
Association Française d'Urologie

Processus d'élaboration des recommandations

Quelles implications potentielles de l'intelligence artificielle ?

Séminaire SPILF – 25/09/2026

Diana KASSAB - méthodologiste/cheffe de projet

Zine-Eddine KHENE - urologue, responsable du groupe IA de l'AFU

Processus d'élaboration des recommandations

Outils mis à disposition (avant l'IA)

Diana KASSAB - méthodologiste/cheffe de projet

MÉTHODES D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS (RPC)

RPC : recommandation pour la pratique clinique

The French Journal of Urology 35 (2025) 102842



Contents lists available at ScienceDirect

The French Journal of Urology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/fjurol



Recommendations

Therapeutic management of erectile dysfunction: The AFU/SFMS guidelines



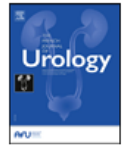
The French Journal of Urology 36 (2026) 102954



Contents lists available at ScienceDirect

The French Journal of Urology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/fjurol



Recommendations

Fertility preservation in men with spinal cord injury: The 2025 French



The French Journal of Urology 35 (2025) 102940



Contents lists available at ScienceDirect

The French Journal of Urology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/fjurol



Recommendations

Allograft nephrectomy: Indications and surgical techniques. Association Française d'Urologie and Société Francophone de Transplantation guidelines



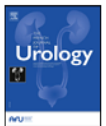
The French Journal of Urology 36 (2026) 103100



Contents lists available at ScienceDirect

The French Journal of Urology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/fjurol



Recommendations

Kidney transplantation in adult candidates with obesity: Guidelines by the Association Française d'Urologie and Société Francophone de Transplantation



MÉTHODES D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS (CFE)

CFE: Recommandation par Consensus formalisé d'experts

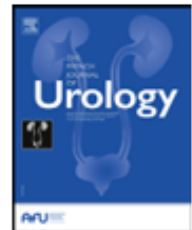
The French Journal of Urology 36 (2026) 103126



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

The French Journal of Urology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/fjurol



Recommendations

Preoperative urine culture in urology: Indications and management – The 2026 French guidelines





RPC ET CFE : DEUX MÉTHODES HAS MISES EN ŒUVRE PAR L'AFU

	RPC – recommandation pour la pratique clinique	CFE – consensus formalisé d'experts
Indication	Littérature suffisante pour fonder les recommandations	Littérature insuffisante ou controversée : formaliser l'accord entre experts
Groupes	Pilotage, groupe de travail, groupe de lecture stricte indépendance entre groupes	Pilotage, cotation, relecture stricte indépendance entre groupes
Durée totale	1 à 2 ans	1 à 2 ans

DURÉE TOTALE VARIABLE EN FONCTION DES PROJETS, ENVIRON 1 À 2 ANS

Identification du besoin et initiation du projet

→ note de cadrage validée

2 mois

Constitution de l'expertise - Analyse des DPI → Groupe de travail pluridisciplinaire

1^{ère} réunion du groupe de travail → Lancement du projet

Recherche et sélection bibliographiques → Corpus documentaire

2 mois

Construction de l'argumentaire / analyse critique

6 à 12 mois

2^{nde} réunion du groupe de travail → Rédaction des conclusions + niveaux de preuve et élaboration des recommandations + gradation ou Accord d'experts (grille HAS)

Relecture nationale

1 mois (relecture) + 1 mois (analyse des retours)

3^{ème} réunion du groupe de travail → Intégration des retours de la relecture nationale

Validation par le groupe de travail

2 – 3 mois

DURÉE TOTALE VARIABLE EN FONCTION DES PROJETS, ENVIRON 1 À 2 ANS

Phase de cadrage : identification du besoin et initiation du projet ; constitution de l'expertise
Groupe de travail pluridisciplinaire → note de cadrage

1^{ère} réunion du groupe de pilotage (GP) → Lancement du projet

Phase de revue systématique : identification, sélection, analyse et synthèse critique de la littérature par le GP

2 à 3 réunions du GP -> 1^{ère} cotation , questionnaire en ligne

1^{ère} phase de cotation -> analyse des réponses

Réunion du GP et du GC -> discussion des cotations et des propositions

2^{nde} phase de cotation -> questionnaire en ligne, analyse des réponses
-> rédaction de la version initiale des RBP

Phase de relecture nationale : cotation, commentaires, questionnaire en ligne, analyse des réponses

Phase de finalisation : réunion du GP et du GC -> rédaction de la version finale des RBP

- Objectifs de la reco, enjeux, traçabilité du process ... -> note de cadrage / **outil 1**
- Recherche bibliographique -> algorithmes / **outil 2**
- Sélection bibliographique -> fichier Excel avec menu déroulant / **outil 3**
- Analyse des données -> fichier Excel reprenant les principales données à extraire / items de critique méthodologique / **outil 4**
- Rédaction des argumentaires -> plan et différents titres et sous-titres sur la base des PICO / **outil 5**

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE – OUTIL 2 (1/2)

Équation de recherche Medline® du 02/02/2021	Description de la recherche	Nombre d'articles retrouvés
1. ("urinary calculi"[Title] OR "urinary calculus"[Title] OR "ureteral calculi"[Title] OR "ureteral calculus"[Title] OR "ureteric calculi"[Title] OR "ureteric calculus"[Title] OR "kidney calculi"[Title] OR "kidney calculus"[Title] OR "urinary stone"[Title] OR "urinary stones"[Title] OR "ureteral stone"[Title] OR "ureteral stones"[Title] OR "kidney stone"[Title] OR "kidney stones"[Title] OR "urinary colic"[Title] OR "ureteral colic"[Title] OR "ureteric colic"[Title] OR "renal colic"[Title] OR "renal colics"[Title] OR "kidney colic"[Title] OR "kidney colics"[Title] OR "acute flank pain"[Title] OR "urolithiasis"[Title] OR "ureterolithiasis"[Title] OR "nephrolithiasis"[Title] OR "renolithiasis"[Title] OR "ureteral obstruction"[Title])	Pathologie	11647
2. ("urinary calculi/epidemiology"[MeSH Terms] OR "urinary calculi/ethnology"[MeSH Terms] OR "ureteral calculi/epidemiology"[MeSH Terms] OR "ureteral calculi/ethnology"[MeSH Terms] OR "kidney calculi/epidemiology"[MeSH Terms] OR "kidney calculi/ethnology"[MeSH Terms] OR "renal colic/epidemiology"[MeSH Terms])	Epidémiologie	2065
3. ("ultrasound"[Title] OR "urography"[Title] OR "urography"[MeSH Terms] OR "enhanced computed tomography"[Title] OR "x ray diffraction"[Title] OR "ureteroscopy"[MeSH Terms] OR "ureteroscopy"[Title] OR "spectroscopy"[Title] OR "urinary calculi/diagnosis"[MeSH Terms] OR "urinary calculi/blood"[MeSH Terms] OR "urinary calculi/urine"[MeSH Terms] OR "urinary calculi/classification"[MeSH Terms] OR "kidney calculi/blood"[MeSH Terms] OR "kidney calculi/diagnosis"[MeSH Terms] OR "kidney calculi/classification"[MeSH Terms] OR "kidney-ureter-bladder radiography"[Title] OR "renal colic/diagnosis"[MeSH Terms] OR "renal colic/blood"[MeSH Terms] OR "renal colic/urine"[MeSH Terms])	Diagnostic	209-437
4. ("surgery"[Title] OR "drug therapy"[MeSH Terms] OR "ureteroscopic stone"[Title] OR "percutaneous drainage"[Title] OR "ureteral stenting"[Title] OR "percutaneous drainage"[Title] OR "percutaneous nephrostomy"[Title] OR "nephrolithotomy, percutaneous"[MeSH Terms] OR "nephrolithotomy"[Title] OR "lithotripsy"[MeSH Terms] OR "lithotripsy, laser"[MeSH Terms] OR "lithotripsy"[Title] OR "ESWL"[Title] OR "retrograde intrarenal surgery"[Title] OR "rirs"[Title] OR "fluid therapy/methods"[MeSH Terms] OR "fluids"[Title] OR "diuretics/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "diuretic"[Title] OR "dietary fiber/therapeutic use"[MeSH Terms] OR "dietary fiber/administration and dosage"[MeSH Terms] OR "diet, protein restricted"[MeSH Terms] OR "urinary calculi/therapy"[MeSH Terms] OR "urinary calculi/drug therapy"[MeSH Terms] OR "urinary calculi/drug effects"[MeSH Terms] OR "urinary calculi/surgery"[MeSH Terms] OR "urinary calculi/diet therapy"[MeSH Terms] OR "kidney calculi/diet therapy"[MeSH Terms] OR "kidney calculi/drug therapy"[MeSH Terms] OR "kidney calculi/surgery"[MeSH Terms] OR "kidney calculi/therapy"[MeSH Terms])	Traitement	255

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE – OUTIL 2 (2/2)

5. ("urinary·calculi/prevention·and·control"[MeSH·Terms]·OR·"ureteral·calculi/prevention·and·control"[MeSH·Terms]·OR·"kidney·calculi/prevention·and·control"[MeSH·Terms]·OR·"renal·colic/prevention·and·control"[MeSH·Terms]))	Prévention	1479
6. ("comment"[Publication·Type]·OR·"letter"[Publication·Type]·OR·"editorial"[Publication·Type]·OR·"review"[Publication·Type]·OR·"congress"[Publication·Type]))	Exclusion·type·d'études	4°649·533
7. ("pediatric"[Title]·OR·"infant"[Title]·OR·"children"[Title]·OR·COVID[Title]·OR·SARS-CoV-2[Title]·OR·case·report[Title]·OR·"neoplasms"[MeSH·Terms]·OR·"gout"[MeSH·Terms]·OR·"polycystic·kidney·diseases"[MeSH·Terms]·OR·"splenectomy"[Title]·OR·"medullary·sponge·kidney"[MeSH·Terms]·OR·"hiv"[MeSH·Terms]·OR·"antiretroviral·therapy,·highly·active"[MeSH·Terms]·OR·"epilepsy"[MeSH·Terms]·OR·"cushing·syndrome"[MeSH·Terms]·OR·"arthritis"[MeSH·Terms]·OR·"diabetes·complications"[MeSH·Terms]))	Exclusion·type·de·population	4°951·180
8. ("2011/02/02"[Pdat]·:"2021/02/02"[Pdat]·AND·"humans"[MeSH·Terms]·AND·(English[lang]·OR·French[lang]))	Limitations,·dates,·langues...	5°593·543
9. 1·OR·2·OR·3·OR·4·OR·5	PEC·de·la·pathologie·lithiasique	220·536
10. 8·NOT·(6·OR·7)		2°447·282
11. 9·AND·10		24·260
Epidémiologie		
12. 10·AND·(1·AND·2)	Recherche·restreinte	184
13. 10·AND·(1·OR·2)	Recherche·élargie	1658
Diagnostic		
14. 10·AND·(1·AND·3)	Recherche·restreinte	464
15. 10·AND·(1·OR·3)	Recherche·élargie	24069

Document Excel de 6 onglets / type d'étude

Sélection en double aveugle / Menu déroulant

Répartition entre chargés de projet / méthodes ± coordo

Critères d'exclusion : Editorial, étude de cas, revue générale / Coût, Pratiques, Epidémiologie / In vitro / in vivo / Recommandation ou série réactualisée / Non spécifique de l'IUU (reco tt) / Protocole, Méthode / Enfants / IU associée au prolapsus, fistules urinaires, infection / complications de la chirurgie prothétique de l'IU / femme ayant une pathologie neurologique

Sélectio n pilota ge	Raison d'exclu sion	Comment aire Bretelle, EK et Breuvant	aGLP-1	liraglut ide	semaglut ide	dulaglut ide	exenati de	Décision finale	Sélectio n DK (OUJUN N)	Raison d'exclu sion	aGLP-1	liraglut ide	semaglut ide	dulaglut ide	exenati de
									OUI				X		
	Editorial, étude de cas (sauf exception), revue générale Pronostic, diagnostic Coût, pratiques, Epidémi in vitro / in vivo Reco ou série réactualisée Non spécifique du rein Efficacité d'un ttt immunosuppresseur Technique de transplantation et complication en général Technique de néphrectomie chez le donneur vivant Protocole, Méthode Type de dialyse Retransplantation								NON	Protocole, Méthode					

A1		Auteurs																	
		G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X
	Titre	Abstract	Sélection-pilotage	Raison d'exclusion	Commentaire	Q	Q	Q	Q	Désaccord	Décision finale	OK (OUI/N)	Raison d'exclusion	Commentaire	Q1	Q2	Q3	Q4	
3	11428	When There is No Guidance From the Guidelines: Renal Transplantation in Recipients With Class III Obesity	international guidelines are unable to make recommendations for the management of patients with end-stage kidney stage kidney disease and Class III Obesity (BMI ≥ 40 kg/m(2)). Data on all adult patients receiving a kidney-only transplant in the UK between 2015-2021 were analysed from a prospectively collected database and interrogated across a range of parameters. We then analysed in detail the outcomes of patients transplanted at the highest-volume unit. There were 22,845 renal transplants in the study time-period; just 44 (0.2%) were performed in recipients with a BMI ≥ 40 kg/m(2). Most transplant centres did not transplant any patients in this category. In the centre with the highest volume, there were 21 transplants (9 living donor) performed in 20 individuals (13 male, median age 46 years). One-year patient and death-censored graft survival was 95% and 95%. Successful transplantation is possible in patients with BMI ≥ 40 kg/m(2) but carries additional risk. Obesity should not be the sole factor considered when deciding on transplant suitability. Restricting transplantation to a small number of high-volume centres in each country should be considered to optimize outcomes. The clinical practice guideline Management of Obesity in Kidney Transplant Candidates and Recipients was developed to guide decision-making in caring for people with end-stage kidney disease (ESKD) living with obesity. The document considers the challenges in defining obesity, weighs interventions for treating obesity in kidney transplant candidates as well as recipients and reflects on the impact of obesity on the likelihood of wait-listing as well as its effect on transplant outcomes. It was designed to inform management decisions related to this topic and provide the backdrop for shared decision-making. This guideline was developed by the European Renal Association's Developing Education Science and Care for Renal Transplantation in European States working group. The group was supplemented with selected methodologists to supervise the project and provide methodological expertise in guideline development throughout the process. The guideline targets any healthcare professional treating or caring for people with ESKD being considered for kidney transplantation or having received a donor kidney. This includes nephrologists, transplant physicians, transplant surgeons, general practitioners, dialysis and transplant nurses. Development of this guideline followed an explicit process of evidence review. Treatment approaches and guideline recommendations are based on systematic reviews of relevant studies and appraisal of the quality of the evidence and the strength of recommendations followed the Grading of Recommendations Assessment, Development and	OUI		fondamental						OUI	OUI		registre	X	X	X	
4	ab310	Management of obesity in kidney transplant candidates and recipients: A clinical practice guideline by the DESCARTES Working Group of ERA	OUI								OUI	OUI		reco	X	X		X	
guidelines - 11 ref SM. MA - 24 ref RCT ou non - 116 ref comparatives - 54 ref observationnelle - 361 ref ... + :																			

Analyse des recommandations (items de la grille AGREE-II)

TABLEAU 9: QUESTION 1 - CARACTERISTIQUES METHODOLOGIQUES DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES-RETENUES (GRILLE-AGREE-II)

Promoteur, année, pays, référence	Titre	Recherche documentaire période	Niveau de preuve/système de gradation	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture Validation externe	Déclarations d'intérêts	Autres informations
Association rénale européenne (ERA), 2021, Europe, [Oniscu et al. 2021]	Management of obesity in kidney transplant candidates and recipients: A clinical practice guideline by the DESCARTES Working Group of ERA	4 bases consultées -> octobre 2018	Oui-GRADE	8 néphrologues, 2 chirurgiens et 4 méthodologistes	Oui mais seulement par des relecteurs de la revue éditrice	Pas de liens d'intérêt. L'ERA est en partie financée par l'industrie, mais son conseil d'administration n'a pas été impliqué et n'interfère pas avec le choix du sujet, l'élaboration des questions ou toute autre partie du processus d'élaboration des recommandations.	Revue systématique selon PRISMA Très bonne qualité, cf. document en supp data pour la recherche exhaustive, sélection, expertise, extraction des données....
Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), 2020, [Chadban et al. 2020]	KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Management of Candidates for Kidney Transplantation	3 bases consultées -> septembre 2019	Oui-GRADE	physician-methodologists and experienced research associates with expertise in nephrology and evidence-based clinical practice guideline development	Oui	Liens d'intérêts déclarés en annexe « Biographic and Disclosure Information »	Revue systématique selon PRISMA Très bonne qualité

Grille d'analyse des MA/RS (cf. Excel)

-> Aide à la rédaction des argumentaires

Tableau 10: Question 1 - description et résultats des méta-analyses

Auteur, Année, Pays, Référence, Niveau de preuve	Type et nombre d'études incluses	Population, Durée du suivi	Nombre de patients inclus	Intervention, Comparateur	Critères de jugement	Résultats et signification
Nicoletto 2014, NP4	21 études observationnelles	Inclusion: Âge ≥ 18 ans, Transplantés rénaux Exclusion: Données répétées, Transplantations pédiatriques	N=9296	IMC ≥ 30 kg/m² vs IMC < 30 kg/m²	Rejet aigu, Mortalité à 1 an, Mortalité à 5 ans, Perte du transplant à 1 an, Perte du transplant à 5 ans, Retard de fonction du transplant	Retard de fonction du transplant: RR=1,41; 95%IC {1,26-1,57}; 13 études; n=4419; I²=8% Rejet aigu: RR=0,95; 95%IC {0,82-1,11}; 11 études; n=3307; I²=18% Perte du transplant à 1 an: RR=1,31; 95%IC {1,11-1,55}; 15 études; n=6750; I²=0% L'année de publication a influencé cette association (p=0,047) - Seules les études publiées avant 2003 (7 études) présentaient cette association (RR=1,51; 95%IC {1,19-1,91}; I²=0%) - études publiées après 2003 (8 études), cette association n'a pas été trouvée (RR=1,16; 95%IC {0,91-1,48}; I²=0%) Perte du transplant à 5 ans: RR=1,21; 95%IC {1,08-1,34}; 13 études; I²=38% L'année de publication a influencé cette association (p=0,009) - Seules les études publiées avant 2003 (7 études) présentaient cette association (RR=1,39; 95%IC {1,22-1,60}; I²=10%) - études publiées après 2003 (6 études), cette association n'a pas été trouvée (RR=0,99; 95%IC {0,83-1,19}; I²=0%) Mortalité cardiovasculaire: RR=2,07; 95%IC {1,17-3,64}; 5 études; n=2198; I²=0% Mortalité à 1 an: RR=1,30; 95%IC {1,00-1,69}; 12 études; n=6750; I²=0%

Tableau 11: Question 1 - caractéristiques méthodologiques des méta-analyses / revues systématiques

Auteurs, Année, Référence, Niveau de preuve	Objectifs Précisés	Recherche systématique de la littérature, Période de recherche	Critères de sélection des articles (O/N)	Analyse des articles explicitée (O/N)	Cohérence interne	Autre (nbre d'évaluateurs, Liens d'intérêts, Financement)
Nicoletto 2014, NP4	Évaluation de l'association de l'IMC > 30 kg/m² avec les résultats obtenus après une transplantation rénale	3 bases consultées, Jusqu'à août 2013	Oui	Oui, Grille d'analyse méthodologique "Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale for cohort studies", niveau de preuve selon GRADE	Oui	Limites: faible niveau de preuve car revue systématique d'études d'observationnelles. Les articles ont été publiés entre 1990 et 2013 et la taille de l'échantillon était très variable. Analyse discutable des sous-groupes et de l'hétérogénéité. On ne sait pas si la méta-analyse a utilisé des estimations en analyse univariée ou multivariée ajustées sur les facteurs de confusion. Les complications telles que l'infection de la plaie ne sont pas évaluées. Forces: 3 sources bibliographiques consultées, critères de sélection prédéfinis, 2 évaluateurs indépendants, grille d'analyse des études validées, pas de biais de publication d'après le funnel plot. Pas d'hétérogénéité statistique des résultats, intervalles de confiance (95%IC) étroits, pas de liens d'intérêts, pas de financement industriel

Grille d'analyse des données originales (cf. Excel)

-> Aide à la rédaction des argumentaires

Tableau 40°: PSA°: description des études originales¶

Auteur, année¶ ¶ Niveau de preuve¶	Type d'étude¶	Objectifs¶	Population (P)¶	Effectif patients¶	Intervention (I)¶ Contrôle (C)¶	Critères de jugement retenus¶
[Kayikci et al. 2012]¶ ¶ Niveau de preuve 4¶	Etude prospective non-randomisée, analyse a-posteriori¶	Déterminer la corrélation entre le PSA total ou le PSA libre et le volume prostatique ou l'âge¶	Patients consécutifs consultant pour des troubles urinaires / HBP sur une période de 2 ans > 40 ans¶ âge moyen°: 62,5 ans¶	656¶	PSA total et PSA libre¶ ¶ Échographie de l'appareil urinaire par voie abdominale¶	Corrélation entre score et symptômes¶
[Masuda et al. 2012]¶ ¶ Niveau de preuve 4¶	Etude prospective non-randomisée, analyse a-posteriori¶	Comparer les performances de la masse du PSA avec celles du PSA en termes de prédiction du volume total de la prostate¶	Patients obèses japonais avec HBP et PSA > 10 ng/mL qui ont leur volume de la prostate estimé par échographie¶ Age entre 50 et 80 ans¶	1517 patients inclus prospectivement dans une base de données / 1425 avec HBP confirmée sur biopsie¶	PSA¶ masse du PSA¶ Taille de la prostate¶	Corrélation du PSA et de la masse du PSA (PSA x volume plasmatique) avec le volume de la prostate¶

¶

Tableau 41°: PSA°: résultats des études originales et biais méthodologiques¶

Auteur, année¶	Résultats et significativité¶	Commentaire / Conclusion de l'évaluateur / valeur ajoutée de l'article¶
[Kayikci et al. 2012]¶	Performance PSA total et PSA libre relativement mauvaise pour prédire le volume prostatique > 40cc¶ AUC°: 0,668 pour PSA total et 0,721 pour PSA libre¶	Période d'inclusion assez longue pour une population très fréquente; probable biais de sélection important, AUC faibles¶ Reflet indirect mais aussi très peu précis du volume prostatique / ne peut pas remplacer la mesure si elle est nécessaire.¶

IA et automatisation dans la méthodologie des recommandations

Où intervenir ? Quoi automatiser ? Où l'humain garde la décision ?

*Zine-Eddine KHENE
urologue, responsable du groupe IA de l'AFU*



CE QUE L'IA PEUT APPORTER

Réduire	Gagner du temps sur les tâches répétitives sans analyse (tri, mise en forme, premières lectures) et le réinvestir dans l'analyse
Explorer	Parcourir rapidement de grands volumes d'articles et de rapports pour en dégager les points clés
Structurer	Produire des données organisées (tableaux, synthèses) prêtes à être relues et validées

Ce que l'IA produit reste une proposition, pas une vérité établie.

À QUELLES ÉTAPES L'IA PEUT-ELLE INTERVENIR ?

	Étape	Place de l'IA	Rôle possible de l'IA
1	Cadrage, questions PICO	Décision humaine	Reformulation, contrôle de complétude des PICO
2	Recherche bibliographique	Assistance IA	Proposition d'équations et de synonymes, validées par le méthodologiste
3	Sélection des études	Assistance IA	Second lecteur ou priorisation du tri ; décision finale humaine
4	Extraction des données	Assistance IA	Préremplissage des grilles (outil 4), vérifié ligne à ligne
5	Analyse critique, niveau de preuve	Décision humaine	Aide possible à la cotation du risque de biais, sous contrôle
6	Synthèse des preuves	Assistance IA	Tableaux de synthèse, mise en forme de l'argumentaire
7	Rédaction et gradation des recommandations, cotation	Décision humaine	Aucun rôle décisionnel
8	Relecture nationale	Assistance IA	Regroupement et classement des commentaires des relecteurs
9	Diffusion et mise à jour	Assistance IA	Assistant conversationnel sourcé, veille bibliographique

Tâches transversales automatisables : imports, normalisation, dédoublonnage, traçabilité, exports



DEUX FAÇONS D'INTÉGRER L'IA

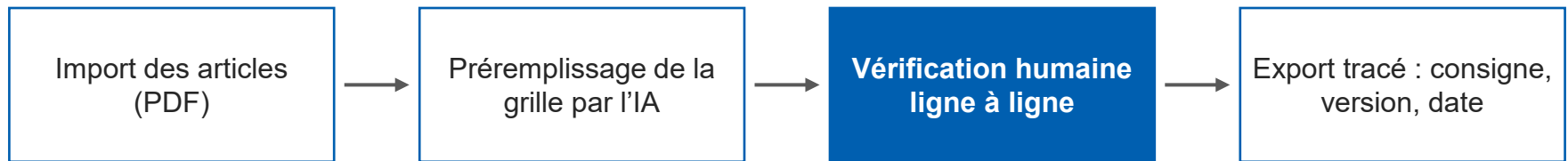
Assistant ponctuel

- Utilisé à la demande, pour une tâche isolée
- Utile pour explorer ou défricher un sujet
- Pas de suivi ni de trace automatique

Processus intégré

- Connecté à un circuit défini à l'avance
- Adapté aux tâches récurrentes et volumineuses
- Étapes tracées, reproductibles, vérifiables

Exemple de circuit intégré : extraction des données



Pour une recommandation, l'exigence de traçabilité oriente vers le processus intégré.



LLM ET SYNTHÈSE DE PREUVES : TROIS EXEMPLES

Étape	Étude	Résultat observé
Sélection (titres et résumés)	Sanghera et al., JAMIA 2025 Revue Cochrane, ≈ 120 000 références, 6 LLM	– Sensibilité de 76 à 100 % selon la revue, précision faible – Association LLM–humain ou LLM–LLM : charge de tri réduite de 38 à 99 % – Performances variables selon le domaine
Extraction et risque de biais	Lai et al., npj Digit Med 2025 107 essais randomisés	– Extraction assistée : 97,9 % de données exactes – 14,7 min par essai contre 86,9 min en méthode conventionnelle
Extraction (maladies infectieuses émergentes)	Ishikane et al., Open Forum Infect Dis 2026 Essai randomisé croisé, articles sur le mpox	– 27,5 min contre 34,5 min par article (–23 %) – IC 95 % de la réduction : –1,5 à 17,3 min (NS) – Exactitude de 100 % dans les deux bras

Gains de temps réels mais variables, dépendants du domaine, du modèle et de la consigne : une validation locale reste indispensable.



LIMITES, RISQUES ET CONDITIONS D'USAGE

Risque	Ce que cela implique	Condition pour l'encadrer
Informations inventées	Une référence ou un chiffre peut sembler exact sans l'être	Vérifier chaque source avant utilisation
Résultats variables	Deux exécutions peuvent donner des réponses différentes	Tracer la consigne, la version du modèle et la date
Couverture incomplète	Des éléments pertinents peuvent être manqués	Garder un contrôle scientifique sur ce qui est couvert
Confidentialité	Des documents de travail (versions provisoires, commentaires des relecteurs) peuvent transiter par l'outil	Aucun document de travail dans un outil grand public ; vérifier l'hébergement et les conditions d'utilisation
Responsabilité	L'outil ne répond pas du contenu de la recommandation	Le groupe de travail reste responsable ; supervision humaine à chaque étape

Transparence : déclarer tout usage de l'IA (outil, version, étape, modalités de vérification) dans la note de cadrage et l'argumentaire.

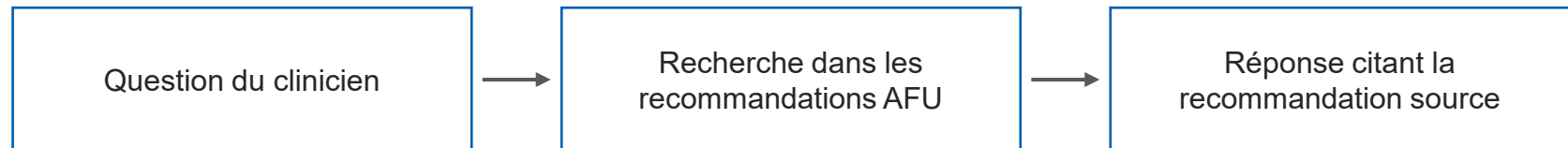
Référence : position commune Cochrane, Campbell, JBI et CEE (2025), en appui des recommandations RAISE.



CE QUE L'AFU A ENGAGÉ

- **Groupe IA et données de santé** : réflexion sur l'intégration de l'IA dans les activités de l'association
- **UroChat** : assistant conversationnel qui interroge les recommandations publiées sur urofrance.org et cite le texte source de chaque réponse (génération augmentée par recherche, RAG) ; prototype en cours de développement
- Il intervient à l'étape de diffusion et d'appropriation, sans toucher à l'élaboration des recommandations

Principe d'UroChat



Piste à discuter pour la méthode : preuve de concept sur la sélection des études (outil 3), l'IA en second lecteur comparée à la double lecture humaine (sensibilité, temps, désaccords)

Un assistant pour accélérer la méthode, pas pour court-circuiter l'expertise

À automatiser	À assister par l'IA	À laisser à l'humain
– Imports – Normalisation, dédoublonnage – Traçabilité – Exports	– Tri des références – Extraction des données – Tableaux de synthèse – Regroupement des commentaires de relecture	– Analyse critique – Conclusions et niveau de preuve – Rédaction des recommandations – Cotation, consensus, arbitrage clinique

Prochaine étape : choisir un cas d'usage de preuve de concept et en définir les données, les métriques et les étapes de validation.



- **Responsabilité** : qui répond d'une recommandation dont une partie de la synthèse a été préparée par une IA ?
- **Transparence** : faut-il un standard commun de déclaration de l'usage de l'IA dans les recommandations françaises ?
- **Cadre** : quel rôle pour la HAS et les sociétés savantes dans l'évaluation des outils et des pratiques ?
- **Priorités** : quelle étape tester en premier, et avec quel critère de non-infériorité par rapport à la double lecture humaine ?
- **Mutualisation** : peut-on partager outils, jeux de validation et retours d'expérience entre sociétés savantes ?

MERCI