractère bénéfique de la pratique » complète-t-elle. Le retour d'information vers les médecins prescripteurs pourrait sans doute y contribuer. Selon la coordinatrice, l'ARS serait en train de déployer un logiciel destiné à centraliser bilans et données d'activité et à les rendre accessibles aux praticiens.

Du côté des patients, la cotisation au club et le fait d'intégrer une structure sportive

peuvent constituer un double obstacle, notamment pour ceux qui n'ont jamais pratiqué. Dans les Hauts-de-Seine, les patients en affection longue durée bénéficient d'une aide de la CPAM spécifiquement fléchée vers l'aviron, une solution locale qui lève en partie cet obstacle et contribue à pérenniser ce type d'accompagnement.

Samia GOLANO-HIRECHE, Maria TORRES
Propos recueillis par Pierre DERROUCH



Edith PERREAUT-PIERRE

Activité physique et accompagnement psychologique vont de pair

Edith Perreaut-Pierre est docteur en médecine et médecin du sport. Il y a plus de trente ans, elle a créé les Techniques d'Optimisation du Potentiel (TOP), approche psychopédagogique centrée sur la résilience et la motivation, qu'elle a progressivement étendue à l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. Elle revient ici sur l'importance d'associer activité physique adaptée et soutien psychologique dans le parcours de soin.

Pierre Derrouch - Comment un patient atteint de maladie chronique peut-il adopter une activité physique régulière ?

Edith Perreaut-Pierre - L'activité physique fait partie de la vie et les études sont nombreuses à montrer que c'est le meilleur des médicaments. Encore faut-il que le patient trouve une activité qui lui plaise et qu'il puisse varier les pratiques. L'autre facteur essentiel, c'est la dimension collective. Dans les maladies chroniques comme le cancer, on observe fréquemment un repli sur soi. Pratiquer en groupe aide à rompre cet isolement et à éviter de basculer dans la dépression. C'est pour cela que l'activité physique adaptée devrait aussi être intégrée aux programmes d'éducation thérapeutique du patient, quelle que soit la pathologie.

Comment aider les patients à gérer le stress, la fatigue, les effets des traitements, autrement que par l'activité physique ?

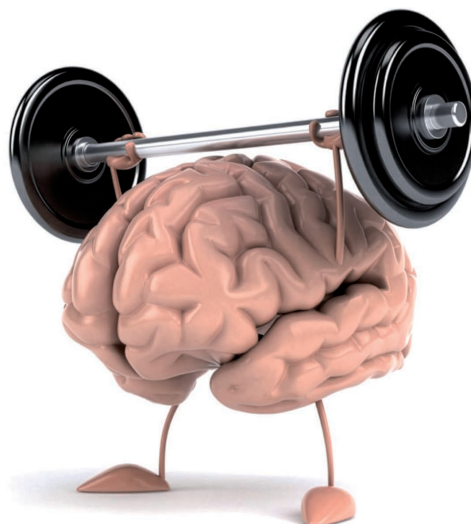
Au-delà de l'activité physique, les patients ont besoin d'un accompagnement psychopédagogique qui agit sur trois aspects étroitement liés : la gestion du stress, qui jalonne tout le parcours depuis l'annonce du diagnostic ; la fatigue, liée à la maladie et aux traitements, comme les corticoïdes par exemple, qui entraînent des troubles du sommeil ; et la motivation, notamment pour l'observance thérapeutique. L'objectif est d'armer les patients pour les aider à traverser les difficultés. La méthode TOP est résolument pédagogique (j'en ai écarté tout ce qui relève du thérapeutique au sens strict), ce qui implique que les intervenants restent

dans leur champ de compétences et sachent reconnaître quand un patient a besoin d'un suivi psychothérapeutique pour le diriger vers des personnes bien formées, indépendamment de la méthode utilisée.

Concrètement, que peuvent faire les urologues ?

Il faudrait qu'ils puissent informer leurs patients de l'intérêt de l'activité physique adaptée et d'un accompagnement psychologique, parce que les deux vont de pair, et savoir vers qui les orienter. C'est pourquoi des actions courtes et interactives de sensibilisation à ces enjeux peuvent avoir du sens.

Edith PERREAUT-PIERRE
Propos recueillis par Pierre DERROUCH



Le sport, c'est un traitement obligatoire



Christine JANIN

Médecin biologiste et du sport, alpiniste et première Française à avoir gravi l'Everest en 1990, Christine Janin a conduit des expéditions sur tous les continents et jusqu'au Pôle Nord. Elle est la fondatrice de l'association *À chacun son Everest !*, qui accompagne depuis 1994 des enfants et adolescents en rémission de leucémie ou de cancer et, depuis 2011, des femmes en rémission d'un cancer du sein.

Pierre Derrouch - Qu'est-ce que l'alpinisme et vos différentes expéditions à travers le monde vous ont appris de plus que vos études de médecine sur le corps, sa résistance et son adaptation aux changements de conditions ?

Christine Janin - Ce que j'ai compris sur le terrain, c'est que le corps est capable de s'adapter à des conditions extrêmes. Je suis montée à plus de 8 000 mètres sans oxygène.

En altitude, j'avais cinq pas, je m'arrêtais, je faisais cinq autres pas, je m'arrêtais de nouveau, pour trouver mon rythme. Quand on se concentre sur son corps et sa respiration, on entre dans un état hypnotique et on déconnecte le mental, celui qui dit « ce n'est pas possible ».

L'autre notion fondamentale, c'est que la capacité d'endurance n'est pas une capacité à aller vite ; c'est une capacité à récupérer. En pratique, cela veut dire faire baisser la fréquence cardiaque, s'arrêter, faire une grande inspiration, puis une expiration. Ce qu'on appelle la cohérence cardiaque. Le cœur est un muscle, après une maladie, après une chimiothérapie, il faut le remuscler, progressivement. Au départ, on fait dix mètres. Puis un peu plus. Petit à petit, on sent son corps. C'est une question de patience et d'humilité.

Ce que j'ai aussi appris, au Pôle Nord comme en haute montagne, c'est qu'il faut partir libre, libre d'échouer, libre de faire demi-tour. C'est pareil pour l'activité physique adaptée : ce n'est pas « j'y vais parce que je suis forcée », mais « parce que j'accepte d'y aller ».

Est-ce que bouger change quelque chose chez les patients que vous avez suivis et que les chiffres ne mesurent pas ?

Ce que le mouvement leur redonne, c'est de redécouvrir leur corps, de voir qu'il marche encore. Beaucoup pensent qu'après un cancer, on n'est plus capable. J'ai des femmes qui pleurent d'émotion à l'escalade, de découvrir que leur corps est capable. C'est passer de l'enfant malade à l'enfant conquérant, de la femme malade à la femme conquérante.

Je leur propose quatre plaisirs par jour, dont celui de se dépasser. Le plaisir engendre de la joie.

Le sport, c'est un traitement indispensable, obligatoire. Il faut le conseiller avant que les gens tombent malades, et le maintenir pendant les traitements (chimiothérapie, hormonothérapie) et aussi en vieillissant. Il faut mettre le corps en mouvement.

Derrière l'effort, il faut sentir son corps vibrer, vivre.

Christine JANIN
Propos recueillis par Pierre DERROUCH

Rédactrice en chef :

Priscilla LEON
bertrandpriscilla@yahoo.fr

Secrétaires de rédaction :

Olivier ALEND
olivier.alenda@hotmail.fr
Stéphane BART
stephane.bart@ght-novo.fr
Jérôme GAS
jerome.gas@elsan.care
Jonathan OLIVIER
jo_olivier@msn.com
Fanny PARET
paret.fanny@gmail.com

Rédacteurs ponctuels :

Julien DEFONTAINES
julien.defontaines@gmail.com
Blandine TAMARELLE
Blandine.tamarelle@gmail.com

Coordination générale :

Timothée ROUILLÉ
trouille@afu.fr

Courrier à adresser à :

AFU - UROjonction
11 rue Viète - 75017 Paris
afu@afu.fr

Mise en page et impression :

Accent Aigu
accent-aigu@wanadoo.fr



Fanny PARET

Intelligence artificielle et responsabilité médicale

L'intelligence artificielle (IA) s'impose progressivement dans l'ensemble des disciplines médicales, notre spécialité n'y échappant évidemment pas. Aide au diagnostic, outils prédictifs en oncologie, interaction avec le patient, optimisation des parcours de soins, chirurgie augmentée, suivi des patients... Ses applications se multiplient, portées par des performances parfois comparables, voire supérieures, à celles de l'humain. Chacun se doit donc d'en être informé.

Mais cette évolution technologique s'accompagne d'une interrogation : **en cas d'erreur impliquant une IA, qui est responsable ?** Derrière cette question se joue en réalité une transformation plus profonde : celle du rôle du médecin et des contours de sa responsabilité.

Une IA encore largement assistive

À ce jour, la grande majorité des systèmes d'IA utilisés en médecine relèvent d'une logique d'assistance à la décision (dite IA assistive). Ils proposent des résultats, des probabilités ou des recommandations, mais ne prennent pas de décision de manière autonome. En pratique, le médecin conserve la maîtrise du diagnostic ou de l'acte thérapeutique.

Ce principe est d'ailleurs clairement affirmé dans le cadre réglementaire européen (« EU AI ACT », Règlement Européen sur l'IA adopté le 13 juin 2024 par le parlement européen) qui impose une supervision humaine de ces dispositifs.

L'IA est ainsi conçue comme un outil, certes sophistiqué, mais qui s'inscrit dans la continuité des technologies médicales antérieures.

Pour autant, cette vision peut être trompeuse. Car si l'IA n'est pas décideuse d'un point de vue juridique, elle influence de plus en plus fortement la décision clinique.

Une responsabilité médicale maintenue... mais sous tension

En l'état actuel du droit, l'introduction de l'IA ne bouleverse pas les principes fondamentaux de la responsabilité médicale. Le médecin demeure responsable des décisions prises pour le patient. Autrement dit, s'appuyer sur une IA ne constitue ni une exonération ni un transfert de responsabilité.

Cependant, cette stabilité apparente masque une réalité plus complexe. L'utilisation de l'IA introduit de nouvelles exigences : le clinicien doit non seulement maîtriser les données médicales, mais également comprendre les limites et les biais potentiels des outils qu'il utilise. La pratique médicale doit ainsi inclure de nouvelles compétences.

Cette évolution soulève des questions concrètes. Un biais algorithmique ayant conduit à une erreur diagnostique relève-t-il du concepteur de l'IA ? Une confiance excessive dans un outil pourtant validé engage-t-elle pleinement le médecin ? À l'inverse, le refus d'utiliser un outil utilisant l'IA devenu standard pourrait-il être considéré comme une perte de chance par le patient et opposable au médecin ?

De nouveaux risques médico-légaux

Le développement de l'IA dans la pratique médicale s'accompagne également de risques spécifiques.

Le premier est celui de l'*automation bias*, c'est-à-dire la tendance à accorder une confiance excessive aux recommandations algorithmiques, parfois au détriment du jugement clinique. À l'inverse, une défiance injustifiée vis-à-vis de l'IA peut conduire à ignorer des outils pourtant performants.

Par ailleurs, les données personnelles de santé sont des données sensibles. Leur accès est encadré par la loi pour protéger les droits des personnes. L'hébergement de ces données doit en conséquence être réalisé dans des conditions de sécurité adaptées à leur criticité et l'outil d'IA utilisé certifié HDS (Hébergement des Données en Santé), sans quoi le médecin s'expose à des risques juridiques, disciplinaires et éthiques, conformément à la RGPD et au Code de Santé Publique.

Un autre enjeu majeur concerne l'opacité de certains systèmes. Lorsque les mécanismes décisionnels ne sont pas explicables, la justification d'une décision médicale devient plus complexe, notamment en cas de contentieux.

Enfin, la question de l'information du patient prend une importance croissante. L'information délivrée par le médecin à son patient et la relation qui se noue entre eux dans le cadre de l'utilisation de ces nouvelles technologies est la pièce maîtresse de la responsabilité médicale (article L-4001-3 du CSP).

Le médecin, arbitre d'une médecine augmentée

Dans ce contexte, le rôle du médecin évolue. Il ne s'agit plus uniquement d'appliquer un savoir ou de réaliser un geste technique, mais de superviser, interpréter et contextualiser les résultats produits par des systèmes complexes.

Le clinicien devient ainsi un arbitre, capable de confronter les propositions de l'IA à la singularité du patient. Cette évolution renforce, plutôt qu'elle ne diminue, l'exigence de responsabilité.

Elle suppose donc également une formation médicale intégrant une meilleure compréhension des outils numériques, de leurs performances et de leurs limites.

Ce qu'il faut retenir

- Rester ouvert, s'informer et se former à l'utilisation de l'IA puisqu'elle est et sera de plus en plus un outil incontournable.
- Rester critique quant aux données générées par l'IA car la responsabilité incombe à l'humain et pas à la machine.
- Rester à l'affût des évolutions technologiques pouvant nous faire gagner en efficacité, en rapidité, en efficience, tout en conservant son esprit critique.

L'installation de l'IA en médecine ne modifie pas la responsabilité médicale. Dans une médecine de plus en plus technologique, le médecin reste le garant de la décision, tout en partageant désormais son environnement décisionnel avec des outils multiples.

À ce jour, aucune décision de justice concernant l'utilisation de l'IA dans le domaine médical n'existe. Toutefois la mise en application, en cours, de la réglementation européenne comme française, conduira sans aucun doute à faire évoluer la législation.

Le Règlement Européen sur l'IA entrera complètement en vigueur le 2 août 2027.

Fanny PARET

Références

- [1] <https://artificialintelligenceact.eu/fr/>
- [2] Lecomte D, Roques-Latrille C-F. *Rapport 25-12. Intelligence artificielle et responsabilité médicale. Quels enjeux ? Bull. Acad. Nat. Méd., Volume 210, Issue 1, 2026, Pages 3-9, ISSN 0001-4079, https://doi.org/10.1016/j.banm.2025.12.002*
- [3] *Les médecins malins.* <https://medecinmalin.substack.com/p/utiliser-lia-sans-aller-en-prison>



Véronique PHÉ

Semaine de la Contenance 2026 : quand l'AFU fait bouger les lignes

Bilan d'une mobilisation collective autour de l'incontinence urinaire à l'effort et du sport

Après l'annonce publiée dans le n° 140 d'UROjonction, place au bilan. Du 16 au 22 mars 2026, la Semaine de la Contenance a permis à l'AFU de porter, auprès du grand public comme dans nos cabinets, un message simple et utile : l'incontinence urinaire à l'effort ne doit pas conduire à l'arrêt du sport. Elle se dépiste, elle s'explique, elle se prend en charge, et elle ne doit plus être vécue dans le silence.

« Certains arrêtent le sport à cause des fuites. D'autres arrêtent les fuites. »

Ce slogan, volontairement direct, a été le fil conducteur d'une campagne pensée pour informer, déstigmatiser et encourager la consultation. Il résume bien ce que nous constatons tous : trop de patientes et de patients adaptent leur vie autour de leurs symptômes, réduisent leurs activités, renoncent à courir, sauter, danser, faire du fitness, marcher longtemps, parfois même rire ou tousser sans appréhension. Notre rôle collectif était de rappeler que l'urologue peut redonner du mouvement, de la confiance et des solutions.

Les temps forts de la mobilisation

Action	Objectif et acteurs
Vidéos d'experts sur les réseaux sociaux	Expliquer simplement l'incontinence urinaire à l'effort, ses mécanismes et les solutions validées, avec notamment la participation de Benoît Peyronnet.
Campagne visuelle nationale	Affiches et messages diffusés dans de nombreux cabinets d'urologues, mais aussi auprès des kinésithérapeutes et sages-femmes : rendre le sujet visible là où les patients peuvent être entendus.
Live grand public	Échanges en direct avec Véronique Phé, François Meyer et Christine Bataillon, kinésithérapeute spécialisée en pelvi-périnéologie : répondre aux questions, rassurer et orienter.
Relais médias	Interviews et prises de parole dans Magazine Avantages, Le Journal des Femmes, France Télévisions pour Le Mag de la Santé avec Véronique Phé, ainsi que dans Ici avec Willy Rovelli et Adrien Vidart.
Partenariats	Mobilisation avec l'AFRePP, Kiné France Prévention et Odyssea, pour inscrire le message dans une approche pluridisciplinaire, positive et tournée vers l'activité physique.

Une campagne grand public, portée par une communauté

La force de cette édition 2026 tient à sa tonalité : positive, accessible, presque sportive, mais jamais simpliste. Les visuels ont



volontairement joué sur des messages mémorisables : « *Le sport, c'est parfois un coach, parfois un urologue* », « *Ça serait bête d'arrêter le sport. La vessie est un muscle* », ou encore « *Le sport, c'est 90 % dans la tête, 10 % dans la vessie* ». Derrière l'accroche, il y avait une ambition très médicale : faire comprendre que l'incontinence urinaire à l'effort est fréquente, qu'elle n'est pas une honte et qu'elle mérite une évaluation adaptée.

Cette campagne a aussi montré l'importance de nos relais de terrain. Chaque affiche posée en salle d'attente, chaque partage sur les réseaux, chaque question posée en consultation a contribué à transformer un message national en conversation individuelle. C'est probablement là que se joue une partie essentielle de la prévention : dans la capacité de notre communauté à rendre dicible un symptôme que beaucoup de patients taisent encore.

Le live : un espace de parole directe

Le live organisé sur les réseaux sociaux de l'AFU a constitué un temps fort de la semaine. Véronique Phé, François Meyer et Christine Bataillon ont répondu aux questions du public en croisant les regards de l'urologue et de la rééducation pelvi-périnéale. Ce format interactif est précieux : il permet de déconstruire les idées reçues, de rappeler quand consulter, d'expliquer la place de la rééducation, des adaptations sportives, des dispositifs médicaux et des traitements, mais aussi de montrer que l'écoute est déjà une première étape de la prise en charge.



Une visibilité médiatique utile

La Semaine de la Contenance a également bénéficié d'une visibilité grand public importante. Les interventions dans la presse et les médias – Magazine Avantages, Le Journal des Femmes, France Télévisions pour Le Mag de la Santé avec Véronique Phé, ainsi que l'intervention d'Adrien Vidart dans Ici avec Willy Rovelli – ont permis de porter les messages de l'AFU au-delà de notre cercle professionnel. C'est un point essentiel : pour que les patients consultent, encore faut-il qu'ils identifient leurs symptômes comme relevant d'une prise en charge possible, et non comme une fatalité liée à l'âge, au sport, aux grossesses ou à la chirurgie.

Une démarche pluridisciplinaire

Cette campagne a aussi rappelé que la contenance est un sujet d'équipe. L'implication de l'AFRePP et de Kiné France Prévention a renforcé le lien avec les professionnels de la rééducation pelvi-périnéale. Le partenariat avec Odyssea a permis d'inscrire le message dans une dynamique plus large autour de l'activité physique, de la santé des femmes et de la prévention. Notre spécialité a tout à gagner à ces collaborations : elles améliorent le parcours patient, renforcent la lisibilité des solutions et

valorisent la place de l'urologue dans une prise en charge coordonnée.

Au-delà des actions nationales

La campagne a aussi été relayée localement. Par exemple, à Grenoble, une conférence ouverte au public a été organisée autour du message « N'arrêtez pas le sport ! Arrêtez les fuites ! », avec la participation de Caroline Thuillier. Ce type d'initiative illustre l'importance des actions de terrain, au plus près des patients, pour transformer une campagne nationale en véritable moment d'échange et de prévention.

Ce que cette semaine dit de notre spécialité

Au fond, cette Semaine de la Contenance 2026 a raconté quelque chose de notre communauté : notre capacité à sortir du seul temps médical, à prendre la parole dans l'espace public, à travailler avec nos

partenaires et à porter un message de santé publique clair. Elle a également rappelé que l'urologie fonctionnelle n'est pas une thématique de niche : elle touche la qualité de vie, l'autonomie, le lien social, l'estime de soi et la possibilité de rester actif.

Le bilan est donc encourageant, mais il nous engage. La semaine est terminée ; le sujet, lui, reste quotidien. Continuons à interroger nos patients, à ne pas attendre qu'ils osent en parler, à orienter précocement, à expliquer les options validées et à rappeler que l'arrêt du sport ne doit pas devenir le traitement par défaut de l'incontinence.

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

À nous, urologues de l'AFU, de continuer à faire bouger les lignes.

Véronique PHÉ



SEMAINE DE LA CONTINENCE
16 - 22 MARS 2026

LE SPORT, C'EST PARFOIS UN COACH PARFOIS UN UROLOGUE

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

Plus d'informations sur urofrance.org

AFU Association Française d'Urologie

Partenaires institutionnels: AFRePP, Kiné France Prévention
Partenaires majeurs: abbvie, Pierre Fabre

SEMAINE DE LA CONTINENCE
16 - 22 MARS 2026

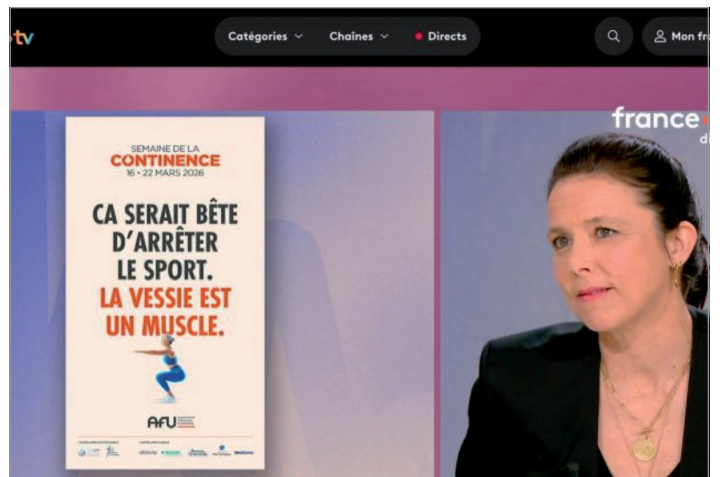
ÇA SERAIT BÊTE D'ARRÊTER LE SPORT. LA VESSIE EST UN MUSCLE.

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

Plus d'informations sur urofrance.org

AFU Association Française d'Urologie

Partenaires institutionnels: AFRePP, Kiné France Prévention
Partenaires majeurs: abbvie, Pierre Fabre





Marie CHICAUD

EAU 2026 : vers une urologie de précision, intégrative et centrée sur le patient

Le congrès annuel de l'Association Européenne d'Urologie (EAU 2026) s'est tenu mi-mars à Londres. À travers des sessions plénières, des présentations de qualité et des démonstrations chirurgicales. Plusieurs tendances fortes se dégagent : l'essor des biomarqueurs, l'intégration de l'intelligence artificielle, la désescalade thérapeutique et la prise en compte croissante de la qualité de vie.

Biomarqueurs et médecine personnalisée : l'essor du ctDNA dans le cancer de la vessie

L'ADN tumoral circulant (ctDNA) s'impose progressivement comme un biomarqueur clé dans le cancer de la vessie infiltrant le muscle (MIBC). Après cystectomie, la détection de ctDNA permet d'identifier une maladie résiduelle minimale. Les patients ctDNA positifs présentent un risque élevé de récurrence systémique, permettant d'envisager une stratification plus fine des traitements adjuvants.

Le ctDNA pourrait également contribuer à une meilleure sélection des patients candidats à une stratégie de préservation vésicale, en complément des critères cliniques et radiologiques.

Par ailleurs, les stratégies d'immunothérapie péri-opératoires poursuivent leur développement. L'association enfortumab vedotin + pembrolizumab (EV-Pembro) montre des résultats encourageants avec une augmentation des réponses pathologiques, une amélioration de la survie sans événement (EFS) et des signaux positifs sur la survie globale (OS).

Immunothérapie péri-opératoire : vers de nouveaux standards

Les stratégies combinant immunothérapie et traitements systémiques en péri-opératoire continuent de se développer. L'association enfortumab vedotin + pembrolizumab (EV-Pembro) montre des résultats prometteurs, avec :

- une augmentation des réponses pathologiques ;
- une amélioration de la survie sans événement (EFS) ;
- et des signaux positifs sur la survie globale (OS).

Ces données renforcent la dynamique vers une intensification thérapeutique personnalisée.

Neuro-urologie fonctionnelle : défis structurels et perspectives

La neuro-urologie fonctionnelle reste confrontée à plusieurs défis. Les outils diagnostiques, notamment l'urodynamique, demeurent invasifs. L'adoption des innovations chirurgicales, en particulier robotiques, reste limitée. Par ailleurs, la place des résultats rapportés par les patients (PROs) et de la littérature en santé est encore insuffisante.

Des problématiques organisationnelles persistent également, notamment en matière de formation et de transition des patients adolescents vers les structures de soins adultes.

Les perspectives d'évolution reposent sur le développement d'études prospectives multicentriques, la constitution de registres de grande ampleur, l'intégration de l'intelligence artificielle et la structuration d'une expertise multidisciplinaire.

Kétamine : une nouvelle problématique urologique

L'augmentation de l'usage récréatif de kétamine constitue un enjeu croissant. Environ 25 % des consommateurs intensifs développent une uropathie à la kétamine, avec atteinte du haut appareil dans près de 18 % des cas. Les conséquences fonctionnelles incluent une réduction de la capacité vésicale.

Un retentissement sexuel important est également observé, avec une diminution de l'activité sexuelle chez les hommes, une prévalence élevée de dysfonction érectile (51-70 %) et une altération globale de la fonction sexuelle chez les femmes.

Chirurgie reconstructrice : optimisation des résultats

Les avancées en chirurgie reconstructrice robot-assistée reposent notamment sur :

- le concept de « ureteral rest » identifié comme facteur indépendant de succès ;
- le retrait des sondes avant reconstruction ;
- l'utilisation de l'indocyanine green (ICG) pour l'évaluation de la vascularisation.

Ces innovations permettent d'améliorer les résultats et de réduire les complications, notamment les sténoses.

Cancer de la prostate : vers une approche biologique et personnalisée

La compréhension de la maladie oligométastatique évolue vers une approche plus biologique. L'intensification thérapeutique (enzalutamide ± ADT) améliore la survie sans métastase et la survie globale chez les patients à haut risque de rechute biologique. La thérapie dirigée contre les métastases (MDT) apparaît comme une stratégie prometteuse chez des patients sélectionnés (faible charge métastatique, maladie hormonosensible), permettant de retarder l'initiation de l'ADT tout en maintenant une faible toxicité.

EAU26
LONDON, GB
13-16 March 2026

www.eau26.org



EAU European Association of Urology

PRAISE-U : étude prospective en vie réelle de la mise en place de programmes de dépistage organisé du cancer de la prostate sur 5 sites en Europe. Les conclusions ? Pour 1 000 patients dépistés, 100 à 160 ont un PSA > 3, 30 à 75 nécessitent une IRM (stratification du risque pré-IRM sur la base du calculateur de l'ERSPC), 10 à 30 sont biopsies et 9 à 12 présentent un cancer de la prostate cliniquement significatif (ISUP \geq 2). La France reste l'un des rares pays à n'avoir pas encore engagé de réflexion systématisée autour du dépistage organisé. À méditer...

Actualisation à 30 ans de suivi de la cohorte Göteborg 1 (dépistage systématisé du cancer de la prostate, à l'aire sans IRM) : bénéfice de la stratégie de dépistage par rapport au groupe contrôle, mais aussi par rapports aux groupes hypothétiques « sans PSA » ou « PSA opportuniste » sur la survie sans mortalité spécifique. À 30 ans, il faut inviter 161 patients ou diagnostiquer 6 patients pour éviter un décès en lien avec le cancer. Les essais actuels (Göteborg 2, STHLM3-MRI, proScreen) se sont servis de l'expérience de cet étude pour améliorer le processus de dépistage intégrant désormais l'IRM, les biopsies ciblées, les calculateurs de risque, les scores polygniques, etc.

Essai PRIMARY 2, étude prospective randomisée s'intéressant à l'apport du PET PSMA chez les patients suspects d'avoir un cancer de la prostate avec IRM équivoque. 660 patients avec suspicion clinique et biologique d'un CaP ont été inclus entre stratégie standard de biopsies transpérinéales *versus* PET-PSMA. Si le PET était positif alors les patients bénéficiaient de BP ciblées seules, sinon les patients étaient surveillés. Résultats : -3.7 % de détection de cancer significatif (ISUP \geq 2), sans franchir la barre de non-infériorité établie à 10 %, mais permettant d'éviter 49 % de biopsies inutiles. Le PSMA ferait-il son entrée dans le bilan diagnostique initial du cancer de la prostate ?

Innovation technologique : l'intelligence artificielle au bloc opératoire

La réalité augmentée en chirurgie robotique entre dans une nouvelle ère. La simple superposition d'un modèle anatomique 3D du patient sur le champ opératoire est révolutionnaire. Avec l'IA, l'étape suivante est l'assistance à la prise de décision du chirurgien, pas seulement sa vision. Grâce aux modèles Vision-Langage (VLM), il devient possible de combiner en temps réel :

- la vidéo chirurgicale ;
- l'imagerie préopératoire ;
- les connaissances anatomiques ;
- es données cliniques du patient.

Cette fusion d'informations multimodales permet à l'IA de comprendre le contexte opératoire et de répondre à des questions telles que :

- Le plan de dissection est-il trop proche d'une structure critique ?
- Quels sont les risques associés à cette étape ?

On passe ainsi d'une IA qui détecte à une IA qui comprend et assiste. Des systèmes comme le *Surgical RARP Copilot* ouvrent la voie vers un véritable « filet de sécurité cognitif » au bloc opératoire, capable d'analyser la procédure en temps réel et d'assister le chirurgien. Demain, la réalité augmentée ne se limitera plus à afficher des images, elle deviendra un partenaire intelligent de la chirurgie.

Endo-urologie : excellence technique et transmission

Les sessions de chirurgie en direct ont illustré un haut niveau d'expertise en endo-urologie, notamment en lithiase (URSS, NLPC, double abord) et dans le traitement de l'HBP. Les discussions ont permis d'échanger sur de nombreux points techniques, en particulier autour des technologies laser mais aussi gaines aspirantes et nouveaux urétéroscopes avec un fort impact sur la pratique quotidienne.

Durabilité et pratiques cliniques : l'exemple des sondes urinaires

Et si les sondes urinaires réutilisables étaient aussi sûres que les sondes à usage unique ? C'est la question posée par l'étude COMPARE qui a évalué l'utilisation de sondes réutilisables chez des patients pratiquant l'auto-sondage intermittent (CIC).

Dans cet essai randomisé incluant 386 patients suivis pendant 12 mois, les résultats sont clairs :

- aucune augmentation du risque d'infection urinaire (UTI) avec les sondes réutilisables ;
- taux d'événements indésirables graves similaires entre les deux groupes ;
- complications liées au cathéter comparables.

Certaines différences ont néanmoins été observées :

- irritation urétrale légère plus fréquente avec les sondes réutilisables ;
- manipulation jugée plus simple avec les sondes à usage unique.

Globalement, la qualité de vie et les résultats cliniques étaient similaires. Ces résultats remettent en question une idée large-

ment répandue en urologie : les sondes à usage unique sont plus sûres.

De plus, les sondes réutilisables permettent :

- une réduction des coûts et de la dépendance aux limitations de remboursement ;
- une meilleure accessibilité dans les pays à ressources limitées ;
- une diminution de l'impact environnemental.

Dans un contexte où les systèmes de santé cherchent à concilier sécurité, accessibilité et durabilité, ces données invitent à repenser certaines pratiques établies. Peut-être que la vraie question n'est plus : *les sondes réutilisables sont-elles acceptables ?*, mais plutôt : *peut-on encore justifier l'usage systématique du tout jetable ?*

MicroARN et tumeurs germinales testiculaires

Les microARN apparaissent comme des biomarqueurs prometteurs dans le suivi des tumeurs germinales testiculaires de stade I. Ils pourraient permettre une détection plus précoce des récidives et une réduction du recours à l'imagerie.

Cependant, certaines limites persistent, notamment une sensibilité imparfaite et l'absence de détection du tératome.

Qualité de vie et désescalade thérapeutique : un changement de paradigme

Un message fort de ce congrès concerne la prise en compte de la qualité de vie, notamment dans les cancers rares comme le cancer du pénis pour lequel les conséquences psychologiques sont majeures.

La désescalade thérapeutique, notamment dans le séminome de stade II, illustre cette évolution : acceptation d'un risque de récurrence modéré (10 à 30 %) sans compromis sur la survie et dans l'objectif de réduire la toxicité à long terme.

Conclusion

Le congrès EAU 2026 confirme l'évolution vers une urologie intégrative, reposant sur les biomarqueurs, l'intelligence artificielle et une approche centrée sur le patient, avec une attention croissante portée à la qualité de vie et à la durabilité des pratiques.

Enfin, une participation française particulièrement marquée, notamment parmi les jeunes urologues, a été observée tout au long du congrès, témoignant du dynamisme de la discipline. Une présence qui, de manière plus anecdotique, n'est pas sans rappeler la performance des équipes françaises sur le sol anglais au même moment.

Marie CHICAUD, pour le Groupe FUTUR



Julien
BRANCHEREAU

AUA-AFU : renforcement des relations entre nos deux sociétés savantes, une collaboration en pleine expansion

Les relations entre nos deux sociétés s'inscrivent dans une dynamique grandissante de coopération scientifique et médicale.

Avec près de 25 000 membres répartis dans plus de 120 pays, l'AUA est aujourd'hui la plus grande organisation urologique au monde. Le renforcement des liens avec l'AFU et l'ouverture à de nouveaux collaborateurs constituent une de nos priorités dans le contexte des évolutions rapides de notre spécialité.

Notre récente rencontre, tenue lors du dernier congrès européen de l'EAU à Londres, a constitué une étape importante dans nos liens. Nous, (Dr Antoine Faix, Pr Yann Neuzillet et moi-même) avons été reçus par le Pr Jose Karam (MD, Anderson Cancer Center, Secrétaire associé de l'AUA) et le Pr David Penson (VUMC, Vanderbilt University Medical Center, Secrétaire général de l'AUA). Cet échange a permis de réaffirmer notre volonté commune de structurer et d'intensifier notre collaboration dans les années à venir.

Développement des programmes d'échange académique : le *Visiting Scholar Program*

Le *Visiting Scholarship* de l'AUA est un programme d'échange international destiné à des urologues pour aller se former temporairement aux États-Unis.

C'est une bourse de visite professionnelle qui permet à un.e urologue sélectionné.e de :

- Passer quelques semaines (souvent 2 à 3 semaines) dans un hôpital universitaire aux États-Unis ;
- Observer les consultations et les opérations (sans pratique de la chirurgie) ;
- Participer à des activités académiques (staff, conférences) ;
- Et en fin de programme, assister au congrès annuel de l'AUA.

Dans cette perspective, la participation du Dr Gaëlle Margue et du Dr Denis Séguier au *Visiting Scholar Program* constitue une col-

laboration particulièrement significative. Ce programme d'échange académique illustre notre engagement partagé à favoriser la mobilité des jeunes urologues et la diffusion des pratiques innovantes entre nos deux pays.

Par ailleurs, la mise en place d'un programme similaire en France est actuellement à l'étude, avec la perspective d'accueillir des jeunes urologues à Bordeaux et à Paris.

Participation aux congrès nationaux

L'un des temps forts de cette coopération est la 121^e réunion annuelle de l'AUA qui se tiendra du 15 au 18 mai 2026 à Washington, DC. Cet événement international rassemblera des urologues, chercheurs et partenaires du monde entier. L'AFU y sera représentée par notre Président, le Dr Antoine Faix.

Dans le prolongement de ces actions, il a été convenu d'accueillir une conférence de l'AUA lors de notre 120^e congrès national à

Paris en novembre prochain. Cette intervention sous forme de deux présentations de 15 minutes, l'une consacrée à l'uro-oncologie et l'autre aux thématiques non-oncologiques, seront réalisées par des experts de l'AUA.

Une dynamique appelée à se renforcer

Ces différentes initiatives témoignent d'une volonté commune de structurer et d'intensifier notre coopération. Nous nous réjouissons de poursuivre cette dynamique entre nos deux sociétés.

Julien BRANCHEREAU



American
Urological
Association



Julien Branchereau, Antoine Faix, David Penson, Yann Neuzillet et Jose Karam à l'EAU 2026



Irène CHOLLEY

Et c'est parti pour la certification périodique !

Après des mois de tergiversations, de combats et de luttes syndicales, depuis le 26 février 2026, c'est officiel, la certification périodique est lancée, référentiel d'actions à l'appui pour chaque spécialité.

Mais au fait, qu'est-ce que la certification ?

La certification, c'est une validation individuelle de vos acquis et un garant de votre formation médicale continue qui s'étend jusqu'au maintien de votre propre santé personnelle. Elle s'est construite au départ autour de l'obligation de formation continue (Article R.4127-11 du Code de la santé publique) : « *Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu* », et de la qualité des soins (Article R.4127-32 du Code de la santé publique) : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents* », auxquelles s'est rajoutée l'amélioration de la relation médecin-patient et la santé du médecin.

Il s'agit d'un cycle d'évaluation sur six ans, découpé en deux périodes triennales, articulé autour de quatre blocs :

- **Bloc 1** – Actualiser les connaissances et les compétences.
- **Bloc 2** – Renforcer la qualité des pratiques et des soins.
- **Bloc 3** – Améliorer la relation médecin-patient.
- **Bloc 4** – Prendre soin de sa santé personnelle.

L'objectif : 2 actions par bloc sur 3 ans, soit 8 actions par période triennale.

Cela vous rappelle quelque chose ?

Normal, le modèle a été volontairement calqué sur le DPC pour faciliter l'adhésion des praticiens.

Accréditation, DPC, certification... on ne s'y retrouve plus !

Vous n'êtes pas les seuls, toutes les spécialités sont dans la même situation. Il y a une bonne nouvelle dans tout cela : le DPC n'est plus obligatoire depuis cette année. La

certification périodique devient donc le seul système d'évaluation obligatoire.

Et que deviennent l'accréditation et le DPC ?

Ils perdurent. L'accréditation, individuelle ou en équipe, reste possible, avec des actions qui se recoupent avec celles de la certification. Merci à Urorisq (en particulier à Stéphane Bart et Bertrand Pogu) pour ce travail.

Le DPC, lui, n'est plus obligatoire mais ses actions sont maintenues (pour les fans des SUC). Et bonne nouvelle fraîche du 17 avril 2026 : les actions de DPC et leur financement sont reconduits pour 2027.

L'Agence nationale du DPC disparaîtra fin 2026. La HAS reprendra la gestion administrative du DPC, comme elle le fait pour l'accréditation. La création de nouvelles actions ou journées thématiques de DPC passera donc par un nouvel effecteur, pour le moment inconnu, qui assurera la validation, l'inscription et l'indemnisation des actions de DPC. Nous en saurons plus par la suite puisqu'une réunion avec la DGOS est déjà prévue en mai 2026.

Comment a été construit le référentiel d'urologie ?

C'est le CNPU (en particulier Denis Prunet et Irène Cholley) qui s'en est chargé, en s'appuyant sur les travaux des CNPU précédents et sur les actions de DPC existantes, histoire de limiter la charge administrative imposée par nos tutelles.

Deux nouveaux blocs ont été créés par la Loi : la relation médecin-patient et la santé personnelle. Sur ce dernier point, beaucoup de CNP, dont le nôtre, se sont élevés contre l'obligation de rendre compte de sa propre santé, qui n'a aucune incidence sur nos capacités médicales et surtout sur le respect du secret médical de chacun. Les tutelles sont restées inflexibles. Nous avons donc mis des objectifs simples sur cette partie.

Comment entre-t-on dans la certification ?

C'est là que réside la petite ironie : le site de l'Agence du Numérique en Santé (ANS) n'est pas encore fonctionnel.

Lorsqu'il le sera, chaque praticien recevra, via son numéro RPPS, un lien pour se connecter, choisir sa spécialité et renseigner ses actions bloc par bloc. Les pre-

mières démonstrations du site témoin semblent prometteuses : interface intuitive, prise en main rapide. Nous vous tiendrons informés dès l'ouverture, mais il se peut que vous receviez votre invitation avant même notre signal.

Une fois la certification complétée :

- une attestation est téléchargeable directement sur la plateforme ;
- elle est transmise au CNP de votre spécialité ;
- Puis à l'Ordre, qui remet la validation finale.

Le référentiel est-il figé ?

Pas tout à fait. Le CNPU peut proposer de nouvelles actions, sous réserve qu'elles répondent à des exigences précises et à un questionnaire normé, avant examen par une commission scientifique médicale. Le Comité de Formation Continue (CFC), présidé par le Professeur Matthieu Durand, doit se réunir prochainement pour travailler sur les futures actions de formation en urologie.

Pour assurer un bon démarrage de la certification, les tutelles ont décidé que les actions resteraient immuables pendant 2 ans.

Dans 2 ans, nous pourrions par conséquent rentrer de nouvelles actions, en particulier les congrès et réunions régionales sous réserve qu'ils soient organisés par des structures ou associations de FMC labellisées Qualiopi ou organismes de formation.

Les formations seront-elles indemnisées ?

Pour l'heure, non. Autant donc privilégier les formations éligibles à l'accréditation ou au DPC, qui ouvrent droit à une compensation pour l'interruption d'activité (voir l'article UROjonction dédié).

Conclusion

Ce référentiel est le fruit d'au moins trois ans de discussions. La certification devait démarrer en janvier 2023. Elle a finalement été officialisée le 26 février 2026 par la publication des référentiels de tous les CNP. La discussion en cours est de faire démarrer le cycle des 6 ans à partir de janvier 2026. Le CNPU et Urorisq se sont beaucoup investis pour permettre une certification périodique intelligente et bienveillante aux urologues.

En attendant l'ouverture du site, un conseil : conservez précieusement tous les documents de vos formations (attestations, diplômes, supports) tout ce que vous pourrez téléverser le moment venu.

Le CNPU reste disponible pour vos questions. À très bientôt !

Irène CHOLLEY, Vice-Présidente du CNPU



Julien
BRANCHEREAU



Jérôme
GAS

Interview de Julien Branchereau du CHU de Nantes, professeur d'urologie, membre du comité de transplantation et d'insuffisance rénale chronique et Secrétaire Général de l'AFU

Jérôme Gas - Où en sommes-nous de la transplantation rénale en France ?

Julien Branchereau - Aujourd'hui en France, un peu plus de 3 500 greffes rénales sont réalisées chaque année par les équipes d'urologie des différents CHU. Mais cette activité, déjà très exigeante, est en train de devenir encore plus complexe. Les patients pris en charge sont plus lourds, les donneurs également, et les protocoles se sont considérablement sophistiqués. L'exemple des donneurs décédés après arrêt circulatoire (Maastricht III) illustre bien cette évolution : ils imposent des contraintes strictes d'ischémie froide, qui rendent les organisations beaucoup plus tendues et conduisent de plus en plus souvent à des greffes réalisées la nuit.

En résumé, la transplantation rénale est devenue une activité plus difficile, plus complexe et de plus en plus nocturne.

Comment fonctionne les indemnisations des astreintes de transplantation ?

Dans ce contexte, la question des astreintes et de leur rémunération est devenue un point de tension majeur. Aujourd'hui, le système repose principalement sur un forfait de base pour les astreintes non déplacées, auquel peut s'ajouter, ou non, une rémunération complémentaire en cas de geste. Mais, dans les faits, ces modalités sont décidées localement, en accord entre la direction des établissements et les COPS (Commissions d'Organisation de la Permanence des Soins). Cette organisation conduit à une forte hétérogénéité entre les centres pour une même activité.

Selon une enquête récente de l'AFU, certaines indemnités pour une transplantation ou un prélèvement multi-organes peuvent être inférieures à 100 euros dans certains établissements. Une situation jugée difficilement compréhensible au regard de

Astreintes de transplantation rénale et de prélèvement multi-organes : mobilisation du SNCUF pour les urologues

la technicité, de la responsabilité et des contraintes de ces interventions.

Durant l'été, un décret national a été publié annonçant un projet de « revalorisation » et d'uniformisation de la rémunération des gardes de transplantation qui s'est avéré être en réalité, pour une grande partie des équipes d'urologie, une réelle dévalorisation des indemnités, alors que la transplantation devient de plus en plus complexe...

Face à cela, l'Association Française d'Urologie (AFU), la Société Française de Transplantation (SFT), ainsi que les associations de patients, France Rein et Renaloo, se sont mobilisées. Plusieurs échanges ont eu lieu avec la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'Agence de la biomédecine. À l'issue de ces discussions, la DGOS a adressé un message officiel indiquant que les astreintes de transplantation, compte tenu de leur complexité et de leur importance pour la population, devaient être rémunérées au barème maximal autorisé par la réglementation.

Vous avez donc eu gain de cause rapidement ?

Malheureusement non, bien que la directrice de la DGOS, Marie Daudé ait envoyé un mail pour annoncer cette décision, les directeurs d'établissements restent maîtres des indemnités d'astreintes et n'ont aucune obligation de tenir compte de cette recommandation.

Le Syndicat National des Chirugiens Urologues Français (SNCUF) s'est saisi du dossier afin de défendre une application plus homogène des directives nationales.

Avez-vous eu des nouvelles du ministère ?

Le sujet a été en discussion au ministère de la Santé où plusieurs échanges ont eu lieu et certains points d'accord ont été trouvés, notamment concernant les praticiens hospitalo-universitaires, particulièrement impactés par les évolutions récentes.

Plutôt des bonnes nouvelles en somme ?

Cependant, malgré ces avancées partielles, la revendication principale n'a pas été retenue : l'uniformisation nationale obligatoire des indemnités. Le décret de revalorisation a bien été signé, mais la fixation des montants reste du ressort des directions locales, ce qui maintient des écarts importants entre établissements.

Comptez-vous poursuivre votre mobilisation ?

Dans ce contexte, la mobilisation se poursuit. Certains centres ont choisi d'augmenter les indemnités conformément aux recommandations de la DGOS, mais d'autres ont refusé. Une enquête a donc été lancée afin de documenter précisément l'ampleur des disparités de rémunération pour une même activité sur le territoire.

Au final, malgré des avancées institutionnelles et des échanges constructifs, de nombreuses équipes continuent d'assurer des transplantations et des prélèvements d'organes dans des conditions jugées insuffisamment reconnues, avec parfois des indemnités inférieures à 100 euros. Les équipes concernées, qui assurent pourtant une mission essentielle, peuvent compter sur le soutien du SNCUF dans la poursuite de cette mobilisation.

Le SNCUF (Julien Branchereau, Cyrille Bastide, Didier Legeais) a obtenu des soutiens forts de la DGOS pour 3 revendications :

- Forfait d'astreinte au plus haut : 280 €.
- En cas de PMO ou de greffe : forfait garde.
- Pour les universitaires participant à l'astreinte, comme ils ne bénéficient pas de temps de récupération additionnels, leur rémunération sera plus importante.

Nous attendons une directive nationale et un suivi au cas par cas.

Julien BRANCHEREAU
Propos recueillis par Jérôme GAS



Priscilla LEON

Quand l'urologie s'engage sur le terrain : l'AFU aux côtés d'Odyssea

À l'occasion de la 12^e édition de la course Odyssea Toulouse, l'Association Française d'Urologie a une nouvelle fois affirmé son engagement en faveur de la prévention et de la lutte contre les cancers en s'associant à cet événement emblématique du sport-santé.

Malgré des conditions météorologiques peu clémentes, près de 4 700 participants ont répondu présents, établissant un record de mobilisation. Parmi eux, de nombreux professionnels de santé, dont plusieurs membres de l'AFU, venus courir mais aussi sensibiliser le grand public.

Sur le terrain, le stand AFU a permis d'aller à la rencontre des participants pour rappeler l'importance du dépistage et du suivi médical, notamment dans les pathologies urologiques comme le cancer de la prostate ou les troubles fonctionnels tels que l'incontinence urinaire.

Ce partenariat entre Odyssea et l'AFU repose sur une vision commune : promouvoir le rôle du sport dans la santé et souligner les liens biologiques et génétiques entre différents cancers, notamment du sein, de l'ovaire et de la prostate. Une approche transversale essentielle pour renforcer la sensibilisation du public.

Au-delà de la mobilisation humaine, l'événement a permis de collecter près de 50 000 euros au profit de la Ligue contre le cancer, contribuant directement au financement de la recherche.

Cette journée illustre parfaitement la force du collectif : patients, soignants, associations et citoyens unis autour d'un même objectif. Car, qu'il s'agisse du cancer du sein, de l'ovaire ou de la prostate, le combat est commun... et il se mène aussi sur le terrain.

Priscilla LEON





Stéphane BART



Bertrand POGU



Cynthia MABOU

Retour sur la 18^e journée Urorisq

La 18^e journée Urorisq s'est tenue le 7 mars 2026 à la Maison de l'urologie. Première édition en 2009 sous un autre format et nous remercions vivement Philippe Soulat et son équipe qui nous permet de réaliser cette session hybride avec près de 140 urologues, et la possibilité de retrouver prochainement les présentations par thématique sur AFU académie ([Urofrance / Formations en ligne](#)).

L'objectif de la journée est de mieux comprendre et appréhender les risques en urologie, que ce soit pour le patient mais également pour l'urologue avec, cette année, une monographie sur le risque des chirurgiens dirigée par Gaëlle Fiard avec comme équipe Géraldine Pignot, Blandine Tamarelle et Stéphane Bart.

De ce premier point découle les autres objectifs tels que le développement de la culture de gestion des risques avec les déclarations d'EIAS et leur Retex, l'amélioration de la sécurité du parcours de soins de nos patients, et des stratégies efficaces de prévention des risques, ou de d'atténuation et de correction de ceux-ci.

À l'honneur, deux recommandations cette année dont une qui a été débattue de manière intense avec les ECBUs pré-opérateurs et les infections urinaires chez l'homme dont la cystite.

Retrouvez également des thématiques concernant la santé au travail avec le bruit au bloc opératoire, souvent négligé, mais facteur associé à la fatigue cognitive, et compliquant la communication en équipe.

La seconde victime d'un EIG peut être le professionnel de santé et le chirurgien en premier, ce danger est mieux connu et peut être prévenu. Un tour d'horizon de la sinistralité en urologie et la présentation de la Checklist personnalisée en urologie seront traitées à part dans une prochaine édition d'urojonction.

Bonne lecture et n'oubliez pas de vous inscrire à la prochaine journée URORISQ le samedi 6 mars 2027. Retrouvez également les ateliers de gestion des risques au CFU 2026, et notez la date du vendredi 2 octobre 2026 pour une journée simulation en santé en partenariat avec [Sofrasims](#).

Stéphane BART, Bertrand POGU, Cynthia MABOU



Gaëlle FIARD

Le bruit au bloc opératoire

Au bloc opératoire, le bruit : un risque sous-estimé

Alarmes, instruments motorisés, conversations, ventilation... Le bloc opératoire est un environnement sonore intense. Longtemps considéré comme inévitable, le bruit apparaît aujourd'hui comme un véritable enjeu de santé au travail et de sécurité des soins.

Un environnement objectivement bruyant

Les mesures réalisées au bloc opératoire montrent des niveaux sonores moyens compris entre 60 et 85 dB, avec des pics supérieurs selon les spécialités.

En urologie, une étude française publiée dans *Progrès en Urologie* rapporte des niveaux moyens autour de 60 dB, avec des maxima dépassant 80 dB selon le type d'intervention [1].

En orthopédie, le risque de perte auditive liée au bruit est désormais bien documenté.

Une revue récente publiée dans *The Journal of Arthroplasty* [2] souligne l'exposition répétée des équipes aux instruments motorisés.

Pour rappel, le port de protections est obligatoire chez les travailleurs exposés à un bruit à hauteur de 85 dB pendant 8h par jour.

Performance chirurgicale et communication

Le bruit de fond altère la compréhension des messages, notamment imprévisibles, et peut donc être directement à l'origine de certains incidents en salle d'intervention.

De même, un milieu bruyant peut nuire à la qualité des apprentissages. Alors que le niveau sonore moyen relevé lors d'une intervention urologique dépasse les 60 dB, le bruit de fond recommandé pour favoriser l'apprentissage et la compréhension des messages dans une classe est de 35 dB.

Une étude publiée dans *Surgery* [3] a montré que les internes en apprentissage réussissaient moins bien en milieu bruyant s'ils n'avaient pas été entraînés dans un milieu exposé au bruit. De même, la même performance en milieu bruyant nécessitait un effort supérieur (mesuré par EMG) par rapport à un environnement calme.

L'introduction du système SOTOS (*Silent Operation Theatre Optimisation System*) a permis de réduire la pollution sonore au cours de prostatectomies robot-assistées avec une amélioration perçue de la communication au sein de l'équipe [4].

Conséquences pour les professionnels

L'exposition sonore élevée est associée à une augmentation du stress et du burn-out.

Une étude publiée dans *Noise & Health* [5] montre qu'un niveau sonore supérieur à 50 dB est corrélé à :

- une augmentation du burn-out ;
- une hausse du stress perçu ;
- une diminution de la satisfaction professionnelle.

Conséquences pour les patients

Le bruit n'affecte pas seulement les équipes. Un essai contrôlé prospectif publié dans *An-*

nals of Surgery [6] montre qu'un programme structuré de réduction du bruit en bloc opératoire pédiatrique est associé à une diminution significative des complications postopératoires (17,8 % vs 34,4 %).

Effets auditifs et extra-auditifs

Au-delà du risque de perte auditive irréversible, les effets du bruit incluent :

- activation du système nerveux sympathique ;
- perturbations du sommeil ;
- augmentation du risque cardiovasculaire.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2017) décrit ces effets extra-auditifs comme des conséquences biologiques mesurables d'une exposition chronique au bruit [7].

Des travaux de Basner *et al.* [8] ont également démontré une relation dose-réponse entre exposition au bruit environnemental et maladies cardiovasculaires.

Des pistes pour un bloc opératoire moins bruyant ?

Reconnaître le bruit comme un facteur de risque professionnel à part entière constitue la première étape de diagnostic.

Plusieurs leviers existent pour réduire l'exposition au bruit des urologues et, plus généralement, des travailleurs du bloc opératoire :

- Promouvoir une culture du silence lorsque cela est possible (on répond au téléphone en dehors de la salle si possible, pas de discussions parallèles notamment lors des temps délicats, etc.) ;
- Limiter les interruptions inutiles (portable personnel, téléphone de salle, etc.) ;
- Optimiser la gestion des alarmes (à négocier avec nos collègues anesthésistes pour le scope, volume des alarmes du bistouri, etc.) ;
- Choisir des équipements moins bruyants (laser notamment) ;
- Mettre en place un suivi audiométrique des professionnels exposés.

La musique, souvent utilisée au bloc opératoire, est un outil qui peut être rapporté comme utile ou au contraire nocif selon les études. Son intérêt pourrait être de « remplir » le silence en le maîtrisant pour limiter les conversations parasites, mais le risque est d'amener à monter le niveau sonore en salle, amenant à aggraver le bruit global et diminuer la compréhension des messages.

Gaëlle FIARD



Références

- [1] Carillo L, Devic A, Soulié M, Gamé X. Assessment of the sound level in the operating room during urological surgery. *Prog Urol.* 2019.
- [2] Gilreath N *et al.* Noise-Induced Hearing Loss in Orthopaedic Surgery: A Review Article. *J Arthroplasty.* 2025.
- [3] Su K *et al.* The impact of environmental noise on robot-assisted laparoscopic surgical performance. *Surgery.* 2010.
- [4] Leitsmann C *et al.* The Silent Operation Theatre Optimisation System (SOTOS) to reduce noise pollution during da Vinci robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. *J Robotic Surgery.* 2021.
- [5] Wang Y *et al.* Effect of Operating Room Noise on Occupational Burnout, Perceived Stress, and Life Satisfaction of Operating Room Nurses. *Noise & Health.* 2025.
- [6] Engelmann C *et al.* A Noise-Reduction Program in a Pediatric Operation Theatre Is Associated With Surgeon's Benefits and a Reduced Rate of Complications. *Ann Surg.* 2014.
- [7] World Health Organization. *Environmental Noise Guidelines for the European Region.* 2017.
- [8] Basner M *et al.* Auditory and non-auditory effects of noise on health. *Lancet.* 2014.



Ségolène
ARZALIER-DARET

La seconde victime

Certains EIAS peuvent conduire à un véritable traumatisme chez le professionnel de santé impliqué, qu'il s'agisse ou non d'une erreur médicale. Le médecin devient ainsi la deuxième victime de l'EIG, la première victime étant le patient.

Le fait de rester perturbé par un EIG peut engendrer de la souffrance (culpabilité, ruminations, troubles du sommeil, peur du jugement des pairs), une modification inadaptée des pratiques (hypervigilance, conduites d'évitement, médecine défensive), un sentiment d'insécurité dans ses décisions et une perte de confiance en soi. Le phénomène de seconde victime peut évoluer vers un trouble anxieux voire un syndrome de stress post-traumatique. Cela risque d'engendrer des troisièmes

victimes, les patients suivants dont la seconde victime aura la charge.

La prévention se fait par une sensibilisation des médecins, une approche collective via une réflexion dans les équipes sur les conséquences organisationnelles, un climat encourageant la verbalisation et le soutien des pairs qui permettent, par leur comportement, de restaurer l'appartenance au groupe professionnel.

La mise en place de programmes d'aide institutionnels formalisés pour prévenir et prendre en charge les médecins impactés reste encore à construire et à généraliser.

Ségolène ARZALIER-DARET



Paul MERIA

La rédaction du CRO en endo-urologie

La rédaction du compte rendu opératoire (CRO) est un élément essentiel de notre pratique. Elle est peu enseignée et s'apprend généralement « sur le tas ». Il semble néanmoins important de faire le point sur les grands principes à connaître pour rédiger un CRO satisfaisant, en sachant que le CRO idéal n'existe pas.

La jurisprudence a évolué dans ce domaine et depuis l'arrêt de la cour de cassation d'Aix-en-Provence du 16 octobre 2024, ce qui n'est pas mentionné dans le CRO est considéré comme non effectué ou non vérifié. D'où l'intérêt de fournir dorénavant un certain nombre de détails descriptifs dont on pouvait peut-être se passer il y a encore peu de temps.

Le CRO est un document indispensable qui doit être disponible le jour même de l'intervention et on doit considérer qu'il en fait partie. Sa rédaction engage notre responsabilité et il est important, lors de l'utilisation d'un CRO type, de le compléter en fonction des spécificités du geste effectué.

Généralités

Le style doit être concis et précis pour dire le maximum de choses avec le minimum de mots en utilisant des phrases courtes avec une idée par phrase et au présent. Chaque mot à son importance et il est recommandé d'utiliser des termes connus et reconnus en évitant les synonymes, les abréviations, les néologismes et les anglicismes. Le style télégraphique est autorisé.

Sur le fond, il doit commencer par les informations administratives (noms des personnes impliquées, etc.). Le titre doit mentionner tous les gestes effectués et correspondre au codage des actes.

L'objectif est d'établir un document descriptif objectif qui mentionne les constatations initiales, le ou les gestes effectués et l'état final. Toute décision peropératoire non prévue doit être justifiée ainsi que tout changement de technique ou de stratégie.

On suggère de commencer par un court rappel clinique. Il faut ensuite mentionner

le type d'installation, l'antibioprophylaxie et la voie d'abord.

Les constatations opératoires sont indispensables en mentionnant :

- ce qui est normal ;
- ce qui n'est pas exploré/explorable ;
- ce qui est pathologique.

Il faut également détailler l'aspect radiologique si on effectue des clichés qui pourront même être enregistrés.

Concernant les gestes effectués, en l'absence de problèmes, la description doit être succincte en mentionnant toujours le nom des dispositifs médicaux utilisés et les réglages ou paramétrages. Il faut toujours mentionner un échec ou un incident ainsi que les décisions prises et la façon de gérer la situation. L'appel à un collègue impose qu'il rédige sa partie du CRO et que son nom y figure. Il faut éviter de qualifier une intervention de « difficile », mais mentionner qu'elle est « *rendue difficile par tel ou tel problème* ».

Tout matériel laissé en place doit faire l'objet d'une traçabilité. En cas d'utilisation des radiations ionisantes, il faut mentionner le type d'appareil et la dose délivrée.

En cas de clampage d'un organe, il faut en mentionner la durée. Le compte des champs et des compresses peut être précisé, même s'il est mentionné sur la « feuille de salle ».

Les différents prélèvements doivent être mentionnés ainsi que le bilan en entrée/sortie, le type de drainage et les fils de suture utilisés.

Quelques renseignements annexes sont utiles tels que la quantification d'un éventuel saignement et la nécessité d'une transfusion, les signes post-opératoires et les éventuelles alertes devant attirer l'attention du patient.

Les éléments spécifiques

Urétéroscopie / urétérorénoscopie

Dans le rappel, on peut préciser si l'EBCU est stérile ou traité. Il faut également préciser les spécificités de l'installation.

L'anatomie endoscopique doit être précisée en mentionnant l'aspect de l'urètre, de la vessie et la position des méats. L'opacification de la voie directrice doit être décrite si elle est effectuée. Il faut préciser quel fil guide est mis en place et en cas d'utilisation d'une gaine d'accès il faut en mentionner les caractéristiques (calibre, longueur, aspiration) et la localisation de son extrémité, urétérale ou pyélique. Il faut également préciser le type d'urétéroscopie/urétérorénoscopie utilisé et ses caractéristiques (usage unique, réutilisable, calibre) ainsi que l'emploi éventuel d'une pompe d'irrigation et le paramétrage appliqué.

La description porte également sur l'aspect des cavités et leur contenu : il faut décrire des papilles et les calculs en précisant leur type morphologique. Des tableaux facilitant la reconnaissance endoscopique des calculs sont disponibles. Des photos peuvent être prises et versées au dossier. On procède de la même façon en cas de tumeur de la voie excrétrice.

Le procédé de fragmentation des calculs doit être mentionné avec les paramètres employés. Il faut préciser si les fragments sont retirés au panier ou aspirés et décrire ce qui est laissé en place en fin d'intervention.

Il faut également décrire les éventuels problèmes rencontrés ou la nécessité d'une intervention complémentaire à prévoir en cas de calcul et/ou de fragments résiduels.

On termine par la description des cavités pyélocalicielle et de l'uretère lors du retrait de l'appareil. La durée de travail intra-rénal est mentionnée.

Des consignes postopératoires spécifiques peuvent être rajoutées.

Lithotritie extra corporelle

Le canevas est identique. On précise le type d'appareil utilisé en mentionnant le mode de repérage. Les paramètres de fragmentation sont précisés ainsi que la tolérance. On peut ajouter le résultat immédiat constaté en échographie ou en scopie.

Néphrolithotomie percutanée

Les points importants à rajouter concernent l'installation qui est spécifique et les moyens de protection utilisés. Le mode de ponction du rein doit être précisé ainsi que le type de guide utilisé et le mode de dilatation pour la création du trajet. Les descriptions et les détails techniques à

fournir sont identiques à ceux mentionnés plus haut.

La pyélotomie laparoscopique robotisée

Outre le type de matériel utilisé (nom du robot) Il faut préciser la position et la taille des trocarts. Les manœuvres de sécurité et la pression de travail doivent être mentionnées ainsi que la description de la cavité péritonéale. Les gestes effectués doivent

être décrits de de façon succincte en l'absence de problèmes. En cas de clampage artériel rénal, il faut en signaler la durée. Il faut également bien préciser le type de suture et le mode de drainage.

Conclusion

Le CRO est un Compte Rendu Obligatoire et immédiat qui doit figurer dans le dossier du patient le jour même de l'intervention, afin

de fournir une information précise à toute personne pouvant être amenée à prendre en charge le patient et faciliter le travail des collègues impliqué(e)s dans la continuité des soins.

Tout CRO type doit être relu et complété avant validation et signature.

Paul MERIA



Omar KARRAY

Place de l'ECBU avant prise en charge urologique chirurgicale ou interventionnelle

Recommandations de bonne pratique



La question sur l'intérêt de l'ECBU préopératoire en chirurgie urologique reste un sujet de débat. Jusque-là, le lien entre la colonisation urinaire préopératoire et les complications infectieuses post-opératoires reste insuffisamment établi.

La pertinence et l'aspect microéconomique des demandes d'examens complémentaires et les prescriptions conséquentes d'antibiotiques ont motivé la réalisation d'un travail de recommandations au sujet de l'ECBU avant la prise en charge urologique chirurgicale ou interventionnelle.

Ce travail est le fruit d'une expertise multidisciplinaire impliquant différents intervenants : l'Association Française d'Urologie, les sociétés savantes partenaires (microbiologie, infectiologie, anesthésie-réanimation, néphrologie, médecine d'urgence, radiologie, hygiène hospitalière).

L'Association Française des Infirmières et Infirmiers en Urologie, ainsi que les associations représentatives des patients (Renaloo & Le Lien) ont également participé de manière active aux différentes phases de ce projet.

Il est important de préciser que la littérature reste peu fournie à ce sujet en comparaison à d'autres thématiques telles que la cancérologie génito-urinaire ou la lithiase urinaire.

La contribution précieuse de Diana Kassab, méthodologiste de l'Association Française d'Urologie, a permis aux chargés de projets et au groupe de travail de réaliser une revue exhaustive de la littérature, permettant d'établir ces recommandations.

Une relecture pertinente par des référents des sociétés savantes partenaires de ce travail, mais aussi par des confrères urologues francophones, a permis d'optimiser ces recommandations dans les détails les plus précis.

Ces recommandations précisent que du moment où une culture d'urine n'est pas recommandée avant chirurgie urologique, il n'est pas recommandé de traiter une bactériurie asymptomatique, indépendamment de la présence de matériel endo-urinaire.

L'indication d'un ECBU préopératoire et au traitement d'une bactérie asymptomatique est validée avant la résection endoscopique de la prostate, les techniques ablatives endoscopiques de la prostate (HoLEP, ThuLEP, GreenLEP, BiPoLEP), la résection endoscopique de tumeur de vessie, la chirurgie de l'anomalie de la jonction pyélo-urétérale, l'urétroplastie et l'urétéroplastie, l'urétrotomie interne endoscopique, l'urétéroscopie diagnostique et/ou thérapeutique et la néphrolithotomie percutanée.

Certaines indications classiques de réalisation de l'ECBU en préopératoire ont été revues par le groupe de travail.

On ne retiendra plus d'indication à l'ECBU préopératoire avant une prostatectomie totale, une adénomectomie prostatique quelle que soit la voie d'abord, une cystectomie totale ou partielle quel que soit le type de dérivation urinaire, une néphrectomie totale ou partielle, une néphro-urétérectomie et avant la pose d'une prothèse pénienne ou d'un sphincter urinaire artificiel chez l'homme.

La non-réalisation d'un ECBU préopératoire est étendue également à d'autres chirurgies, telles que la cystoscopie, la pose d'implants intraprostatiques (Uro-lift), les instillations thérapeutiques intravésicales (BCG-thérapie, chimiothérapie intravésicale, instillation d'acide hyaluronique), l'urétrocystographie rétrograde, et les injections intradétrusoriennes de toxine botulique de type A.

Pour d'autres indications opératoires, et faute de données suffisamment solides et/ou de consensus entre les différents intervenants de ce travail, il n'a pas été retenu de décision formelle concernant la réalisation d'un ECBU préopératoire avant le traitement du cancer de la prostate par ultrasons focalisés de haute intensité, le traitement du prolapsus urogénital chez la femme, le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme et chez l'homme (en dehors du sphincter urinaire artificiel chez l'homme), les injections de macropastique, la transplantation rénale et la lithotritie extracorporelle.

Le groupe de travail précise que l'indication d'ECBU avant un bilan urodynamique et avant l'insertion ou le changement des endoprothèses urétérales ou de sonde de néphrostomie n'ont pas fait l'objet d'une évaluation dans ces recommandations.

Ces recommandations, qui s'accompagnent d'un changement de pratique professionnelle, permettront une meilleure pertinence dans la prescription d'examens complémentaires tout en réduisant la pression de résistance aux antibiotiques en limitant les indications aux situations avec des

risques septiques post-opératoires établis dans la littérature.

Les premiers résultats et conclusions de ce travail ont été discutés lors du forum d'infectiologie au Congrès Français d'Urologie

en novembre 2025, ainsi qu'à la journée Urorisq de mars 2026.

Une session sera dédiée la présentation et à la discussion de ces recommandations lors des premières journées d'infectiologie

de l'Association Française d'Urologie qui auront lieu les 24 et 25 septembre 2026 à Tours.

Omar KARRAY



Aurélien DINH

Nouvelles recommandations françaises sur les infections urinaires masculines (IUMACA)

Les recommandations actualisent en profondeur la prise en charge des infections urinaires communautaires de l'homme adulte avec plusieurs évolutions majeures en termes de diagnostic, de nosologie et de traitement. Elles seront accessibles prochainement sur Urofrance.

1. Une clarification diagnostique majeure

L'un des apports importants concerne le diagnostic :

- La bandelette urinaire n'est pas recommandée chez l'homme en raison d'une valeur prédictive négative insuffisante. Le diagnostic doit reposer sur la clinique et l'ECBU.
- L'ECBU est indispensable avant toute antibiothérapie, sauf situations particulières.
- Les signes cliniques priment sur les seuils microbiologiques (leucocyturie, bactériurie).
- Il est essentiel de distinguer :
 - la colonisation urinaire (à ne pas traiter) ;
 - la bactériurie de signification indéterminée (notamment chez le sujet âgé) ;
 - la véritable infection urinaire.

2. Reconnaissance de la cystite masculine

Les recommandations actent un changement conceptuel majeur :

- La cystite de l'homme existe, y compris en dehors de toute atteinte prostatique.
- Elle se définit par :
 - des symptômes urinaires bas (dysurie, pollakiurie, urgenturies, douleurs sus-pubiennes) ;
 - sans fièvre ni syndrome de sepsis ;
 - avec ECBU positif.

3. Évolution des stratégies thérapeutiques

Cystite masculine

- Approche désormais plus proche de celle de la femme.
- Utilisation d'antibiotiques ciblés :
 - fosfomycine-trométamol ;
 - nitrofurantoïne ;
 - pivmécillinam.
- Durées de traitement raccourcies (7 jours ou schéma court spécifique pour fosfomycine).
- Possibilité d'attendre l'ECBU avant de traiter si symptômes modérés.

Infections fébriles (prostatite/pyélonéphrite)

- Traitement probabiliste adapté à la gravité (céphalosporines ± amikacine).
- Relais oral précoce possible.
- Importance de la réévaluation à 48–72h.

4. Données microbiologiques actualisées

- Germes principaux :
 - *Escherichia coli* (~40 %) ;
 - *Enterococcus faecalis* ;
 - *Klebsiella pneumoniae* ;
 - *Proteus mirabilis*.
- Résistances notables :
 - fluoroquinolones (~16–20 %) ;
 - amoxicilline-clavulanate (~30 %).

- Faible prévalence des carbapénémases.

5. Pharmacologie : point clé sur la prostate

Les recommandations apportent des précisions importantes :

- Les bêta-lactamines diffusent correctement dans le tissu prostatique (interstitium), contrairement à une idée reçue ancienne.

- En revanche :
 - diffusion faible dans les sécrétions prostatiques ;
 - pas de pénétration intracellulaire.
- Les molécules à diffusion intracellulaire (fluoroquinolones, cotrimoxazole, fosfomycine) restent pertinentes dans certaines situations.

6. Moins d'examen inutiles

- Pas d'indication systématique :
 - bandelette urinaire ;
 - PSA ;
 - CRP / hémocultures (en ambulatoire).
- Imagerie uniquement si formes compliquées ou évolution défavorable.

Conclusion

Ces recommandations marquent une évolution importante vers une prise en charge plus précise et plus parcimonieuse des infections urinaires masculines. Elles reposent sur :

- une meilleure définition des entités cliniques (notamment la cystite masculine) ;
- une réduction des examens inutiles (dont la bandelette urinaire) ;
- une optimisation de l'antibiothérapie (durées plus courtes, spectre adapté) ;
- et une réévaluation du rôle des bêta-lactamines, désormais reconnues comme diffusant correctement dans la prostate.

Aurélien DINH



Alexandra DEVILLERS
Déléguée générale



Jérémie FERREIRA-LIMA
Délégué général adjoint



Géraldine CANCEL-TASSIN
Responsable scientifique



Diana KASSAB
Méthodologiste



Cynthia MABOU
Cheffe de projet OA



Timothée ROUILLÉ
Chef de projet communication et formation



Elodie MORLAND
Assistante administrative

Découvrez l'équipe de la Maison de l'Urologie

Vous êtes nombreux à interagir avec l'équipe permanente de l'AFU sans toujours savoir qui fait quoi. C'est désormais chose faite : la page Maison de l'Urologie sur Urofrance a été mise à jour avec les photos et les missions de chacun des membres de l'équipe qui œuvre au quotidien pour votre association.

Que ce soit pour une question scientifique, une démarche administrative, un projet de communication ou un besoin méthodologique, vous saurez désormais à qui vous adresser. Une équipe pluridisciplinaire, entièrement dédiée à l'AFU et à ses membres, accessible et identifiée.

Une belle occasion de mettre des visages sur des noms et de rappeler que derrière l'AFU, il y a des femmes et des hommes engagés pour vous chaque jour.

Découvrez l'équipe et leurs missions sur urofrance : <https://www.urofrance.org/afu/maison-de-lurologie/>

BCG-medac

Poudre et solvant pour suspension intravésicale

Système d'instillation



Nouveau système d'instillation



Flacon de BCG-MEDAC

Cathéter Luer-Lock™ & lubrifiant

Tout ce dont vous avez besoin pour l'instillation, réuni dans une seule boîte !

Traitement du carcinome urothélial non-invasif de la vessie¹ :

- Traitement curatif du carcinome *in situ*
- Traitement prophylactique de la récurrence du :
 - carcinome urothélial limitée à la muqueuse :
 - pTa G1-G2 s'il s'agit d'une tumeur multifocale et/ou récidivante
 - pTa G3
 - carcinome urothélial envahissant la lamina propria mais non dans la musculature de la vessie (pT1)
 - carcinome *in situ*

Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur : www.has-sante.fr

Liste I. Prescription initiale hospitalière de 6 mois et renouvellement réservés aux spécialistes en urologie ou en oncologie médicale. Remb. Sec. Soc. 100%. Agrée coll



1. RCP BCG-MEDAC en vigueur

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=60973899>



Julien
DEFONTAINES

La médecine soigne les corps, la salle de garde soigne les médecins

On peut trouver sur le site du musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), dans la partie « L'œuvre du mois » (datée d'août 2014), un reportage très intéressant sur la première salle de garde. Celle-ci aurait été ouverte dans l'hôpital de la Charité (plus ancien hôpital de Paris après l'Hôtel-Dieu, démoli en 1935 puis devenu la Faculté de médecine des Saints-Pères) à partir de 1601. L'histoire retient que la corporation des barbiers chirurgiens commence à occuper un rôle défini à partir du XII^e siècle et prend peu à peu la direction des hôpitaux. Ces barbiers mangent, s'y reposent, voire y vivent parfois (à la différence des médecins). Eu égard à leur condition sociale et à leur statut, des avantages leurs sont alloués par l'institution avec la mise à disposition d'espaces réservés : les salles de garde.

La création des premières fresques est alors quasi simultanée. La proximité avec l'école des Beaux-Arts, située de l'autre côté de la Rue Jacob, encourage les barbiers à inviter les étudiants à décorer leur salle en échange du gîte, du couvert ou parfois de soins. Le peintre Gustave Doré décorera ainsi plusieurs murs en 1859 dans un style « Ecole de Barbizon »

Les œuvres vont évoluer plus librement à partir de la fin du XIX^e siècle avec le développement de l'internat hospitalier et de ses traditions. Les fresques réalisées directement sur les murs par les internes eux-mêmes, ou par des artistes d'école d'art, se perpétuent et constituent une forme d'expression collective propre à cet espace atypique de liberté.

Elles traduisent une tradition de liberté et de transgression où l'humour irrévérencieux prime sur les considérations extérieures.

Les économistes en sont les garants et continuent d'essayer de perpétuer ces traditions ancestrales. Des commandes (passées par les économats ou des associations de sauvegarde du patrimoine comme « Le Plaisir des dieux ») pour remplacer les anciennes fresques ou en créer de nouvelles existent mais l'heure actuelle semble plutôt être à la sauvegarde, voire au sauve qui peut.



Figure 1 - Gustave Doré, Ecole française, 1859. Détail de la Salle de Garde de la Charité, « Esculape recevant les hommages des médecins ».



Figure 2 - Gilles Tondini. L'effacement obscène. Salle de garde du CHU Necker.



Figure 3 - Gilles Tondini. L'effacement obscène. Salle de garde CH Louis Mourier.

Car le *modus vivendi* avec l'administration hospitalière semble rompu depuis le tournant juridique de 2021. Suite au jugement du tribunal administratif, les fresques à caractères pornographiques sont considérées comme illégales dans un hôpital car ses représentations sont assimilées à une atteinte à la dignité. L'instruction ministérielle du 17 janvier 2023 faite par le ministre et ancien médecin François Braun oblige les hôpitaux à retirer les fresques à caractère pornographique ou sexiste. L'objectif est de lutter contre les violences sexuelles ou morales dans les hôpitaux.

C'est dans ce contexte de sauvegarde de peintures parfois centenaires que nous présentons le travail de Gilles Tondini.

Il est photographe-auteur autodidacte depuis une trentaine d'années et a créé sa maison d'édition pour partager son travail à travers ses livres auto-publiés. Son œuvre sur les fresques de salle de garde s'entête à sauvegarder des milliers de photo de salles de garde à travers toute la France. Et de les mettre en contexte avec des textes d'artistes, de philosophes, d'étudiants, de médecins...

Son premier livre, *l'image Obscène* paru en 2005, perpétuait les images des centres hospitaliers et CHU parisiens. Son prochain livre à venir présentera des fresques d'hôpitaux de toute la France.

Vous pouvez le contacter directement par mail : editions.ppp@gmail.com ou retrouver son travail en cliquant ou scannant le QRcode ci-joint :



Julien DEFONTAINES



Figure 4 - Photo illustrant l'article du journal le Figaro du 30 janvier 2015 sur la décision du doyen de la faculté de Clermont-Ferrand de faire effacer une fresque satirique.



Figure 5 - Gilles Tondini. L'effacement obscène. Salle de garde du CH Ambroise Paré.

La position de l'AP-HP sur la fermeture des salles de garde et la gestion des fresques

Nous avons contacté l'AP-HP pour connaître la position officielle et les fondements des décisions sur les fermetures des salles de garde. Pour savoir quelles options étaient proposées pour la gestion des fresques et si des concertations étaient faites avec les associations étudiantes.

Pour cela, nous avons contacté le service communication et joint M. Théodore Lopresti à la direction de la communication. L'institution n'a pas souhaité répondre

à nos questions et nous a remis un communiqué de presse :

Une instruction de la DGOS en date de janvier 2023 relative aux fresques dites « carabines » des salles de garde a fixé l'objectif et le cadre de l'action des hôpitaux s'agissant du retrait des fresques à caractère pornographique et sexiste. Conformément à l'instruction ministérielle, l'AP-HP a demandé aux directions des établissements, en co-pilotage avec les commissions médicales d'établissement locales, de me-

ner une concertation avec les personnes concernées, notamment les internes mais plus généralement les communautés médicales utilisant les salles de garde, pour organiser le retrait des fresques à caractère pornographique et sexiste étant entendu qu'une majorité des établissements n'étaient pas concernés par le problème (exemples : Avicenne, Jean Verdier, René Muret, Henri Mondor, Cochin, Corentin Celton, Broca, Vaugirard, Sainte-Périne, Bécélère). Ces concertations, menées dans des formats variés, ont abouti à des retraits (exemples : Lariboisière, Hôpital européen Georges Pompidou, René Muret).

Julien DEFONTAINES



Julien
DEFONTAINES

Photographies de salles de garde

Julien Defontaines - Qu'est-ce qui t'a conduit à t'intéresser aux fresques de salles de garde ?

Gilles Tondini - C'est une rencontre qui remonte à 2005. Je travaillais alors pour la presse. *L'Etudiant Magazine* me commande un reportage sur le service de la maternité de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. J'effectue ma mission, en immersion pendant une semaine dans le service, à couvrir tous les aspects du métier de médecin hospitalier. Le dernier jour, puisque nos relations ont été très cordiales, le chef de service m'invite en salle de garde pour fêter la fin de notre collaboration. En entrant, je ne réalise pas immédiatement que je suis littéralement encerclé, murs et plafonds, par des fresques, le spectacle est si intense que je suis saisi de sidération ! En 2005, à Saint-Vincent-de-Paul, la salle de garde aurait fait pâlir de jalousie une palanquée de dessinateurs de presse. La situation, dans le contexte actuel, serait absolument surréaliste, inacceptable, à tel point que je ne prendrais pas, ici, le risque de décrire le moindre contenu de ces fresques. Quoi qu'il en soit, après moult explications, car il est absolument nécessaire d'user de pédagogie afin de contextualiser, et plus ou moins bien remis de mes émotions (j'étais jeune père), j'ai photographié la salle de garde en catimini. Car « rien ne doit sortir de la salle de garde », c'était à cette époque un acte hautement répréhensible. J'ai gardé ces images sans autre intention de les archiver. Jusqu'au jour où j'ai lu dans le Monde que, pour des raisons budgétaires, l'administration hospitalière allait tout simplement supprimer les salles de garde. Choqué, j'ai immédiatement décidé de partir en campagne afin de photographier ce patrimoine unique au monde. Cela a donné lieu à la parution en 2010 d'un premier ouvrage d'art intitulé *L'Image Obscène*, livre qui a définitivement rencontré son public. J'ai, depuis 2010, continué d'enrichir mes archives en me déplaçant principalement dans les salles de garde de Paris et la région parisienne. Tout ça en autoproduction, c'est-à-dire à mes frais. Je me permets de préciser cette information : les choses ne se font pas toutes seules, protéger un patrimoine en le documentant demande entre les recherches, les prises de ren-

dez-vous et les déplacements du temps et des moyens financiers. Idéalement, je souhaiterais boucler ce travail en couvrant l'ensemble du territoire français. J'espère que dans ce contexte de censure, d'effacement absurde et précipité, j'aurais suffisamment de temps et de moyens.

Ton travail relève-t-il davantage de l'archive patrimoniale ou d'une démarche artistique ?

Concernant ce travail en particulier je n'ai aucune prétention artistique, j'essaye d'être un « bon artisan » en m'appliquant à rapporter une information, la plus neutre et objective possible. Je suis dans la posture du passeur, celui qui transmet, qui documente, et je m'attèle à ne pas altérer l'image par ma présence. Je soigne le cadrage, je m'attache aux détails, j'essaye d'être là au bon moment pour la lumière. La seule chose, peut-être, que j'essaye de faire, est d'apporter un sentiment d'urgence et de fragilité. Il n'y a rien de plus fragile qu'une œuvre d'art exposée à la vindicte, elle peut disparaître en un rien de temps.



Figure 6 - Gilles Tondini. *L'effacement obscène*. Salle de garde du CH Ambroise Paré.



Gilles TONDINI

Photographe et éditeur du livre
« *L'Effacement obscène* »
sur la sauvegarde des fresques
de salle de garde

Comment choisis-tu les salles de garde ou les fresques que tu photographies ?

Je ne les choisis pas ! Je les photographie toutes, comme elles viennent, quels que soient le sujet et leur état de conservation. Peu importe la facture artistique de ces fresques, ce qui m'importe c'est la rencontre avec un lieu de vie séculaire qui résonne de mille présences avant moi, le moment de vie, de partage, de force brute qu'elles véhiculent, le fragment d'histoire authentique qu'elles transportent.

As-tu le sentiment de documenter un patrimoine en voie de disparition ?

Absolument ! Ces dernières années, à cause d'une censure qui manque totalement de discernement j'ai vu disparaître brutalement des fresques, parfois anciennes, aux factures artistiques majeures. Avec l'effacement de ces fresques, ce sont des pans entiers de l'histoire des salles de garde et de l'internat qui sont anéantis. Avec la « ripolinisation », l'aseptisation, l'effacement généralisé, ce ne sont pas seulement des peintures murales qui disparaissent, mais aussi un mode de vie qui permettait aux internes de constituer des réseaux solides et durables, d'appréhender leur métier, de se projeter dans l'avenir en échangeant sur un mode convivial avec des fossiles, d'acquérir des connaissances sur un mode informel. Je ne pense pas idéaliser. Les salles de garde sont des lieux de vie hautement fédérateurs et bienveillants qui génèrent et fabriquent un terrain relationnel, une trame, un tissu particulier de la médecine à la française. Je peux en témoigner à la fois au travers de mon expérience du terrain et surtout de celle du patient.

Au cours de ces missions de sauvegarde je me sens complètement investi, indispensable et légitime dans mon rôle de photographe.

Selon toi, quelle est la valeur historique et culturelle de ces fresques dans le monde hospitalier français ?

L'acte de peindre sur des murs à une importance considérable, nonobstant l'acte lui-même qui nous renvoie d'emblée à l'origine de l'humanité. L'art pariétal, tout comme les rites funéraires, sont les actes fondateurs de l'espèce humaine, c'est à ce moment que nous prenons conscience de notre propre existence. Plus près de nous et sans transition depuis les années 1980 et l'émergence de la culture Hip Hop (déjà 40 ans), peindre sur des murs est bien souvent un acte, une volonté de s'affranchir des interdits qui, de plus en plus, jalonnent nos vies d'acteurs contemporains. C'est faire acte de résistance aux conventions, aux règlements, aux interdits.

Toutes les traditions de salles de garde convergent dans une seule direction. S'affranchir des règlements, des conventions.

Ces fresques sont des palimpsestes, une sorte de fil d'Ariane, un livre centenaire aux pages collées qui racontent une histoire vivante en strates colorées. Dans les salles de garde, les internes refondent et recomposent en permanence les mœurs de l'époque, leurs défis des convenances. Une façon artistique majeure pour manifester leurs besoin d'exister face à la maladie et la mort mais aussi d'exprimer leurs différences.

Certaines fresques peuvent heurter les sensibilités actuelles. Comment abordes-tu cette tension entre mémoire et regard contemporain ?

À quoi peut bien servir un art qui ne heurte ou ne choque pas ? Je ne dis pas que cela doit être absolument systématique, et d'ailleurs toutes les fresques de salles de garde ne sont pas sur un mode provocation/obscénité, certaines jouent sur d'autres registres. Sans vouloir porter le débat sur un plan politique, bien que nous y soyons tout de même un peu obligés...

Nous savons bien qu'une expression artistique qui ne serait pas libre de toutes contraintes légales, poserait un grave problème de liberté d'expression dont il est facile de mesurer l'impact sur la vie des citoyens en termes d'épanouissement, de capacités d'analyse critique voire d'auto-critique, les exemples sont légion. Les enjeux sont majeurs ; les retombées sont critiques, surtout en ce moment où nous constatons que de grands monopoles de presse peuvent inoculer, plus ou moins subtilement, une vision de ce que devrait être une société ou une civilisation « idéale et sécurisée ». Certaines œuvres de Evgueni Zamiatine (*Nous autres*) et de George Orwell (1984, *La Ferme des animaux*) sont définitivement d'actualité.

T'arrive-t-il de censurer, cadrer ou contextualiser certaines images pour leur diffusion ?

Non jamais, il faut dépasser sa propre sensibilité et les possibilités qui nous sont offertes de pouvoir intervenir, réécrire, in-

terpréter et, plus grave, censurer. J'oriente parfois mon *editing* en fonction des supports de presse et de leurs demandes mais, en général, j'y répugne.

L'histoire longue des salles de garde, qui remonte à deux siècles, ne m'appartient pas, ma mission est d'apporter une information la plus complète et objective possible.

Quel accueil reçois-tu de la part des internes et des institutions hospitalières ?

Les internes sont très accueillants, ils s'étonnent parfois de l'intérêt que je porte à l'univers des salles de garde et aux fresques, ils sont toujours très reconnaissants de mon travail.

Je n'ai jamais eu aucun contact avec les institutions hospitalières, elles sont intouchables, même quand il a été vaguement question de documenter les fresques avant effacement. Alors que je dois être, avec l'association *Le Plaisir des Dieux*, la personne qui dispose d'archives photographiques récentes les plus importantes. C'est dire l'intérêt que l'institution porte à son patrimoine.

Si, une fois où il a été vaguement question d'organiser une exposition photographique à Charles Foix dont Georges Perec et Antonin Artaud avant lui ont certainement fréquenté la salle de garde, mais cette exposition n'a jamais vu le jour. J'ai bien une idée originale ou deux d'installations, mais l'époque connaît des restrictions drastiques qui sont fatales aux manifestations culturelles.

Quelles sont les difficultés spécifiques à la photographie en salle de garde (accès, lumière, contraintes humaines) ?

Il fallait, pour mener à bien ce travail, que je m'affranchisse d'un maximum de contraintes. La seule que j'ai prise en considération est la contrainte humaine, il n'était pas question pour moi de débarquer en plein repas ou amélioré (je préférais être invité) et de déranger les internes qui étaient en pause. Ou même de contrarier l'emploi du temps des personnels de service. J'ai aussi supprimé les problèmes de mise en scène de la salle de garde, cela aurait été une erreur de faire autrement, il fallait que la chose soit perçue comme elle existe, dans un joyeux foutraque permanent. J'ai pu, grâce à la grande souplesse de mon appareil numérique, réaliser les images dans des conditions de lumière parfois difficiles. Quand j'y réfléchis, c'est l'accès à la salle de garde qui a toujours été



Figure 7 - Gilles Tondini. L'effacement obscène. Salle de garde du CH Antoine Béchère.

problématique, surtout depuis que les contrôles de sécurité ont augmenté. J'ai connu les salles de garde aux portes ouvertes, puis avec un digicode que les internes se communiquaient entre eux. À présent, l'accès se fait à l'aide d'une carte, et là, c'est devenu infernal, car il faut systématiquement avoir un contact direct avec les internes, ce qui impose des contraintes d'emploi du temps et des disponibilités. Ce qui était toujours assez délicat, surtout au début, quand je ne parvenais pas à rentrer en contact avec l'économe. Mais décidé que j'étais, rien n'aurait pu m'arrêter !

As-tu été marqué par une rencontre ou une salle de garde en particulier ?

Je mentirais si je répondais que non. J'ai une préférence non dissimulée pour Saint-Louis car, pour moi, c'est la salle de garde qui les réunit toutes et puis j'ai vraiment commencé mes investigations à Saint-Louis et Saint-Antoine (merci Sabine et Rodolphe).

Penses-tu que la disparition progressive de ces fresques reflète une transformation de la culture hospitalière ?

Tu soulèves un problème essentiel et un écueil qu'il faut absolument éviter.

Il n'y a pas eu de disparition progressive, mais un arrêt brutal et autoritaire. La culture hospitalière était de toute façon amenée à changer, tout simplement parce que, fort heureusement, c'est ce qui se passe en général dans toute civilisation : elles changent et se modifient en permanence.

Dans le cadre de l'hôpital, le renouvellement du personnel, dans un rapport hommes/femmes qui s'est inversé ces dernières années, s'opérait tranquillement dans les salles de garde. La population des peintres mais aussi les demandes thématiques ont changé ; même si elles peuvent rester tout aussi crues, on ne parle plus de la même crudité !

Ton travail vise-t-il à transmettre cette mémoire aux générations futures ou à susciter un débat ?

Si ce travail peut susciter des réflexions, des débats, des interrogations, je m'en réjouis par avance car c'est peut-être qu'il est bien fait et que j'ai réussi ma mission. Il n'y a rien de plus important, à mes yeux, que la pédagogie et le débat, ce sont les seules choses qui permettent de s'affranchir des limites et garantissent un épanouissement et une possibilité critique.

J'agis seul, sans autorité au-dessus de moi, sans obligation de répondre à une commande et aux contraintes qui en découlent. Ma seule déontologie, mes seules contraintes sont de produire du bon travail, ma légitimité se limite à la transmission d'une mémoire, d'une information, je ne suis pas là pour donner mon avis, même si je m'empresse de préciser que j'en ai un très tranché à l'endroit de la censure. Je souhaite d'ailleurs créer une maison d'édition où la ligne éditoriale garantirait cette liberté de parole et de ton.

Comment imagines-tu l'évolution des salles de garde dans les prochaines décennies ?

Sais-tu ce qu'est un pessimiste ? C'est un optimiste bien informé. Je ne plaisante qu'à moitié. Dans un avenir immédiat je n'ai pas vraiment d'espoir, mais je fais définitivement confiance aux jeunes générations. Un jour viendra où elles demanderont pourquoi nous les avons privées, en les supprimant et les effaçant brutalement, de ces œuvres d'art et de ce patrimoine. Je crois aussi que chaque génération exprime sa propre révolte et, de ce fait, un jour viendra probablement où, ceux qui viennent, s'approprieront des supports qui leur donneront la possibilité de s'exprimer pleinement en toute liberté.

En tant que photographe, que ressens-tu face à ces images souvent provocantes ?

J'éprouve des sentiments variés en fonction des œuvres que je rencontre et découvre que rien n'est jamais acquis. Je suis particulièrement sensible au travail de Philippe Andrieu, Clovis Gentes mais je ne devrais pas citer de noms de peur de froisser ceux que je risque d'oublier.

Y vois-tu une forme d'expression artistique à part entière ?

Absolument, la peinture fresquistes de la salle de garde est un art à part entière. Philippe Bennequin qui fut un temps le professeur de l'atelier des fresques aux Beaux-Arts de Paris et qui a produit un travail remarquable à l'Hôtel Dieu et Poitiers avec ses étudiants, ne me contredira pas sur ce point. Peindre en salle de garde est un acte qui s'inscrit dans une démarche particulière pour un artiste, puisque ce n'est pas à proprement parler une œuvre d'expression libre. C'est une commande qui doit respecter et répondre à un certain cahier des charges et aussi s'adapter en permanence à la configuration des lieux. Ce cahier des charges est d'ailleurs défini par l'équipe économe qui fédère les internes autour d'un projet artistique. Les thématiques et les personnes qui devront y être représentées et dans quelle situation/position, les décisions finales sont prises par un vote à main levée. Une fresque est toujours le résultat d'un travail collégial et démocratique. C'est un challenge pour l'artiste peintre qui doit composer avec ses envies, son style et l'exécution d'un travail précis. Au-delà de ces aspects techniques, plafond, portes, fenêtres, tout y passe ! Les fresques s'inscrivent dans une époque et reflètent les us et coutumes. Et la tradition veut qu'elles soient recouvertes d'un semestre sur l'autre, en fonction des souhaits et des désirs des promotions d'internes, qui le temps d'un semestre inscrivent leur passage dans le temps long de la salle de garde. C'est aussi précisément pour cette raison que toutes mesures ou tentatives de bâillonner, interdire, censurer est vaine et non avenue. L'avenir des salles de garde appartient déjà à la génération suivante, en débarquant en désordre dans ce temple immensément libre du joyeux foutraque et du gai savoir, la relève produira de nouvelles fresques et de nouvelles paillardes à son image.

Gilles TONDINI
Propos recueillis par Julien DEFONTAINES



Figure 8 - Gilles Tondini. L'effacement obs-cène. Salle de garde du CH Antoine Bécclère.



Julien
DEFONTAINES

L'économiste de salle de garde : un officiant de la liturgie médicale hospitalière

Selon le dictionnaire *Le Robert*, un économiste est une personne chargée de l'administration matérielle, des recettes et dépenses dans un collège, une communauté religieuse, un établissement de santé.

Être économiste de salle de garde est un condensé de tout cela.

Tout d'abord, il faut savoir gérer un budget avec ses recettes et frais de fonctionnement hebdomadaires tout en anticipant et thésaurisant pour le tonus de sortie. C'est probablement la tâche la plus ingrate et pénible. Sisyphe aurait trouvé plus facile de pousser son rocher éternellement plutôt que de devoir réclamer chaque mois à une armée affamée (d'internes, de fossiles, voire de patrons) sa dîme.

À côté de cela, faire les courses avec 3 caddies hors d'âge en sortie de garde paraîtrait presque amusant.

Et il en faut des courses pour nourrir une tablée de 40 ou 50 médecins ou pharmaciens qui semblent plus affamés que des grands adolescents qu'ils n'ont pas fini d'être. Jamais assez : il en faut toujours plus et le manque ne doit pas exister. Heureusement, le cuisinier veille.

L'amélioré est une réunion sacrée, presque une messe, dirigée par un prêtre (l'économiste) et ses diacres (sous-économistes et bien évidemment le cuisinier) qu'on ne peut louper ! Et qui se déroule toujours de la même façon : l'apéritif, l'installation

avec ses chansons, le début du repas puis le dessert avec moult chansons et tours de roue si nécessaire. Puis le café.

Car après le café on peut parler médecine sinon gare à la roue !

Finalement, la salle de garde et le moment sacré du repas sont une parenthèse hyperbolique dans une journée de travail à côtoyer la maladie, la souffrance voire la mort. Finalement n'est-ce pas pour cela que tout doit être un peu dans l'excès ?

De mes semestres d'économiste ou sous-économiste (à la Pitié-Salpêtrière en 2012-2013 avec Charles, Wagih, Hakim et Julia) je ne retiens que d'excellents souvenirs : ceux d'appartenir à une équipe voire une famille avec qui nous formions un ensemble homogène et résistant à toute épreuve. Nous étions de jeunes étudiants (presque encore des enfants) jetés dans la vraie vie mais arrangés en phalange hoplitique et aptes à résister à bon nombre de péripéties.

Julien DEFONTAINES



Figure 9 - Gilles Tondini. L'effacement obscène. Salle de garde du CH Antoine Bécclère.



Jean-Baptiste
TERRASA

Souvenirs d'économiste de salle de garde

Quel est ton premier souvenir de salle de garde ?

Premier souvenir de salle de garde... un grand souvenir ! Premier semestre à l'hôpital Robert Debré, fraîchement arrivé de Marseille. Le 3^e jour, le patron (le Pr Alaa El Ghonemi, un très grand monsieur) nous attrapent mes co-internes et moi et nous dit : « *les enfants, j'ai appris que l'économiste de salle de garde n'avait pas encore été élu, si l'économiste n'est pas un des internes du service, c'est la honte sur le service !* »

Du coup j'ai été économiste ! Un semestre magique terminé par un tonus préhistorique totalement surréaliste avec fanfare, enterrement de 2 anciens économistes faisant un combat de catch dans une piscine gonflable remplie d'huile de colza...

Jean-Baptiste TERRASA

Propos recueillis par Julien DEFONTAINES



Sabine MARES

Souvenirs d'économiette de salle de garde et ancienne présidente du *Plaisir des Dieux*

La docteure Sabine Mares est chirurgienne maxillo-facial à Quincy-sous-Sénart et ancienne présidente de l'association *Le Plaisir des Dieux*.

Quel est ton premier souvenir de salle de garde ?

Le tout premier fut en tant qu'externe à Tours à l'hôpital Trousseau. Il y avait des dessins sur tous les murs disponibles de l'internat. En demandant à mon interne, j'avais cru comprendre que ce folklore datait d'un temps révolu.

Puis, j'ai eu mon choc des cultures, de garde à l'hôpital Tenon et toute jeune interne en viscérale : de nuit alors que je faisais mon internat dans un autre hôpital. Mon chef était avec moi et nous étions seuls. Il y avait une énorme fresque qui courait le long du mur. Une sorte de bacchanale d'internes. La pièce sous les toits était un peu vétuste, froide de nuit mais le contraste avec la fresque débordante de vie ou de vice m'apaisait. Je ne connaissais alors pas les us et coutumes. Il a fallu que les cuisinières de mon stage de périph me nomment économiette pour que j'appréhende l'institution.

Penses-tu que la salle de garde joue un rôle dans la construction de l'identité médicale ?

Oui, elle aplanit la hiérarchie médicale qui est très militaire. C'est une salle pour les internes. Ils y acceptent ou non leurs chefs (CCA, PH, PU-PH). Elle sert à communiquer. On s'y parle, on échange, on se mêle aux autres services. On demande des avis. Elle permet d'appréhender la fonction, de débriefer en off de sa garde ou de la salle ou du bloc. Elle sert à se restaurer tant alimentaires que physiquement et psychologiquement. On n'est plus l'interne de untel mais une personne avec un nom. La déshumanisation est très rapide derrière son bip ou téléphone. On peut parler de tout avec l'espoir qu'en dehors on ne nous tiendra pas rigueur de nos élans.

Ton rapport à la salle de garde a-t-il évolué entre l'internat et aujourd'hui ?

J'ai aimé les salles de garde mais nous ne sommes que dépositaires pendant un court instant de ce monument. Elles se transmettent. Chaque génération se l'approprie. Ma grande tristesse est la déshumanisation et la dépersonnification de ce lieu voulues par la hiérarchie hospitalière. Que les tonus deviennent des soirées entre internes sans repas ni déguisement cela me va aussi tant qu'ils servent à mixer, mélanger, fêter, réunir les internes sur leur lieu de travail. Faire 4 nuits par an la fête dans l'hôpital peut paraître exagéré ou inconvenant. Mais ces travailleurs de l'ombre qui font deux fois les 35 h, qui sont payés encore à la demi-journée, qui n'ont pas de contrat de travail et ne voient pas la médecine du travail ne le valent-ils pas ?

Que t'évoquent les fresques présentes dans les salles de garde ?

La vie !

Certaines fresques t'ont-elles marquée (positivement ou négativement) ?

Oui, celle de l'internat de la Pitié le long de l'escalier qui était jaune (le mondial de foot avec la France championne du monde, Astérix et Obélix). Oui, la fresque anthropomorphe et animale de Tenon. Oui, à Saint-Vincent-de-Paul avec son passeplat mythique, à Saint-Louis par la majesté et la vétusté du bâtiment, à Beaujon par l'institution des cuisines...

Les fresques m'interpellaient quant à leur datation afin de retrouver des têtes connues et par leurs styles hétéroclites. Elles étaient le fruit de l'humeur de l'économiste ou de l'artiste.



Figure 10 - Salle de garde de l'hôpital Saint-Louis.



Figure 11 - Fresque du CHU Beaujon réalisé par l'artiste Good-bye Hippocrate.



Le regard de l'institution hospitalière sur ces pratiques te semble-t-il avoir évolué ?

Elle a d'abord voulu tout repeindre en blanc comme si rien n'avait existé. Puis elle s'est engagée à faire mieux, plus fort avec un message. Les nouvelles fresques sont froides, dignes de la bien-pensance de pays comme la Chine, la Russie ou la Roumanie et le Vietnam comme lors des grandes heures de l'Internationale. Les fresques de l'hôpital Beaujon et de Sainte-Anne sont trop : lisses, engagées, inadaptées.

Les jeunes internes s'approprient-ils encore ces traditions et penses-tu que ces pratiques sont amenées à disparaître ?

Je ne sais pas. En tant que femme, je les ai prises et me les suis appropriées. Je pense que les pratiques évoluent mais que cet espace de parole où le médical ne doit pas exister jusqu'au café est nécessaire. Une pause est salutaire. Le savoir-vivre ensemble (pas de portable, de termes médicaux, tous avec le même dialecte) est nécessaire.

Comment étaient décidées les nouvelles fresques ?

Les fresques se faisaient si nous avions l'artiste, l'argent et la motivation pour faire mieux que celles que nous allions effacer. La décision se faisait avec l'équipe économale. Et puis les têtes étaient celles de l'équipe, des internes, des CCA et des

chefs que nous apprécions alors à ce semestre, avec le thème décidé par l'artiste ou par l'équipe.

As-tu déjà dû censurer, modifier retirer une fresque ?

Non, je suis passée avant les fresques *bashing*.

As-tu le sentiment d'avoir participé à une forme de patrimoine hospitalier ?

Oui, grâce à l'APPI (association pour la préservation du patrimoine de l'internat) et l'exposition sur les salles de garde et l'histoire de l'internat au musée de la médecine à Odéon.

Sabine MARES
Propos recueillis par Julien DEFONTAINES



Pascal SIMON

Souvenirs d'un fossile, économiste de salle de garde, ancien président du *Plaisir des Dieux* et organisateur du bal de l'internat en 2003

Quel est ton premier souvenir de salle de garde ?

Début de premier semestre en chirurgie pédiatrique à Trousseau, je découvre la salle de garde avec le personnage de l'économiste joué par un vieil interne d'ORL très théâtral et drôle avec une bonne ambiance de confrérie malgré le stress d'apprendre les règles sans se faire « taxer » et d'avoir à tourner la roue. C'était tout de même une bonne façon de vaincre sa timidité et de découvrir ses collègues. Seuls les « pisse froid » n'étaient pas bienvenus ! L'économiste m'a aussi permis de loger quelques mois juste au-dessus à un moment où je devais trouver à me loger sur Paris.

Penses-tu que la salle de garde joue un rôle dans la construction de l'identité médicale ?

Non, elle sert surtout à créer des liens humains et de confrérie qui mettent de l'huile dans les rouages de l'hôpital, sans parler des collaborations professionnelles voire des amitiés qui peuvent y naître. C'est moins facile au self.

Ton rapport à la salle de garde a-t-il évolué entre l'internat et aujourd'hui ?

Oui hélas, j'ai dû la quitter pour aller m'installer en Bretagne en libéral. Mais on sent que l'esprit y vit toujours chez ceux qui l'ont connue. On en parle parfois au self de la clinique 😊. Mais, si je retournais à Paris en salle de garde déjeuner, j'y retrouverai avec plaisir l'ambiance et les bons réflexes !

Que t'évoquent les fresques présentes dans les salles de garde ?

Humour paillard et obscène qui peut parfois sembler vulgaire vu de l'extérieur (elles ne sont pas toutes réussies !), mais il s'agit surtout de « profaner » ou « blasphémer » le statut, « défier » les patrons ou seniors dont certains n'étaient pas tendres avec leur internes et donc de les tourner en dérision dans ces fresques paillardes. Ceux ou celles qui avaient de l'humour fréquentaient d'ailleurs, en tant que « fossiles », la salle de garde de leur hôpital et s'amusaient de s'y voir en « drôle de posture ».

Certaines fresques t'ont-elles marqué (positivement ou négativement) ?

Celle faite par ma propre sœur dans la salle de garde de Longjumeau lorsque j'y étais économiste en 2001, une pure merveille !

Comment étaient décidées les nouvelles fresques ?

En début de semestre, chaque économiste était libre de décider de faire faire une fresque. Autrefois, c'était parfois des artistes hébergés ou invités par les internes qui faisaient ces fresques en remerciement. Sinon, c'est souvent les fossiles, se lassant d'une fresque, qui stimulait le nouvel économiste (ou la nouvelle économiste) pour lancer le chantier ! J'ai vécu cela à Longjumeau.

As-tu déjà dû censurer, modifier retirer une fresque ? Dans quel contexte ?

Non, mais lorsque j'ai fait faire celle de Longjumeau, l'esprit était selon *La Danse* de Matisse, moins hard et moins sombre que certaines fresques. Certaines faisaient mal aux yeux, c'est vrai. Cela a éclairci l'ambiance de la salle de garde et amélioré notre cadre de vie !

As-tu le sentiment d'avoir participé à une forme de patrimoine hospitalier ?

Oui, les fresques peuvent être belles et comportent, de par les personnages qu'elles contiennent, un peu de l'histoire de chaque hôpital.



Comment gérais-tu les situations où une fresque était jugée offensante ?

Je n'ai pas connu ce genre de situation. La salle de garde est le domaine des internes qui y sont habitués. Si elle ne leur plaît pas ou plus, ils en font une autre !

Le regard de l'institution hospitalière sur ces pratiques te semble-t-il avoir évolué ?

Non, j'ai toujours la haine des syndicats et de l'administration qui rêvent de les fermer et font tout pour les rendre austères (armoires distributrices de repas froids, suppression des fresques pour des murs unis et sans âme). Comprendront-ils un jour le ciment que cela peut-être entre médecins dans un établissement et l'intérêt pour le fonctionnement médical et pour les patients *in fine* ? La société française ne cesse de s'aseptiser...

Les jeunes internes s'approprient-ils encore ces traditions et penses-tu que ces pratiques sont amenées à disparaître ?

Déjà, à mon époque, les traditions se perdaient et les salles de garde parisiennes semblaient plus « pittoresques » que les internats en Province. Mais on voit que l'esprit peut y être le même et que les internes savent se renouveler. Ils restent une jeu-

nesse qui souffre au travail et a besoin de vivre, de s'amuser et de catharsis. Maintenant, ma vision est peut-être nostalgique, étant parti de Paris depuis bientôt 18 ans...

Quelles sont les principales actions menées par *Le Plaisir des Dieux* ?

- Conservation de l'histoire (photo des fresques, conservation des paillardes, voir le site : <https://www.leplaisirdesdieux.fr/>)
- Organisation de dîners d'économistes qui sont des tonus regroupant les équipes économes des salles de garde de Paris et, parfois, si l'équipe est motivée, organiser un « Bal de l'internat » (j'ai participé en 2002 et organisé le 2003 !). Il y en a eu au moins un depuis. Sorte de soirée cabaret ou des internes font des spectacles et peuvent venir de Paris ou de Province.
- Faire répéter la Chorale de l'internat qui entretient le répertoire des paillardes et des battues et dont les membres sont très actifs quand il faut animer un tonus !

Que risque-t-on de perdre si ces traditions disparaissent et à l'inverse que gagne-t-on à les préserver ?

Je crois que tout est dans mes réponses ci-dessus ! Ce qu'il faut surtout, c'est faire

en sorte que ce soit un espace de liberté pour les internes, à l'abri de leur hiérarchie et des regards extérieurs. Mais il ne faut pas seulement éviter de choquer l'extérieur, il faut aussi éviter de choquer les internes eux-mêmes. En effet, la population médicale se féminise et l'esprit « salle de garde paillardes » datant d'une époque où l'internat n'était peuplé que de jeunes mâles en rut, il y avait déjà une transition à faire à mon époque, à laquelle j'ai participé, montrant l'exemple d'un économe qui « propose » ou provoque et ne force jamais (notamment montrer une partie de son anatomie). La salle de garde est un endroit où l'on peut se libérer et chacun se fixe sa propre limite. Ainsi, j'ai eu de belles révélations et les filles n'étaient finalement par en reste contrairement aux a priori.

Mais on peut comprendre que ce côté un peu « société secrète ou cachée » gêne une administration qui aime à nous imaginer comme ses « sujets ».

Bref, moi je m'y suis bien amusé et en toute bonhomie et liberté ! C'est tout ce que je souhaite aux internes actuels ! Qu'ils en profitent, l'internat n'est pas éternel !

Pascal SIMON

Propos recueillis par Julien DEFONTAINES



Charles DARIANE

Souvenirs d'économe de salle de garde

Quel est ton premier souvenir de salle de garde ?

Mon premier souvenir date de mon 1^{er} semestre de chirurgie viscérale à Ambroise Paré. Toute l'équipe avait l'habitude d'y venir déjeuner, l'ambiance était très conviviale et cela m'a permis de connaître rapidement l'ensemble des médecins de l'hôpital. On m'y a très vite fait comprendre que l'économe était souvent choisi parmi l'équipe des internes de viscéral, et que ce rôle allait très vite m'incomber.

Penses-tu que la salle de garde joue un rôle dans la construction de l'identité médicale ?

Les règles de la salle de garde et l'ambiance conviviale qu'elle transmet permettent en effet de sentir son appartenance à une communauté. La salle de garde permet de créer du lien entre les médecins d'une même structure hospitalière en particulier pour les internes qui n'y passent que 6 mois et doivent, dès leurs premières semaines, faire connaissance avec de nouveaux praticiens, semestre après semestre. Une fois le repas terminé, chacun peut demander les avis aux spécialistes avec qui il vient de déjeuner. Par contre, pendant le repas, aucun terme médical ne doit être utilisé, obligeant chacun à échanger avec son voisin sur d'autres sujets (en évitant la politique et la religion) et en coupant son téléphone hospitalier ou en ne le décrochant qu'après accord de l'économe.

Ton rapport à la salle de garde a-t-il évolué entre l'internat et aujourd'hui ?

Les salles de garde représentaient pendant l'internat un lieu d'accueil des internes avec la soirée / tonus d'entrée et le tonus de sortie. Cette ambiance a disparu dans la plupart des salles de garde, il n'y a plus d'économe ni d'équipe économe et les relations avec le personnel en cuisine sont moins conviviales. Appartenir à une équipe économe, c'était comme régir une petite association avec son compte en banque, sa trésorerie et ses missions bénévoles pour la communauté. Pour la plupart des salles de garde, c'est l'administration hospitalière qui en régite désormais l'accès avec un repas payé par sa carte CPS comme dans n'importe quel self hospitalier, ce qui leur a fait perdre leur singularité et leur convivialité communautaire.

Que t'évoquent les fresques présentes dans les salles de garde ?

Ces fresques évoquent la liberté d'esprit et le sens de l'humour et du second degré



des médecins. Elles démontrent un certain état d'esprit critique et d'esprit carabin, qui n'est désormais plus accepté.

Certaines fresques t'ont-elles marqué (positivement ou négativement) ?

J'ai été marqué par la fresque que j'avais fait réaliser à Ambroise Paré lors de mon premier semestre en tant qu'économiste et dont j'étais très fier. Je me souviens que les différents médecins de l'hôpital s'étaient « battus » pour y figurer. J'ai été marqué par le fait que l'administration ait décidé de la faire recouvrir par la suite malheureusement...

Comment étaient décidées les nouvelles fresques ?

Lorsqu'on prenait en charge un économiste et qu'on était capable d'amasser une certaine trésorerie (à peu près 1 000 € par fresque) et qu'un mur était encore libre, l'économiste pouvait proposer la réalisation d'une nouvelle fresque. Il incombait à l'économiste de dégoter un artiste ou un peintre issu des beaux-arts ou de ses connaissances personnelles et qui soit en accord avec cet esprit carabin. À Ambroise Paré, le peintre que nous avons rencontré (Philippe Andrieu) avait totalement embrassé le projet et s'est même dit « transformé » par son passage dans notre salle de garde, disant que la peinture carabine avait modifié sa manière de voir son métier. Nous en avons été très touchés et avons été le rencontrer également dans son atelier dans le 11^e arrondissement. Nous gardons encore des liens ensemble à ce jour.

As-tu déjà dû censurer, modifier retirer une fresque ? Dans quel contexte ?

Jamais de mon fait. Mais j'ai assisté, à Ambroise Paré comme à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, au recouvrement de l'ensemble des fresques par la direction hospitalière, sous couvert de peintures sexistes et inadaptées au milieu hospitalier.

As-tu le sentiment d'avoir participé à une forme de patrimoine hospitalier ?

Oui tout à fait, et je suis heureux que Gilles Tondini, photographe parisien, ait pu immortaliser l'ensemble des fresques parisiennes au travers de 2 ouvrages « patrimoniaux » que nous avons soutenus (*L'Image Obscène* et *L'Effacement Obscène*). Une cagnotte pour soutenir l'impression de ces ouvrages vient d'atteindre près de 12 000 € !

Comment gérais-tu les situations où une fresque était jugée offensante ?

Je n'ai pas été confronté à ce genre de situations pendant mes 5 semestres d'économiste. J'ai plutôt eu à gérer les conséquences des soirées de salle de garde auprès des directions (hôpital Tenon et Pitié-Salpêtrière) avec, à chaque fois, des discussions bienveillantes et intelligentes entre le Directeur de l'hôpital et les internes. On ressentait bien une certaine pression de la gouvernance et de la bien-pensance, tandis que nous ne faisons de mal à personne et que les directeurs en étaient bien conscients eux-mêmes. Il ne fallait surtout pas que les débordements

liés aux soirées fassent par contre l'objet d'une médiatisation, et c'est malheureusement ce qui s'est passé avec certaines fresques révélées au grand public et qui ont accéléré leur disparition au nom de la bien-pensance.

Quelles sont les principales actions menées par Le Plaisir des Dieux ?

Le Plaisir des Dieux est une association qui recensait l'ensemble des équipes économes et nous permettait d'obtenir des conseils et des contacts pour renouveler les fresques et organiser une équipe (trésorerie, commande des repas « améliorés », langage à utiliser avec la direction, etc.).

Que risque-t-on de perdre si ces traditions disparaissent et, à l'inverse, que gagne-t-on à les préserver ?

On risque de perdre un certain esprit critique et un certain degré d'autonomie du corps médical qui ne cherche, en salle de garde, qu'à préserver une tradition carabine ancienne, et qui permettait à celui qui fréquentait la mort et la maladie au quotidien de se vider la tête dans un cadre festif et décalé.

Le regard de l'institution hospitalière sur ces pratiques te semble-t-il avoir évolué ?

Oui, ces fresques et ce qu'elles représentent ne sont plus en accord avec l'autonomie dont jouissaient auparavant la communauté médicale, puisque désormais tout est régi et contrôlé par la gouvernance hospitalière. Évidemment, le caractère sexuel et carabin de ces fresques n'était également plus au goût du jour, au vu de l'évolution de la société.

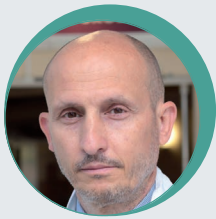
Les jeunes internes s'approprient-ils encore ces traditions et penses-tu que ces pratiques sont amenées à disparaître ?

J'ai été pour ma part économiste pendant 5 semestres d'affilée, c'était comme un rite initiatique que je prolongeais d'hôpital en hôpital. J'aimais la notoriété que ce rôle représentait et qui me permettait même parfois d'être en première ligne dans les discussions avec la direction hospitalière. Actuellement, chaque semestre, je propose à mes internes d'être nommé économiste mais ils ne connaissent plus ces traditions et sont frileux de prendre cet engagement, avec un risque que cela disparaisse effectivement définitivement.

Charles DARIANE
Propos recueillis par Julien DEFONTAINES



Figure 12 - Charles Dariane en 2010 devant la fresque d'Ambroise Paré avec le peintre Philippe Andrieu.



Paul
MERIA



Pierre
MONGIAT-ARTUS

Quel est votre premier souvenir de salle de garde ?

PMA : La frise des mecs en train de s'enculer sur les murs de Saint-Vincent de Paul et la fresque où l'ancien patron, Jean Bienaimé, se faisait sucer par une pédiatre femme d'un autre patron et devant laquelle ils prenaient leur petit déjeuner tous les matins avant la visite.

PM : J'avais 15 ans quand je suis allé dans une salle de garde en province. J'y ai découvert des fresques très drôles comme par exemple Hippocrate en train de se faire sucer par une interne. Cela m'a donné un aperçu de ce que pouvait être l'esprit carabin.

Pensez-vous que la salle de garde joue un rôle dans la construction de l'identité médicale ?

PMA : Elle a eu un rôle essentiel dans la construction de l'identité médicale, particulièrement parisienne, mais elle a surtout eu un rôle d'exutoire pour les médecins qui n'avaient aucun recours aux psychologues et autres pour gérer leur stress et les maltraitances qu'ils vivaient.

PM : Oui. Incontestablement, la salle de garde joue un rôle important dans la construction de l'identité médicale.

Votre rapport à la salle de garde a-t-il évolué entre l'internat et aujourd'hui ?

PMA : Bien sûr, quand on est un « fossile », il faut savoir se retenir de se croire jeune ! Mon rapport est donc passé d'une participation active à la vie de salle de garde à un retrait prudent afin de rester sur mes bons souvenirs et afin d'éviter de me lamenter de la dégradation de l'ambiance (et donc de faire mon vieux con). Mais ce rapport est aussi fait d'une grande préoccupation de l'ambiance aseptisée actuelle qui y règne, je me demande quel exutoire il reste aux jeunes médecins.

PM : Depuis mon internat, j'apprécie toujours les salles de garde même si je n'y vais plus. C'est l'ambiance qui pourrait me manquer le plus.

Souvenirs de deux fossiles

Que vous évoquent les fresques présentes dans les salles de garde ?

PMA : Le témoignage d'une histoire, d'une culture disparues. Mais aussi la fierté d'y avoir été représenté, même courant la bite à la main. Et je n'ai jamais rencontré personne qui n'ait pas éprouvé cette même fierté, peu importe comment elle ou il y ait été représenté ! C'est devenu inconcevable pour un non-médecin ou pour un jeune médecin...

PM : Les internes passent et les fresques restent même si elles changent parfois. Elles retracent l'histoire de la salle de garde et des gens qui l'ont fréquentée.

Certaines fresques vous ont-elles marqué (positivement ou négativement) ?

PMA : Celles de St Vincent de Paul et celles où figuraient les médecins des services où j'étais en stage.

PM : Beaucoup de fresques m'ont marqué mais surtout la première bien évidemment. J'ai un faible pour les fresques dans lesquels les grands patrons sont représentés.

Le regard de l'institution hospitalière sur ces pratiques vous semble-t-il avoir évolué ?

PMA : Énormément (cf. la lettre ouverte co-écrite avec Paul et un collectif de médecins, voir plus loin).

PM : Le regard de l'institution hospitalière est devenu assez négatif vis-à-vis de la salle de garde en particulier au niveau des directions hospitalières.

Les jeunes internes s'approprient-ils encore ces traditions et pensez-vous que ces pratiques sont amenées à disparaître ?

PMA : Je crois avoir déjà répondu. Les salles de garde font partie d'une culture



Figures 13 et 14 - Promotion d'internes, Saint-Louis 2009.



révolue, elles sont anachroniques et ont, de fait, disparu dans leurs formes et fonctions. Mais, pour autant, elles doivent être respectées. Ce n'est pas parce qu'on ne comprend pas une culture qu'on doit en effacer toute trace, d'autant plus quand on se prétend défenseur de la « pluralité ».

PM : Quand on écoute, parmi les fossiles,

ceux qui retournent régulièrement en salle de garde, on constate que la tradition est en train de disparaître progressivement mais sûrement. Pour information, nous étions seulement 140 médecins français, toutes spécialités confondues, à cosigner une lettre ouverte (pour la sauvegarde des fresques) destinée au président de la ré-

publique et au ministre de la santé il y a trois ans. C'est dire !

Paul MERIA, Pierre MONGIAT-ARTUS
Propos recueillis par Julien DEFONTAINES



Le regard d'un médecin artiste

Grâce à Gilles Tondini, j'ai obtenu les coordonnées de Clovis Gentes. Clovis est un des derniers artistes à avoir fait une fresque de salle de garde. Elle lui a été commandée pour la salle de garde de son CHU, celui de Rouen. Il m'a raconté ses années d'étude à la Faculté de médecine et son intérêt viscéral dès son plus jeune âge pour toutes les formes d'art. Cette adresse pour le dessin lui a été utile lors des cours d'anatomie, d'abord comme étudiant puis comme aide d'anatomie pour les travaux pratiques, un peu plus tard dans son cursus. À la fin de son internat, il a réalisé cette fresque qui lui a pris environ 6 mois à achever. Elle représente pour lui une allégorie du monde hospitalier où les patrons règnent en reines et rois, mais seront vite menacés par leur mort certaine puis remplacés par les internes. Cette fresque devait être effacée mais grâce aux soutiens des étudiants et médecins de l'hôpital, elle a pu être conservée.

En tant qu'artiste est ce que tu conçois une fresque de SDG comme une œuvre personnelle, comme une création collective ou comme une commande ?

Les trois. Une œuvre, c'est toujours un peu personnel. Il faut que le projet nous plaise et le rendu aussi. Sinon on ne le fait pas. Ensuite, la fresque doit répondre à une commande et on doit obtenir le consensus sur le croquis comme sur le résultat final.

Quels codes ou limites te fixes-tu ?

Je ne me pose pas cette question. Une œuvre c'est comme un match où il faut aller droit au but. Ici, la

fresque c'est un sport d'équipe avec les codes et les règles décidées par les internes qui l'ont commandée.

En tant que médecin toi-même, ta pratique clinique influence-t-elle ta manière de représenter le corps, la maladie ou l'hôpital dans tes fresques ?

Je pense que la clinique aiguise le regard du peintre sur le corps. Et faire de la peinture améliore mon attention aux détails lors de l'examen clinique. L'un nourrit l'autre, mais c'est transposable pour les médecins sportifs, les médecins musiciens, etc. Notre art, nos passions, nourrissent les médecins que nous sommes.

Comment perçois-tu l'évolution du regard des institutions sur ces œuvres ?

Hypocrisie. On prend des étudiants à 25 ans et on les place en première ligne face aux grandes questions de la vie : la mort, la maladie, les accidents, l'annonce au patient, l'annonce à sa famille... Au cours de sa journée de 24h, le jeune médecin doit accepter de voir le corps dans toute sa nudité, toute sa détresse, toute sa violence, mais avec l'interdiction d'en rire pour oublier.



Figure 15 - Fresque de la salle de garde du CHU Rouen peinte par Clovis Gentes. Photographie de Gilles Tondini.



Clovis GENTES

Médecin généraliste, peintre et sculpteur

Ceux qui nous font cette interdiction sont bien plus motivés par le sujet médiatique des fresques que par le droit du travail des internes, qui sont pourtant leurs salariés.

Selon toi, les fresques de SDG doivent-elles être préservées comme patrimoine ? Être adaptées ? Rester éphémères ?

Ici, on ne condamne pas seulement une œuvre mais l'intention prêtée à cette œuvre. Et ceux qui condamnent les fresques sont des gens qui ne verront jamais l'œuvre autrement que sur leur téléphone, et ne comprendront jamais le besoin de dédramatiser un métier totalement hors du commun qui explique leur production.

Oui les Fresques de Salle de Garde sont un patrimoine, qu'il plaise ou non. Et oui ce sont des œuvres, qu'elles plaisent ou non.

Les interdire ne les empêchera pas d'apparaître, bien au contraire, mais il empêchera à coup sûr de les faire évoluer.

Vous pouvez voir son travail sur son site web : <https://clovis-gentes.fr>

Clovis GENTES
Propos recueillis par Julien DEFONTAINES



Benoît
MESNARD

L'InterCHU : guide pratique pour l'interne en urologie

L'interCHU est une opportunité unique offerte aux internes de réaliser une partie de leur formation dans un centre hospitalier différent de celui de leur subdivision d'affectation. L'interCHU constitue toujours, au cours de l'internat, un moment fort de formation mais aussi d'échanges et d'ouvertures à de nouvelles pratiques professionnelles.

1. Cadre juridique de l'interCHU

L'interCHU est un dispositif encadré par la réglementation relative au troisième cycle des études médicales, (arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, Articles 45-52), il s'agit donc d'un dispositif légal dont les internes peuvent bénéficier. L'arrêté du 21 avril 2017 et l'arrêté modificatif du 3 mars 2022 définissent la maquette des internes en chirurgie urologique et les stages à réaliser pour valider le DES d'urologie. La réalisation d'un stage interCHU n'est pas obligatoire pour valider la maquette de chirurgie urologique. Celle-ci est néanmoins fortement recommandée et valorisée au cours de l'internat pour améliorer la formation des internes.

Sur le plan réglementaire, l'interCHU ne peut excéder deux semestres sur la durée totale du DES et doit impérativement se dérouler dans un stage agréé en urologie dans la subdivision d'accueil. Le stage interCHU ne se fait donc pas nécessairement dans un CHU mais dans tous les lieux de stage agréés sur le plan local. Les stages réalisés dans les DOM/TOM et les stages réalisés à l'étranger sont également définis comme des stages interCHU. Ils sont donc validants dans la maquette de chirurgie urologique. Pour valider leur maquette, les internes peuvent donc réaliser, soit 0, 1 ou 2 stages en InterCHU. Il existe deux exceptions à cela : les internes affectés dans la subdivision des Antilles-Guyane ou dans la subdivision de l'océan Indien peuvent réaliser jusqu'à la moitié de leur maquette dans un stage hors subdivision, et les internes affectés dans la subdivision de la région Centre-Val de Loire peuvent demander à réaliser quatre stages dans une région différente.

Bien qu'étant un dispositif légal, la réalisation d'un interCHU doit être une décision conjointe entre l'interne, le coordonnateur

local de la subdivision d'origine et par le coordonnateur d'accueil. Ils sont garants de la cohérence pédagogique du projet. Sur le plan statutaire, l'interne conserve son affiliation administrative à son CHU d'origine : sa rémunération reste à la charge de l'établissement d'origine à l'exception des émoluments liés aux astreintes ou de garde qui sont à la charge de l'établissement d'accueil. Une convention bilatérale entre les deux établissements est obligatoire avant tout début de stage. En cas de litige portant sur le fonctionnement quotidien, c'est le règlement intérieur du CHU d'accueil qui s'applique.

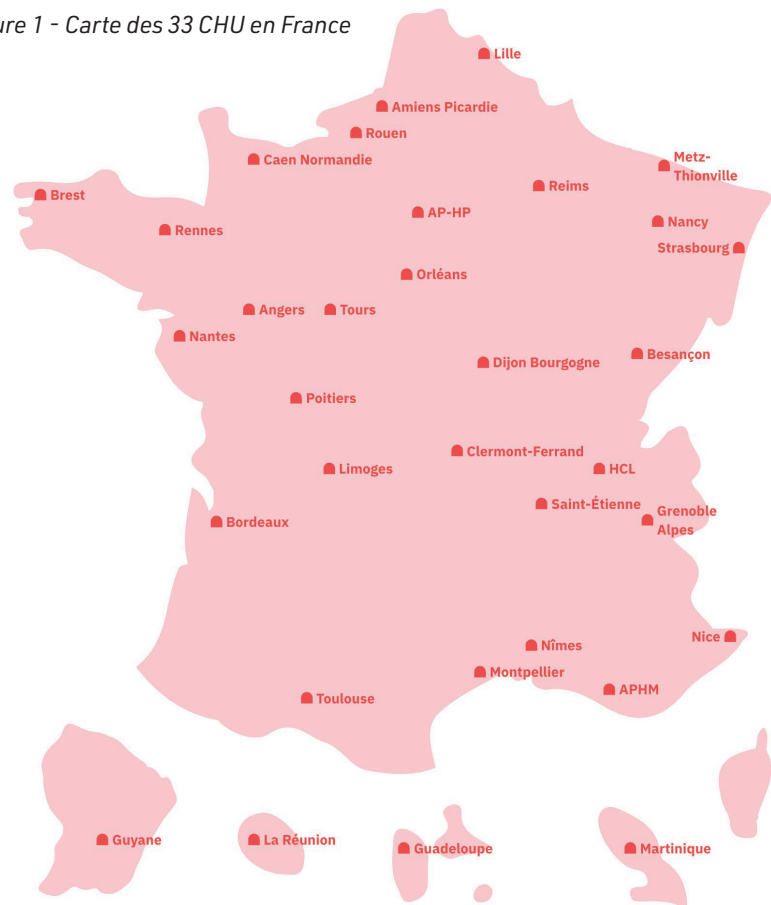
Enfin, la réalisation d'un stage interCHU à l'étranger n'est pas considérée légalement comme un semestre réalisé dans le cadre d'une mobilité à l'international, à l'exception des stages réalisés après l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine.

De plus, les mobilités à l'étranger dans le cadre des parcours universitaires doivent être évaluées et être présentées au Conseil national des universités (CNU) en vue de réaliser cette étape dans les meilleures conditions.

2. Place de l'interCHU dans le cursus d'internat

Le DES d'urologie est d'une durée de 6 ans, soit douze semestres, organisés en trois phases successives : une phase socle d'un an, une phase d'approfondissement de trois ans et une phase de consolidation de deux ans. L'interCHU doit être réalisé hors exception lors de la phase d'approfondissement. Son projet d'interCHU doit au mieux apparaître dès la fin de la première année lors de la réalisation du contrat de formation personnel professionnalisant (CFPP, article R6632-26 du code de l'éducation) pour être programmé dans les meilleures conditions.

Figure 1 - Carte des 33 CHU en France



Il est généralement recommandé de réaliser l'interCHU lors des 3^e et 4^e années de formation, ce qui permet de bénéficier d'une expérience antérieure solide tout en conservant suffisamment de temps, à son retour, pour intégrer les compétences nouvellement acquises dans la pratique quotidienne. La réalisation d'un interCHU lors de la phase de docteur junior est légalement possible, mais reste difficile à mettre en place en particulier pour la gestion des effectifs des internes pour les services mais aussi pour les ARS.

3. Modalités pratiques pour accéder à un interCHU

La première étape consiste à identifier avec précision le CHU et le service d'urologie souhaité. Au-delà du souhait de mobilité géographique, l'interCHU doit s'inscrire au mieux dans une logique d'acquisition de compétences non disponibles dans la subdivision d'origine. Ce choix se fait en accord avec ses pairs mais surtout avec son coordonnateur local du DES. Celui-ci vérifie que le stage envisagé est complémentaire aux parcours locaux.

Une fois le choix du lieu d'interCHU réalisé, l'interne et le coordonnateur local du DES contactent le chef du service d'accueil pour à la fois vérifier la possibilité de l'accueil de l'interne et bloquer une date de stage. Cette étape permet au chef du service d'accueil de prévoir dans les effectifs d'internes sur les périodes de stage à venir.

Ensuite, l'accord de la direction des affaires médicales du CHU d'origine doit être obtenu. Le nombre de postes d'interCHU attribués pour chaque semestre, et ceci sur l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales, est défini à l'avance par la subdivision d'origine mais aussi et surtout par l'ARS locale. Ainsi, en fonction des subdivisions, le nombre de départs possibles chaque semestre est différent, et c'est dans ce contexte que la constitution d'un dossier cohérent sur le plan pédagogique est nécessaire pour pouvoir le défendre en commission. Enfin, le départ d'un docteur junior correspond à un départ de deux postes d'interne (durée de stage de 1 an), ce qui complique l'acceptation des dossiers en commission.

Les modalités d'accord dépendent des subdivisions. Un dossier comprenant généralement un CV et une lettre de motivation est demandé. À la suite de cela, le dossier est présenté devant une commission locale soit par un référent des internes, soit par l'interne lui-même. L'accord de l'interCHU entraînera la signature de la convention bilatérale entre les établissements d'origine et d'accueil. Ce circuit administratif est souvent sous-estimé : les dépôts de dossier ont souvent lieu 6 à 9 mois avant le stage et les commissions ont souvent lieu 3 à 6 mois avant le début du stage. De même, la demande d'un interCHU n'entraîne pas forcément sa validation par le CHU et l'ARS d'ori-

gine. La préparation du dossier ne doit donc pas être sous-estimée.

À la fin du stage interCHU, comme tout stage réalisé au cours de l'internat, une validation du stage par le chef de service doit être réalisée au cours d'un entretien individuel.

Au retour dans la subdivision d'origine, il convient de prendre rendez-vous auprès du coordonnateur et de restituer l'expérience lors du prochain entretien.

4. Trucs et astuces pour réussir son interCHU

La réussite d'un interCHU commence bien avant le premier jour de stage. Il est conseillé d'engager les démarches au moins un an et demi à l'avance. Rechercher un service d'accueil, vérifier l'agrément du service pour le DES, vérifier ses conditions de venue dans une nouvelle ville, développer son projet de formation, valider le projet d'interCHU avec le coordonnateur local, bloquer sa venue dans le centre d'accueil (il est fréquent d'avoir des délais de 2 ans dans les services les plus spécialisés), déposer son dossier pour la commission interCHU puis défendre son dossier. Toutes ces étapes anticipées doivent permettre à chaque interne d'obtenir le stage interCHU de son choix et de réaliser son projet de formation sereinement.

Benoît MESNARD
Membre junior du CFEU



Gabrielle TISSOT

Les études et la pratique de la médecine ne sont pas toujours propices aux échanges avec l'étranger. Externe, les examens passés en Erasmus doivent également être validés en France. Interne puis médecin sénior, il faut parler couramment la langue du pays dans lequel on souhaite exercer et souvent repasser des diplômes.

Pour exercer en Angleterre comme *clinical fellow*, un équivalent de docteur junior, seul un examen d'anglais est nécessaire. Établir l'équivalence du diplôme français relève en revanche du dédale administratif, malgré la politesse légendaire des

Une première année de Docteur Junior à l'*University College London Hospital*

Britanniques... J'ai eu la chance d'être aidée à la fois du côté français et du côté anglais pour mener ce projet à bien. Sans le soutien de mes encadrants de stage et du coordinateur du DES, il aurait été difficile de venir à bout du processus.

Une fois arrivée à Londres, à l'*University College London Hospital*, au sein de la *Focal Therapy Unit*, ma première impression a été celle d'un retour au début de l'internat. Le vocabulaire, les logiciels, la hiérarchie ou encore les recommandations locales : tout est à réapprendre. La pratique y est extrêmement spécialisée : il existe une équipe dédiée à la chirurgie robotique prostatique, une autre aux calculs, une autre encore à l'hypertrophie bénigne de la prostate, etc. Par ailleurs, la manière

de communiquer avec les patients diffère : ici, les médecins conseillent, mais les patients décident.

J'ai également pris conscience de la qualité de la formation chirurgicale française. Au Royaume-Uni, les équivalents des internes gagnent leur autonomie plus progressivement, passent davantage de temps en salle d'hospitalisation et ont, par conséquent, une formation plus longue. Cependant, je pense que ce type d'interCHU répond particulièrement bien à certains objectifs de formation : il permet d'acquérir une expertise ciblée ainsi qu'un volume opératoire, pour une même procédure, difficilement accessible dans son centre de formation d'origine.

Gabrielle TISSOT



Benjamin PRADÈRE

Novemb'Run : le nouvel évènement fort de l'AFU en novembre

Cette année, l'AFU franchit une nouvelle étape dans son engagement pour la santé masculine. Après plusieurs éditions de Novembre au Masculin, une évidence s'est imposée : il fallait un temps fort, visible, fédérateur, capable de faire sortir nos messages du cadre médical pour les porter au grand public.

C'est ainsi qu'est née Novemb'Run.

Le matin du dimanche 22 novembre 2026, au lendemain de la clôture du CFU, nous vous donnons rendez-vous à Paris, sur la prestigieuse avenue Foch, pour la première édition de notre course caritative. Une date simple, logique, presque naturelle : après avoir échangé, appris et débattu pendant le congrès, il est temps d'agir... TOUS ensemble, sur le terrain.

Novemb'Run, ce n'est pas seulement une course, c'est un symbole : un moyen concret de sensibiliser largement à la santé masculine, encourager la prévention et libérer la parole autour de sujets encore trop souvent tabous que nous traitons durant tout le mois de la Santé masculine dans les médias.

Le format se veut volontairement ouvert et inclusif :

- un parcours de 10 km pour les sportifs les plus motivés ;
- un parcours de 5 km pour permettre à tous de participer à leur rythme.

Parce que l'objectif est clair : rassembler largement. Nous espérons voir près de 5 000 participants au départ ! Urologues bien sûr, mais aussi patients, proches, partenaires, entreprises... et toutes celles et ceux qui souhaitent s'engager pour cette cause.

Le dossard est fixé à 30 euros, un petit effort pour un impact bien réel. Les recettes permettront de financer le Fonds d'Innovation en Urologie (FIU) qui subventionne la recherche dans le domaine urologique.

Cette première édition a vocation à devenir un rendez-vous incontournable.



Elle viendra clôturer le mois de la santé masculine, en apportant une dimension collective, positive et concrète à l'ensemble des actions menées durant novembre. Une manière de transformer la sensibilisation que nous menons au quotidien en une super-mobilisation.

On espère surtout que Novemb'Run sera vue comme une invitation.

Une invitation à sortir du cadre habituel comme nous le faisons déjà avec le Ventoux, pour porter nos messages autrement.

À montrer que l'urologie sait aussi se mobiliser, se rendre visible, et embarquer le grand public.

On compte sur vous pour venir nombreux au départ, vous pouvez dès aujourd'hui vous inscrire et prendre vos dossards ! Et pour ceux qui ne sont pas de Paris ce sera une bonne occasion de venir passer le week-end en famille dans notre belle capitale !

Car soyons clairs : si nous, urologues, ne sommes pas au rendez-vous... qui le sera ?

- Venez avec vos équipes ;
- Avec vos internes ;
- Avec vos ami ;
- Avec votre famille.

Faites du bruit. Faites du mouvement. Faites passer le message.

Le 22 novembre, on ne reste pas chez soi, on court. Ensemble.

Alors, enfilez vos baskets, et venez courir avec nous.

Benjamin PRADÈRE

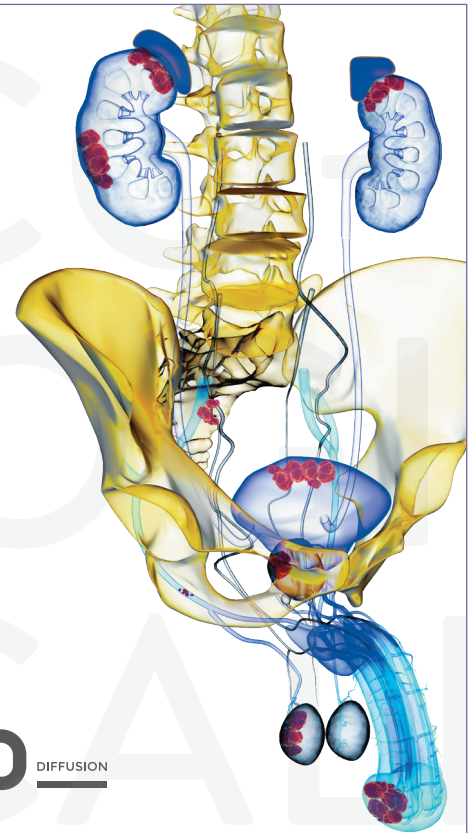
Un grand merci au comité d'organisation dont je fais partie qui a abattu un gros travail en un temps record pour la mise en place de ce projet :

William Akakpo, Alexandra Devillers, Antoine Faix, Caroline Pettenati, Doriane Pottier, Timothée Rouillé, François Rozet

11-12 JUIN 2026
LILLE, FRANCE

SAVE THE
DATE!

JOURNÉES D'ONCO-UROLOGIE MÉDICALE



AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous!



@associationfrancaiseurologie
afu_urologie
Association Française d'Urologie

uro DIFFUSION

4-5 SEPTEMBRE 2026
PARIS, FRANCE

MAISON DE L'UROLOGIE

JAMS

JOURNÉES D'ANDROLOGIE & MÉDECINE SEXUELLE

SAVE THE
DATE!

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

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous!



@associationfrancaiseurologie
afu_urologie
Association Française d'Urologie

uro DIFFUSION



18-21 NOVEMBRE 2026
PARIS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

www.cfu-congres.com

SAVE THE DATE!

120^e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous!



@associationfrancaiseurologie
afu_urologie
Association Française d'Urologie

Les inscriptions pour la 5^e édition de « Roulons pour la santé de l'homme » sont ouvertes

Rendez-vous le 19 septembre 2026 pour un événement à la fois sportif, solidaire et fédérateur, dédié à la sensibilisation aux pathologies urologiques et au soutien de la recherche. Accessible à tous, vous pouvez participer à vélo musculaire ou électrique et atteindre le sommet du Ventoux, entre collègues, confrères, amis ou en famille. Une belle occasion de partager un moment fort, élargir votre réseau et soutenir les actions de l'AFU.

Pour cette 5^e édition, nous avons souhaité aller encore plus loin en ouvrant l'événement au plus grand nombre. Un parcours connecté permettra à chacun de participer, où qu'il se trouve, en relevant soit le défi des 54 km du Ventoux entre le 12 et le 19 septembre, soit un parcours solidaire de 15 km, plus accessible, pour afficher son engagement.

Sur place, l'expérience s'enrichit également avec l'ouverture de deux parcours de randonnée pédestre, offrant une nouvelle façon de découvrir les sentiers du Parc National du Ventoux et de s'associer à cette mobilisation en faveur de la santé de l'homme.

Roulons pour la santé de l'homme est devenu un rendez-vous incontournable pour porter un message essentiel : l'importance du dépistage et de la prévention en santé masculine. Avec le soutien renouvelé du ministère de la Santé et le soutien du ministère des Sports et, à travers cet événement, l'AFU affirme son rôle majeur dans la recherche et la sensibilisation du grand public.

Nous espérons vous retrouver nombreux le 19 septembre 2026 pour relever ce défi ensemble ! Rendez-vous sur <https://www.afu-ventoux.fr/>.

SAMEDI 19 SEPTEMBRE 2026
ROULONS POUR LA SANTÉ DE L'HOMME
 MONT VENTOUX - 1910 M.

OUVERT À TOUS
 AVEC LA PARTICIPATION DE BERNARD HINAULT

PARTICIPEZ À UNE RANDONNÉE VÉLO CARITATIVE POUR LA RECHERCHE EN UROLOGIE.

2 PARCOURS
 VÉLO ÉLECTRIQUE OU MUSCULAIRE

INFOS & INSCRIPTIONS

QR code and logos for AFU (Association Française d'Urologie) and UROFRANCE.ORG.

24 et 25 SEPTEMBRE 2026
 TOURS, FRANCE
 PALAIS DES CONGRÈS

JIAFU
 JOURNÉES D'INFECTIOLOGIE DE L'AFU

Connectez-vous!
 www.urofrance.org

URO DEFUSION

Les Journées d'Infectiologie de l'AFU - JIAFU

Évènement scientifique de référence en infectiologie urologique

L'AFU place l'infectiologie au cœur de ses priorités. Ces journées constituent un moment privilégié pour la communauté urologique d'aborder les défis croissants de l'antibiorésistance et des parcours de soins.

Cette première édition proposera un programme riche autour des enjeux actuels et futurs de la prise en charge infectieuse en urologie. Les sessions

aborderont notamment la prévention des infections associées aux soins ainsi que les dimensions médico-légales et écologiques. Une place importante sera également accordée aux innovations avec des perspectives sur l'intelligence artificielle et l'évolution des pratiques dans les années à venir. Les inscriptions sont ouvertes sur <https://colloquium.idloom.events/26jafu>.