



Bernard
MALAUAUD

L'AFU et l'EAU vous proposent une adhésion combinée

L'AFU et l'EAU travaillent en ce moment à une double affiliation AFU + EAU ou « En Bloc membership ». Mais pourquoi rejoindre l'Association Européenne d'Urologie quand on a déjà tous les avantages de l'Association Française d'Urologie ?

Trois bonnes raisons : le porte-monnaie, la passion et la langue française !

1. Le porte-monnaie

Le premier avantage est de réduire de moitié la cotisation annuelle de l'EAU de 225 € à 112,50 € soit une économie directe pour les 300 urologues français déjà membres.

Cela donne immédiatement droit à une réduction substantielle pour le congrès et couvre d'emblée plusieurs années d'adhésion.

Par exemple, l'inscription au prochain congrès d'Amsterdam (19-22 mars 2027), fixée à 1 495 € pour les non-membres, est réduite de 355 € pour les membres. Cette économie représente plus de trois années de cotisation à 112,50 € et rend le rendez-vous plus accessible aux urologues français, dont plusieurs orateurs de premier plan contribuent chaque année à faire entendre une voix hexagonale dans le premier forum mondial d'urologie.

Par ailleurs en urologie, les choses vont vite. Pour rester informés de tous les aspects de notre discipline, de la recherche jusqu'aux innovations opératoires et aux soins courants, l'adhésion donne aussi accès gratuitement à la version digitale des journaux de l'EAU : *European Urology*, premier journal mondial en urologie, ainsi que les titres spécialisés *European Urology Oncology*, *European Urology Open Science* et *European Urology Focus*.

L'EAU investit également chaque année dans la mise à jour de ses recommandations scientifiques. Élaborées selon une méthodologie rigoureuse et indépendante des acteurs commerciaux, elles soutiennent l'enseignement de notre discipline et contribuent au rayonnement de l'urologie européenne. Leur usage est facilité par l'application « Pocket Guidelines » et par le développement d'un chatbot capable d'interroger l'état de l'art à partir d'un cas clinique donné.

2. La passion

Du football au volley-ball, de la natation au rugby, chaque territoire connaît ses passions. À Toulouse, c'est le rugby : du club de village au Stade Toulousain, des boucliers de Brennus aux succès du XV de France dans le Tournoi des Six Nations, le

Sud-Ouest cultive une même fidélité au « beau jeu ».

Cette même passion accompagne toutes les étapes de notre vie d'urologue : l'internat, les premiers échanges nationaux lors des ECU, l'enseignement du DESC, puis les rencontres avec nos pairs et collègues lors des SUC, des FMC et du Congrès de la Porte Maillot.

En permettant à l'AFU d'être un acteur européen majeur, nous lui donnons les moyens de défendre au niveau européen cette passion commune.

Le premier levier est le nombre : plus les membres de l'AFU seront nombreux au sein de l'EAU, plus la voix française pèsera dans les choix scientifiques, les formations et les orientations de la communauté urologique européenne.

Parmi ses 25 000 membres, l'EAU compte déjà près de 800 membres français issus de l'AFUF (466 membres) ou de l'AFU (300 membres). L'adhésion conjointe AFU/EAU pourrait doubler cette participation et placer le contingent français au premier plan européen, donnant aux urologues français et à l'AFU un poids accru dans les orientations scientifiques et la vie de la première association internationale d'urologie.

Suite page 3

Éditorial

- L'AFU et l'EAU vous proposent une adhésion combinée. 1
Bernard MALAUDAUD

Réunions scientifiques à venir

- 10^e congrès UpDates in OncoUrology - UDOU 4
Morgan ROUPRÊT, Alexandre de la TAILLE
- Premières Journées d'Infectiologie de l'AFU - JIAFU 4

En direct du CA

- Un séminaire en Corse pour construire l'avenir de l'AFU :
le CA et le CNPU réunis autour d'une même dynamique 5
Olivier ALENDIA
- L'AFU prépare l'avenir de ses données 6
Jonathan OLIVIER
- Hommage au Dr Ata ALSAHI 7
Guillaume LOISON avec la participation d'Antoine FAIX

Prostate

- L'ARTP : près de 40 ans au cœur de l'innovation
pour la recherche sur la prostate 8
Charles DARIANE, Vincent GOFFIN

Dossier - Médiation médicamenteuse

Dossier préparé par Stéphane BART et Pierre DERROUCH

- Médiation médicamenteuse en oncologie : hôpital, ville, IA,
les nouveaux relais du traitement 9
Stéphane BART, Pierre DERROUCH
- De l'interaction médicamenteuse à l'observance
en oncologie : la place des pharmaciens hospitaliers 9
Margaux DAMERVAL, Julien MANSON, Pierre PASQUIER,
Pierre DERROUCH
- Les pharmacies d'officine, relais de l'information
sur les traitements 12
Pierre ROY, Pierre DERROUCH
- IA, prescription et accès à l'innovation : « construire avec
les utilisateurs, pas pour eux » 13
Arnaud BAYLE, Pierre DERROUCH
- De la consultation au choix thérapeutique, ce que change
déjà l'intelligence artificielle 15
Adrien VIDART, Pierre DERROUCH
- Conclusion et perspectives 16
Stéphane BART, Pierre DERROUCH

Santé des urologues

- Accident d'exposition au sang au bloc opératoire :
sauriez-vous quoi faire demain ? 17
Blandine TAMARELLE

Gestion des risques

- Gestion périopératoire des patients sous antithrombotiques :
des consultations préopératoires, jusqu'au retour à domicile 21
Stéphane BART, Bertrand POGU, Catalin CIUTA,
Cynthia MABOU, Nathalie SCHNEIDER
- Les erreurs médicamenteuses, état des lieux national
et international 24
Stéphane BART, Bertrand POGU, Catalin CIUTA,
Cynthia MABOU, Nathalie SCHNEIDER

Fax AFUF

- Expérience InterCHU 26
Axel MONTUCLARD

Loi sur la fin de vie

- Mise au point sur les modalités de la loi sur l'euthanasie 27
Claire FOURCADE, Jérôme GAS

Législation

- Topo, photo: on risque gros !!! Une simple photo peut-elle
coûter plusieurs milliers d'euros ? 29
Laurent GUY, Didier LEGEAIS

Roulons pour la santé de l'homme

- La Boucle de Santé 2026 31
Clément RIBAS
- Le Mont Ventoux 2026 32

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 !
X f i
AFUrologie
CFU2026

Cette influence compte aussi à Bruxelles, où le bureau de liaison de l'EAU sensibilise les décideurs européens aux grands défis de l'urologie : incontinence, dépistage, cancer et innovation. Faire entendre la voix des urologues français à Paris, Bruxelles et ailleurs, c'est le sens de l'histoire, c'est le sens de l'Europe. Un petit cocorico ici avec l'axe Strasbourg-Rouen, allant de ses débuts avec Didier Jacqmin à Jean-Nicolas Cornu aujourd'hui.

Plus nombreux, nous serons aussi plus visibles et plus entendus lors des formations et sessions scientifiques de l'EAU aidés en cela par les tarifs préférentiels et la traduction simultanée par IA des sessions scientifiques du congrès levant ainsi l'ancienne barrière de l'anglais.

Un autre sujet important est celui des crédits de formation médicale continue acquis lors des sessions scientifiques de l'EAU.

Bien que reconnus par l'Union Européenne des Médecins Spécialistes, les crédits de

l'EAU ne le sont pas automatiquement par l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu. Leur validation ne peut s'envisager en dehors de l'AFU, seule société savante représentant les urologues français, qui pourra ainsi utiliser et faire valoir auprès des autorités la force de son ancrage européen.

3. La langue française

Comment aborder la place de l'AFU en Europe sans parler du français ?

Association Française d'Urologie, l'AFU est l'interlocuteur naturel des urologues francophones.

L'EAU, avec 40 % de ses membres extérieurs aux frontières européennes, mesure les limites de l'anglais comme langue d'échange, notamment auprès des 29 pays et 300 millions de personnes qui ont le français comme langue officielle.

Cette convergence d'intérêt donne à l'AFU une place singulière pour discuter avec

l'EAU des moyens humains et techniques nécessaires pour ouvrir ses actions de formation et de collaboration à la francophonie et étendre ainsi au monde le service qu'elle rend déjà au niveau hexagonal.

En conclusion

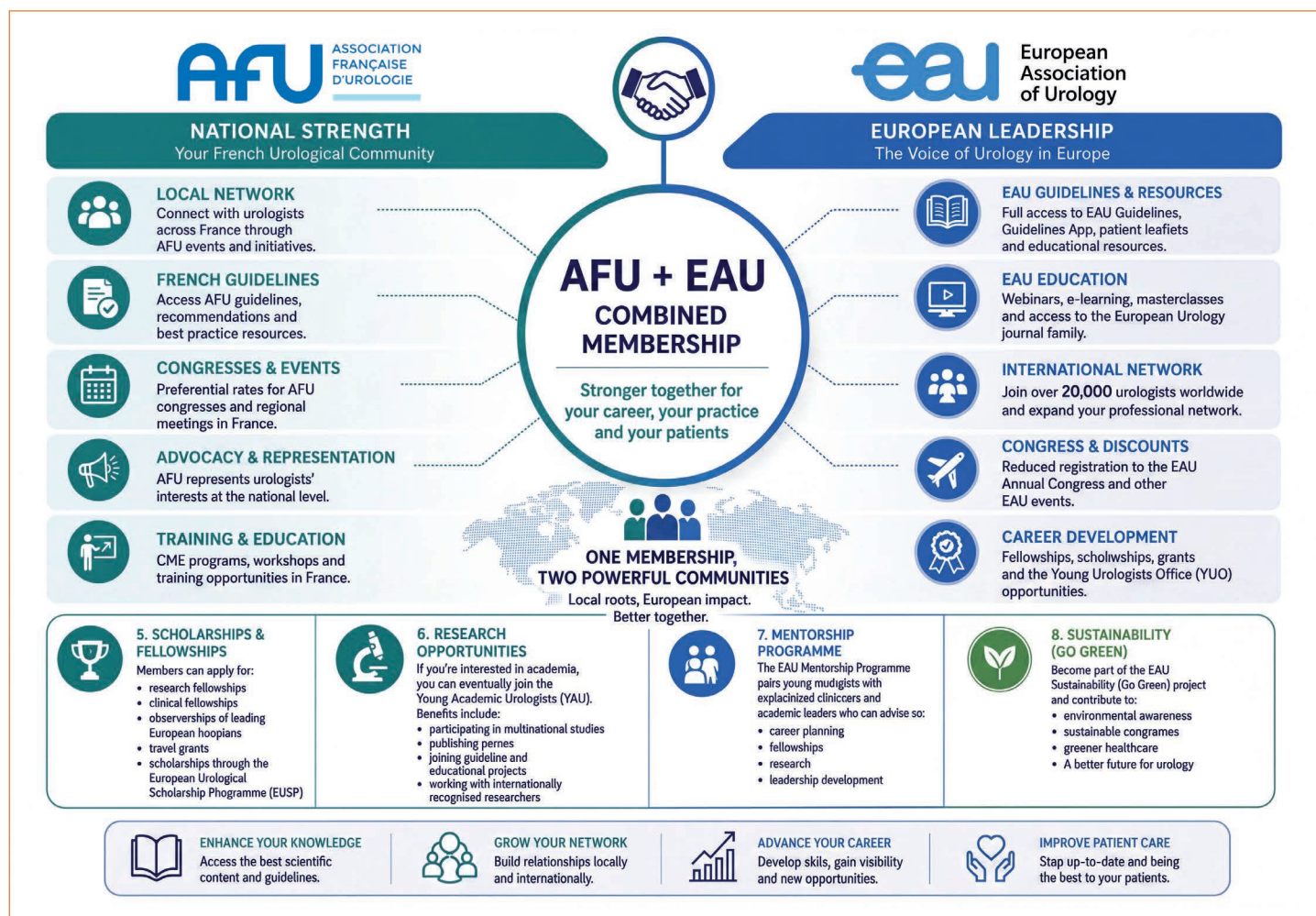
Pourquoi rejoindre l'Association Européenne d'Urologie quand on bénéficie déjà des atouts de l'Association Française d'Urologie ?

Parce que cette double appartenance sert à la fois notre intérêt financier, notre engagement professionnel et la place que nous voulons tenir en Europe comme dans le monde.

Au plaisir d'aller ensemble de l'avant,
Bien amicalement

Bernard MALAVALD

En charge des membres au sein de l'EAU





Morgan
ROUPRÊT



Alexandre
de la TAILLE

Pour sa 10^e édition, du 17 au 19 septembre 2026, UDOU poursuit la philosophie qui a fait son succès depuis sa création : proposer une formation intensive en onco-urologie, labellisée par l'Association française d'urologie (AFU), dans un format volontairement resserré, interactif et convivial.

Vous vous intéressez aux RCP, au cancer de la prostate, de la vessie, du rein ou aux tumeurs urothéliales de la vessie ? Pendant trois jours à Paris, UDOU réunit autour de cas cliniques, de mises au point, de controverses et d'échanges directs les experts du CCAFU et de l'EAU pour faire le point sur les recommandations, les publications qui changent nos pratiques et les principales actualités de l'année.

L'ambition reste la même : permettre à chacun de repartir avec une vision claire et immédiatement applicable de ce qui a changé en onco-urologie, tout en conservant ce qui constitue l'ADN d'UDOU depuis dix ans : des échanges directs avec les experts, une audience volontairement limitée et une atmosphère conviviale propice aux discussions.

Et nul besoin de pouvoir libérer trois journées entières : si vous avez au moins deux demi-journées à nous consacrer à Paris (Mama Shelter Paris 15^e), vous êtes les bienvenus !

Pour cette 10^e édition, venez retrouver en un même lieu et en trois jours le CCAFU et l'EAU, et partager avec nous ce rendez-vous désormais incontournable de l'onco-urologie.

Morgan ROUPRÊT, Alexandre de la TAILLE

Programme, informations, inscriptions :



<https://udou.eu/>

Sophie Salama • NEWMED
sophie@newmed.fr

UDOU UPDATES IN
ONCOUROLOGY

17-19 septembre 2026

Paris, Mama Shelter Paris West

10^e congrès UDOU, dix ans déjà !



UDOU
UPDATES IN
ONCOUROLOGY

Save the date – UDOU course 10th edition – 17 – 19 September 2026

Mama Shelter Paris West • 20 Avenue de la Porte de la Plaine, 75015 Paris, France

24 et 25 SEPTEMBRE 2026
TOURS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

JIAFU
JOURNÉES
D'INFECTIOLOGIE
DE L'AFU

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous!
f i n @associationfrancaisurologie
afu_urologie Association Française d'Urologie

URO DIFFUSION



Olivier ALEND

Un séminaire en Corse pour construire l'avenir de l'AFU : le CA et le CNPU réunis autour d'une même dynamique

Le dernier Conseil d'administration de l'Association Française d'Urologie s'est tenu en Corse, du 25 au 28 juin 2026, dans un format inédit. Pour la première fois, ce séminaire a permis de réunir autour d'une même dynamique le Conseil d'administration de l'AFU, le CNPU et les responsables des différents comités, avec une ambition commune : réfléchir collectivement à l'évolution de notre association, à la modernisation de nos pratiques et aux projets qui structureront l'urologie française de demain.

Au-delà du caractère exceptionnel du lieu, cette rencontre a constitué un véritable temps de travail, d'échange et de réflexion stratégique.

Une Corse chaleureuse et fédératrice

Cette édition corse restera d'abord comme une très belle aventure humaine.

Elle a été orchestrée de main de maître par Paul Méria, qui nous a accueillis sur ses terres et nous a permis de découvrir une Corse à la fois authentique, généreuse et magnifique. Entre paysages exceptionnels, gastronomie, découvertes et activités communes, le programme social a largement contribué à créer une atmosphère particulièrement conviviale.

Randonnée dans le Cap Corse, déjeuner à Nonza, découverte de Bastia et moments de partage ont permis aux participants de mieux se connaître et de renforcer les liens entre les différentes composantes de notre association.

Cette dimension humaine n'était pourtant qu'un préalable à trois journées de travail particulièrement denses.

Un CA de l'AFU riche en actualités

Le séminaire a débuté par une session consacrée au Conseil d'administration de l'AFU, avec un ordre du jour particulièrement riche.

De nombreux sujets structurants pour l'association ont été abordés : bilan des différentes actions de 2026, retour sur les congrès et manifestations scientifiques, communication, fonctionnement adminis-

tratif et financier, relations internationales, pratiques professionnelles et recherche.

Le bilan des JOUM 2026 a notamment permis de revenir sur une année particulièrement riche en participation et en échanges. Cette édition, organisée à Lille, a été unanimement saluée pour sa réussite, tant sur le plan scientifique que par la qualité de la participation.

Le CFU 2026, la sélection des abstracts et la nouvelle identité graphique du congrès ont également été évoqués, tout comme les différents projets portés par les commissions et les comités.

Les échanges ont également porté sur la campagne de sensibilisation consacrée au cancer de la vessie, la journée patients, le programme Mentor, Novemb'Run, le Ventoux 2026 ou encore les différentes initiatives internationales de l'AFU.

Cette richesse témoigne du dynamisme de notre association et de l'implication de l'ensemble de ses membres.



Pour la première fois, le CA et le CNPU réunis autour d'un travail commun

L'un des temps forts de ce séminaire aura incontestablement été l'intégration du CNPU et des responsables de comités aux travaux du Conseil d'administration.

Cette organisation nouvelle a permis de dépasser le fonctionnement traditionnel en silos et de favoriser une véritable réflexion transversale.

Les participants ont ainsi pu travailler ensemble autour de plusieurs grandes thématiques : registres, données cliniques, comptes rendus standardisés, intelligence artificielle, recherche, pratiques professionnelles et évolution des outils mis à disposition des urologues.

L'objectif était clair : faire émerger des projets concrets, directement applicables dans la pratique quotidienne, tout en donnant à l'AFU les moyens de mieux structurer et valoriser les données produites par la communauté urologique française.

Les registres et la donnée au cœur de la réflexion

La question des registres urologiques a occupé une place centrale dans les discussions.

Les ateliers ont permis d'échanger sur l'harmonisation des pratiques et sur la définition de jeux de données pertinents selon les différentes surspécialités.

L'enjeu est majeur : disposer de données homogènes, fiables et structurées afin de mieux connaître nos pratiques, évaluer nos résultats, développer la recherche clinique et, à terme, contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients.

Cette réflexion s'inscrit également dans un contexte de transformation profonde de notre système de santé, marqué par l'essor des données de santé et leur potentiel d'utilisation pour la recherche et l'évaluation des pratiques.

L'intelligence artificielle : comprendre avant de décider

L'autre grand sujet transversal du séminaire a été celui de l'intelligence artificielle.

Adrien Vidart, chef de projet, et Zine-Eddine Khene, responsable de la commission IA, ont proposé une présentation particulièrement pédagogique consacrée aux principes de fonctionnement de l'intelligence artificielle, aux différents outils disponibles et surtout à leurs applications potentielles pour l'AFU.

L'objectif n'était pas de céder à l'effet de mode, mais bien de comprendre les opportunités et les limites de ces nouvelles technologies.

La question d'une RAG (*Retrieval-Augmented Generation* ou, en français, génération augmentée par récupération) pour Urofrance a notamment été discutée. Elle

pourrait permettre, à terme, d'interroger de manière plus intelligente et contextualisée les ressources scientifiques et documentaires de notre association.

Le projet RAG fera l'objet d'un travail complémentaire durant l'été, sous la responsabilité de Zine-Eddine Khene, afin de présenter au Conseil d'administration du 4 septembre une analyse précise des différentes options envisageables.

Le choix devra prendre en compte non seulement les performances technologiques actuelles, mais également la stratégie à long terme de l'AFU, ses besoins, ses ressources et l'évolution rapide des outils d'intelligence artificielle.

Vers des comptes rendus urologiques standardisés

Les travaux consacrés aux comptes rendus de consultation et opératoires constituent également un projet particulièrement structurant.

Les différents comités scientifiques ont commencé à élaborer des modèles sur plusieurs thématiques. L'objectif est désormais de poursuivre leur validation selon une méthodologie commune, associant expertise scientifique, regard juridique et validation par la communauté urologique.

Le processus proposé prévoit sept étapes :

1. Relecture et validation des documents par les comités concernés ;
2. Première lecture par le Conseil scientifique ;

3. Relecture par deux experts extérieurs au comité et un représentant du Bureau, avec l'appui de la cellule juridique ;
4. Soumission au Conseil scientifique et au Bureau ;
5. Relecture élargie par des urologues ;
6. Validation finale par le Bureau de l'AFU et le Conseil scientifique ;
7. Communication et déploiement auprès des membres de l'AFU.

L'ambition est de parvenir à une première validation au début de l'année 2027.

Ce travail permettra progressivement de proposer aux urologues des outils harmonisés, pertinents scientifiquement et sécurisés sur le plan médico-légal, tout en facilitant la structuration des données issues de notre activité quotidienne.

Une vision commune pour l'urologie de demain

Au-delà des différents sujets abordés, ce séminaire a surtout permis de faire émerger une conviction commune : l'AFU doit continuer à évoluer pour accompagner les transformations profondes de notre discipline et de notre système de santé.

L'intelligence artificielle, les registres, les données de santé, la standardisation des pratiques, la recherche clinique, la formation et les relations internationales constituent désormais des enjeux intimement liés.

Ils nécessitent une association capable de fédérer ses différentes forces : Bureau,

Conseil d'administration, Conseil scientifique, CNPU, commissions et comités.

La réunion de ces différentes composantes en Corse constitue à ce titre une étape importante.

Un séminaire placé sous le signe de la transmission et de la construction collective

Ces trois jours auront donc été bien davantage qu'un simple séminaire de travail.

Ils auront permis de prendre du recul, partager une vision, confronter les expériences et surtout construire ensemble les projets de demain.

La réussite d'une association comme l'AFU repose avant tout sur l'engagement de ses membres. Ce séminaire l'a une nouvelle fois démontré : lorsque les compétences, les générations et les différentes sensibilités de notre communauté se réunissent autour d'objectifs communs, notre capacité d'action est considérable.

La Corse aura ainsi offert un cadre exceptionnel à cette réflexion collective.

Après trois journées de travail intense, mais aussi de convivialité et de partage, chacun est reparti avec la volonté de poursuivre cette dynamique.

Le rendez-vous est désormais donné au Conseil d'administration du 4 septembre, avec plusieurs dossiers structurants à faire avancer et une ambition intacte : construire collectivement l'AFU de demain.

Olivier ALEND



Jonathan
OLIVIER

L'AFU prépare l'avenir de ses données

La RAG, ou le savoir de l'AFU à portée de question

Trois jours durant, le séminaire AFU/CNPU organisé à Bastia a réuni les instances de l'association, les comités scientifiques et l'équipe de la MUR autour de deux chantiers structurants pour l'avenir de notre spécialité, le déploiement d'une RAG sur le site de l'AFU et la construction des futurs registres nationaux. Voici ce qu'il faut en retenir.

RAG signifie *Retrieval-Augmented Generation* ou, en français, génération augmentée par récupération. Il ne s'agit pas d'un énième chatbot généraliste. La RAG corrige le défaut majeur des grands modèles de langage, leur tendance à répondre « de mémoire », avec des connaissances parfois datées et une capacité déconcertante à affirmer des inexactitudes avec assurance. En médecine, ce risque d'hallucination est rédhibitoire.

Le fonctionnement se fait en deux temps. Le système recherche d'abord les passages pertinents dans un corpus documentaire fermé et maîtrisé (nos recommandations AFU, nos référentiels, nos documents validés), puis le modèle de langage rédige sa réponse en s'appuyant exclusivement sur ces sources, qu'il cite. L'IA ne répond plus de mémoire mais le livre ouvert, et ce livre, c'est le nôtre.

Concrètement, vous pourrez demain interroger le site de l'AFU en langage naturel, « quelle surveillance après RTUV pour une TVNIM de haut risque ? » et obtenir une réponse sourcée sur les recommandations en vigueur. Gain de temps en consultation, outil de formation pour les plus jeunes, maintenance simplifiée. Quand nos recommandations évoluent, il suffit de mettre à jour le corpus pour actualiser les réponses.

Le projet est piloté par Adrien Vidart et Zine-Eddine Khene, responsable de la Commission IA, qui travaillent à l'option technique la plus adaptée à notre association et à son avenir.

Les registres nationaux, la qualité des soins d'abord

Le second chantier touche à notre pratique quotidienne. Il s'agit de constituer des registres nationaux multicentriques par pathologie, au service d'abord de la qualité des soins, pour évaluer nos pratiques, mesurer nos résultats et les améliorer. Ils soutiendront aussi les études en vie réelle à grande échelle et, à terme, le développement d'outils d'IA entraînés sur des données françaises de qualité. Les registres scandinaves ont démontré la puissance de ce modèle ; le maillage hospitalier et libéral français nous donne un potentiel comparable, à condition de nous organiser.

Or, et c'est le principe fondateur de la feuille de route Data-Ready, le frein n'est pas technique, il réside dans la façon dont nous écrivons. Nos comptes-rendus contiennent déjà l'essentiel de l'information, mais rédigés en texte libre, dans des formats hétérogènes d'un centre à l'autre, ils sont inexploitable à l'échelle nationale. Quand l'un écrit « suites simples » et l'autre

« Clavien-Dindo grade I », la même réalité clinique devient incomparable. Une donnée harmonisée aujourd'hui devient une donnée exploitable demain, sans double saisie, dans le flux de travail habituel.

Chaque comité va donc produire, pour sa pathologie, un référentiel documentaire national articulé autour de quatre livrables, à savoir un Minimum Data Set, un compte-rendu de consultation type, un compte-rendu opératoire type et un compte-rendu de suivi type.

Les questions légitimes que vous vous posez

La première interrogation concerne la charge de travail. L'objectif est précisément l'inverse d'une contrainte supplémentaire. Les modèles types sont conçus pour s'intégrer dans le flux de travail existant, avec un nombre de variables volontairement limité. Un compte-rendu bien structuré se dicte aussi vite qu'un texte libre, et se relit souvent mieux. Mieux documenté, il renforce aussi la sécurité juridique du praticien en cas de contentieux, et pourrait demain constituer un support précieux pour l'accréditation.

La protection des données fait l'objet de la même vigilance. La constitution des registres respectera le cadre réglementaire

(RGPD, méthodologies de référence de la CNIL), et la cellule juridique est associée dès la relecture des documents. Quant à la gouvernance, les définitions nationales seront validées par le groupe « Data & IA » avec chaque comité et alignées sur les classifications internationales.

Une chaîne cohérente, une dynamique lancée

Ce qui s'est dessiné à Bastia, c'est une stratégie d'ensemble que la feuille de route résume d'une formule. La RAG est la porte d'entrée, la standardisation est le levier, les registres sont l'actif, l'IA est le moteur. Chacun de ces maillons dépend du précédent, et le premier dépend de nous tous, de la manière dont nous rédigerons, dès demain, nos comptes-rendus. Un effort modeste à l'échelle individuelle, pour un bénéfice collectif considérable. Nous pourrions ainsi évaluer nos résultats, publier sur nos propres données et peser dans les comparaisons internationales.

Le prochain Conseil d'administration permettra d'arrêter les premières décisions structurantes. L'urologie française a pris date avec son avenir numérique ; il nous appartient désormais de le construire.

Jonathan OLIVIER



Guillaume LOISON

A ta n'a pas eu une carrière mais une vie. Il aimait la vie. Quelques jours avant de nous quitter, il évoquait encore Ainsi parlait Zarathoustra de Nietzsche, une ode à l'existence.

Il a réussi à apprivoiser la mort. L'annonce d'une fin prochaine ne l'a pas empêché de vivre, de prendre le temps pour sa femme et ses filles – ses plus belles réussites – et de continuer à prendre soin des autres.

Ses engagements humanistes pour le Moyen Orient ont été le combat de sa vie. La souffrance des peuples le minait.

Ses patients louaient son écoute, sa gentillesse et ses compétences professionnelles.

Hommage au Dr Ata Alsahwi

Tous ses amis et anciens collègues du Liban, de Montpellier, de l'île de la Réunion et de Toulouse, qui ont eu la chance de le côtoyer, connaissent l'énergie paisible qui émanait de lui lors de discussions fécondes – une énergie qui continuera de nous faire avancer.

A Montpellier, il a laissé le souvenir d'un collègue fiable, avec qui il était impossible de ne pas devenir ami ! Un sourire, une décence même pendant la maladie qui forçait notre respect... Il était venu aux journées d'Urologie du Languedoc (JUL) en octobre 2024 et nous avons pu partager nos fous rires et nos souvenirs....

Tout passe, sauf le passé et l'amitié.

Guillaume LOISON
avec la participation d'Antoine FAIX



Le Dr Ata ALSAHWI est décédé le mercredi 29 juillet à Toulouse. Né le 9 novembre 1966 au Liban, il a fait ses études secondaires au Liban, puis a débuté ses études de médecine à Montpellier. Interne en Urologie à Montpellier, il a ensuite travaillé au Centre Hospitalier Félix Guyon à Saint-Denis de la Réunion. Il s'est par la suite installé au Liban, avant de venir à la clinique du Parc de Toulouse puis à la Clinique la Croix-du-Sud à Toulouse.



Charles DARIANE



Vincent GOFFIN

L'ARTP : près de 40 ans au cœur de l'innovation pour la recherche sur la prostate

Depuis 1987, l'Association pour la Recherche sur les Tumeurs de la Prostate (ARTP) s'impose comme un acteur incontournable du paysage urologique français. Alliant rigueur scientifique et soutien financier, elle est le trait d'union essentiel entre les chercheurs, les cliniciens et l'innovation thérapeutique.

Une mission d'excellence : Rassembler, Soutenir, Représenter

Fondée le 22 décembre 1987 sous l'impulsion de personnalités scientifiques de premier plan, l'ARTP est une organisation à but non lucratif dont la vocation est claire : faire progresser la connaissance sur les tumeurs de la prostate. L'association ne se limite pas au seul cancer de la prostate. Elle embrasse l'ensemble de la pathologie tumorale prostatique, incluant la recherche sur l'Hyperplasie Bénigne de la Prostate, sujet majeur de santé publique et de qualité de vie pour les patients.

Son action s'articule autour de trois piliers fondamentaux :

- **Rassembler** la communauté des chercheurs et cliniciens impliqués dans l'étude de la prostate en France, avec une journée scientifique internationale lors du Congrès Français d'Urologie.
- **Soutenir** activement la recherche par l'attribution de subventions de recherche et d'aides individuelles aux Master 2 de Recherche.
- **Représenter** la discipline auprès des partenaires institutionnels et privés pour favoriser l'émergence de nouveaux moyens financiers.

Une gouvernance au service de la stratégie scientifique

Le dynamisme de l'ARTP repose sur une structure solide. Son Conseil d'Administration (6 membres élus) travaille de concert avec un Conseil Scientifique composé de 18 membres (cliniciens et chercheurs) nommés pour 4 ans. Ce conseil joue un rôle actif dans l'élaboration de la stratégie scientifique, garantissant que les projets

financés répondent aux enjeux les plus actuels de l'urologie.

3,7 millions d'euros investis pour la recherche

L'engagement de l'ARTP se traduit par des chiffres éloquentes. Depuis sa création en 1987, l'association a attribué **3,7 millions d'euros** d'aides individuelles et de subventions de recherche. Ce soutien massif a permis de financer **232 projets de recherche**, contribuant directement à l'amélioration de la prise en charge des patients. Les ressources proviennent d'une part des partenaires pharmaceutiques, mais aussi de particuliers et de l'Association Française d'Urologie qui participe au financement d'un projet de recherche impliquant un chercheur et un urologue.



Association
pour la Recherche
sur les Tumeurs
de la Prostate

Appel à projets 2026

Chaque année est lancé un appel à projets pour subventionner la recherche et/ou permettre une aide individuelle aux masters 2 de recherche (impliquant les internes d'urologie). Cette année, la saisie des candidatures se fera entre le **vendredi 21 août 2026** et le **vendredi 25 septembre 2026** sur le site internet www.iartp.org. Pour toute question ou difficulté concernant la saisie du dossier, il est possible de contacter l'association à l'adresse suivante : contact@iartp.org

Une ouverture internationale

L'ARTP organise également chaque année une **Journée Scientifique** qui se tient pendant le Congrès Français d'Urologie au Palais des Congrès (prochaine édition le **mercredi 18 novembre 2026**). Le programme scientifique d'excellence génère

de véritables moments d'échanges privilégiés entre les **orateurs internationaux de premier plan** et les acteurs de la recherche sur la prostate en France.

Pourquoi rejoindre l'ARTP en 2026 ?

Adhérer à l'ARTP, c'est bien plus que soutenir une cause ; c'est devenir acteur de sa spécialité. Les membres bénéficient :

- D'un **accès privilégié aux informations** sur les activités et les avancées de l'association.
- Du **droit de vote** aux Assemblées Générales pour peser sur les orientations futures.
- De la possibilité de se porter candidat pour siéger au Conseil d'Administration.
- De participer gracieusement aux **Journées scientifiques**.

Urologues, chercheurs, internes : mobilisez-vous ! Que ce soit pour soumettre un projet lors des appels d'offres annuels ou pour soutenir la recherche par vos dons et adhésions, l'ARTP est votre partenaire.

Charles DARIANE et Vincent GOFFIN
membres de l'ARTP

Contact et adhésions

Retrouvez tous les appels à projets et le formulaire d'adhésion sur le site officiel : www.iartp.org.

Ensemble, accélérons la recherche sur les tumeurs de la prostate.

Ce qu'il faut retenir

- **Création** : 1987.
- **Champs d'action** : Cancer de la prostate et HBP
- **Actions** : Subventions de recherche, aides individuelles, prix scientifiques, journées scientifiques internationales.
- **Impact** : 3,7 M€ attribués pour 232 projets financés.



Stéphane BART



Pierre DERROUCH

Médiation médicamenteuse en oncologie : hôpital, ville, IA, les nouveaux relais du traitement

Suivre un traitement contre le cancer ne se limite jamais à avaler un comprimé à heure fixe. C'est un parcours semé d'interactions à surveiller, d'habitudes de vie à interroger, d'effets indésirables à anticiper et de relais d'information à assurer entre l'hôpital, la ville et, de plus en plus, des outils numériques qui s'invitent dans la pratique quotidienne des soignants. Ce dossier explore cette médiation médicamenteuse à travers quatre regards complémentaires, qui se répondent d'un bout à l'autre du parcours de soins du patient cancéreux.

En structure hospitalière, les pharmaciens de la pharmacie à usage intérieur détaillent comment la consultation pharmaceutique d'oncologie, déployée depuis début 2026 pour les patients sous thérapie orale, permet de dépasser la seule analyse des ordonnances. Repérage des interactions médicamenteuses et des risques (surdosage, effets secondaires), accompagnement des prescripteurs dans des choix de plus en plus complexes, prise en compte de consommations souvent négligées (plantes, huiles essentielles, compléments alimentaires) et de l'observance dans la durée : ce dispositif, encore réservé à l'urologie, révèle des enjeux appelés à se généraliser à mesure que

davantage de cancers deviennent des maladies chroniques. Cette démarche multi-professionnelle facilite les échanges et enrichit le quotidien des différents intervenants (médecins, pharmaciens, IPA, kinésithérapeutes, etc.). Les patients apprécient également cette écoute et ce soin personnalisé.

Ce travail hospitalier ne s'arrête pas aux portes de l'établissement. À Éguilles, dans les Bouches-du-Rhône, le pharmacien d'officine Pierre Roy raconte comment la pharmacie de quartier prend le relais lorsque le patient rentre chez lui avec son ordonnance. Reprendre ce qui a été compris, répéter l'information nécessaire, accompagner sur la durée grâce aux entretiens pharmaceutiques pris en charge par l'Assurance Maladie depuis 2022 : autant de missions qui replacent le pharmacien d'officine au cœur du suivi, alors que la coordination avec l'hôpital reste perfectible.

Enfin, ce dossier s'attarde sur la place grandissante de l'intelligence artificielle dans la sécurisation du parcours médicamenteux. À travers les témoignages recueillis, deux

usages se dessinent : l'aide au repérage des essais cliniques et à la décision thérapeutique d'une part, la conciliation médicamenteuse et la vérification de la conformité des prescriptions aux recommandations d'autre part (ainsi que la vérification des interactions et contre-indications). Ces outils, encore hétérogènes dans leur niveau de validation scientifique et leur statut réglementaire, posent une même question de fond : à quelles conditions peuvent-ils apporter une aide fiable, sans se substituer au jugement clinique du praticien ?

Du bloc opératoire au domicile du patient, en passant par le comptoir de la pharmacie de quartier, ce dossier dresse ainsi un état des lieux des forces en présence pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse en oncologie et des chantiers qui restent à conduire pour que cette vigilance ne connaisse pas de rupture. Merci à l'ensemble des pharmaciens et médecins qui nous ont éclairés sur cet enjeu de plus en plus prégnant.

Stéphane BART, Pierre DERROUCH



Margaux DAMERVAL



Julien MANSON



Pierre PASQUIER

De l'interaction médicamenteuse à l'observance en oncologie : la place des pharmaciens hospitaliers

Un patient polymédiqué peut prendre correctement plusieurs médicaments et interrompre, sans en mesurer les conséquences, celui qui traite son cancer. Au Centre hospitalier de Pontoise, cette situation résume les enjeux de la consultation pharmaceutique d'oncologie mise en place début 2026 pour les patients sous thérapie orale. Du repérage des interactions au suivi de l'observance, elle contribue à mieux maîtriser le risque iatrogène et à sécuriser le traitement dans la durée.

Dans l'établissement francilien, à chaque admission, les pharmaciens examinent l'ensemble des traitements du patient, quelle que soit la spécialité concernée. Par exemple, lorsqu'un patient atteint d'un cancer est hospitalisé pour une pneumopathie, son traitement anticancéreux est donc lui aussi passé au crible. Les situations de ce type se multiplient à mesure que certains cancers deviennent des maladies chroniques. « C'est particulièrement vrai en gériatrie où un anticancéreux oral figure parfois parmi les médicaments habituels du patient admis », observe Pierre Pasquier, pharmacien à la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'hôpital.

Au-delà de cette validation systématique des prescriptions, la PUI peut intervenir en amont de la décision thérapeutique. Faute de pouvoir participer à toutes les réunions de concertation pluridisciplinaire, ses pharmaciens se concentrent sur les dossiers de recours et les situations complexes, notamment sur des questions de remboursement, d'accès précoce ou de faisabilité d'un traitement. Leur avis s'appuie alors sur les éléments du dossier, sans échange direct avec le patient. « À ce stade, nous ne les rencontrons pas », souligne Julien Manson, responsable du secteur Unité de préparation des anticancéreux (UPAC), essais cliniques et pharmacie clinique en onco-hématologie.

Arbitrer les interactions

L'analyse des ordonnances permet de détecter de possibles interactions. Le cas échéant, le changement d'un anticancéreux peut être discuté avec le médecin prescripteur. « La question est de savoir où est l'alternative : sur le traitement du cancer ou sur le traitement associé », indique le pharmacien. Quand l'oncologie offre plusieurs options, les pharmaciens de la PUI proposent la molécule compatible avec le traitement habituel du patient.

L'ajustement peut porter sur le traitement anticancéreux ou sur le traitement associé, selon la gravité respective des deux pathologies et les options possibles. « Chez un patient présentant une insuffisance cardiaque très évoluée, on pourra être amené à adapter le traitement anticancéreux plutôt que le traitement cardiaque », observe Julien Manson. Ainsi, un cancer de la prostate non hormono-résistant, compatible avec plusieurs années de survie sans progression, ne conduit pas nécessairement à faire primer son traitement sur celui d'une autre pathologie grave. À l'inverse, lorsqu'un cancer est de mauvais pronostic et que l'autre pathologie dispose de plusieurs options thérapeutiques, l'ajustement pourra concerner le traitement associé.

Margaux Damerval, également pharmacienne à la PUI, illustre cet arbitrage par le cas d'un patient atteint d'un cancer de la prostate, sous amiodarone et apixaban. Sollicitée par le Dr Stéphane Bart pour départager quatre anticancéreux, elle écarte trois options en raison d'interactions susceptibles d'augmenter les effets indésirables de l'amiodarone, de majorer le risque hémorragique lié à l'apixaban ou, à l'inverse, de réduire l'efficacité de l'antiarythmique. Ce cas rappelle la vigilance nécessaire avec les antiarythmiques, les anticoagulants et les antihypertenseurs.

Certaines interactions peuvent être prises en compte sans changer d'anticancéreux. Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), prescrits au long cours contre le reflux, en sont une illustration. « En réduisant l'acidité gastrique, on peut diviser par quatre ou cinq l'absorption du médicament », avertit Julien Manson. Seule une fraction de la dose administrée est alors absorbée. Les pharma-

Transmettre l'information à la ville, le maillon manquant

La transmission vers la ville reste le point faible du dispositif de consultation pharmaceutique d'oncologie. Le compte rendu pharmaceutique est intégré au dossier du patient et au courrier de sortie adressé au médecin traitant, mais l'information destinée au pharmacien d'officine n'est pas encore structurée. Les trois pharmaciens prévoient d'ajouter, à la fin de leur rapport, une mention indiquant qu'aucune interaction n'a été détectée à ce jour, tout en signalant les molécules ou classes thérapeutiques à éviter avec l'anticancéreux concerné. La démarche est préventive : il s'agit d'anticiper une interaction qui pourrait survenir plusieurs mois plus tard, par exemple lors de la prescription en ville d'un macrolide pour une infection saisonnière.

Le partage de l'information se heurte aussi à l'usage encore limité des outils communs. Les pharmaciens hospitaliers de Pontoise disposent désormais d'un accès à Mon espace santé, mais la plateforme reste insuffisamment utilisée par l'ensemble des professionnels pour garantir une circulation systématique des informations.

L'hôpital peut analyser la prescription connue au moment de la consultation, mais une partie de ce qui se passe ensuite au domicile lui échappe encore.



ciens vérifient d'abord si l'IPP est toujours nécessaire. S'il doit être maintenu en raison d'un reflux invalidant, la conduite dépend du traitement concerné : substitution de l'IPP ou choix d'un autre anticancéreux lorsqu'une alternative existe. Plus largement, certaines interactions médicamenteuses peuvent également conduire à un ajustement posologique.

Ce que la consultation pharmaceutique d'oncologie révèle

Ce travail, qui s'appuie sur les seules ordonnances, ne dit rien de ce que le patient prend par ailleurs ; c'est tout l'intérêt de la consultation pharmaceutique d'oncologie. Longtemps portée par certains centres hospitaliers au titre de l'article 51, la consultation pharmaceutique a depuis été intégrée aux hôpitaux de jour pluridisciplinaires. C'est donc dans ce cadre qu'elle est désormais organisée et financée au Centre hospitalier de Pontoise.

Le dispositif a été structuré en 2025, avant le lancement des consultations début 2026. Celles-ci sont pour l'instant réservées aux patients suivis en urologie pour un cancer de la prostate et traités par voie orale. L'hôpital de jour peut regrouper, sur une même journée et selon les besoins du patient, plusieurs interventions, notamment une consultation pharmaceutique, une évaluation gériatrique ou une ostéodensitométrie.

« Dans l'idéal, il faudrait proposer une consultation pharmaceutique dans toutes les pathologies cancéreuses, notamment en oncologie thoracique et en hématologie, mais ce n'est pas encore possible partout », rapporte Margaux Damerval. Faute de pouvoir recevoir tous les patients, l'équipe doit établir des priorités. Elle cible, entre autres, les personnes polymédiquées et celles qui recourent régulièrement aux plantes ou aux huiles essentielles. « Les médecins prescripteurs ne demandent pas systématiquement aux patients s'ils prennent ces produits, qui ne figurent pas sur les ordonnances. C'est nous, pharmaciens, qui creusons ce sujet en les incitant à nous parler de leurs habitudes alimentaires, de leur consommation d'huiles essentielles, d'épices ou de thés », précise-t-elle. Elle cite le cas d'une patiente qui mettait du curcuma plusieurs fois par jour dans ses yaourts, avec un risque de diminution de l'efficacité du traitement ou d'augmentation des effets indésirables. La même vigilance s'impose face à la consommation répétée d'un même thé ou d'une même tisane. « Certains patients, gênés par une altération du goût, ont du mal à boire de l'eau et se tournent vers ces boissons, parfois

en très grande quantité au cours de la journée », observe-t-elle. Le risque dépend alors de la plante consommée, de la quantité et de la répétition des prises.

Ces consommations peuvent modifier l'exposition à certains anticancéreux « en augmentant ou en diminuant leur absorption, mais aussi en agissant sur leur métabolisme », souligne Julien Manson. « Les huiles essentielles et certaines substances végétales peuvent stimuler ou inhiber les enzymes qui participent au métabolisme des médicaments, notamment les cytochromes », développe la pharmacienne. « Une augmentation de l'activité de ces enzymes peut accélérer l'élimination de l'anticancéreux et réduire son efficacité. À l'inverse, leur inhibition peut ralentir son élimination, favoriser son accumulation et accroître le risque d'effets indésirables ».

Le danger vient aussi de certains traitements en vente libre, souvent perçus comme anodins. Margaux Damerval cite le Gaviscon, couramment utilisé contre les reflux gastriques. « Selon le traitement concerné, il peut être nécessaire de respecter un intervalle d'au moins deux heures entre la prise de Gaviscon et celle de l'anticancéreux. C'est important de le signaler à un patient qui souffre de reflux fréquents et qui a l'habitude d'en prendre ». De manière générale, « tous les pansements gastriques doivent être pris à distance de tous les autres médicaments oraux pour ne pas limiter leur absorption digestive et donc leur efficacité », fait remarquer Pierre Pasquier.

Suivre la prise réelle du traitement

La consultation pharmaceutique d'oncologie dépasse la seule gestion des interactions possibles. « Notre rôle est également d'informer et d'accompagner le patient. Lorsqu'il comprend à quoi sert son traitement, il y est plus attentif et le prend plus correctement », souligne la pharmacienne.

L'entretien permet aussi d'évaluer si le patient suit correctement son traitement. « Pour qu'un traitement soit efficace, il faut que le patient soit observant », rappelle Pierre Pasquier. Or l'observance tend à diminuer avec le temps, y compris dans les pathologies graves. Son évaluation repose sur des questionnaires validés plutôt que sur une simple impression.

Chez les patients polymédiqués, l'oubli n'est pas la seule cause de non-observance. Margaux Damerval note aussi une lassitude face au nombre de médicaments : au-delà d'une dizaine de comprimés par jour,

Thérapies orales en oncologie, quatre points de vigilance pour le patient à domicile

L'efficacité des thérapies orales en oncologie dépend notamment de l'observance et de plusieurs facteurs pratiques.

1. Bien respecter le rythme de prise

La prise de certains traitements obéit à des règles strictes qui conditionnent leur efficacité et leur tolérance. « Certaines molécules doivent absolument être prises pendant le repas, ou au contraire en dehors du repas, et d'autres suivent des schémas particuliers, comme quatorze jours de traitement suivis de quatorze jours de pause », détaille Margaux Damerval. Un rythme cyclique plus difficile à tenir qu'une prise quotidienne : « C'est plus simple lorsqu'on prend un médicament tous les jours que lorsqu'il faut respecter des pauses ou des contraintes horaires liées aux repas ». D'où l'intérêt, insiste-t-elle, d'expliquer ces règles dès le premier échange avec le patient.

2. Ranger ses médicaments à l'abri de l'humidité

Autre point d'attention : le lieu de stockage. « Beaucoup de personnes ont tendance à ranger leurs médicaments dans la salle de bains ou dans la cuisine, observe la pharmacienne. Or ces

pièces ne sont pas les plus adaptées : la douche comme la cuisson augmentent l'humidité ambiante et peuvent nuire à la bonne conservation de certains médicaments ». Mieux vaut les conserver dans la chambre ou la salle à manger, à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

3. Anticiper les effets indésirables plutôt que les subir

Informar le patient en amont sur les effets indésirables possibles peut favoriser l'observance. « Il faut expliquer quels effets peuvent être transitoires, lesquels peuvent être pris en charge et lesquels nécessitent de contacter rapidement l'équipe », souligne-t-elle. L'objectif est notamment d'éviter un arrêt décidé sans avis médical : « Certains effets peuvent être atténués par un traitement associé et, si nécessaire, conduire l'oncologue à adapter la posologie », complète Julien Manson.

4. Ne pas banaliser un traitement « juste oral »

La voie orale ne rend pas le traitement moins important. « Certains patients sous-estiment parfois l'importance de la régularité des prises pour l'efficacité du traitement », observe Margaux Damerval.



certain patients décident d'en supprimer un. Julien Manson en donne un exemple avec un patient qui, en raison d'une insomnie transitoire, avait interrompu son traitement principal du cancer de la prostate, parmi la dizaine de prescriptions en cours. « *Je l'ai pris un jour, mais comme je n'étais pas bien, je l'ai arrêté* », a-t-il confié lors de la consultation pharmaceutique d'oncologie. Problème, il n'en avait pas informé son médecin. D'où l'importance de préciser, en consultation pharmaceutique d'oncologie, les effets indésirables possibles et la conduite à tenir avant toute interruption, certains effets pouvant être pris en charge sans arrêter le traitement.

Textes par Pierre DERROUCH, avec le concours de Margaux DAMERVAL, Pierre PASQUIER et Julien MANSON, pharmaciens au Centre hospitalier de Pontoise.

Consultation pharmaceutique d'oncologie : trouver le bon moment

La consultation pharmaceutique d'oncologie suit une trame commune, mais sa programmation et son déroulement dépendent de la réaction du patient à l'annonce diagnostique et de son besoin d'information.

Dans le prolongement de ses travaux de thèse sur l'organisation de ces entretiens, Margaux Damerval distingue les patients qui souhaitent des explications détaillées sur leur traitement de ceux qui préfèrent un échange plus bref. Le timing compte également : sous le choc de l'annonce, ils ne retiendraient qu'une partie des informations délivrées. Elle suggère donc de laisser passer une se-

maine entre la consultation d'annonce et la consultation pharmaceutique d'oncologie.

À trame égale, durée variable

La durée de l'entretien dépend du besoin d'information du patient. Celui qui multiplie les questions nécessitera un échange plus long que celui qui souhaite repartir rapidement avec l'essentiel.

Le contenu reste globalement commun, de même que le support écrit remis au patient : traitement, interactions, effets indésirables, modalités de prise. Le pharmacien adapte en revanche le vocabulaire, le rythme et le niveau de détail.



Pierre ROY

Les pharmacies d'officine, relais de l'information sur les traitements

Quand un patient sort de l'hôpital avec une ordonnance pour un traitement contre le cancer, c'est la pharmacie de quartier qui prend le relais. Pierre Roy, pharmacien à Éguilles, dans les Bouches-du-Rhône, raconte ce travail quotidien au comptoir.

En arrivant à la pharmacie pour chercher son traitement pour la première fois, le patient est souvent sous le choc de l'annonce du diagnostic. C'est pourquoi il est important de reprendre avec lui ce qu'il a compris de sa maladie et de son traitement, même si cela recoupe ce qu'on lui a déjà dit à l'hôpital. « *Un patient ne retient généralement que 20 % de ce qu'on lui dit ; ce n'est pas un manque de bonne volonté, mais un besoin de répétition* », souligne Pierre Roy.

Depuis 2022, les patients qui le souhaitent peuvent bénéficier d'un accompagnement pharmaceutique au sein de l'officine, pris en charge par l'Assurance Maladie. L'échange, plus posé et confidentiel, se déroule dans le bureau du pharmacien plutôt qu'au comptoir.

Ce dispositif prévoit trois entretiens la première année, de dix à quinze minutes selon la complexité du cas. Le premier sert au recueil des informations sur le patient et à l'analyse de son traitement. Le second porte sur la vie quotidienne et les effets secondaires, le troisième sur l'observance. « *Le but est que le patient devienne autonome et acteur de son traitement, qu'il soit bien informé, conscient des enjeux de ce qui lui arrive et qu'il prenne en charge sa santé* », indique le pharmacien.

Certains patients, que l'idée d'un rendez-vous formel met mal à l'aise, préfèrent l'échange au comptoir. « *Il faut alors reprendre directement avec eux ce qu'ils ont compris de leur maladie et insister sur le rôle de chaque traitement et sur l'observance. Je pense par exemple aux patients dont les comprimés provoquent des nausées et qui préfèrent sauter une prise pour les atténuer, quitte à reprendre ensuite. Il faut leur faire comprendre qu'ils devront malheureusement gérer ces effets secondaires et maintenir leur traitement, parce que son efficacité dépend de l'observance* ».

Face au patient qui s'informe seul

Le pharmacien ne fait pas que transmettre l'information ; il doit aussi composer avec celle que le patient est allé chercher seul, sur une application dont il est difficile d'apprécier la fiabilité ou en questionnant une IA générative grand public. Le risque, relève Pierre Roy, est le manque de nuance de ces outils, qui placent un symptôme banal et une maladie grave sur le même plan. Il cite le cas d'un patient jeune et sans facteur de risque, chez qui un simple trouble urinaire suffit à faire apparaître en ligne l'hypothèse d'un cancer, que son médecin n'aurait pas même évoquée. « *Toutes les possibilités sont envisagées, même les pires* ». Pour savoir ce que le patient a réellement compris, il faut l'inviter à reformuler les raisons de son traitement. « *Je lui demande par exemple de m'expliquer, avec ses propres mots, à quoi sert le médicament qu'il prend. Cela permet de repérer rapidement s'il a bien compris ce qu'on lui a dit, ou si ce n'est pas encore très clair pour lui* », détaille-t-il.

Le suivi de l'observance à l'officine

Pour suivre l'observance du traitement à distance, le pharmacien peut s'appuyer sur le dossier pharmaceutique. Quand il est alimenté, chacun étant libre de s'y opposer, ce dossier indique la fréquence de renouvellement du traitement. Un patient peut revenir trop souvent, « *parce qu'il perd régulièrement une plaquette, parce qu'il se déplace beaucoup, ou encore parce qu'il est inattentif* », explique Pierre Roy. Le logiciel signale alors un médicament délivré depuis moins de quinze jours. À l'inverse, un retour tardif peut faire suspecter un décrochage. « *Si un traitement est renouvelé tous les quarante-cinq jours alors qu'une boîte couvre en général un mois, c'est qu'il y a un problème* ». Ce cas de figure, lui, n'est pas signalé automatiquement.

Le lien avec les prescripteurs

Quand un effet secondaire grave rend le traitement difficile à supporter, le pharmacien contacte le médecin. « *Pour l'hôpital, c'est toujours un peu compliqué parce qu'on n'a pas la ligne directe des spécialistes* », regrette-t-il. Pour les situations moins urgentes, une messagerie sécurisée permet de laisser un message qui arrivera au bon interlocuteur.

En ville, la coordination est plus simple, surtout dans les maisons de santé où plusieurs professionnels travaillent ensemble. Ils utilisent des logiciels partagés, comme Weda, hébergés en ligne, qui donnent ac-

cès au dossier du patient et permettent d'y laisser des messages, mais aussi des photos et d'autres éléments utiles à une communication plus fluide. Le pharmacien peut ainsi signaler qu'un patient semble très fatigué, ou qu'il tarde à renouveler son traitement. Pierre Roy regrette qu'une telle solution n'existe pas pour échanger avec l'hôpital.

Ce manque de lien direct peut également se faire sentir sur les ordonnances elles-mêmes. Pour un traitement courant, la délivrance ne pose pas de difficulté. Mais dans certains cas particuliers, en pédiatrie par exemple, le médicament prescrit peut être le seul adapté au patient, sans que l'ordonnance n'en précise la raison. Un mot du prescripteur suffirait souvent à lever le doute, sans avoir à appeler l'hôpital ni à faire revenir le patient qui sent bien que quelque chose ne va pas.

Le bon interlocuteur n'est pas toujours l'hôpital. Les patients suivis en cancérologie, souvent âgés, prennent fréquemment d'autres traitements en parallèle. « *Ce n'est pas systématiquement l'urologue qu'on va contacter ; cela peut tout aussi bien être le médecin traitant* ». C'est notamment le cas lorsqu'un autre médicament risque d'interagir avec le traitement principal.

Une difficulté du même ordre tient aux médicaments autrefois réservés à l'hôpital et désormais délivrés en officine. Leur arrivée en ville est parfois annoncée par les

laboratoires alors que le circuit d'approvisionnement n'est pas encore opérationnel. Il arrive qu'une ordonnance parvienne au comptoir pour un traitement que le pharmacien ne peut pas encore se procurer.

Mon espace santé, qui intègre depuis 2022 le dossier médical partagé, devrait faciliter cette coordination. Il rassemble notamment les actes réalisés en pharmacie, comme les vaccinations et les tests rapides, que le pharmacien peut lui-même y ajouter. « *L'accès depuis les logiciels d'officine n'est pas encore optimisé* », note Pierre Roy, mais la solution s'enrichit peu à peu des données des patients.

Tous ces outils ne remplaceront cependant pas l'essentiel du travail du pharmacien d'officine, ce temps passé au comptoir ou dans son bureau à s'assurer que chaque patient a compris son traitement.

Article rédigé par Pierre DERROUCH, et relu par Pierre ROY, pharmacien d'officine.



Arnaud BAYLE

IA, prescription et accès à l'innovation : « construire avec les utilisateurs, pas pour eux »

L'intelligence artificielle et les outils numériques modifient progressivement les conditions de prescription en oncologie. En agrégeant des données cliniques, biologiques, génomiques et thérapeutiques, ils peuvent contribuer à identifier les options pertinentes pour chaque patient, à repérer les situations d'éligibilité à un essai clinique ou à un accès précoce et à mieux apprécier le

rapport bénéfice/risque au moment de la décision. Pour le Dr Arnaud Bayle, oncologue médical à l'Institut Gustave Roussy et membre du Comité d'évaluation des technologies de diagnostic, de pronostic et de prédiction en santé (CEDiag) à la Haute Autorité de santé, ces outils, aussi performants soient-ils, doivent rester des aides à la décision, évaluées, explicables et construites avec les utilisateurs.

UROjonction : Comptes rendus, biologie, imagerie, génomique, historique des traitements... en onco-urologie, la décision thérapeutique repose sur des données éparpillées. Comment l'IA peut-elle aider le clinicien à les rassembler et à les traiter pour proposer le traitement le plus adapté au profil du patient ?

Arnaud BAYLE : Nous sommes confrontés à une augmentation très forte du volume de données pour chaque patient, qu'elles soient cliniques, biologiques ou génomiques, avec le séquençage tumoral. Nous

devons aussi intégrer l'arrivée continue de nouveaux médicaments et de nouveaux essais cliniques. Cela rend la sélection du bon traitement de plus en plus complexe.

L'IA peut jouer un rôle d'assistant en nous aidant à naviguer dans cette complexité, à rapprocher des informations dispersées et à mieux identifier les options thérapeutiques pertinentes pour un patient donné. On parlait auparavant de médecine « stratifiée » avec des catégories de patients. Avec ces outils, on se rapproche d'une véritable médecine « personnalisée » avec des traitements adaptés à l'échelle individuelle.

UJ : L'accès aux traitements innovants dépend souvent de critères d'indication, d'accès précoce ou d'inclusion dans un essai clinique. Comment l'IA peut-elle aider à repérer plus rapidement les patients concernés ?

AB : Dans le cas des essais cliniques, les critères d'inclusion et d'exclusion deviennent de plus en plus précis et complexes, ce qui rend encore plus difficile l'identification des patients éligibles. Il faut des outils qui facilitent ce repérage, sans le limiter aux seuls centres où l'essai est ouvert.

C'est dans cette logique que nous avons développé Klineo avec deux ingénieurs de l'École Polytechnique. Cette plateforme utilise l'IA pour repérer plus facilement les essais cliniques pertinents pour chaque patient. L'enjeu est d'augmenter le nombre d'inclusions car seuls 5 % des patients participent à des essais, mais aussi d'élargir les options thérapeutiques disponibles.

Cela améliore aussi l'équité d'accès aux innovations. Aujourd'hui, un patient a davantage de chances d'entrer dans un essai clinique s'il est suivi dans un centre expert que dans un centre périphérique. Avec ces outils, on peut démocratiser l'accès aux essais. Il y a un bénéfice individuel direct : les patients peuvent accéder plus tôt à des traitements innovants. Il y a aussi un bénéfice collectif : en facilitant le recrutement, ces plateformes peuvent réduire les retards d'inclusion et limiter le risque d'échec des essais.

UJ : Les jumeaux numériques font partie des pistes explorées pour personnaliser les traitements en oncologie. Que pourraient-ils apporter, à terme, à la prédiction de réponse ou de toxicité dans les cancers urologiques ?

AB : Un jumeau numérique, construit à partir des données cliniques, biologiques et génomiques du patient, pourrait aider dans

certaines situations complexes, en complément de l'expertise clinique. L'objectif n'est pas de remplacer le médecin, mais de mieux anticiper la réponse à un traitement ou le risque de toxicité, en intégrant plusieurs dimensions de la maladie et du patient.

À terme, ces outils pourraient permettre de comparer virtuellement différentes stratégies thérapeutiques, par exemple entre la chimiothérapie, l'immunothérapie ou les traitements ciblés, afin d'éclairer la décision. Il faut toutefois rester prudent. Un jumeau numérique « corps entier » reste très difficile à développer, en raison de la complexité de la biologie humaine. Je ne crois pas qu'un modèle unique puisse fonctionner pour tous les cancers et tous les traitements. Il faut d'abord démontrer leur intérêt dans des situations précises avant d'en généraliser l'usage.

UJ : Quelle place donner au patient lorsque l'IA intervient dans la décision thérapeutique ?

AB : Il y a un véritable enjeu de clarification et de compréhension. L'un des principaux problèmes de l'IA est celui des « boîtes noires » : on ne sait pas toujours pourquoi un modèle formule telle ou telle recommandation. En santé, cette opacité pose une difficulté majeure.

Il faut tendre vers des modèles permettant d'expliquer sur quels éléments repose une proposition thérapeutique. Cette explicabilité est essentielle pour les médecins, mais aussi pour les patients. On ne peut pas demander à un patient d'adhérer à une

décision que l'on n'est pas capable d'expliquer.

UJ : Quelles conditions sont nécessaires pour évaluer ces outils et permettre leur adoption en pratique clinique ?

AB : La question ne relève pas seulement des évaluateurs institutionnels, comme la Haute Autorité de Santé, ni des exigences réglementaires liées notamment au marquage CE. Elle est plus globale. Il faut des cadres d'évaluation clairs, à l'échelle nationale et européenne, pour déterminer dans quelles conditions ces outils peuvent être utilisés en clinique.

Il existe aussi un enjeu de rythme. L'IA évolue très vite, alors que les processus administratifs d'évaluation avancent plus lentement. Ces cadres restent pourtant indispensables pour que les solutions d'IA puissent être adoptées en pratique.

Il faut également construire ces outils avec les utilisateurs, et non pour eux. C'est la logique que nous suivons avec Klineo, en partant des besoins du terrain, des contraintes des équipes et des usages réels.

Si les solutions d'IA sont conçues uniquement par des ingénieurs pour des médecins, sans dialogue avec ceux qui les utiliseront, elles risquent de ne pas répondre aux attentes. Leur diffusion passera par des outils utiles, intégrés aux pratiques et capables de répondre à des besoins cliniques clairement identifiés.

Entretien réalisé par Pierre DERROUCH et relu par Arnaud BAYLE, oncologue à l'Institut Gustave Roussy.





Adrien VIDART

De la consultation au choix thérapeutique, ce que change déjà l'intelligence artificielle

Gain de temps, sécurisation des prescriptions, limites à ne pas ignorer... Le Dr Adrien Vidart, urologue à l'hôpital Foch de Suresnes, passe au crible l'apport de l'intelligence artificielle à la conciliation médicamenteuse et, plus largement, à l'aide à la décision médicale. Des évolutions qui pourraient aller jusqu'à la disparition du clavier.

Verba valent, scripta tabent...

UROjonction : Comment les outils d'IA peuvent-ils aider le médecin à choisir un traitement adapté à chaque patient ?

Adrien VIDART : L'IA au service des médecins va devenir de plus en plus performante. Les grands modèles de langage peuvent halluciner lorsqu'ils cherchent à répondre coûte que coûte à une question à partir des données sur lesquelles ils ont été entraînés. En revanche, lorsqu'un grand modèle de langage (LLM) est associé à un RAG (c'est-à-dire à un système de génération augmentée par récupération) connecté à une base de données ou à un corpus documentaire validé, la réponse peut être beaucoup plus précise.

Encore faut-il que ce corpus soit régulièrement validé et mis à jour. Si le RAG ne s'appuie que sur des publications anciennes, il restitue nécessairement des connaissances anciennes. La qualité de la réponse dépend également de sa capacité à classer correctement les documents selon leur pertinence.

On dispose alors d'un outil cadré sur les informations qu'il doit aller chercher et retransmettre. Et c'est le praticien qui détermine la place qu'il lui donne dans sa relation avec le patient.

La Haute Autorité de Santé a précisément défini la conciliation médicamenteuse comme un moyen de prévenir les erreurs lors des transitions du parcours de soins. Elle invite, dans ce cadre, à s'intéresser à des outils permettant le recueil de données.

J'utilise moi-même, au quotidien, un assistant conversationnel qui écoute mes échanges avec le patient et produit directement mon compte rendu. Dans mon cas, il s'agit de *Tandem Health*. L'outil peut extraire du dialogue des informations utiles au dossier : l'âge, le poids, les allergies, les comorbidités ou les traitements évoqués. Il ne va pas les chercher dans le dossier patient informatisé.

Il faut d'ailleurs bien distinguer plusieurs fonctions. Il y a d'abord la transcription de la consultation et la production du compte rendu. Il y a ensuite l'accès au dossier patient, puis la conciliation médicamenteuse et, enfin, l'aide à la décision ou à la prescription. Ces fonctions peuvent être complémentaires, mais elles ne correspondent ni aux mêmes usages ni aux mêmes exigences réglementaires.

Autre apport de ces outils : leur capacité à hiérarchiser les alertes, pathologie par pathologie, en fonction des antécédents du patient, mais aussi des informations le concernant recueillies par un autre spécialiste. Cela permettra d'éviter les alertes pas toujours pertinentes générées par les outils actuels.

Ils pourront également aider le médecin à préparer son choix thérapeutique, en lui permettant de consulter instantanément des bases scientifiques et des recommandations adaptées à la situation du patient. Mais il ne faut pas que ces outils déterminent eux-mêmes le traitement : le médecin reste décisionnaire de la prise en charge et des choix thérapeutiques.

C'est dans cette logique que nous avons développé, à l'hôpital Foch, un projet interne reposant sur un RAG afin de déterminer, selon les recommandations de l'AFU, si un ECBU est nécessaire avant une intervention. Lorsque l'ECBU est positif, l'outil vérifie si le patient a été traité ou non par antibiothérapie, s'il existe une ordonnance dans le dossier patient informatisé et, le cas échéant, si cette ordonnance est conforme aux recommandations. Selon la situation, une alerte peut alors être transmise au chirurgien avant l'intervention.

L'outil fonctionne, mais son déploiement n'est pas encore généralisé, notamment en raison de problèmes de stabilité informatique. Pour nous, le gain de temps sera considérable. Cela évitera de devoir lire une centaine d'ECBU chaque semaine, voire davantage.

UJ : À quelles conditions ces outils peuvent-ils fournir une aide fiable au médecin ?

AV : La fiabilité ne dépend pas de la quantité de texte qu'un modèle peut traiter, mais de la qualité du corpus auquel il est connecté. Ce corpus doit être validé, régulièrement actualisé et correctement interrogé. Il faut notamment que le système sache classer les documents selon leur pertinence, ce que l'on appelle techniquement le re-ranking.

L'intérêt de ces outils est de fonctionner à partir de RAG fermés et de pouvoir dire qu'ils n'ont pas la réponse lorsqu'ils ne disposent pas des éléments nécessaires. À l'inverse, les solutions d'IA générative généralistes comme ChatGPT, Claude ou Gemini ne sont pas limitées à un corpus médical validé. Paradoxalement, une solution qui dit qu'elle n'a pas la réponse est plus fiable sur le plan médical.

Il y a aussi la question réglementaire. Les outils qui interviennent directement dans la décision médicale peuvent, selon leur finalité, relever du règlement européen sur les dispositifs médicaux (MDR). Certaines fonctions de *Tandem Health* sont marquées CE au titre du MDR, avec une classification en classe IIa. *Tandem* est avant tout un assistant de documentation clinique, avec notamment des fonctions de transcription, de production de comptes rendus et de codage. Ses fonctions d'aide à la décision sont encore en cours d'évaluation.

D'autres solutions, comme MedGPT, Heidi, PulseLife et Vera Health, ne disposent pas, à ce stade, de ce type de marquage. Mais le statut réglementaire doit être vérifié pour chaque fonction et chaque version du produit. Le fait qu'un outil ne soit pas marqué CE en classe IIa ne signifie pas nécessairement qu'il est irrégulier : tout dépend de la finalité revendiquée par son fabricant.

Il faut donc que les urologues sachent précisément comment chaque outil a été cadré, quelles sont ses bornes et à quelles conditions il peut être intégré dans leur environnement de travail. Il faut aussi rester attentif aux solutions gratuites : quand c'est gratuit, c'est vous le produit !

UJ : Comment encadrer ces usages au niveau de la profession et des établissements de santé ?

AV : L'AFU va développer son propre chatbot, associé à un RAG connecté à sa base de données, pour permettre aux urologues de rechercher une information précise. On pourra, par exemple, lui demander quelle est la stratégie recommandée par l'AFU devant une récurrence biologique après prostatectomie totale, en fonction du PSA, des facteurs anatomopathologiques et des données d'imagerie. L'objectif est de permettre aux urologues d'interroger un corpus validé plutôt que d'aller chercher l'information médicale auprès d'une IA générative généraliste.

Cette démarche s'inscrit dans des usages déjà largement installés. En août 2025, le

CHU de Nancy a détecté 440 000 connexions depuis ses adresses IP vers des IA génératives, dont 60 % vers ChatGPT. Parmi elles, 84 000 provenaient des internes et 15 000 des secrétariats médicaux. Des connexions ont également été effectuées par des coordinateurs d'études cliniques.

Il faut donc encadrer ces usages et proposer aux praticiens des outils adaptés.

Les hôpitaux qui intègrent dans leurs logiciels des solutions contrôlées permettant de trouver des informations, de constituer automatiquement des registres ou d'identifier le protocole de recherche dans lequel un patient peut être inclus vont, je le pense, devenir des modèles d'attractivité pour les nouveaux praticiens.

Aux États-Unis, environ 80 % des médecins déclarent aujourd'hui utiliser l'IA dans leur pratique professionnelle. Les solutions intégrées directement aux logiciels des établissements connaissent également une progression rapide. Dans les grands hôpitaux, le papier a même disparu. Et demain, ce sera probablement au tour du clavier, avec le développement de la saisie vocale

et de micros d'ambiance capables de retranscrire les échanges avec le patient.

L'enjeu principal sera de disposer d'outils simples et performants, qui redonnent du temps au médecin pour ce qui constitue sa valeur ajoutée : l'empathie, la discussion, le contact humain et l'examen clinique.

Entretien réalisé par Pierre DERROUCH et relu par Adrien VIDART.



Conclusion et perspectives

Ces quatre témoignages dessinent un même constat : la sécurisation du traitement médicamenteux en oncologie ne repose sur aucun maillon isolé, mais sur la continuité d'une vigilance partagée entre l'hôpital, la ville et, désormais, des outils numériques en plein essor. Le repérage des interactions, l'accompagnement à l'observance et l'anticipation des effets indésirables gagnent en efficacité dès lors que pharmaciens hospitaliers et officinaux, médecins prescripteurs et patients disposent d'une information commune, actualisée et correctement transmise d'un acteur à l'autre. Les EIAS liés aux médicaments sont nombreux et sous-estimés, ce d'autant que la pertinence de certains traitements, notamment en oncologie, se pose du fait du vieillissement de la population et des risques accrus d'effets secondaires.

Ce dossier met cependant en évidence des limites persistantes à cette continuité. La transmission ville-hôpital demeure largement artisanale : le compte rendu pharmaceutique gagne le dossier

du patient et le courrier de sortie adressé au médecin traitant, mais l'information à destination du pharmacien d'officine n'est pas encore structurée, contraignant les équipes hospitalières à imaginer des mentions préventives plutôt que de s'appuyer sur un circuit fiable. Des outils censés fluidifier cette circulation, comme *Mon espace santé* ou le dossier pharmaceutique, restent par ailleurs sous-utilisés par l'ensemble des professionnels concernés, alors même qu'ils pourraient combler une partie de l'angle mort qui subsiste sur ce qui se joue réellement au domicile du patient.

Du côté de l'intelligence artificielle, la dynamique est indéniable. Le volume de connexions vers des IA génératives détecté par certains CHU en témoigne, mais il appelle une vigilance comparable à celle exercée sur le médicament lui-même. Toutes les solutions ne se valent pas : certaines s'appuient sur des corpus médicaux validés et interrogeables selon un cadre réglementaire clair, d'autres relèvent de l'IA générative généraliste, dont la fiabilité en contexte clinique reste

à établir au cas par cas. La distinction entre un outil capable de reconnaître les limites de ses connaissances et un autre qui répond toujours, quitte à se tromper, apparaît ici comme un critère de sécurité à part entière. La problématique de la sécurité des données médicales et du secret médical se pose également.

Les perspectives qui se dessinent tiennent donc autant à l'organisation qu'à la technologie. Il s'agit probablement de généraliser la consultation pharmaceutique d'oncologie, le lien d'information entre professionnels de ville et hospitaliers et d'accompagner le déploiement de l'intelligence artificielle par des cadres d'évaluation exigeants, construits avec les praticiens de terrain plutôt qu'imposés à eux depuis l'extérieur. C'est à cette condition que la médiation médicamenteuse pourra pleinement jouer son rôle de sécurisation du parcours de soins, du diagnostic jusqu'au quotidien du patient à domicile.

Stéphane BART, Pierre DERROUCH

Blandine
TAMARELLE

Accident d'exposition au sang au bloc opératoire : sauriez-vous quoi faire demain ?

Les accidents d'exposition au sang (AES) représentent l'un des risques professionnels du chirurgien et des équipes de bloc. Pourtant, leur prise en charge reste parfois mal connue ou simplement oubliée lorsqu'on n'y a pas été confronté depuis longtemps.

Une nuit, une infirmière vient vous voir : elle s'est piquée au bloc. Une partie des démarches a déjà été initiée avec un confrère. Elle est enceinte et vous demande ce qu'elle doit faire maintenant. Savez-vous immédiatement quoi lui répondre ? Et si vous étiez vous-même exposé, sauriez-vous où aller, qui appeler et dans quel délai ?

Je reprends ici en quelques questions très pratiques de quoi se rafraîchir la mémoire sur les AES.

Je viens de me piquer : qu'est-ce que je fais dans les 5 premières minutes ?

La première chose à faire est simple : interrompre le geste dès que la sécurité du patient le permet et réaliser immédiatement les soins locaux.

En cas de piqûre ou de coupure : laver la plaie à l'eau et au savon pendant 5 minutes, puis désinfecter avec un antiseptique adapté. Il ne faut pas faire saigner la plaie.

En cas de projection sur une muqueuse, notamment oculaire : rinçage abondant au sérum physiologique pendant 5 minutes recommandé.

C'est mon aide opératoire ou un membre de l'équipe qui s'est piqué : est-ce à moi de gérer ?

Les premiers gestes sont exactement les mêmes, quelle que soit la personne exposée.

Le chirurgien n'a pas vocation à assurer seul toute la prise en charge de l'AES. Son rôle immédiat est surtout de sécuriser le champ opératoire, permettre à la personne exposée de réaliser les soins locaux et déclencher sans délai le circuit prévu dans l'établissement.

La vraie question est donc peut-être : savez-vous aujourd'hui quel est le circuit AES de votre bloc ?

Le patient est encore endormi : comment connaître son statut sérologique ?

L'évaluation repose à la fois sur la nature de l'exposition et sur le statut de la personne source.

Avec son accord, les examens utiles comprennent notamment le VIH, l'AgHBs et l'ARN du VHC. La situation est plus délicate lorsque le patient n'est temporairement

pas en mesure de consentir, par exemple parce qu'il est encore anesthésié.

Le consentement doit être recherché chaque fois que possible. Lorsqu'il ne peut être recueilli dans un délai compatible avec la prise en charge de l'AES et que le patient ne s'y est pas préalablement opposé, l'accord de la personne de confiance ou de la famille doit être recherché. Le délai d'administration d'un TPE idéal est de 4 heures, certains tests diagnostics prennent environ 30 minutes (exemple TROD), la question de « faut-il attendre le réveil du patient, ou solliciter la personne de confiance » dépend donc de la durée de l'intervention et du délai de résultat du test de dépistage des sérologies si son statut n'est pas connu.

Dans tous les cas, la recherche du statut de la personne source ne doit pas retarder un éventuel traitement post-exposition (TPE) lorsqu'il est indiqué.

Une piqûre au bloc signifie-t-elle forcément un TPE contre le VIH ?

Non, l'indication dépend essentiellement de la nature de l'exposition et du statut VIH de la personne source.

Chez une personne source vivant avec le VIH, traitée depuis plus de 6 mois et dont la charge virale est indétectable (< 50 copies/mL),

Indications de TPE après AES (Recommandations HAS/ANRS/CNS 2024)

Risque et nature de l'exposition *	Personne source vivant avec le VIH avec CV détectable ≥ 50 copies/mL	Personne source vivant avec le VIH traitée depuis > 6 mois avec CV < 50 copies/mL	Personne source de statut VIH impossible à déterminer
Piqûre profonde, aiguille creuse intra-vasculaire	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE à discuter si facteurs de risques épidémiologiques
Coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou SC, piqûre avec aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > à 15 minutes	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Piqûres avec seringues abandonnées, crachats, morsures ou griffures	TPE non recommandé		

* Des soins locaux doivent être réalisés : si blessure ou piqûre, lavage à l'eau et au savon puis antiseptie (hypochlorite de sodium ou povidone iodée) ; en cas de projection muqueuse, rinçage au sérum physiologique.

le risque de transmission est considéré comme quasi nul et le TPE n'est pas recommandé.

Le TPE est indiqué : combien de temps ai-je ?

Le moins possible. Lorsqu'il est indiqué, le TPE anti-VIH doit idéalement être débuté **dans les 4 heures suivant l'exposition**. Il peut être initié jusqu'à 48 heures après l'AES. Au-delà, et notamment entre 48 et 72 heures, la littérature ne montre plus de protection significative.

Le bilan biologique initial (sérologies VIH, VHB et VHC, ALAT, créatinine) est nécessaire mais **ne doit jamais retarder le début du traitement**.

Le traitement de première intention repose sur ténofovir-disoproxil (TDF) associé à lamivudine (3TC) ou emtricitabine (FTC), et doravirine (DOR), pour une durée de 30 jours. Des alternatives sont possibles.

Il est 22 heures et je n'ai aucun TPE au bloc : où vais-je ?

C'est probablement l'une des questions les plus importantes à anticiper.

Aux heures ouvrables, la personne exposée peut être orientée vers un service de maladies infectieuses, un service spécialisé dans le VIH ou un CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic).

En dehors des horaires d'ouverture, le SAU du CHU ou du centre hospitalier le plus proche constitue la solution par défaut.

Un kit permettant de débuter le TPE pour 48 à 96 heures doit pouvoir être accessible 24 h/24 et 7 j/7. Dans certains établissements, un protocole permet sa délivrance directement par les urgences, la pharmacie hospitalière ou un professionnel désigné.

Autrement dit, le jour de l'AES n'est pas le bon moment pour découvrir où se trouve le kit de TPE.

Je suis vacciné contre l'hépatite B depuis l'internat : suis-je protégé ?

Pas nécessairement : encore faut-il connaître son statut immunitaire.

Chez un professionnel correctement immunisé, aucune prophylaxie spécifique n'est nécessaire. Un taux d'anticorps anti-HBs ≥ 10 UI/L après vaccination complète (ou ≥ 100 UI/L lorsque le statut vaccinal est inconnu) permet de considérer la protection comme suffisante dans ce contexte.

Chez un professionnel non immunisé, la vaccination doit être initiée immédiatement après l'exposition. Des immunoglobulines anti-VHB sont indiquées dans les 72 heures lorsque la personne source est AgHBs-positif documentée.

En pratique, une question très simple mérite donc d'être posée **avant** tout accident : connaissez-vous votre dernier taux d'anti-HBs ?

Et pour le VHC : dois-je prendre un traitement préventif ?

Non. Il n'existe pas de traitement prophylactique du VHC après un AES. La prise en charge repose sur la surveillance virologique et sérologique, notamment à S12, avec un contrôle plus précoce à S6 lorsque la personne source est ARN VHC-positif.

En cas de séroconversion, les antiviraux à action directe permettent aujourd'hui d'obtenir des taux de guérison supérieurs à 95 %.

Je suis urologue libéral : qui dois-je appeler ?

C'est probablement l'un des principaux angles morts de la prise en charge.

Le chirurgien salarié dispose habituellement d'un circuit institutionnel et d'un service de santé au travail. Pour le chirurgien libéral, ce circuit est beaucoup moins évident.

Aux heures ouvrables, le recours peut être un CeGIDD ou un service de maladies infectieuses. En dehors de ces horaires, le SAU du CHU ou du centre hospitalier privé ou public le plus proche reste la solution par défaut.

L'idéal est donc d'avoir identifié **avant l'accident** :

- le CeGIDD ou le service de maladies infectieuses de recours ;
- le SAU accessible 24 h/24 ;
- le lieu où un kit de TPE peut être obtenu ;
- le protocole éventuellement applicable dans l'établissement privé où l'on opère.

L'adhésion volontaire à un service de santé au travail interentreprises constitue également une possibilité pour le praticien libéral.

Une petite piqûre doit-elle vraiment être déclarée ?

Oui. Il est impossible de savoir au moment de l'accident quelles en seront les conséquences ultérieures.

La déclaration permet notamment de préserver les droits du professionnel en cas de séroconversion secondaire.

Les modalités diffèrent selon le statut (voir tableau ci-dessous).

Un certificat médical initial doit être établi par un tiers ayant examiné la victime (urgentiste, médecin du travail ou confrère) et non par le chirurgien exposé lui-même (Formulaire S6209 exemple vierge ci-après).

Pour le praticien libéral, il est également utile de souscrire en amont une couverture spécifique contre les accidents du travail et maladies professionnelles, auprès de la CPAM ou d'un assureur privé.

Et demain matin, qu'est-ce que je vérifie dans mon bloc ?

Finalement, une bonne prise en charge de l'AES commence avant l'accident.

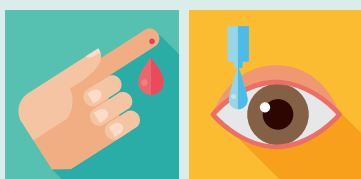
Situation professionnelle	Démarche
Salarié du secteur privé	Information de l'employeur sous 24 h ; déclaration CPAM par l'employeur sous 48 h ouvrées.
Praticien hospitalier / agent public	Déclaration comme accident de service auprès de l'administration (différent du salarié privé) adressée dans les 15 jours suivant l'accident. Accompagnée d'un certificat médical précisant la nature et le siège des lésions ; en cas d'arrêt de travail, celui-ci doit être transmis dans les 48 heures à la CPAM.
Libéral ayant souscrit une assurance volontaire AT/MP	Déclaration personnelle à la CPAM sous 48 h (exemple illustré ci-après Formulaire S6200).
Libéral avec assurance privée	Déclaration selon les conditions du contrat.

CONDUITE À TENIR EN CAS D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG OU À DES PRODUITS BIOLOGIQUES

NOTICE À AFFICHER ET À REMETTRE AU PERSONNEL LORS D'UN ACCIDENT

01

PREMIERS SOINS À FAIRE D'URGENCE



PIQÛRES ET BLESSURES

- Ne pas faire saigner.
- Nettoyage immédiat de la zone cutanée lésée à l'eau et au savon puis rinçage.
- Antiseptie avec dérivé chloré (Dakin ou eau de Javel à 2,6% de chlore actif diluée au 1/5), ou à défaut polyvidone iodée en solution dermique.

CONTACT DIRECT DU LIQUIDE BIOLOGIQUE SUR PEAU LÉSÉE

- Mêmes protocoles de nettoyage et d'antiseptie de la zone atteinte que précédemment.

PROJECTION SUR MUQUEUSES ET YEUX

- Rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique (au moins 5 minutes)

02

CONTACTER IMMÉDIATEMENT LE MÉDECIN RÉFÉRENT



QUI ÉVALUE LE RISQUE INFECTIEUX

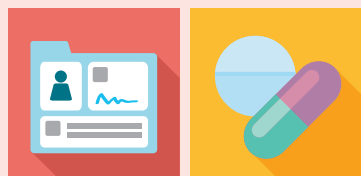
- Infection VIH (par test rapide VIH), Hépatites B et C, autres infections.

QUI VOUS INFORME DES MESURES À PRENDRE

- Une **prophylaxie** (traitement post-exposition au VIH), immunoglobulines spécifiques anti-VHB +/- vaccination) peut vous être proposée. Elle se fera avec une information préalable sur ses effets et son déroulement. Elle nécessite **votre consentement**. Le traitement doit être **débuté dans les heures qui suivent l'accident** (de préférence dans les 4 heures).

03

CONTACTER ENSUITE LE MÉDECIN DU TRAVAIL



POUR DÉCLARER L'ACCIDENT DU TRAVAIL

- Les modalités pratiques variant d'un établissement à l'autre et d'un régime social à l'autre, s'informer auprès du médecin du travail, du cadre ou du bureau du personnel.

POUR ASSURER UN SUIVI CLINIQUE ET SÉROLOGIQUE ADAPTÉ (VIH, VHC, VHB)

**DANS TOUS LES CAS, ANALYSER LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT,
AVEC LE MÉDECIN DU TRAVAIL, AFIN D'ÉVITER QU'IL NE SE REPRODUISE.**

En l'absence de médecin référent sur le site, vous pouvez contacter la ligne Sida Info Service au 0 800 840 800 pour obtenir les coordonnées du dispositif d'accueil le plus proche.



UFR de médecine Site Bichat - Université Diderot Paris 7
16 rue Henri Huchard - 75890 Paris Cedex 18
Tél. : 01 57 27 78 70 - Fax : 01 57 27 77 01
E-mail : geres@geres.org
Internet : www.geres.org

Cette affiche a été réalisée avec le concours de la :



331 avenue d'Antibes
45213 Montargis Cedex
Tél. : 02 38 90 72 90 - Fax : 02 38 90 78 53
E-mail : prevention@mnh.fr
Internet : www.mnh-prevention.fr

À COMPLÉTER AVEC LES ÉLÉMENTS LOCAUX (RÉFÉRENCE DU DOCUMENT, COORDONNÉES DU MÉDECIN RÉFÉRENT, ETC)



Téléchargement :



Stéphane BART



Bertrand POGU



Catalin CIUTA



Cynthia MABOU



Nathalie SCHNEIDER

Gestion périopératoire des patients sous antithrombotiques

Des consultations préopératoires, jusqu'au retour à domicile



Une nouvelle **Solution sécurité patient (SSP)** est sortie début août, travail dont l'AFU est promoteur et Bertrand Pogu, l'une des chevilles ouvrières. Le travail a associé les anesthésistes, les gastro-entérologues, les neurochirurgiens, les chirurgiens digestifs, les cardiologues, les orthopédistes, les plasticiens et les chirurgiens maxillo-faciaux.

Elle suit de peu une recommandation, intitulée *Gestion des anticoagulants pour une procédure invasive programmée*, élaborée en avril 2026 par la SFAR en collaboration avec de nombreuses sociétés savantes dont l'AFU (et le travail de Gaëlle Fiard à remercier vivement). Son objectif est d'aider les praticiens à choisir la gestion des anticoagulants la plus appropriée à la procédure invasive et au patient, en proposant des stratégies optimisées à partir des données publiées les plus récentes, afin de réduire la morbi-mortalité des anticoagulants oraux.

Le contexte est bien connu et un casse-tête pour les chirurgiens que nous sommes.

Plusieurs millions de patients sont traités en France par antithrombotiques (anticoagulants et antiagrégants plaquettaires). Chaque année, 10 à 15 % d'entre eux subissent une intervention chirurgicale programmée, avec des risques hémorragiques et thrombotiques accrus.

Malgré l'existence de nombreuses recommandations, des événements indésirables associés aux soins (EIAS) liés à une gestion inadaptée des antithrombotiques continuent de survenir, avec des conséquences parfois graves et difficiles à récupérer une fois le patient de retour à domicile.

La SSP de la HAS porte sur l'organisation de la prise en charge périopératoire (pré-, per- et post-opératoire) des traitements

antithrombotiques au long cours, pour les interventions programmées au bloc opératoire. Elle exclut les interventions réalisées en urgence et la thromboprophylaxie veineuse.

Retour d'expérience sur les EIAS déclarés

L'analyse de la base de retour d'expérience de l'accréditation a porté sur **363 EIAS graves** (gravité cotée 3 à 5 sur 5) liés aux anticoagulants, déclarés entre 2016 et 2022 :

- 93 % en prise en charge programmée ;
- 34 % en période vulnérable (nuit, week-end) ;
- 93 % de EIAS jugés évitables ;
- 73 ans, l'âge moyen des patients.

Ces EIAS ont mené majoritairement à des hémorragies postopératoires (68 %), à des prolongements d'hospitalisation (48 %) et à des reprises chirurgicales après la sortie (20 %) ; 29 décès ont été recensés.

372 erreurs médicamenteuses ont été identifiées (un EIAS pouvant en comporter plusieurs) :

- 84 % d'erreurs de prescription, contre 16 % d'erreurs d'administration (principalement liées au patient ou à l'aidant, n = 37) ;
- 70 % surviennent en postopératoire, 24 % en préopératoire ;
- 57 % concernent les héparines, 27 % les AOD, 13 % les AVK ;
- la première cause de prescription erronée est la posologie trop élevée (n = 121), en particulier le surdosage en héparine en postopératoire immédiat (n = 92).

Ces éléments soulignent l'importance de la discussion de la reprise des médicaments au temps 3 de la check-list.

L'analyse par la grille ALARM met en évidence cinq catégories de causes profondes, dont trois prédominent :

Facteur	N	Poids relatif
Lié au patient : situations cliniques complexes, difficultés relationnelles, consignes insuffisamment claires	n = 275	Majeur
Lié à l'équipe : défaillance de communication (ville/hôpital, professionnels), complétion incomplète du dossier, check-list mal réalisée	n = 247	Majeur
Lié aux tâches à accomplir : absence ou méconnaissance des protocoles, répartition mal définie	n = 196	Majeur
Lié au soignant : connaissances inadaptées aux recommandations en vigueur	—	Secondaire
Lié à l'environnement : charge de travail, transferts, logiciels de prescription mal paramétrés	—	Secondaire

Ces causes se retrouvent dans les situations-types décrites par la SSP : double prescription faute de coordination entre anesthésiste et chirurgien, absence de reprise d'un antiagrégant faute de transmission le week-end, protocole non conforme aux dernières recommandations, association non détectée entre anticoagulant et anti-inflammatoire.

La transmission bien tracée dans le dossier montre son importance notamment lors des phases de continuité des soins au sein de nos équipes.

Propositions pratiques à travailler et organiser au sein de nos équipes

Les 4 questions à se poser à chaque étape

- 1. Faut-il arrêter le traitement ?
- 2. Si oui, quand ?
- 3. Faut-il un relais ?
- 4. Quand le reprendre ?

Organiser la gestion par service

- Définir précisément qui fait quoi, notamment entre anesthésiste-réanimateur et opérateur, et se coordonner au quotidien.
- Former l'ensemble des professionnels aux protocoles en place.
- Réaliser systématiquement le temps 3 de la check-list « *sécurité du patient au bloc opératoire* » et tracer les échanges et décisions.

Sécuriser la prescription

- Vérifier qu'un anticoagulant n'a pas déjà été prescrit par un autre professionnel.
- Respecter les posologies (doses préventives vs curatives) et les contre-indications.
- Mentionner clairement les dates de début et de fin (pas seulement la durée).
- Être particulièrement vigilant lors des situations de relais.
- Formuler « dernière prise le » et « reprise le » plutôt que « arrêt le » ou « arrêt à J-2 ».
- Éviter d'anticiper l'ordonnance de sortie, pour ne pas laisser une posologie obsolète en cas de changement postopératoire.

Renforcer le lien ville/hôpital

- Mobiliser les dispositifs territoriaux existants (réseaux, infirmiers de coordination, téléexpertises).
- Mettre à disposition du patient et des professionnels de ville un contact joignable rapidement.
- Ne pas hésiter à contacter la ville en cas de doute sur les traitements, et à en questionner la pertinence.

Utiliser les outils numériques

- Tracer prescriptions, consultations et avis dans le dossier médical partagé et le dossier patient informatisé ; s'appuyer sur le dossier pharmaceutique.
- Informatiser les prescriptions pour faciliter l'analyse pharmaceutique.
- Imposer une prescription médicale pour toute édition d'ordonnance ou reprise de traitement (pas d'édition automatique).

Sécuriser la sortie

- Réaliser une conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie.
- Vérifier avant la sortie que le patient sait décrire le traitement qu'il doit suivre.
- Remettre une lettre de liaison à jour avec un volet médicamenteux (médicaments arrêtés, poursuivis, modifiés, ajoutés) et préciser la date et l'heure de la dernière administration.
- Limiter les sorties d'hospitalisation les veilles de week-end ou de jours fériés.
- Programmer la consultation de suivi chez le médecin traitant dès que la date d'intervention est connue.

Impliquer le patient

- Expliquer clairement les modifications de traitement, en adaptant la communication en cas de barrière linguistique ou de faible littératie en santé.
- Utiliser la technique du « Faire dire » pour s'assurer de la compréhension.
- Sensibiliser le patient et ses aidants aux signes d'alerte : saignement de nez ou des gencives, urines rouges, selles noires, hématomes multiples (hémorragie) ; douleur ou gonflement d'un membre, essoufflement soudain (thrombose).
- Proposer un appel à J1 après la sortie pour vérifier la bonne gestion du traitement.

Outils mis à disposition par la SSP

- Passeport « intervention au bloc opératoire sous antithrombotiques », remis au patient (voir page 21).
- Affiche destinée aux salles d'attente des consultations chirurgicales, interventionnelles et anesthésiques (voir page 22).
- Plan de prise médicamenteuse, pour les situations les plus complexes.

Autres travaux OA / HAS

- La fiche sécurité patient concernant la surveillance biologique des anticoagulants héparines et AVK.
- La fiche sécurité patient concernant la gestion périopératoire des anticoagulants



Conclusion

A l'aide de ces supports et recommandations, l'élaboration d'un travail en équipe pluriprofessionnel (associant anesthésistes, chirurgiens, cardiologues) au quotidien, permettra de diminuer les erreurs, notamment de prescription des anticoagulants, et de communication entre professionnels sur la gestion postopératoire qui représente une période critique, à la fois sur le risque de saignement et le risque thrombotique.

Un travail d'information et de formation des patients sur cette phase périopératoire est également un élément majeur afin de limiter les risques et de prendre en charge les urgences vraies.

Stéphane BART, Bertrand POGU, Catalin CIUTA, Cynthia MABOU, Nathalie SCHNEIDER

Pour aller plus loin

- Burggraaf JL, van Rein N, van der Meer FJM, Lijfering WM. Perioperative management in patients using vitamin K antagonists: observational cohort study. *Thromb Haemost* 2020;120(3):495-504.
- Groupe d'intérêt en hémostase péri-opératoire, Godier A, Mansour A, et al. Gestion des anticoagulants pour une procédure invasive programmée. Recommandations formalisées d'experts. Paris : SFAR ; 2026.
- Halvorsen S, Mehili J, Cassese S, et al. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. *Eur Heart J* 2022;43(39):3826-924.
- Pornin A. Événements indésirables associés aux soins liés aux anticoagulants : une analyse de la base de données du programme d'accréditation des médecins et des équipes médicales. Thèse d'exercice, Université Paris-Saclay ; 2023.



Passeport « intervention au bloc opératoire sous antithrombotiques »

Ce passeport a pour objectif de faciliter la compréhension de votre traitement. Il doit être présenté à tous vos professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.).

Nom/Prénom patient :

Vous avez un traitement destiné à fluidifier votre sang pour éviter la formation de caillots. Avant et après votre intervention, il peut être nécessaire d'adapter ce traitement quelques jours, afin de limiter le risque de saignement.

- Signalez toujours votre traitement à vos professionnels de santé, en particulier avant une intervention.
- Apportez vos derniers bilans sanguins et ordonnances lors de vos consultations.
- Osez poser des questions à un professionnel de santé si vous avez des doutes concernant votre traitement.
- Ne prenez pas de médicaments sans avis d'un professionnel de santé (aspirine, anti-inflammatoires, etc.).
- Surveillez tout saignement inhabituel (nez, gencives, urines rouges, selles noires, bleus multiples) ou signe de caillot (douleur ou gonflement d'un membre, essoufflement soudain). En cas de survenue, demandez un avis médical.

PRÉOPÉRATOIRE

Intervention prévue :

Date :

Médecin prescripteur :

Traitement antithrombotique :

Motif de prescription :

Évaluation du risque hémorragique (opérateur) :

☐ Faible ☐ Élevé

Évaluation risque thrombotique (anesthésiste) :

☐ Faible ☐ Élevé

Avis complémentaire nécessaire ? ☐ Oui ☐ Non

Calendrier personnel des traitements fluidifiant le sang AVANT votre intervention

Prescription (prescripteur, traitement, posologie, etc.) :

Dernière prise le :

☐ Matin ☐ Soir

Si indiqué :

Traitement relais

Bilan biologique :

à partir du :

☐ Matin ☐ Soir

et avec dernière prise le :

Le :

☐ Matin ☐ Soir

POSTOPÉRATOIRE (à valider après l'intervention)

Calendrier personnel des traitements fluidifiant le sang APRÈS votre intervention

Prescription (prescripteur, traitement, posologie, etc.) :

Si indiqué :

Traitement relais

Bilan biologique :

à partir du :

☐ Matin ☐ Soir

et avec dernière prise le :

☐ Matin ☐ Soir

Le :

Reprise le :

☐ Matin ☐ Soir

Contactez-nous pour tout doute, question ou information à nous communiquer :

En cas d'urgence : 15 ou



Stéphane BART



Bertrand POGU



Catalin CIUTA



Cynthia MABOU



Nathalie SCHNEIDER

Les erreurs médicamenteuses, état des lieux national et international

L'erreur médicamenteuse constitue l'un des risques les plus fréquemment identifiés dans la prise en charge des patients en France. Elle s'inscrit dans une catégorie plus large, celle des événements indésirables associés aux soins (EIAS), que la Haute Autorité de Santé (HAS) s'attache à recueillir, analyser et diffuser au travers de plusieurs dispositifs, dont l'accréditation et la déclaration des EIGS auprès des ARS (Déclaration obligatoire à l'ARS par décret n°2016-1606 du 25/11/2016)

Dans les bilans nationaux d'EIGS analysés par la HAS, l'erreur médicamenteuse figure historiquement parmi les cinq natures de risques les plus fréquemment déclarées, de l'ordre de 10 % des déclarations.

Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'erreur médicamenteuse se définit comme l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte au cours du processus de soins impliquant un médicament, qu'elle soit ou non à l'origine d'un dommage pour le patient. Elle peut survenir à toute étape du circuit du médicament : prescription, dispensation, préparation ou administration.

L'étude EMIR (Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque) : première étude nationale

En 2007, le Réseau français des Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) a conduit pour l'ANSM la première étude nationale d'incidence des hospitalisations liées à un effet indésirable médicamenteux (EIM), l'étude EMIR. Elle estimait alors que 3,6 % des hospitalisations en services de spécialités médicales étaient en lien avec la survenue d'un EIM, soit près de 144 000 hospitalisations par an en France, les anticoagulants oraux (antivitamines K) étant les principaux pourvoyeurs de cette iatrogénie grave.

L'étude IATROSTAT (2018) : une iatrogénie en forte hausse

Plus de dix ans après, l'étude IATROSTAT, conduite selon une méthodologie comparable par le même réseau de CRPV pour le compte de l'ANSM, a actualisé ces données. Elle objective une augmentation de 136 % de l'incidence des hospitalisations liées à un EIM entre 2007 et 2018, passant de 3,6 % à 8,5 % des hospitalisations en services de spécialités médicales de court séjour (environ 212 500 personnes hospitalisées chaque année en France métropolitaine).

Après un mois de suivi, la mortalité associée à ces hospitalisations a été estimée à 1,3 % soit environ 2 760 décès par an. Les décès sont liés pour moitié à des hémorragies cérébrales et digestives. Les opioïdes occupent une place prépondérante parmi les antalgiques impliqués (76 % des hospitalisations pour EIM liées aux antalgiques).

Seize pour cent des EIM ayant conduit à une hospitalisation auraient pu être évités si le médicament en cause avait été utilisé conformément aux recommandations (principalement du fait d'un non-respect de la dose ou de la durée d'utilisation dans 27,9 % des cas, d'une mise en garde dans 23,2 %, ou d'une précaution d'emploi dans 18,6 %). Dans 11,6 % des cas, une automédication inappropriée ou un mésusage volontaire du patient est en cause. Les erreurs médicamenteuses *stricto sensu* (erreurs de préparation, d'administration ou de dispensation) expliquent 9,6 % des hospitalisations évitables. Il convient de souligner que cette étude n'a pas été réalisée dans des services de chirurgie ou dans les établissements privés.

Une évaluation de la mortalité liée à ces EIM n'est donc pas disponible en France actuellement, même si des estimations globales ont été émises de l'ordre de 13 à 34 000 décès.

Etats-Unis : des données de référence

Le rapport fondateur de l'*Institute of Medicine*, « *To Err is Human* », publié en 1999, a estimé qu'entre 44 000 et 98 000 décès survenaient chaque année dans les hôpitaux américains du fait d'erreurs médicales évitables. Les erreurs médicamenteuses, à elles seules, ont été estimées responsables de plus de 7 000 décès par an dans ce rapport initial.

Des travaux plus récents, en particulier une étude publiée en 2013 dans le *Journal of Patient Safety*, ont revu ces estimations nettement à la hausse, jusqu'à 400 000 décès annuels attribuables à des erreurs médicales évitables toutes causes confondues, soit la 3^e cause de décès aux États-Unis.

Concernant spécifiquement les erreurs médicamenteuses, le rapport de l'*Institute of Medicine* de 2006 (*Preventing Medication Errors*) reste la référence la plus citée dans la littérature clinique : il estime qu'au moins 1,5 millions d'Américains sont victimes chaque année d'une erreur médicamenteuse évitable et qu'un patient hospitalisé est exposé en moyenne à au moins une erreur médicamenteuse par jour d'hospitalisation. Le programme MedWatch de la *Food and Drug Administration* reçoit à lui seul plus de 2 millions de signalements d'événements indésirables et d'erreurs médicamenteuses chaque année. Plus de la moitié des erreurs médicamenteuses (53 %) surviennent au stade de la prescription, avant même l'intervention du pharmacien ou de l'infirmier. Sur le plan économique, les surcoûts hospitaliers associés aux événements indésirables médicamenteux évitables ont été estimés, dans une étude menée dans deux hôpitaux universitaires de référence, à environ 4 700 dollars par admission concernée, soit près de 2,8 millions de dollars par an pour un hôpital universitaire type de 700 lits.

Une extrapolation a estimé les surcoûts hospitaliers directs à l'échelle nationale à 2 milliards de dollars.

Royaume-Uni : le chiffrage détaillé du NHS anglais

Une étude de référence commandée par le NHS anglais et publiée dans *BMJ Quality & Safety* en 2020 fournit l'estimation la plus détaillée disponible pour un système de santé national. Elle évalue à 237 millions le nombre d'erreurs médicamenteuses survenant chaque année à un stade ou un autre du circuit du médicament en Angleterre (prescription, dispensation, administration, suivi), dont 38,4 % en soins primaires. Si 72 % de ces erreurs ont un potentiel de préjudice nul ou négligeable, environ 66 millions sont jugées potentiellement cliniquement significatives et la prescription en soins primaires concentre à elle seule 34 % de ces erreurs significatives. Les erreurs « définitivement évitables » sont estimées coûter au NHS près de 98,5 millions de livres sterling par an, consommer 181 626 journées d'hospitalisation et causer ou contribuer à 1 708 décès annuels. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les anticoagulants et les anti-agrégants plaquettaires étant à l'origine de plus d'un tiers de ces hospitalisations évitables.

Les hémorragies digestives expliquant la moitié des décès attribués aux effets indésirables évitables survenus en soins primaires. Dans les scénarios les plus pessimistes intégrant l'ensemble des conséquences plausibles, des estimations allant jusqu'à 1,6 milliards de livres sterling et 22 303 décès par an.

Les « Never events » médicamenteux français

Depuis 2012, l'ANSM et la Direction Générale de l'Offre de Soins ont établi, sur le modèle du NHS britannique, une liste française d'« événements qui ne devraient jamais arriver », largement centrée sur le circuit du médicament : erreur d'administration de chlorure de potassium injectable, erreur de voie d'administration, erreur de prise en charge des patients sous anticoagulants, erreur de programmation des dispositifs d'administration, erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie-réanimation, entre autres.

Cette liste est régulièrement actualisée : quatre nouveaux Never events médicamenteux ont ainsi été ajoutés en 2024 (surdosage en lidocaïne intraveineuse, erreurs liées à la colchicine, à la méthadone et au 5-fluorouracile).

L'objectif « Medication Without Harm » mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé

En 2017, l'OMS a lancé son troisième défi mondial pour la sécurité des patients, intitulé « Medication Without Harm » (des médicaments sans dommage), avec l'objectif de réduire de moitié, entre 2017 et 2022, le niveau de préjudice évitable grave lié aux erreurs médicamenteuses à l'échelle mondiale. L'OMS souligne qu'à l'échelle mondiale, la moitié de l'ensemble des préjudices évitables liés aux soins médicaux sont d'origine médicamenteuse, dont un quart de gravité sévère ou engageant le pronostic vital, avec une sur-représentation des personnes âgées polymédiquées, ainsi que des patients pris en charge en chirurgie, en réanimation et en médecine d'urgence. Le coût économique mondial associé aux erreurs médicamenteuses a été estimé par l'OMS à 42 milliards de dollars par an. Ce chiffre ne prend aucunement en compte le préjudice, la perte de productivité et la qualité de vie des patients.

La parole à Nathalie SCHNEIDER qui nous rejoint dans l'équipe URORISQ pour vous aider (Cynthia MABOU sera absente pour un heureux évènement dans les prochaines semaines).

Stéphane BART



Nouveau visage au sein de votre Organisation Accréditeuse, je suis ravie de prendre en charge le suivi de votre démarche d'accréditation. Forte de l'accompagnement que je mène déjà au quotidien auprès de vos confrères Hépatogastro-entérologues, c'est avec un enthousiasme sincère et une rigueur bienveillante que je mets mon expérience à votre service. Consciente des contraintes de votre métier, je serai à vos côtés pour simplifier vos démarches, répondre à vos interrogations et faire de cet engagement un processus fluide et serein. Mon rôle : vous libérer de la charge administrative pour que vous puissiez vous concentrer sur l'essentiel. Au plaisir d'échanger très prochainement avec vous !

Nathalie SCHNEIDER

La iatrogénie médicamenteuse constitue donc un enjeu de santé publique majeur, en progression et, pour une part significative, évitable. Ces données restent toutefois incomplètes et nécessitent de poursuivre et d'étendre la surveillance à tous les secteurs en s'aidant des nouvelles technologies, qui peuvent également nous aider à concevoir des solutions techniques qui ne peuvent s'affranchir des facteurs humains et organisationnels.

Stéphane BART, Bertrand POGU, Catalin CIUTA, Cynthia MABOU, Nathalie SCHNEIDER

Pour aller plus loin

- Réseau français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance / ANSM. Étude EMIR : incidence des hospitalisations liées aux effets indésirables médicamenteux. 2007.
- Réseau français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance / ANSM. Rapport de l'étude IATROSTAT, version définitive, 2 mai 2022.
- Institute of Medicine (Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds.). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press, 1999.
- Institute of Medicine. *Preventing Medication Errors*. National Academies Press, 2006.
- Elliott RA, et al. *Prevalence and Economic Burden of Medication Errors in the NHS in England*. University of Sheffield / University of York, rapport pour le NHS, 2018-2020.
- Elliott RA, et al. *Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England*. *BMJ Quality & Safety*, 2021 (PubMed 32527980).
- Organisation mondiale de la santé. *Medication Without Harm – Troisième défi mondial pour la sécurité des patients*. Genève, 2017 (actualisation 2022).





Axel
MONTUCLARD

Expérience InterCHU à l'hôpital de la Conception, Marseille

Au cours de l'internat, les stages d'inter-CHU représentent une opportunité particulièrement enrichissante dans le parcours de formation des internes. Ils permettent de découvrir d'autres pratiques médicales et chirurgicales, d'autres organisations hospitalières ainsi que des domaines de surspécialisation parfois moins développés dans leur centre d'origine. Au-delà de l'apprentissage technique, ces mobilités favorisent également l'ouverture académique, les collaborations interuniversitaires et l'autonomisation progressive des jeunes urologues.

Dans le cadre de mon internat d'urologie, j'ai eu l'opportunité d'effectuer un semestre d'inter-CHU au sein du service d'urologie du Pr Karsenty à l'Hôpital de la Conception. Cette expérience illustre pleinement l'intérêt de ces mobilités au cours de la formation.

Le service marseillais se distingue par son expertise en neuro-urologie, urologie fonctionnelle et reconstruction, tandis que le CHU de Tours conserve une activité plus polyvalente. Les deux centres partagent une expertise majeure en transplantation rénale. Cette complémentarité entre les centres constitue l'un des principaux inté-

rêts des inter-CHU : permettre aux internes d'accéder à des domaines spécifiques et à des prises en charge qu'ils ne rencontrent pas nécessairement dans leur hôpital universitaire d'origine.

Au bloc opératoire, cette mobilité m'a permis de participer à des interventions peu ou pas réalisées dans mon centre initial, notamment dans le domaine de la chirurgie reconstructrice. La découverte de nouvelles techniques chirurgicales, de stratégies thérapeutiques différentes et de prises en charge complexes a représenté un apport majeur dans ma formation. Les inter-CHU permettent ainsi d'élargir considérablement l'exposition clinique et opératoire des internes, tout en développant leur capacité d'adaptation à de nouveaux environnements de travail.

L'expérience marseillaise a également été marquée par la participation hebdomadaire à des RCP fonctionnelles. Ces réunions, centrées sur des dossiers souvent complexes, mettent en avant l'importance du travail multidisciplinaire dans la prise en charge des patients. Elles offrent aux internes un espace d'apprentissage particulièrement stimulant, favorisant la réflexion clinique, la discussion scientifique et la prise de décision collégiale.

Les inter-CHU constituent aussi une expérience humaine forte. Intégrer une nouvelle équipe médicale et paramédicale implique de s'adapter à d'autres méthodes de travail, à une organisation différente et à de nouvelles dynamiques de service. Cette immersion favorise l'autonomie, la confiance en soi et la capacité à travailler dans des environnements variés. Au cours de ce semestre, j'ai progressivement gagné en autonomie dans la prise en charge des patients et au bloc opératoire, tout en bénéficiant d'un encadrement formateur.

Enfin, ces mobilités jouent un rôle important dans l'ouverture académique des internes. Elles permettent de créer des liens entre équipes universitaires, de développer des collaborations scientifiques et parfois d'initier des projets multicentriques.

Ainsi, les stages d'inter-CHU apparaissent aujourd'hui comme une composante essentielle de la formation des internes. Ils permettent non seulement d'acquérir de nouvelles compétences techniques et cliniques, mais aussi de développer une vision plus large de la spécialité, fondée sur l'échange, la complémentarité des centres et l'ouverture vers de futurs projets collaboratifs.

Axel MONTUCLARD, Tours
Représentant - Région Ouest

LES RENCONTRES DE L' AFUF 2026

25-27 septembre 2026
Espace Saint-Martin
199 bis rue Saint-Martin • 75003 Paris

Informations
Inscriptions





Jérôme GAS

Mise au point sur les modalités de la loi sur l'euthanasie

Jérôme GAS : Bonjour Claire, malgré votre combat la loi a fini par passer, si aujourd'hui un patient demande à mettre fin à ses jours quels sont les critères d'inclusion nécessaires ?

Claire FOURCADE : Il y a en 5 :

- Être majeur ;
- Résidant régulièrement en France ;
- Maladie grave et incurable en phase avancée ou terminale (sans notion de pronostic) ;
- Souffrance réfractaire ou jugée insupportable par le patient (qu'il ait choisi ou non de recevoir un traitement) ;
- Patient capable d'exprimer une volonté libre et éclairée.

Cette loi reste extrêmement permissive. En ayant supprimé les critères temporels de pronostic, elle permet d'inclure un grand nombre de patients. Par exemple, un patient ayant un cancer de la prostate d'emblée métastatique peut demander la mort plutôt que l'instauration d'une double hormonothérapie.

Un patient avec un syndrome dépressif n'est pas éligible (car curable) mais si on lui découvre un cancer avancé, il peut demander l'euthanasie plutôt que de débiter un traitement pour son cancer...

Un patient ayant tous ces critères peut demander l'euthanasie comme alternative thérapeutique, il n'est pas obligatoire que les patients aient reçu tous les traitements possibles pour les soulager avant que ne soit examinée une demande de fin de vie.

JG : Qu'en est-il des patients ayant un discernement gravement altéré (sous tutelle, ou troubles cognitifs) ?

CF : C'est le seul critère d'exclusion de la loi. Le patient doit être capable d'exprimer une volonté libre et éclairée, mais la loi reste très imprécise. Un patient ayant une altération « modérée » du discernement reste éligible s'il présente bien-sûr les critères évoqués auparavant. Il n'y aucune obligation d'évaluation par un psychologue, l'avis du tuteur légal doit être demandé par le médecin responsable mais n'est pas contraignant, tout comme les proches qui

ne peuvent pas effectuer de recours lorsqu'une demande d'euthanasie est faite. Le conseil constitutionnel, dans sa décision du 14 août dernier, impose de « prendre en compte » les remarques du tuteur légal.

JG : La famille ne peut pas effectuer de recours sur une demande de fin de vie ?

CF : Non, la famille est exclue du dispositif, il n'y a pas d'obligation d'information et les proches ne peuvent pas effectuer de recours pour interrompre une procédure.

La seule personne pouvant effectuer un recours est le patient lui-même mais cela sera compliqué lorsque la procédure sera terminée...

JG : Concrètement comment cela se passe lorsqu'un patient souhaite mourir ?

CF : Il doit effectuer :

- Une demande auprès d'un médecin X. Il n'est pas nécessaire que ce soit le médecin traitant ou un spécialiste suivant le patient depuis plusieurs années, ce médecin peut ne pas connaître le patient.
- « De préférence » par écrit mais l'oral est possible et la présence d'un témoin n'est pas obligatoire.

Le médecin doit alors :

- Informer le patient des alternatives possibles (traitement, soins palliatifs, etc. mais sans avoir à s'assurer que l'accès est effectivement possible).
- Demander un avis à un spécialiste de la pathologie (qui n'est pas obligé de rencontrer le patient et peut juger sur dossier).
- Demander un avis à un auxiliaire médical (infirmier, aide-soignant mais aussi orthophoniste, podologue ou diététicien), qui « de préférence » connaît le patient.

Les avis ne sont que consultatifs, le médecin sollicité par le patient n'est pas obligé de les suivre. Cela doit être réalisé dans un délai maximum de 14 jours sans notion de délai minimum.

Une fois que le médecin donne son accord au patient il y a un délai incompréhensible de 48 heures avant de réaliser l'acte. Le patient et le médecin fixent alors une date et un lieu.



Claire FOURCADE

Claire Fourcade est médecin de soins palliatifs depuis 26 années dans le pôle de soins palliatifs de l'Hôpital privé du Grand Narbonne et a été présidente de la société française d'accompagnement de soins palliatifs (SFAP) entre 2020 et 2025. Elle a croisé le fer avec le gouvernement pour éviter la loi autorisant l'euthanasie qui a été validée, après une longue bataille, par l'Assemblée nationale le 15 juillet dernier.

L'euthanasie peut être réalisée partout sauf sur la voie publique, l'espace public est autorisé (parc, hall de mairie, espace commun en EHPAD, etc.).

Le médecin effectue la prescription du produit létal qui est préparé par une pharmacie hospitalière qui transférera le produit à une pharmacie de ville si le geste est réalisé au domicile.

L'administration peut être réalisée par le patient seul par voie orale (l'auto-administration est la règle), ou par un médecin ou un infirmier si la voie intraveineuse est utilisée (et que le patient n'est pas en mesure physiquement de procéder à une auto-administration). Il n'est pas demandé d'expérience ou de formation particulière pour réaliser ce geste.

Le soignant doit rester jusqu'au décès du patient « pour pouvoir intervenir en cas de problème ». À ce jour, rien n'est précisé dans la loi sur la procédure à suivre si

une complication survient ou le patient ne meurt pas suite à l'administration du produit.

JG : Existe-t-il une clause de conscience pour les professionnels de santé ?

CF : Le médecin, l'infirmière ont en effet une clause de conscience avec la possibilité de refuser de pratiquer le geste.

Lorsqu'un médecin refuse de pratiquer l'euthanasie, il doit s'assurer que le patient soit mis en contact avec un confrère pouvant réaliser le geste, sans préciser l'obligation de moyen de trouver un tel praticien. À titre de comparaison, les soins palliatifs ne sont pas disponibles en France dans une vingtaine de départements. Il est peu probable qu'il y ait des unités pour donner la mort disponibles sur tout le territoire français.

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

JG : Le suicide assisté est-il autorisé par la loi ?

CF : Le suicide assisté est l'acte de fournir un environnement et des moyens à une personne pour qu'elle mette elle-même fin à sa vie. Cette personne est soumise aux mêmes critères que l'euthanasie. Si la personne s'administre elle-même le produit on parlera de suicide assisté, si la personne nécessite un tiers car elle n'est pas en capacité ou ne se sent pas capable de prendre le produit on parlera alors d'euthanasie.

JG : La loi a également été modifiée sur certains points par le conseil constitutionnel ?

CF : En effet, le conseil constitutionnel a rendu son avis et émis 3 réserves d'interprétation de la loi à la demande du premier ministre et du président du Sénat :

- La clause de conscience des pharmaciens : auparavant, les pharmaciens étaient exclus et devait préparer le produit sans réserve, désormais ils bénéficient d'une clause de conscience comme les médecins et les infirmiers.
- Les patients avec une altération du discernement : auparavant, le tuteur était simplement informé de la décision du patient, désormais son avis doit être demandé par le médecin examinant la demande (sans que cela ne soit contraignant).
- La clause de conscience des établissements de santé : auparavant, les établissements de santé privés n'avaient pas le droit de refuser de pratiquer l'euthanasie ou le suicide assisté même si cette démarche se trouvait en opposition avec leur conception du soin, ce qui aurait eu pour conséquence annoncée la fermeture de certains d'entre eux. Le conseil constitutionnel a validé une clause de conscience pour ces établissements tant qu'ils adressent leur patient dans un établissement du territoire pouvant réaliser le geste.

Cependant, rien n'a été modifié sur l'impossibilité de réaliser un recours pour l'entourage du malade, sur le délai de 48h qui semble bien court et sur la commission de contrôle qui vérifie le bon déroulement du protocole après et non avant la réalisation du geste...



JG : Maintenant que la loi est passée, que le conseil constitutionnel a rendu son avis, comment va-t-elle s'appliquer ?

CF : C'est bien le problème, il s'agit d'une loi très théorique, sans aucune modalité pratique pour le quotidien : quels produits utiliser, quels protocoles, que faire en cas de complication lors de la procédure sans décès du malade, que faire si personne dans la région ne souhaite réaliser le geste, clause de conscience pour les directeurs d'EHPAD lorsque les résidents vont effectuer la demande ? Je rappelle que 30 % des EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur...

La mise en œuvre de la loi est annoncée pour début 2027 mais les décrets d'application ne sont pas encore écrits et le timing est très serré pour le gouvernement entre le vote du PLFSS et la prochaine présidentielle. Tant que les décrets ne sont pas publiés, la loi ne pourra pas être appliquée. Plusieurs praticiens ont été sollicités ces derniers mois pour constituer un groupe de travail pour étudier les modalités pratiques, mais la composition de ce groupe de travail reste confidentielle pour le moment.

En conclusion

Au terme de plusieurs années de débat, une loi visant à développer les soins palliatifs a été votée à la quasi-unanimité des deux chambres. Une loi sur le « droit à l'aide à mourir » a également été votée par une majorité réduite de 51.4 % des députés mais avec un rejet constant du sénat. Cette loi a été promulguée le 18 août dernier et est dans l'attente des décrets d'application.

Elle va impliquer un grand nombre de professionnels de santé et les médecins de toutes spécialités en particulier.

En l'état du développement actuel des soins palliatifs auxquels n'ont accès que 50 % des patients qui en auraient besoin, elle fait courir le risque qu'il soit plus facile, en de nombreux endroits, d'accéder à la mort provoquée qu'à des soins de qualité.

Claire FOURCADE
Propos recueillis par Jérôme GAS



Laurent GUY



Didier LEGEAIS

Quand un support pédagogique devient un risque juridique

« Je prépare mon topo. Je trouve une belle image sur Internet. Je l'insère dans ma présentation. Quel est le problème ? »

Cette scène est probablement celle que nous avons tous vécue.

Pourtant, c'est précisément ce geste anodin qui a récemment conduit notre association UROFOCUS à recevoir une mise en demeure d'un cabinet d'avocats représentant l'Agence France-Presse (AFP), au motif que plusieurs photographies protégées avaient été reproduites dans des supports pédagogiques diffusés sur notre site Internet après accord des intervenants.

Nous pensons que cette affaire mérite d'être partagée avec l'ensemble de nos intervenants car elle rappelle une réalité souvent méconnue : la vocation pédagogique d'un enseignement ne dispense pas du respect du droit d'auteur.

Une affaire qui aurait pu concerner n'importe lequel d'entre nous

Les présentations concernées avaient été réalisées par des universitaires et des praticiens reconnus dans un objectif exclusivement scientifique.

Aucun bénéfice commercial.

Aucune volonté de détourner les droits d'un auteur.

Simplement le souhait d'illustrer un raisonnement médical grâce à des images particulièrement parlantes.

Après enquête interne, il est apparu que certaines photographies provenaient effectivement de banques d'images ou d'agences de presse sans qu'une autorisation d'utilisation ait été obtenue.

Nous avons alors décidé de retirer immédiatement les contenus concernés et d'étendre nos vérifications à l'ensemble des supports mis en ligne.

« Mais ce n'est qu'un cours... »

C'est probablement l'argument que chacun aurait spontanément avancé.

Topo, photo: on risque gros !!!

Une simple photo peut-elle coûter plusieurs milliers d'euros ?

Malheureusement, juridiquement, il ne suffit pas.

Une photographie constitue une œuvre protégée par le Code de la propriété intellectuelle.

Sa reproduction dans un diaporama, puis sa diffusion sur Internet, nécessitent en principe l'autorisation préalable de son auteur ou du titulaire des droits.

Les dix règles d'or avant de diffuser un topo

Avant de nous adresser votre présentation, prenez quelques minutes pour vérifier :

- ✓ Toutes les photographies sont de votre création ou vous disposez d'une autorisation.
- ✓ Les images issues d'Internet sont accompagnées d'une licence autorisant leur utilisation.
- ✓ Les illustrations générées par intelligence artificielle respectent les conditions d'utilisation de l'outil employé.
- ✓ Les figures provenant d'articles scientifiques sont utilisées avec l'autorisation nécessaire ou remplacées par un schéma personnel.
- ✓ Les crédits photographiques sont mentionnés lorsque cela est requis.
- ✓ Les vidéos intégrées peuvent être légalement diffusées.
- ✓ Les logos utilisés sont autorisés.
- ✓ Les captures d'écran respectent les droits de leurs auteurs.
- ✓ Les photographies de patients sont anonymisées et diffusées avec les autorisations requises.
- ✓ En cas de doute... demandez à votre IA avant la diffusion !!!

Peu importe que :

- Le congrès soit scientifique ;
- L'association soit à but non lucratif ;
- Les intervenants soient bénévoles ;
- Aucune recette ne soit tirée de la diffusion.

Le droit d'auteur continue de s'appliquer.

Qui est responsable ?

Cette question est essentielle.

Selon les circonstances, peuvent être concernés :

- L'auteur du diaporama ;
- L'association qui diffuse le document ;
- L'éditeur du site Internet.

Autrement dit, une illustration insérée sans précaution peut engager la responsabilité de plusieurs personnes.

Pourquoi ce risque augmente-t-il aujourd'hui ?

Internet nous donne accès, en quelques secondes, à des millions d'illustrations sur :

- Les sites d'actualité ;
- Les réseaux sociaux ;
- Les revues scientifiques.

Cette facilité crée une illusion : puisque l'image est visible, on pense naturellement qu'elle est réutilisable.

C'est faux.

La quasi-totalité de ces photographies demeure protégée.

Le fait qu'une image soit accessible gratuitement ne signifie absolument pas qu'elle est libre de droits.

Aujourd'hui, grâce à l'IA, les agences d'images lancent des recherches automatiques 24/24 en particulier sur les sites peu sécurisés.

Ayez Les bons réflexes

Avant d'intégrer une illustration dans une présentation destinée à être diffusée, il est préférable de privilégier :

- Vos propres photographies ;
- Vos propres schémas ;
- Les banques d'images proposant une licence adaptée ;
- Les illustrations explicitement placées sous licence libre ;
- Les images générées par intelligence artificielle lorsque leurs conditions d'utilisation permettent leur diffusion.

À l'inverse, il convient d'être particulièrement prudent avec les images issues :

- De la presse ;
- Des agences photographiques ;
- Des revues ;
- Des sites Internet commerciaux ;
- Des moteurs de recherche.

Cette affaire doit nous conduire à faire évoluer nos pratiques collectivement (AFU, CNPU, SNCUF, congrès et réunion scientifique).

Nous nous devons :

- De retirer les présentations susceptibles de comporter des illustrations non autorisées ;
- De renforcer les contrôles avant toute mise en ligne ;
- D'informer systématiquement nos intervenants sur les règles applicables en matière de propriété intellectuelle.

Il ne s'agit nullement de remettre en cause la qualité exceptionnelle des enseignements qui nous sont confiés.

Notre objectif est au contraire de protéger les auteurs, l'association et la pérennité de nos formations.

Images générées par l'IA : je peux ou je ne peux pas !

La position de la plupart des IA est très claire et permissive mais elle engage quand même directement votre responsabilité.

Les conditions d'utilisation des IA précisent que, dans la mesure permise par la loi, vous êtes propriétaire des contenus générés (« Output ») et que l'opérateur IA vous cède ses éventuels droits sur ces contenus. Vous êtes en revanche responsable de leur utilisation et de la vérification de leur exactitude.

Vous pouvez les utiliser dans vos articles, newsletters, présentations et interventions scientifiques, y compris dans un cadre professionnel. Il existe néanmoins trois précautions importantes :

- Ne pas laisser croire que l'illustration est une production officielle d'une faculté, d'un service ou d'un organisme d'état : ANSM, ministère, etc. ;
- Vérifier très soigneusement tous les textes médicaux figurant dans l'image. Les conditions d'utilisation des IA demandent précisément une vérification humaine avant diffusion.
- Pour une publication scientifique, une newsletter ou une présentation publique, il faut mettre discrètement sous l'image : « Illustration générée par IA – suivie du nom de l'IA utilisée ». Perplexité...La politique de publication des IA recommande d'indiquer clairement qu'un contenu publié a été généré par IA.

En conclusion

Le partage des connaissances est l'une des missions essentielles de nos associations et sociétés.

Il repose sur l'engagement bénévole de dizaines d'universitaires et de praticiens que nous remercions chaleureusement.

En respectant quelques règles simples, nous continuerons à diffuser un enseignement de grande qualité tout en protégeant les droits des créateurs, la responsabilité de nos auteurs et celle de notre association.

Parce qu'un excellent enseignement mérite aussi d'être juridiquement irréprochable.

Laurent GUY, Didier LEGEAIS

NOVEMB'RUN

COURSE CARITATIVE - 10 KM ET 5 KM

CE N'EST PAS JUSTE UNE COURSE
C'EST UN ÉLAN SOLIDAIRE

22 NOVEMBRE 2026
Avenue Foch, Paris

JE PARTICIPE
et plus d'infos

Ne pas jeter sur la voie publique

La Boucle de Santé 2026 s'est déroulée du 3 au 25 juillet, un jour en amont du célèbre parcours du Tour de France en collaboration avec l'AFU et le soutien technique du club cycliste C.C. Rennes Métropole. L'objectif du projet était de sensibiliser le grand public aux pathologies urologiques à travers les pages Facebook et Instagram du projet et de promouvoir le sport comme voie de prévention active. Chaque semaine était dédiée à un thème urologique : la première semaine a été dédiée à l'infertilité masculine, la seconde au cancer des testicules et la dernière au sujet du cancer de la prostate. Le message scientifique transmis était issu d'entretiens vidéo d'urologues effectués en amont du projet ainsi que des capsules vidéos et infographies fournies par l'AFU. La communication et le montage des vidéos étaient effectués par Théo Raulin, étudiant de Rennes Ynov Campus, sensible à la cause et recruté en stage sur le projet.

La sensibilisation s'est faite également auprès des collectivités qui nous ont accueilli tout au long du parcours tel que Villedubert dans l'Aude et Lure dans la Haute-Saône avec la présence de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). De nombreux articles ont été publiés dans la presse locale à travers l'hexagone (L'Indépendant, Le Dauphiné Libéré, l'Est Républicain, etc. et des interviews auprès de radios pour donner plus d'ampleur au projet.

Depuis 1 an, en tant que porteur du projet, j'ai réalisé l'ensemble des démarches liées à un projet de cette ampleur (solicitation

La Boucle de Santé 2026

des mécènes, organisation de l'équipe accompagnatrice, réservation des logements, création des parcours avec points GPS des arrêts ravitaillement en eau et nourriture, création de maillots et bidons du projet, et communauté Whatsapp du projet pour partage d'informations aux cyclistes accompagnants). Grâce au soutien des mécènes publics et privés engagés pour la santé masculine, l'ensemble des frais ont été couverts et le surplus restant est reversé au Fonds d'Innovation en Urologie (FIU). Avec les dons des particuliers collectés sur helloasso au cours de ces 3 semaines, il s'élève à plus de 15 000 €.

Le projet n'aurait pu être réalisé sans l'équipe accompagnatrice présente à chaque moment et je remercie en particulier le Dr Poinas et sa famille pour sa pré-

sence lors de la dernière semaine alpestre du projet. Cette aventure est avant tout humaine avant d'être sportive. Elle a permis de discuter des sujets urologiques avec les nombreuses personnes qui m'ont accompagné sur le parcours avec très peu de kilomètres en solitaire. Merci aux Drs Beauval, Allard et Poinas pour leur présence à mes côtés sur le vélo, pour leurs réponses aux questions du public ainsi qu'au Dr Collado Serra représentant de l'Association Espagnole d'Urologie (AEU) suite au départ en catalogne. Au cours de ce défi de 21 étapes, 3 461 kilomètres et 54 997 m de dénivelé positif ont été parcourus en 141h et 44 min.

Clément RIBAS



SAMEDI 19 SEPTEMBRE 2026

ROULONS POUR LA SANTÉ DE L'HOMME

MONT VENTOUX - 1910 M.



OUVERT À TOUS

AVEC LA PARTICIPATION DE BERNARD HINAULT

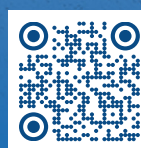
PARTICIPEZ À UNE RANDONNÉE VÉLO CARITATIVE
POUR LA RECHERCHE EN UROLOGIE.

2 PARCOURS

VÉLO ÉLECTRIQUE OU MUSCULAIRE



INFOS & INSCRIPTIONS



UROFRANCE.ORG

AFU
ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE

