18-21 NOVEMBRE 2026
PARIS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

UROjonction

www.cfu-congres.com

n° 144
Novembre
2026

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

www.urofrance.org

AFU ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Éditorial



Jean-Luc DESCOTES

Retrouvons-nous au 120e Congrès Français d'Urologie

Dans un monde dominé par l'instabilité internationale, retrouvons-nous en ce mois de novembre au 120e Congrès Français d'Urologie que j'ai l'immense honneur de présider.

Le CFU, un rendez-vous incontournable pour nous urologues, mais aussi pour tous ceux qui nous accompagnent au quotidien, infirmières, kinésithérapeutes, secrétaires, médecins généralistes…

Ensemble, remercions tous les comités qui ont œuvré et finalisé un superbe programme, centré sur l'analyse des données scientifiques et innovations thérapeutiques les plus récentes, et qui suscitera de nombreuses discussions dans une ambiance très conviviale.

Ce congrès reste l'occasion unique de partager vos expériences professionnelles et vos interrogations avec l'ensemble des « experts » de notre spécialité médico-chirurgicale dont les multiples facettes facilitent le dynamisme et l'attractivité pour les jeunes urologues.

Cette année, nous aurons aussi l'occasion d'accueillir sur site les associations de patients dont l'implication dans les parcours de soins en urologie se renforce pour nous aider à optimiser une prise en charge souvent multidisciplinaire.

Ensemble, continuons à construire l'avenir de l'urologie française. Nos patients sont les principaux bénéficiaires de son rayonnement international.

Jean-Luc DESCOTES
Président du 120e CFU



18-21 NOVEMBRE 2026 PARIS, FRANCE PALAIS DES CONGRÈS
120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
UROjonction n° 143
www.cfu-congres.co

Éditorial
- *Retrouvons-nous au 120e CFU* 1
  Jean-Luc DESCOTES

Dossier - 120e CFU
Dossier préparé par Blandine TAMARELLE
- *Lecture accélérée du programme* 3
  Blandine TAMARELLE
- *Novemb'Run* 4
- *Comité d'organisation* 5
- *Les cours* 5
- *Les soirées* 6
- *Les symposiums du congrès* 7

Comité de cancérologie
- *Comité de cancérologie de l'AFU 2023-2026 : un chapitre se referme, une dynamique se poursuit* 8
  Morgan ROUPRÊT

Vasectomie
- *Simplification du parcours vasectomie : obligations légales et dispositions pratiques* 9
  Stéphane BART, Didier LEGEAIS, Ambroise SALIN

Avenir de la chirurgie
- *La chirurgie en 2035 : constats et propositions.* 13
  Stéphane BART

Urofrance
- *Urofrance fait peau neuve : trois étapes pour un site plus vivant, plus visible et plus intelligent !* 15
  Caroline PETTENATI

Transplantation
- *CRUT 2026 : le Club des Référents Urologues Transplanteurs a fait étape à Amiens* 18
  Philippe DE SOUSA, Marine UHL

Accréditation
- *Un urologue sur trois accrédité : le point sur l'accréditation en urologie* 19
  Stéphane BART, Bertrand POGU, Catalin CIUTA, Nathalie SCHNEIDER

Intelligence artificielle
- *L'intelligence artificielle en urologie : où en sommes-nous et que fait l'AFU ?* 24
  Zine-Eddine KHENE



Stéphane BART

Code de déontologie : les 6 changements à retenir

Publié le 29 juillet 2026, le décret n° 2026-691 procède à une importante actualisation du Code de déontologie médicale. Objectif : l'adapter aux évolutions juridiques, sociétales et technologiques de l'exercice médical.

1. Un Code applicable à davantage de praticiens – Art. R. 4127-1

Les règles déontologiques s'imposent désormais explicitement aux docteurs juniors, aux étudiants exerçant comme remplaçants ou adjoints, mais aussi aux sociétés d'exercice libéral (SEL) et sociétés civiles professionnelles (SCP) de médecins inscrites au Tableau. Lors de son inscription, tout médecin doit également affirmer devant le conseil départemental avoir pris connaissance du Code et s'engager à le respecter.

2. Une obligation renforcée face aux violences – Art. R. 4127-44

Lorsqu'un médecin présume qu'une personne est victime de sévices, privations ou violences physiques, sexuelles ou psychiques, il a désormais l'obligation d'agir par tout moyen. Selon les circonstances, il peut notamment effectuer un signalement au procureur de la République ou aux cellules compétentes. Le consentement de la victime reste requis dans les cas prévus par la loi, avec des exceptions notamment pour les mineurs et certaines personnes vulnérables.

3. Numérique et IA entrent dans le Code – Art. R. 4127-13-1 et R. 4127-73

Le Code encadre désormais expressément l'utilisation des outils numériques, de l'intelligence artificielle et des innovations technologiques. Le médecin doit prendre les précautions nécessaires pour garantir qualité et sécurité des soins ainsi que sécurité et confidentialité des données de santé, quel qu'en soit le support.

4. Un dossier médical obligatoire en libéral – Art. R. 4127-45

Tout médecin doit désormais tenir un dossier pour chaque patient. Sa durée de conservation est alignée sur celle des établissements de santé : 20 ans à compter de la dernière consultation. Pour un mineur, si ce délai s'achève avant ses 28 ans, le dossier est conservé jusqu'à son 28e anniversaire. En cas de décès moins de dix ans après la dernière consultation, il est conservé dix ans à compter du décès.

5. Le maintien des compétences renforcé – Art. R. 4127-11

Le Code inscrit explicitement l'obligation pour le médecin d'entretenir et perfectionner ses connaissances, compétences et pratiques tout au long de son exercice. Cette exigence s'articule notamment avec le développement professionnel continu (DPC) et la certification périodique, dont le respect relève du suivi ordinal.

6. Remplacement : installation facilitée – Art. R. 4127-86

L'interdiction de s'installer à proximité après un remplacement de plus de 90 jours n'est plus automatique. Une éventuelle restriction doit désormais être prévue par une clause de non-réinstallation inscrite au contrat. Cette évolution vise à lever un frein à l'installation des médecins, notamment dans les territoires qui en manquent.

Stéphane BART

18-21 NOVEMBRE 2026 PARIS, FRANCE PALAIS DES CONGRÈS
120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
UROjonction n° 144
www.cfu-congres.com



Blandine TAMARELLE

120e Congrès Français d'Urologie

Lecture accélérée du programme

Du 18 au 21 novembre 2026, le Palais des Congrès de Paris accueillera le **120e Congrès Français d'Urologie**, sous la présidence du Pr Jean-Luc Descotes et la vice-présidence du Pr Franck Bladou.

Ce sont ces quatre jours annuels pour actualiser nos connaissances, découvrir de nouvelles techniques, confronter nos pratiques et, surtout, profiter de cette formidable intelligence collective qui fait la richesse de notre communauté.

Mais cette année, avant de vous proposer quelques itinéraires dans ce programme particulièrement dense, j'aimerais m'arrêter sur celles et ceux sans qui aucun congrès n'existerait : les orateurs.

120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
18-21 NOVEMBRE 2026
PARIS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

La parole aux orateurs !

Chaque année, des centaines d'urologues contribuent à faire vivre ce CFU. Une véritable fourmilière scientifique, dans laquelle chacun apporte sa pierre à l'édifice, parfois au prix de nombreuses heures de préparation pour quelques minutes seulement de présentation.

Il y a les habitués des amphithéâtres, ceux pour qui prendre la parole semble aussi naturel que d'enfiler une paire de gants au bloc. Et puis il y a les autres, ceux qui présentent pour la première fois, ceux qui ne s'y prêtent qu'occasionnellement, ceux qui connaissent parfaitement leur sujet mais redoutent malgré tout le moment où il faudra prendre le micro.

À l'heure où l'intelligence artificielle nous promet des présentations toujours plus belles, plus rapidement construites et mieux illustrées, rappelons qu'une belle présentation ne fait pas nécessairement un bon orateur. L'aisance à l'oral ne se télécharge pas avec le dernier logiciel à la mode ! Elle s'apprend, se travaille et se cultive, souvent au fil des expériences.

Et pourtant, le plus important est peut-être ailleurs.

À tous ceux qui prendront la parole cette année, n'oubliez pas que votre intervention a déjà été choisie pour son intérêt scientifique, pédagogique ou pratique. Si vous êtes au programme, c'est que votre expérience, vos travaux ou votre réflexion méritent d'être partagés !

Nul besoin d'être un conférencier chevronné pour être légitime. Nos connaissances ne progressent pas seulement grâce aux grandes figures de notre spécialité, mais aussi grâce à tous ceux qui osent présenter leurs résultats, partager leurs difficultés, questionner les certitudes et parfois même raconter leurs échecs.

C'est cette diversité de voix qui fait la richesse du CFU. Alors, que vous soyez orateur aguerri ou débutant, prenez plaisir à transmettre. Et pour ceux qui seront dans la salle, n'oublions pas qu'une question, un encouragement ou un échange après la séance peuvent aussi donner à un collègue l'envie de recommencer.

Un programme, mille chemins

Une fois cet hommage rendu à ceux qui feront vivre les amphithéâtres, reste une question bien connue des congressistes : comment profiter au mieux de quatre jours de congrès sans avoir le don d'ubiquité ?

Le programme 2026 ne déroge pas à la règle : communications orales, vidéos, états de l'art, tables rondes, forums, pour ou contre, cours, masterclass et symposiums se succèdent, souvent au même moment.

Plutôt que de tenter l'impossible, pourquoi ne pas préparer son propre parcours selon ses centres d'intérêt ?

➔ ***Team Cancéro***

Difficile d'imaginer un CFU sans une large place consacrée à l'onco-urologie. Et cette année encore, il faudra probablement faire quelques choix.

Pour le cancer de la prostate, les discussions couvriront aussi bien les traitements focaux et les stratégies de diagnostic que les nouvelles approches thérapeutiques des formes avancées et tout ce qui amène à une personnalisation de plus en plus poussée des traitements.

Du côté des tumeurs de la vessie et du rein, les évolutions des stratégies périopératoires occuperont une place importante. Les échanges autour de la néphrectomie cytoréductrice, des traitements néoadjuvants et de la prise en charge des cancers urothéliaux promettent également de nourrir les discussions.

Parmi les rendez-vous à repérer :

- Mercredi 18 novembre, 12h45 : symposium sur les enjeux de l'hormonothérapie dans le cancer de la prostate en 2026.
- Jeudi 19 novembre, 8h45 : place diagnostique du TEP-PSMA au stade localisé.
- Jeudi 19 novembre, 16h : débat sur le traitement néoadjuvant des cancers du rein localement avancés.
- Jeudi 19 novembre, 17h30 : symposiums consacrés à la prise en charge périopératoire des tumeurs du rein et de la vessie et à une RCP en direct autour du cancer de la prostate.
- Vendredi 20 novembre, 10h : Rencontre AFU/SFRO sur le cancer de la prostate à haut risque en 2026, vers une redéfinition des standards thérapeutiques.

➔ ***Je cherche surtout des trucs et astuces (notamment éviter-traiter au mieux une complication opératoire).***

Parce qu'une astuce technique ou un détail opératoire peut parfois nous être plus utile dès le lundi suivant qu'une longue revue de la littérature, les sessions pratiques méritent une place de choix dans cet agenda.

La néphrectomie partielle, l'endo-urologie, la chirurgie de l'HBP, les techniques reconstructrices et les communications

vidéo offrent autant d'occasions de confronter nos façons de faire.

Outre les cours du jeudi et vendredi matin auquel il vous faudra avoir anticipé l'inscription, on retiendra notamment :

- Mercredi 18 novembre à 10h00 : la session Agora sur l'adénomectomie robot versus endoscopique.
- Jeudi 19 novembre à 8h30 : Forum de techniques chirurgicales sur la chirurgie des complications de la prostatectomie radicale.
- Vendredi 19 novembre à 9h30 : Forum des troubles mictionnels de l'homme sur les prises en charges complexes de l'HBP.
- Samedi 20 novembre à 10h30 : Forum de techniques chirurgicales sur le traitement chirurgical des lithiases urinaires : tout endoscopique ?

Quelques discussions de couloir vous apporteront sans doute quelques réponses à cette petite difficulté opératoire que l'on n'ose jamais exposer en séance.

➔ ***Je souhaite savoir où en sont certains débats, certaines controverses auxquelles je ne sais pas toujours répondre seul(e).***

Le CFU n'est pas seulement un lieu où l'on vient chercher des réponses. C'est aussi l'occasion de découvrir que certaines questions que l'on croyait réglées ne le sont pas tant que cela.

Cette année, les formats « pour ou contre » et les tables rondes permettront une fois de plus de s'interroger, notamment :

- Mercredi 18 novembre à 14 h : Le traitement d'un ECBU préopératoire polymicrobien avant chirurgie urologique.
- Jeudi 19 novembre à 10h15 : L'orchidopexie systématique ou non du testicule unique.
- Jeudi 19 novembre à 10h45 : Le choix entre toxine botulique et neuromodulation sacrée chez le patient neurologique.
- Jeudi 19 novembre à 16h30 : L'applicabilité réelle des recommandations en infectiologie urinaire, avec une table ronde interactive.

L'intérêt de ces formats ? Écouter des arguments contradictoires, accepter de remettre en question ses habitudes et repartir parfois avec davantage de questions, mais de meilleures raisons de choisir.

➔ ***Je souhaite découvrir, échanger et ouvrir mes horizons.***

Le congrès ne se limite pas aux seules innovations techniques et thérapeutiques. Il est aussi l'occasion de réfléchir à l'évolution de notre profession, à nos conditions d'exercice et aux relations avec les autres acteurs du parcours de soins.

La journée AFU consacrée aux associations de patients, le jeudi, rappelle la place indispensable de leur expérience dans l'amélioration de nos pratiques.

Le samedi, la session des médecins généralistes de 9h à 12h permettra de poursuivre le rapprochement entre notre spécialité et nos principaux correspondants. Un rendez-vous à faire connaître autour de nous !

Le Forum du bien-être de l'urologue le samedi à 11h00 et la session consacrée au développement durable à 8h30 offriront, eux aussi, des perspectives complémentaires à nos préoccupations scientifiques habituelles.

Et puisque notre métier ne se résume pas aux pathologies que nous traitons, le rapport du congrès 2026 sera consacré aux risques de l'urologie pour l'urologue. Un sujet qui nous concerne tous, jeunes ou sages, que nous exercions en libéral comme à l'hôpital. Rendez-vous samedi 21 novembre à 13h30, avant l'Essentiel du Congrès à 14h30, pour clôturer ces quatre journées en prenant aussi un peu soin de ceux qui soignent.

Les rendez-vous incontournables

- Journée des Infirmier(e)s
  mercredi 18 novembre
- 35th ARTP Annual Meeting
  mercredi 18 novembre
- Journée des Kinésithérapeutes
  vendredi 20 novembre
- Journée des Assistantes Médico-Administratives
  vendredi 20 novembre
- Séance Officielle du 120e Congrès
  vendredi 20 novembre à 11h30
- Rapport du Congrès
  samedi 21 novembre à 13h30
  Les risques de l'urologie pour l'urologue
- Essentiel du Congrès
  samedi 21 novembre à 14h30



18-21 NOVEMBRE 2026 PARIS, FRANCE PALAIS DES CONGRÈS
120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
UROjonction n° 144
www.cfu-congres.co

Toutes les sessions plénières et temps forts seront accessibles en replay 72h après le congrès. Une inscription pour un format Replay uniquement est possible cette année.

Les cours du CFU 2026

Comme chaque année, des cours pratiques sont proposés les jeudi et vendredi matin, de 8h à 9h. S'appuyant essentiellement sur les recommandations de l'AFU et de l'EAU, ils permettent d'approfondir des sujets techniques en petits groupes. Chaque cours est limité à 50 participants, sur pré-inscription obligatoire.

Les cours 2026

Sur pré-inscription, limités à 50 personnes

Jeudi 19 novembre
8h00-9h00

Cours 1 - Salle 343

Néphrectomie partielle : trucs et astuces

Jean-Christophe BERNHARD (Bordeaux)
Pierre BIGOT (Angers)

Cours 2 - Salle 351

Endo-urologie : mini-percutanée et urétéroscopie souple

Nadia ABID (Lyon)
Olivier TRAXER (Paris)

Vendredi 20 novembre
8h00-9h00

Cours 3 - Salle 341

Chirurgie de l'incontinence urinaire de l'effort (IUE) : alternatives non prothétiques

Marie-Aimée PERROUIN-VERBE (Nantes)
Caroline THUILLIER (Grenoble)

Cours 4 - Salle 342 A

Prostatectomie radicale robot-assistée : trucs et astuces

Gaëlle FIARD (Grenoble)
François ROZET (Paris
Alexandre de la TAILLE (Créteil)

Blandine TAMARELLE

120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

COMITÉ D'ORGANISATION



Jean-Luc DESCOTES
Président



Franck BLADOU
Vice-Président



Julien BRANCHEREAU
Responsable



Caroline THUILLIER
Responsable adjointe

13 membres



Christophe ALMERAS



Sarah DROUIN



Sophie HUREL



Clément KLEIN



Arnaud MANEL



Paul MERIA



Benoît MESNARD



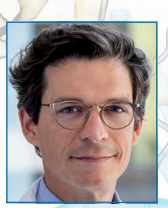
Charlotte METHORST



Frédéric PANTHIER



Marie-Aimée PERROUIN-VERBE



Benjamin PRADÈRE

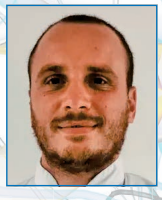


Thomas PRUDHOMME

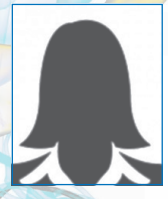


Clément SARRAZIN

3 secrétaires



Michaël BABOUDJIAN



Marie-Lou LETOUCHE



Thomas PRUDHOMME

- Choix des thèmes scientifiques
- Sélection des communications (sur avis de 3 relecteurs)
- Planification des modérateurs
- Organisation des sessions et symposiums
- Gestion du programme social
- Évaluation du précèdent congrès
- Synchronisation des sessions
- Rédaction du programme
- Gestion des intervenants pendant le congrès
- Coordinations des journées infirmières, kinés et secrétaires et de la journée patients
- Assurer un bon déroulement des 5 jours du congrès

Soirées

Enfin, pour souffler et échanger dans un cadre plus informel, profitez également de moments conviviaux et propices aux rencontres :

- **Soirée de l'AFUF**
  Mercredi 18 novembre
- **Soirée Génération(s) AFU**
  Jeudi 19 novembre, 22h-2h
  Club Haussman
- **Dîner des membres de l'AFU**
  Réservé aux adhérents de l'AFU
  Vendredi 20 novembre
  Musée d'Art Moderne de Paris

Inscrivez-vous : *https://cfu-congres.com/soirees/*



19 novembre 2026 !

Club Haussman

23 rue Taitbout, 75009 Paris

22h - 2h

4e édition de la soirée GénérationS AFU

un moment unique pour notre monde de l'Urologie

Parce qu'au-delà des communications, des sessions et des débats, le CFU c'est aussi l'occasion de **se retrouver, partager et célébrer ensemble**.

Le **jeudi 20 novembre**, l'AFU vous donne rendez-vous pour NOTRE **grande soirée du congrès**, un moment désormais incontournable qui réunit **toutes les générations de l'urologie** : internes, jeunes urologues, praticiens confirmés, enseignants, partenaires et amis de notre communauté.

Cette année, nous nous retrouverons à nouveau au **Club Haussmann**, en plein cœur de Paris, capable d'accueillir jusqu'à **650 participants**. Un espace à la hauteur de notre dynamisme et de notre envie de convivialité !

Au programme : **une ambiance festive, des retrouvailles, de la musique et beaucoup de bonne humeur.**

Votre badge du CFU vous ouvrira les portes dès **22h00**, avec **trois consommations offertes** pour bien démarrer la soirée. N'oubliez pas votre badge pour rentrer !

Ne manquez pas ce temps fort du congrès : un moment pour **retrouver vos collègues, rencontrer de nouvelles têtes et célébrer ensemble notre grande famille de l'urologie française.**

Préinscrivez-vous sur : https://cfu-congres.com/soirees/

1er et 2 AVRIL 2027
PARIS, FRANCE
HÔTEL NOVOTEL TOUR EIFFEL

JITTU
JOURNÉES DES INNOVATIONS TECHNIQUES ET TECHNOLOGIQUES EN UROLOGIE

SAVE THE DATE!

AFU ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE
www.urofrance.org
uro DIFFUSION

Connectez-vous!
@associationfrancaiseurologie
afu_urologie
Association Française d'Urologie

Les symposiums du congrès

Mercredi 18 novembre
12h45-13h45
Amphi. Havane

Symposium organisé par

IPSEN Innovation for patient care

Cancer de la prostate : les enjeux de l'hormonothérapie en 2026

Président
Jérôme RIGAUD (Nantes)

Mercredi 18 novembre
17h00-18h30
Amphi. Bordeaux

Symposium organisé par

BAYER

Recommandations et actualités dans la personnalisation des traitements du cancer de la prostate : un voyage du localisé au mHSPC

Président
Olivier ALENDA (Toulon)

Mercredi 18 novembre
17h00-18h30
Amphi. Havane

Symposium organisé par

medac

BCG-thérapie : entre recommandations et réalité, le patient au cœur du défi thérapeutique

Président
François AUDENET (Paris)

Jeudi 19 novembre
12h45-13h45
Amphi. Bordeaux

Symposium organisé par

Johnson & Johnson

Edition spéciale Prostate : prendre en charge la maladie, accompagner le patient

Président
François ROZET (Paris)

Jeudi 19 novembre
12h45-13h45
Amphi. Havane

Symposium organisé par

astellas Leading Light for Life

Prise en charge précoce des cancers urologiques : un facteur clé de succès

Présidente
Géraldine PIGNOT (Marseille)

Jeudi 19 novembre
17h30-19h00
Amphi. Bordeaux

Symposium organisé par

MSD

Traitement adjuvant dans le cancer du rein et traitement péri-opératoire du cancer de la vessie

Président
Evanguelos XYLINAS (Amiens)

Jeudi 19 novembre
17h30-19h00
Amphi. Havane

Symposium organisé par

accord

RCP live : le cancer de la prostate entre vos mains

Président
Romain MATHIEU (Rennes)

Vendredi 20 novembre
16h30-18h00
Amphi. Havane

Symposium organisé par

NOVARTIS

Imagerie et thérapie au PSMA dans le cancer de la prostate : de la donnée clinique à l'intégration en pratique

Présidente
Gaëlle FIARD (Grenoble)

18-21 NOVEMBRE 2026 PARIS, FRANCE PALAIS DES CONGRÈS
120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
UROjonction n° 144
www.cfu-congres.com



Morgan ROUPRÊT

Comité de cancérologie de l'AFU 2023-2026 : un chapitre se referme, une dynamique se poursuit

L'onco-urologie n'a jamais évolué aussi rapidement qu'aujourd'hui. En quelques années seulement, notre discipline a connu une transformation profonde. Les progrès de la biologie moléculaire, de l'imagerie, de la chirurgie robotique, de la médecine nucléaire, de l'immunothérapie, des thérapies ciblées et des stratégies multimodales ont redessiné le traitement des cancers urologiques. Ce qui constituait un standard il y a cinq ans est parfois déjà dépassé aujourd'hui. Rarement une spécialité aura connu une telle accélération de la connaissance.

Cette évolution a profondément transformé notre métier

L'urologue moderne est devenu un cancérologue à part entière. Il est chirurgien, bien sûr, mais aussi prescripteur de traitements systémiques, acteur des réunions de concertation pluridisciplinaires, chercheur clinique et partenaire quotidien des oncologues médicaux, radiothérapeutes, radiologues, médecins nucléaires et anatomopathologistes. C'est précisément cette double compétence, médicale et chirurgicale, qui fait la singularité de notre spécialité. Nous ne sommes pas des chirurgiens qui défendent une technique. Nous sommes des médecins qui choisissent, avec leurs patients, la stratégie thérapeutique offrant le meilleur bénéfice clinique. Si un médicament permet d'éviter une intervention inutile, nous le prescrivons. Si une chirurgie reste le meilleur traitement, nous l'assumons. Notre identité professionnelle ne repose pas sur un geste opératoire ; elle repose sur une expertise globale au service du patient. Cette liberté intellectuelle est probablement l'une des plus grandes forces de l'urologie française.

C'est également l'esprit qui anime le CCAFU

Les recommandations n'ont jamais eu pour vocation de figer la pratique. Elles doivent accompagner une médecine en mouvement, traduire les meilleures preuves scientifiques disponibles et offrir aux équipes un cadre rigoureux pour guider les décisions sans jamais se substituer au jugement clinique. Parce que le temps de la recherche n'est pas toujours celui de la pratique, elles demandent parfois une interprétation raisonnée, mais leur boussole reste immuable : la médecine fondée sur les preuves et l'intérêt du patient. Cette nouvelle version des recommandations du CCAFU, sous embargo jusqu'au congrès du CFU 2026, revêt pour moi une dimension particulière : elle marque l'aboutissement de mon ultime contribution à leur coordination, mais certainement pas la dernière édition de ce travail collectif.

Lorsque j'ai présenté mon projet de mandature, une conviction m'animait : le CCAFU ne devait plus seulement être celui qui écrivait les recommandations ; il devait devenir celui qui contribuait à produire les preuves scientifiques qui les feraient évoluer. Nous voulions que les urologues français soient non seulement des lecteurs des essais cliniques internationaux, mais également leurs concepteurs, leurs investigateurs principaux et leurs auteurs. Nous voulions que la recherche clinique irrigue directement les recommandations françaises. C'était l'ambition affichée dès le début de cette mandature.

Quelques années plus tard, cette ambition est devenue une réalité

Jamais l'onco-urologie française n'a été aussi visible sur la scène scientifique internationale. Les urologues français coordonnent aujourd'hui des essais randomisés, développent des registres nationaux de grande ampleur, participent aux grands réseaux collaboratifs européens et internationaux et publient dans les meilleures revues de notre discipline. Les recommandations du CCAFU ne sont plus seulement l'adaptation française des données internationales ; elles intègrent désormais des résultats issus d'études imaginées, conduites et publiées par notre propre communauté scientifique. Cette évolution est probablement la plus belle réussite collective de cette mandature.

Elle démontre que les urologues français ne subissent plus les évolutions thérapeutiques : ils contribuent désormais à les écrire.

Mais rien de tout cela n'aurait été possible sans un travail collectif. Je tiens à remercier l'ensemble des responsables d'organe, les membres des sous-comités, nos experts associés ainsi que tous les collègues qui consacrent bénévolement un temps considérable à l'analyse critique de la littérature, aux réunions de consensus, aux relectures successives et à la rédaction de ces recommandations. Derrière chaque chapitre se cachent des dizaines d'heures de discussions, d'hésitations, de compromis et d'exigence scientifique.

Je souhaite adresser une gratitude toute particulière au comité de pilotage qui m'a accompagné lors de la dernière partie de cette aventure épique. **Guillaume Ploussard**, **Thibaut Murez**, **Mathieu Roumiguié** et **Pierre Bigot** ont constitué bien davantage qu'une équipe de travail. Leur intelligence collective, leur loyauté, leur enthousiasme et leur capacité à toujours privilégier l'intérêt général ont permis au CCAFU de franchir une nouvelle étape de son développement. Je leur suis profondément reconnaissant.

À titre personnel, quitter aujourd'hui cette fonction suscite une émotion particulière

J'ai eu l'immense privilège d'être successivement membre du CCAFU, responsable du sous-comité vessie, puis du comité. Peu d'engagements auront autant marqué mon parcours universitaire. J'y ai appris que les recommandations ne sont pas simplement un document scientifique. Elles incarnent une vision de notre spécialité, une responsabilité collective envers nos patients et une certaine idée du service rendu à la communauté des urologues.

Je transmets aujourd'hui cette responsabilité avec confiance

Parce que je sais que le CCAFU continuera à évoluer, à remettre en question ses certitudes, à produire de la science de haut niveau et à défendre une onco-urologie française ambitieuse, innovante et profondément attachée à l'excellence. Je quitte cette fonction avec une immense reconnaissance, beaucoup d'humilité et une profonde fierté d'avoir participé, avec tant de collègues talentueux, à cette aventure scientifique et humaine exceptionnelle.

Longue vie au CCAFU.

Morgan ROUPRÊT
Responsable du CCAFU 2020-2026

18-21 NOVEMBRE 2026 PARIS, FRANCE PALAIS DES CONGRÈS
120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
UROjonction n° 144
www.cfu-congres.co





Ambroise SALIN Stéphane BART Didier LEGEAIS

Simplification du parcours vasectomie : obligations légales et dispositions pratiques

Avec près de 60 000 actes en 2025 [1], la vasectomie est devenue un geste courant en France et la demande devrait continuer de croître. Pour y répondre, les services simplifient leurs parcours : téléconsultation, consultation infirmière, absence de revoyure systématique du patient.

Cette simplification ne doit pas fragiliser la sécurité du processus. Elle impose de respecter strictement les obligations légales propres à la stérilisation à visée contraceptive (art. L. 2123-1 CSP) et le devoir général d'information (art. L. 1111-2 CSP), de consentement et de suivi. Techniquement simple, la vasectomie peut donner lieu à des complications ou à une insatisfaction du patient, susceptibles d'entraîner des réclamations.

Trois situations, rares, sont potentiellement conflictuelles :

Situation	Fréquence
Grossesse non désirée par échec précoce [2, 3]	environ 0,6 %
Grossesse par reperméabilisation tardive [2]	environ 0,04 % (1/2 000)
Syndrome douloureux post-vasectomie (SDPV) [2, 3]	1 à 2 %
Regret de vasectomie [4]	2 à 6 %
Échec de reperméabilisation après vaso-vasostomie [5]	3 à 30 % selon le délai depuis la vasectomie

Le SDPV ne figure pas dans la fiche d'information AFU 2024 [6]. Une grossesse survenue après échec n'est pas en soi un préjudice indemnisable (art. L. 114-5 CASF) ; c'est le défaut d'information sur le risque d'échec ou sur la contraception transitoire qui fonde la mise en cause.

Trois questions se posent :

1. **Qui peut réaliser la première consultation : un médecin généraliste, un autre urologue, en téléconsultation ?**
2. **La deuxième consultation est-elle obligatoire ?**
3. **Peut-on déléguer le suivi post-opératoire à une infirmière ?**

Jurisprudence sur la stérilisation chirurgicale

À notre connaissance, aucune décision publiée ne met en cause un urologue pour une vasectomie. Le parallèle peut être fait avec un arrêt récent sur la stérilisation tubaire : CA Caen, 1re ch. civ., 9 mai 2023, n° 20/00314 [7].

Les faits. En 2009, une patiente enceinte de son quatrième enfant écrit à son gynécologue, le Dr A, pour demander une ligature des trompes. L'enfant naît par voie basse en janvier 2010 sans que l'acte soit réalisé. Le 29 mars 2010, le Dr B lui remet le dossier d'information et lui fait signer, le même jour, une attestation de consultation et un consentement à la stérilisation. Elle n'y donne pas suite et se fait poser un stérilet en mai 2010.

Le 20 juillet 2011, de nouveau enceinte et souffrant de douleurs pelviennes, elle est adressée au Dr C pour une cœlioscopie en urgence (suspicion de grossesse extra-utérine). Le 23 juillet, le Dr C ne confirme pas la GEU mais procède, dans le même temps, à la stérilisation tubaire. Il est condamné.

Les textes visés : art. 16-3 du Code civil (inviolabilité du corps humain) ; art. L. 1111-4 CSP (consentement libre et éclairé, révocable à tout moment) ; art. L. 2123-1 CSP (stérilisation à visée contraceptive).

Trois enseignements :

1. **Une demande non formalisée** ne vaut pas première consultation. Le courrier au Dr A ne fait pas courir le délai de quatre mois : la première consultation doit être formalisée par une information précise sur les risques et par la remise du dossier d'information.
2. **Un consentement recueilli avant l'expiration du délai est vicié**. Le Dr B a fait signer le consentement le jour même de la consultation. Pour la cour, un consentement non valablement recueilli équivaut à une absence de consentement.
3. **L'opérateur a un devoir personnel de vérification, même en urgence**. Le Dr C n'est pas l'auteur des approximations antérieures, mais il devait vérifier la validité du consentement et s'assurer que la patiente souhaitait toujours la stérilisation. L'urgence n'est pas une excuse : rien ne l'empêchait de l'interroger et de lui faire signer le document *ad hoc* dans les heures précédant l'acte.

Vasectomie : que dit la loi ?

La vasectomie relève de l'article L. 2123-1 du Code de la santé publique, issu de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 [8] et organise les conditions préalables à l'intervention (période pré-opératoire).

1. **La volonté initiale**. La personne majeure doit avoir exprimé « *une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences* ». Lors de la première consultation, obligatoire, le médecin doit informer le patient des risques médicaux et des conséquences de l'intervention et lui remettre un dossier d'information écrit. Le délai de réflexion court à partir de cette date.
2. **Le consentement final**, soumis à deux conditions cumulatives :
   - l'écoulement d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale ;
   - une confirmation écrite, par la personne, de sa volonté de subir l'intervention.

Le texte dispose : « *Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de*

réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention. »

Ces deux conditions sont cumulatives : l'écoulement du délai ne vaut pas, à lui seul, consentement, et une confirmation écrite donnée avant son expiration ne permet pas de pratiquer l'intervention avant cette échéance.

Trois autres dispositions sont à connaître :

- **Mineurs et lieu de l'acte** : la vasectomie est interdite chez le mineur et doit être pratiquée dans un établissement de santé (art. L. 2123-1) et est donc interdite en cabinet).
- **Majeurs protégés** : l'acte n'est possible qu'en cas de contre-indication médicale absolue aux autres méthodes ou d'impossibilité avérée de les mettre en œuvre, sur décision du juge des tutelles après avis d'un comité d'experts (art. L. 2123-2 CSP).
- **Clause de conscience** : aucun médecin n'est tenu de pratiquer l'acte, mais il doit informer le patient de son refus dès la première consultation (art. L. 2123-1, dernier alinéa).

Deuxième consultation : non obligatoire, la confirmation écrite suffit

L'article L. 2123-1 n'impose aucune seconde consultation après le délai de réflexion, dès lors que la première a eu lieu et que le dossier d'information a été remis. Seule est exigée une confirmation écrite, datée après l'expiration des quatre mois et tracée dans le dossier. Sa réception par courrier ou par messagerie après ce délai peut suffire.

Ce formulaire ne doit pas être rédigé en termes généraux ou stéréotypés. Il doit attester d'une information spécifique sur la technique et ses risques (CA Rouen, 16 avril 2025, n° 24/00003 [9]) et sur les conséquences propres à la vasectomie : irréversibilité, risque d'échec, SDPV, nécessité d'un spermogramme de contrôle. C'est la condition d'une information « *loyale, claire et appropriée* » au sens de l'article R. 4127-35 CSP.

Premier point de vigilance : la charge de la preuve

Depuis l'arrêt Hedreul (Cass. 1re civ., 25 février 1997, n° 94-19.685 [10]), consacré par la loi du 4 mars 2002, la preuve de l'information pèse sur le praticien. L'article L. 1111-2 CSP dispose : « *En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.* »

En cas de contestation, le praticien devra démontrer que la confirmation a été signée après le délai. La date de la confirmation et le dossier de première consultation sont déterminants. Sans deuxième consultation systématique, le parcours doit garantir l'exhaustivité du recueil après le délai, et les équipes doivent être vigilantes pour ne pas découvrir une situation non cadrée au bloc.

Second point de vigilance : la compréhension des risques

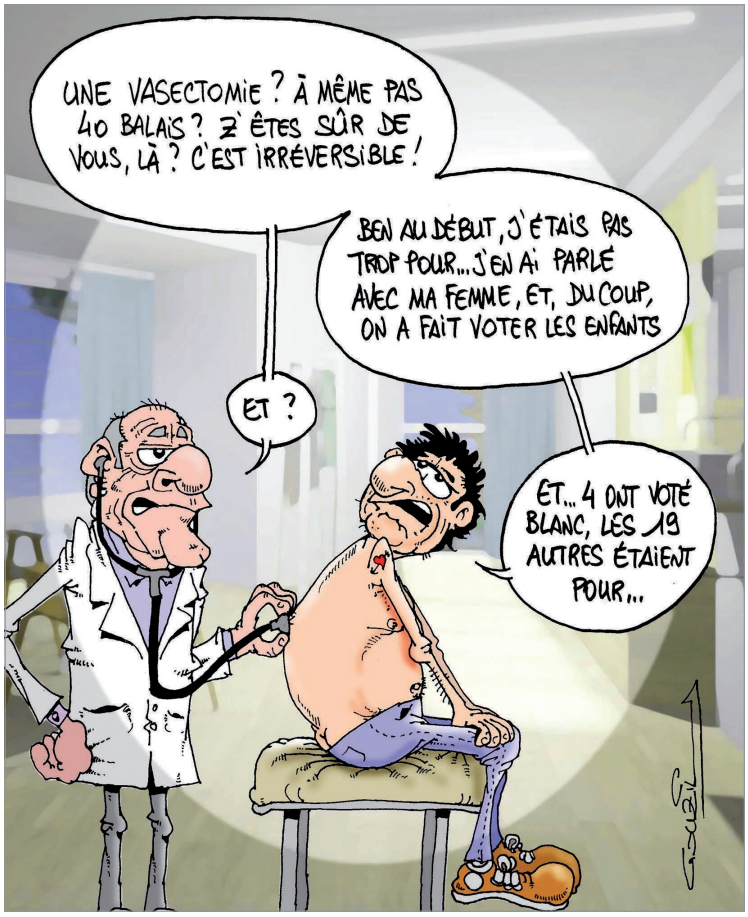
Le délai de réflexion sert à se poser les bonnes questions et à y répondre. La compréhension des risques (caractère difficilement réversible, échec, SDPV) sera présumée si vous démontrez la qualité de l'information : loyale, claire et adaptée aux capacités du patient.

La stratégie probatoire consiste à réunir un faisceau d'éléments concordants : dossier médical, confirmation écrite signée, courriers au médecin traitant, comportement du patient (Cass. 1re civ., 14 octobre 1997, n° 95-19.609 [11]). Un défaut d'information, même sans perte de chance, ouvre droit à réparation au titre du préjudice d'impréparation (Cass. 1re civ., 3 juin 2010, n° 09-13.591 ; CE, 10 octobre 2012, n° 350426) [12].

Quand la deuxième consultation s'impose-t-elle en pratique ?

Elle est recommandée si la première consultation n'a pas été réalisée par l'opérateur, ou si le patient revient plusieurs mois ou années après. Aucun délai de validité de l'information n'est fixé par les textes, mais sa pérennité doit être interrogée lorsque la première consultation est ancienne.

Au-delà de la preuve, cette consultation a un sens médical : réitérer l'information avant un acte difficilement réversible, répondre aux questions apparues pendant le délai, proposer une autoconservation de sperme.



Qui peut réaliser la première consultation ?

Un autre médecin que l'opérateur : oui. L'article L. 2123-1 exige que l'information et la remise du dossier soient faites par un médecin, sans imposer qu'il s'agisse de celui qui opérera. Un médecin généraliste ou un autre urologue peut assurer cette consultation si elle est formalisée, datée et vérifiable.

En téléconsultation : possible, avec prudence. La téléconsultation est un acte de télémédecine au sens des articles L. 6316-1 et R. 6316-1 CSP ; aucun texte ne l'exclut ici. La remise du dossier d'information écrit doit alors être tracée (envoi dématérialisé daté, mention au dossier). En l'absence de jurisprudence, il est prudent de réserver l'examen clinique et la vérification de la compréhension à un contact présentiel avant l'acte.

Le devoir de vérification de l'opérateur demeure. Avant l'acte, il doit vérifier personnellement :

- que l'information a été complète et que le dossier écrit a été remis ;
- que le délai de quatre mois a couru depuis une première consultation formalisée ;
- que la confirmation écrite a été recueillie après ce délai et reste actuelle le jour de l'acte.

L'arrêt de Caen l'illustre pour une information partagée entre plusieurs médecins : l'opérateur ne peut se reposer aveuglément sur ses confrères. Il a été condamné pour avoir opéré sans vérifier la validité du consentement [7].

D'une manière générale, un chirurgien peut délivrer l'information initiale et un autre réaliser l'intervention mais l'opérateur a ses propres obligations d'information (art L. 1111-2 du Code de la santé publique : *l'information incombe à chaque professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et est délivrée au cours d'un entretien individuel*) et de recueil du consentement (art L. 1111-4 *exige un consentement libre et éclairé, révocable à tout moment*).

En pratique, pour une chirurgie programmée, il est recommandé de sécuriser le parcours en prévoyant un échange pré-opératoire avec le patient, en traçant dans le dossier les 3 éléments suivants :

- l'information déjà donnée et les éventuels compléments ;
- l'identité du chirurgien qui réalisera l'acte et l'accord du patient sur ce transfert de prise en charge ;
- la confirmation du consentement à la réalisation de l'acte.

Suivi post-vasectomie : obligations du médecin

L'article L. 2123-1 ne vise que la période préopératoire : le suivi relève du droit commun. Aucun texte n'impose de rendez-vous post-opératoire daté mais trois obligations s'appliquent.

1. **Une obligation de suivi des complications immédiates** (art. R. 4127-32 CSP) : le médecin qui a accepté de répondre à une demande s'engage à assurer des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science. C'est une obligation de moyens (art. L. 1142-1 CSP) : la responsabilité n'est engagée que si une carence de suivi a causé un préjudice. Elle impose de donner des consignes et de se faire tenir informé des difficultés.
2. **Une obligation d'information sur l'effet différé**. L'effet contraceptif n'est pas immédiat. Le patient doit être informé de la nécessité d'une contraception jusqu'à confirmation de l'azoospermie et du spermogramme de contrôle, en général environ trois mois après l'acte [2, 3]. Cette information et la prescription doivent être tracées.
3. **L'interprétation du spermogramme est médicale**. Le contrôle décisif n'est pas la cicatrice mais l'azoospermie (ou une oligospermie de spermatozoïdes immobiles selon les seuils des recommandations [2, 3]).

Délégation à une infirmière. L'infirmière peut assurer la surveillance et les soins relevant de son rôle propre ou prescrits (art. R. 4311-5 et R. 4311-7 CSP). Au-delà, la consultation post-opératoire peut lui être confiée dans le cadre d'un protocole de coopération (art. L. 4011-1 et suivants CSP) ou par un infirmier en pratique avancée (art. L. 4301-1 CSP). Le médecin reste responsable de l'organisation et de l'efficacité du suivi, et de l'interprétation du spermogramme hors protocole l'autorisant.

Syndrome douloureux post-vasectomie : synthèse et prise en charge

Le syndrome douloureux post-vasectomie (SDPV) se définit comme une douleur scrotale chronique ou intermittente, uni- ou bilatérale, persistant au moins trois mois après l'acte et retentissant sur la qualité de vie [2, 3]. Il concerne 1 à 2 % des patients sous une forme assez gênante pour motiver une consultation, alors qu'une gêne mineure est rapportée plus souvent. Son mécanisme est multifactoriel : congestion épididymaire par hyperpression, granulome spermatique, inflammation chronique et atteinte nerveuse péricordonale. Sa prise en charge est graduée. En première intention, elle est conservatrice : anti-inflammatoires, suspensoir, chaleur locale, antibiothérapie en cas d'épididymite, puis antalgiques à visée neuropathique (amitriptyline, gabapentinoïdes) et infiltration anesthésique du cordon, à la fois diagnostique et thérapeutique. En cas d'échec, et après avis d'une structure douleur, une chirurgie peut être discutée : exérèse d'un granulome, dénervation microchirurgicale du cordon spermatique [14], vaso-vasostomie, qui soulage une majorité de patients dans les séries publiées [15], voire épididymectomie ; l'orchidectomie reste un ultime recours. Sur le plan médico-légal, ce risque doit figurer dans l'information préopératoire et la confirmation écrite, la fiche AFU ne le mentionnant pas, et toute plainte douloureuse post-opératoire doit être tracée avec la conduite tenue.

Ambroise SALIN, Stéphane BART, Didier LEGEAIS,

En pratique

1. Utilisez la fiche d'information AFU sur la vasectomie (2024) [6].
2. Le jour de la première consultation : faites signer la page 6 par le patient et conservez-la ; signez la page 7 et remettez-la au patient.
3. La page 8 (confirmation écrite) ne doit être signée qu'après le délai de réflexion de quatre mois, jamais avant.
4. Complétez l'information avec le guide ministériel sur la stérilisation à visée contraceptive (février 2025) [13].
5. La fiche AFU ne mentionne pas le syndrome douloureux post-vasectomie : ajoutez cette information dans vos courriers et comptes rendus, en attendant sa mise à jour.
6. Intégrez à la check-list du bloc la vérification de la date de première consultation et de la date de confirmation écrite (≥ 4 mois).
7. Tracez dans le compte rendu opératoire ou la lettre de sortie la consigne de contraception transitoire et la prescription du spermogramme.

18-21 NOVEMBRE 2026 PARIS, FRANCE PALAIS DES CONGRÈS
120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
UROjonction n° 144
www.cfu-congres.co

Références

[1] Recours à la vasectomie en France entre 2010 et 2025. Une étude sur le Système National des Données de Santé (SNDS). GIS EPIHARE ; 27 août 2026

[2] Sharlip ID, Belker AM, Honig S, et al. Vasectomy: AUA Guideline. J Urol. 2012;188(6 Suppl):2482-2491 (amendée en 2015).

[3] European Association of Urology. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health – Male contraception (vasectomy). Édition en vigueur.

[4] Potts JM, Pasqualotto FF, Nelson D, et al. Patient characteristics associated with vasectomy reversal. J Urol. 1999;161(6):1835-1839.

[5] Belker AM, Thomas AJ Jr, Fuchs EF, et al. Results of 1,469 microsurgical vasectomy reversals by the Vasovasostomy Study Group. J Urol. 1991;145(3):505-511.

[6] Association française d'urologie. Fiche d'information patient : vasectomie contraceptive. 2024.

[7] CA Caen, 1re ch. civ., 9 mai 2023, n° 20/00314.

[8] Code de la santé publique, art. L. 2123-1 et L. 2123-2 (loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001) ; art. L. 1111-2, L. 1111-4, L. 1142-1 ; art. R. 4127-32 et R. 4127-35 ; art. L. 6316-1 et R. 6316-1 ; art. R. 4311-5, R. 4311-7, L. 4011-1, L. 4301-1. Code civil, art. 16-3. Code de l'action sociale et des familles, art. L. 114-5.

[9] CA Rouen, 16 avril 2025, n° 24/00003.

[10] Cass. 1re civ., 25 février 1997, n° 94-19.685 (arrêt Hedreul).

[11] Cass. 1re civ., 14 octobre 1997, n° 95-19.609.

[12] Cass. 1re civ., 3 juin 2010, n° 09-13.591 ; CE, 10 octobre 2012, n° 350426.

[13] Ministère de la Santé. Stérilisation à visée contraceptive – guide d'information. Février 2025.

[14] Strom KH, Levine LA. Microsurgical denervation of the spermatic cord for chronic orchialgia: long-term results from a single center. J Urol. 2008;180(3):949-953.

[15] Myers SA, Mershon CE, Fuchs EF. Vasectomy reversal for treatment of the post-vasectomy pain syndrome. J Urol. 1997;157(2):518-520.

Nouveau système d'instillation



BCG-medac
Poudre et solvant pour suspension intravésicale

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

Traitement du carcinome urothélial non-invasif de la vessie[1] :

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

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

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

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

medac SAS au capital de 40 000 euros, RCS LYON 530 641 042,
1 rue Croix Barret-69007 Lyon, + 33 (0)4 37 66 14 70
Information médicale / Pharmacovigilance / Réclamations qualité : **infomed@medac.fr**

medac
www.medac.fr

MKT-BCG-0047 - 25/04/60973899/PM/003/F02

18-21 NOVEMBRE 2026 PARIS, FRANCE PALAIS DES CONGRÈS
120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
UROjonction n° 144
www.cfu-congres.co



Stéphane BART

La chirurgie en 2035 : constats et propositions

Rapport de l'Académie nationale de chirurgie, *présidence Hubert Johanet, juillet 2026*

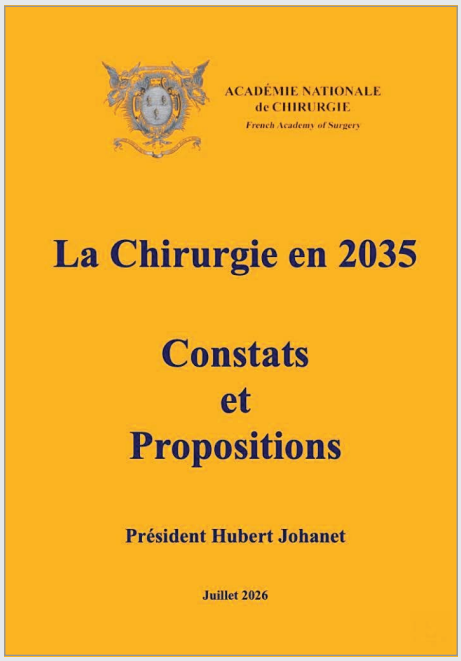
L'académie de chirurgie a publié en juillet un rapport concernant l'évolution de la chirurgie à l'horizon 2035. Le rapport apporte des éléments sur les grandes tendances et évolutions visibles dans nos pratiques professionnelles.

Le diagnostic est sévère : la chirurgie française a beaucoup progressé (mini-invasif, ambulatoire, robotique, hors bloc), mais elle reste **dispersée, insuffisamment graduée et évaluée sur ses processus plutôt que sur ses résultats**, dans un système de santé dont les comptes dérivent.

Le rapport plaide pour une réorganisation structurelle pilotée par les pairs (CNP, CHU, centres à haut volume), en lien avec les tutelles.

Plusieurs messages clés sont proposés, chiffres à l'appui :

1. **Il n'y a pas de « désert chirurgical » en France**, mais une pléthore : 905 sites chirurgicaux, 42 % de lits de plus que l'Australie pour 1 000 habitants ; 197 établissements font moins de 4 000 actes par an.
2. **Le volume conditionne la qualité**. Sur 9 interventions traceuses, les sites à haut volume réduisent de 30 à 45 % la médiane des réhospitalisations à 30 jours et divisent par 2 à 3 la dispersion des résultats. Par exemple, en suivant le marqueur prostatectomie (JGFC001), l'effet volume (faible pour moins de 26 par an et fort pour plus de 52 par an) souligne les résultats décrits dans le tableau ci-dessous.



Analyse	Faible volume	Fort volume	Écart
Chapitre « Qualité » (p. 68) : réadmissions J30 pour complication, médiane	< 26 par an (146 sites) : 22 % (4,5-62 %)	≥ 52 par an (161 sites) : 14,7 % (0-35 %)	−33 %
Chapitre « Réorganiser » (p. 91) : réhospitalisation J30, médiane	< 24 par an (88 sites) : 21,8 % (IQR 11,9-33,3)	> 82 par an (87 sites) : 14,7 % (IQR 9,9-20,9)	−32 %
Sévérité moyenne des patients (p. 85)	1,51	1,24	Cas plus lourds dans les petits centres
Voie d'abord, étude CNAM sur 96 072 patients (p. 106)	Laparotomie : complications +107 %, DMS 9 j	Robot : DMS 4 j	≈ 2 fois plus de complications

À J30, toutes tailles de centres confondues, on observe 19,4 % de réadmissions pour complication, 9,9 % de réinterventions et 0,16 % de décès ; 99 % des prostatectomies sont réalisées en hospitalisation conventionnelle (DMS 4,8 jours). Le rapport retient cet acte, avec la mastectomie, comme preuve de concept du futur dispositif national d'évaluation : *funnel plot*, classement des établissements, puis visites formatives par 2 urologues du CNP accompagnés d'un anesthésiste et de 3 soignants.

3. **Graduer l'offre en trois niveaux** (modèle « *hub and spokes* ») : les établissements sous le seuil de 3 000 séjours par an doivent devenir mono-disciplinaires ou tout ambulatoire, ou cesser l'hospitalisation chirurgicale.
4. **Mesurer les résultats et non plus les processus** : un dispositif national porté par la FSM et les 13 CNP de chirurgie, avec l'ANAP, restituerait chaque année 4 indicateurs à 30 jours (réadmission, réintervention, transfert, décès) et organiserait des visites formatives entre pairs.
5. **Le virage ambulatoire plafonne** sous 65 % (cible potentielle 83 % atteinte en 2043 au rythme actuel, et au maximum 46 % en urologie) ; il faut développer centres autonomes et chirurgie de cabinet.
6. **La Sécurité sociale est dans une trajectoire hors de contrôle** (déficit de 24 Md€ projeté en 2029, risque de liquidité de l'ACOSS) ; une réforme systémique du financement est jugée urgente.
7. **L'innovation française meurt dans la « vallée de la mort »** de l'accès au marché : évaluation statique, nomenclatures rigides, rachat des pépites (Robocath, Gleamer) par des groupes étrangers. Le Do Tank Chirurgie 4.0 propose un cycle d'innovation continu et une infrastructure de données souveraine.
8. **Former autrement** : statut pour les écoles de chirurgie (EICMI), simulation, compétences non techniques, maintien de la chirurgie ouverte et du *damage control*, re-certification périodique.

Pour conclure, l'urologie est la spécialité la plus citée du rapport : la prostatectomie radicale est l'un des 2 actes traceurs retenus pour évaluer la qualité et 2 des 3 innovations françaises mises en exergue sont fortement valorisées en chirurgie urologique (robotique chirurgicale et HIFU).

L'urologie est la spécialité avec un taux de réhospitalisation à 30 jours la plus élevée des spécialités : 14,25 %, contre 8,82 % en moyenne, et le te taux d'ambulatoire le plus faible : 46 %, contre 94,5 % en ophtalmologie.

Concernant l'intervention marqueur de prostatectomie radicale : 22 % de réadmissions dans les centres à faible volume contre 14,7 % dans les centres à fort volume. La laparotomie entraîne +107 % de complications par rapport au robot (étude CNAM sur 96 072 patients).

Le CNP d'urologie propose au minimum 10 urologues en CHU et 5 en CH ou dans le privé, une hyperspécialisation sur 2 ou 3 domaines, de nouvelles RCP lithiase et infectiologie, et la labellisation des centres de recours.

Faites-vous votre propre idée : *Rapport La chirurgie en 2035 : constats et propositions.*

Une journée ANAP est proposée le 29 juin 2027 : Chirurgie 360 : *1re journée nationale de la performance chirurgicale.*

Stéphane BART

Pour aller plus loin sur le même sujet

- *Gumbs A, Croner R, Couffinhal JC. Surgery 4.0: From the Smart Operating Room to the Learning Operating Room. J Clin Med. 2026 Aug 18;15(16):6384. doi:10.3390/jcm15166384.*
- *ANAP - Carte postale de demain. Podcast « Opérer en 2035 ».*
- *Création du Haut-commissariat à la stratégie et au plan. Le Monde du Droit, mai 2025.*
- *info.gouv.fr - Haut-commissariat à la stratégie et au plan.*
- *Assemblée nationale - Proposition de loi n° 2963.*
- *Royal College of Surgeons of England - Commission on the Future of Surgery.*
- *Royal College of Surgeons of England - New Commission to explore potential of robots and other new technologies in surgery.*
- *Medical Device Network - RCS report highlights tech that will drive the future of surgery.*
- *IOL - prédictions robotiques du rapport RCS.*
- *Becker's ASC - Pénurie de chirurgiens aux États-Unis d'ici 2038.*



18-21 NOVEMBRE 2026 PARIS, FRANCE PALAIS DES CONGRÈS
120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
UROjonction n° 144
www.cfu-congres.co



Caroline PETTENATI

Urofrance fait peau neuve

Trois étapes pour un site plus vivant, plus visible et plus intelligent !

Urofrance, c'est bien plus qu'un site internet. C'est une porte d'entrée vers l'actualité de l'urologie, les ressources scientifiques, les informations destinées aux professionnels et aux patients et les nombreux outils mis à disposition de notre communauté. Mais comme notre métier, notre site doit lui aussi continuer à avancer.

Notre ambition est simple : faire d'Urofrance un site plus clair, plus dynamique, plus facile à trouver et plus simple à utiliser. Pour y parvenir, nous avons imaginé un projet en trois étapes : d'abord remettre de l'ordre et moderniser l'existant, ensuite améliorer notre visibilité sur les moteurs de recherche et, enfin, optimiser le site pour faciliter l'accès à nos contenus.

Trois étapes complémentaires, avec un objectif commun : faire d'Urofrance un outil toujours plus utile au quotidien.

Étape 1 – Grand ménage de rentrée : on remet de l'ordre !

Avant de construire, il faut parfois commencer par ranger. C'est tout l'esprit de cette première étape que vous avez pu découvrir dès le 5 octobre : passer Urofrance



au peigne fin, reprendre les contenus, revoir les parcours de navigation et moderniser les présentations. Un travail de fond, parfois discret pour l'utilisateur, mais essentiel pour améliorer l'expérience de tous.

Premier chantier : remettre chaque contenu à sa bonne place. Les arborescences, les rubriques et le classement des contenus ont été revus afin de rendre l'information plus facile à trouver. De nouvelles rubriques ont été créées pour mieux répondre aux actualités, tandis que les liens d'accès ont été réorganisés pour proposer une navigation plus logique et intuitive. L'idée est simple : éviter de devoir jouer les explorateurs pour trouver la bonne information !

Deuxième objectif : donner un coup de jeune à la présentation. Les mises en page ont été modernisées, avec l'ambition d'oublier les historiques « carrés bleus ». Au-delà de l'aspect esthétique, il s'agit surtout de rendre le site plus agréable à consulter, plus lisible et plus cohérent dans son ensemble. Les liens et les outils mis à disposition ont également été vérifiés pour s'assurer de leur bon fonctionnement.

La page d'accueil a, elle aussi, fait peau neuve. Elle met désormais davantage en avant les actualités avec les dernières uronews, les posts LinkedIn qui témoignent du dynamisme de l'AFU, la dernière vidéo publiée ainsi que les campagnes de prévention. L'objectif ? Faire vivre le site, valoriser les actions menées et donner envie d'y revenir régulièrement. Urofrance doit être le reflet de notre actualité et de notre engagement, pas simplement un catalogue de ressources.

D'autres améliorations plus ciblées ont également été réalisées. Les annonces professionnelles disposent désormais de nouveaux champs de recherche pour permettre aux candidats de trouver plus facilement les offres correspondant à leurs critères. Côté patients, de nouvelles fiches d'information AFU ont été ajoutées. D'autres suivront pour accompagner les évolutions techniques et les innovations de notre spécialité.

Bref, cette première étape a posé les fondations : mieux organiser, mieux présenter, mieux orienter et mieux valoriser. Et le chantier reste ouvert ! Malgré toute l'attention portée à cette remise à plat, certains liens, contenus ou outils ont pu échapper à notre vigilance. Si vous repérez une anomalie ou une amélioration possible, n'hésitez pas à nous le signaler. Vos retours sont précieux pour continuer à faire progresser Urofrance.

Point crucial

Depuis la création du *French Journal of Urology*, essentiel à la visibilité internationale de notre Association Française d'Urologie, il faut admettre que nos membres subissent quelques conséquences. Bien que nous ayons été vigilants à demander la parution des recommandations du CCAFU en anglais (FJU) et en français (FMC), force est de constater que beaucoup de documents fort utiles à notre quotidien ne sont accessibles qu'en anglais. Des recommandations de comité, des revues systématiques, des recommandations de bonnes pratiques, et tant d'autres outils indispensables à notre pratique mais qui passent inaperçus pour nos membres. Nous avons donc proposé 2 actions :

- Un référent communication a été choisi dans chaque comité afin de nous faire remonter leurs actualités pour les mettre en valeur (LinkedIn, Urofrance).
- Nous demanderons la traduction en français de tout texte de recommandations ou s'en apparentant. Nos comités font un travail extraordinaire, il faut qu'il soit bénéfique à tous nos membres.

Bilingue ou non, en consultation ou au bloc, quand il faut chercher une réponse rapide ou prendre le temps de réfléchir, il est plus facile de trouver la réponse dans sa langue native.

Étape 2 – Le SEO : pour qu'Urofrance soit plus facile à trouver

Un site peut proposer les meilleurs contenus du monde, encore faut-il que les internautes les trouvent. C'est tout l'enjeu de la deuxième étape, consacrée au SEO, pour *Search Engine Optimization* ou, en français, le référencement naturel.

Derrière ce terme un peu technique se cache une idée très concrète : améliorer la façon dont un site est compris et présenté par les moteurs de recherche, comme Google, afin que ses pages apparaissent plus facilement lorsque les internautes effectuent une recherche pertinente.

Prenons un exemple : une personne recherche sur Google des informations sur une pathologie urologique, un examen ou une prise en charge. L'objectif est de faire en sorte que les contenus grand public d'Urofrance puissent lui être proposés parmi les résultats les plus pertinents. Cela passe notamment par des titres plus explicites, des contenus bien structurés, des termes adaptés aux recherches des internautes et une organisation technique qui facilite l'exploration du site par les moteurs de recherche.

Le SEO ne consiste donc pas à payer pour apparaître en haut des résultats, ni à multiplier les mots-clés artificiellement. Il s'agit avant tout de rendre nos contenus plus compréhensibles et plus accessibles, aussi bien pour les moteurs de recherche que pour les utilisateurs.

Pourquoi est-ce important pour l'AFU ? Parce que nous disposons d'une expertise et de ressources de qualité qu'il faut rendre accessibles au plus grand nombre. En améliorant le référencement de notre site grand public, nous voulons renforcer la visibilité des informations fiables produites par l'association, faciliter l'accès des patients à nos fiches et contenus pédagogiques et faire d'Urofrance un point de repère plus facilement identifiable dans les recherches en ligne. Une cinquantaine d'articles seront ainsi rédigés par des spécialistes du SEO sur les grands thèmes urologiques les plus demandés par les internautes et seront mis en ligne sur Urofrance grand public après relecture par nos experts urologues.

Cette étape s'inscrit donc dans une logique de diffusion de l'information médicale : produire des contenus de qualité, c'est essentiel ; permettre à ceux qui en ont besoin de les trouver, c'est tout aussi important.

Étape 3 – L'intelligence artificielle : faut-il intégrer un chatbot à Urofrance pour faciliter la recherche d'information ?

Après avoir amélioré l'organisation du site et travaillé sur sa visibilité, la troisième étape de notre réflexion portait sur l'intégration de l'intelligence artificielle afin de faciliter l'accès aux nombreux documents et contenus disponibles sur Urofrance.

L'objectif était simple : **permettre aux utilisateurs de retrouver plus rapidement la bonne information en formulant directement leur question plutôt qu'en naviguant dans les différentes rubriques du site ou en multipliant les recherches par mots-clés**.

Nous avons ainsi envisagé la mise en place d'un **chatbot**, c'est-à-dire un assistant conversationnel auquel il serait possible de poser une question en langage naturel.

Un utilisateur pourrait, par exemple, demander : « *peux-tu me trouver l'article sur tel sujet ?* » L'assistant chercherait alors à identifier les ressources les plus pertinentes et à orienter l'utilisateur vers les documents correspondants.

Le RAG : comment fonctionne cette approche ?

Pour rendre un tel assistant réellement utile, nous avions envisagé de nous appuyer sur une technologie appelée RAG, pour *Retrieval-Augmented Generation*, que l'on peut traduire par : génération augmentée par la recherche d'information .

Le principe est relativement simple : avant de formuler une réponse, l'intelligence artificielle recherche les informations pertinentes dans une base documentaire définie, ici constituée des contenus et des documents d'Urofrance. Elle utilise ensuite les éléments retrouvés pour construire une réponse adaptée à la question posée et proposer, si possible, des liens vers les ressources originales.

Un tel dispositif présente néanmoins certaines limites. La pertinence des réponses dépend de la qualité, de l'actualisation et de l'accessibilité des documents indexés. Il nécessite également un travail technique important : préparation et structuration des contenus, mise en place de l'index documentaire, intégration du chatbot, maintenance et contrôle de la qualité des réponses.

Une solution intéressante, mais pas nécessairement prioritaire

Après réflexion au sein du Conseil Scientifique, **la mise en place d'un chatbot reposant sur un RAG représenterait un travail conséquent, pour un bénéfice qui n'est pas nécessairement proportionnel aux moyens mobilisés**.

En effet, les outils d'intelligence artificielle déjà disponibles (que je ne citerai pas mais vous les connaissez tous et les utilisez déjà au quotidien) permettent aujourd'hui, dans de nombreux cas, de retrouver le texte que vous cherchez (même un texte dans Urojonction, faites le test, vous verrez). Avant de développer une solution spécifique à Urofrance, il convient donc de vérifier si les besoins des utilisateurs ne peuvent pas être satisfaits plus simplement.

Ainsi, nous ne retenons pas dans un premier temps l'option d'un chatbot doté de son propre système RAG pour notre site. Nous privilégierons à ce stade **l'optimisation du moteur de recherche déjà présent sur Urofrance** : amélioration de la pertinence des résultats, meilleure prise en compte des mots-clés et des termes médicaux, et accès plus direct aux documents recherchés.

Cette approche présente l'avantage de s'appuyer sur un outil existant, tout en répondant à notre objectif principal : faciliter l'accès à l'information sans engager immédiatement un chantier technique complexe.

Un site bien organisé reste le meilleur allié de l'intelligence artificielle

Cette réflexion met finalement en évidence un point essentiel : l'efficacité d'une recherche ne dépend pas uniquement de l'intelligence artificielle utilisée, mais aussi de la manière dont les contenus sont organisés et identifiés.

Le travail réalisé sur Urofrance pour structurer les rubriques, classer les documents et améliorer leur référencement constitue donc un investissement fondamental. Lorsqu'un utilisateur recherche un texte précis, cette organisation permet aux moteurs de recherche et aux outils d'intelligence artificielle de mieux identifier le document correspondant et de le retrouver plus facilement.

Notre priorité est donc de rendre les contenus d'Urofrance aussi accessibles, lisibles et facilement identifiables que possible. Plutôt que de développer immédiatement une solution d'intelligence artificielle spécifique, nous faisons le choix pragmatique de renforcer l'existant et de tirer parti des outils déjà disponibles. **C'est un projet en évolution constante et nous vous tiendrons informés des avancées**.

L'objectif reste inchangé : permettre à chacun de retrouver rapidement la bonne information, en s'appuyant sur la richesse documentaire d'Urofrance et sur une organisation conçue pour en faciliter l'accès.

Trois étapes, une même ambition : faire vivre Urofrance !

Moderniser l'existant, améliorer la visibilité de nos contenus, puis faciliter leur accès : ces trois étapes s'inscrivent dans une même dynamique. Il ne s'agit pas de transformer Urofrance pour le plaisir de changer, mais de faire évoluer un outil essentiel pour qu'il reste en phase avec les besoins de notre communauté, des professionnels de santé et des patients.

Le numérique évolue vite, notre spécialité aussi. Notre site doit pouvoir suivre ce mouvement, valoriser l'expertise de l'AFU et rendre ses ressources toujours plus accessibles.

Et cette évolution ne peut pas se faire sans vous. Vos remarques, vos idées et vos retours d'expérience nous aideront à identifier les améliorations prioritaires et à faire d'Urofrance un outil toujours plus performant.

Un site plus vivant, une information plus visible et une recherche plus intelligente : c'est la direction que nous prenons, ensemble.

Je tiens à remercier tous ceux qui œuvrent au quotidien pour faire avancer ce projet, et ils sont nombreux ! Mon équipe du groupe Communication, Doriane Pottier, Timothée Rouillé, Alexandra Devillers et tous les membres de la MUR, le Bureau de l'AFU, l'équipe de *Med it up* pour le site, de *Polpoz* pour le SEO et les réseaux sociaux, Pierre Derrouch pour tous ses articles d'Uronews. Merci à Pierre Gimel qui aura décortiqué avec moi tout le site Urofrance, et merci à Adrien Vidart et Zine-Eddine Khene pour leur expertise indispensable en IA !

Caroline PETTENATI

Rédactrice en chef :

Priscilla LEON
bertrandpriscilla@yahoo.fr

Secrétaires de rédaction :

Olivier ALENDA
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

18-21 NOVEMBRE 2026 PARIS, FRANCE PALAIS DES CONGRÈS
120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
UROjonction n° 144
www.cfu-congres.co





Philippe DE SOUSA

Marine UHL

CRUT 2026

Le Club des Référents Urologues Transplanteurs a fait étape à Amiens

Du 10 au 12 septembre 2026, Amiens a accueilli le séminaire annuel du Club des Référents Urologues Transplanteurs (CRUT), placé sous la responsabilité du Comité de Transplantation de l'AFU (CTAFU). Chaque année, le CRUT réunit les urologues transplanteurs référents de chaque centre en complément des membres du CTAFU : trois jours de travail, de discussions et de convivialité qui ont rassemblé cette année près de trente-cinq participants venus de l'ensemble des centres transplanteurs français, de Marseille à Lille, en passant par Toulouse et Nancy.

Deux journées scientifiques

Le vendredi, la matinée s'est ouverte sur **la réhabilitation améliorée des greffés vue par l'anesthésiste**, présentée par le Dr Bruno de Broca (CHU Amiens), puis le Pr Romain Boissier (CHU Marseille) et le Dr Guillaume Defortescu (CHU Rouen) ont ensuite abordé **la transplantation d'un rein en fer à cheval**. La matinée s'est achevée sur **les GLP1 en pré- et post-transplantation rénale** avec le Pr Rachel Desailloud et le Dr Sylvie Lion (CHU Amiens).

Le déjeuner s'est déroulé dans l'enceinte du musée de Picardie. L'après-midi a été consacré à l'immunologie avec deux mises au point d'équipes amiénoises : **l'immunosuppression du patient hyperimmunisé et le don croisé** par le Dr Gauthier Flahaut, puis **les cross match en 2026** par le Pr Nicolas Guillaume. La journée s'est conclue par deux interventions tournées vers l'avenir. Le Dr Laurent Durin (Agence de la biomédecine) a présenté **le projet Plan Greffe 2027-2031**, occasion d'échanger sur les objectifs à venir et sur les leviers attendus. Enfin, le Dr Thomas Prudhomme (CHU Toulouse) a exposé un **PHRC comparant la perfusion hypothermique oxygénée à la perfusion non oxygénée chez le donneur à critères élargis**.

Le samedi matin a débuté par les présentations de nos partenaires industriels, puis une session de **situations cliniques interactives**. La session s'est close en fin de matinée avec le rendez-vous donné pour l'édition 2027 à Bordeaux.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble du service d'urologie et de transplantation du CHU Amiens-Picardie qui accueillait au même moment son nouveau responsable, le Pr Evanguelos Xylinas, le Dr Thibaut Culty et l'ensemble du Comité de Transplantation de l'AFU pour leur confiance, tous les orateurs pour la qualité de leurs interventions, ainsi que nos partenaires sans lesquels ce séminaire ne pourrait se tenir : IGL, Organ Recovery Systems, Sanofi, Chiesi, SERB Pharmaceuticals et E3 Cortex.

Philippe DE SOUSA, Marine UHL



18-21 NOVEMBRE 2026 PARIS, FRANCE PALAIS DES CONGRÈS
120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
UROjonction n° 144
www.cfu-congres.co


Stéphane BART


Bertrand POGU


Catalin CIUTA


Nathalie SCHNEIDER

Un urologue sur trois accrédité : le point sur l'accréditation en urologie

La HAS a publié en juillet 2026 son rapport sur l'activité des organismes agréés de 2023 à 2025. L'occasion de revenir sur les 3 dernières années du dispositif dans notre discipline et de manière plus globale.

Le bilan est encourageant : des urologues toujours plus nombreux, très majoritairement engagés en équipe, et un retour d'expérience qui propose des outils concrets pour nos blocs. L'enjeu est de les mettre en pratique au quotidien.

Il pointe également des marges de progrès, sur lesquelles votre participation est cruciale.

Tour d'horizon, et ce qui vous attend en 2026-2027.

Toujours plus nombreux

Fin 2025, 575 urologues étaient accrédités et 111 engagés dans la démarche, soit 686 urologues actifs. Nous étions 225 accrédités en 2020 : l'effectif a été multiplié par 2,6 en cinq ans. Sur les trois dernières années, la progression atteint 28 %, quand l'ensemble des spécialités progresse de 14 %.

Un urologue sur trois est aujourd'hui accrédité. Seule la chirurgie viscérale, l'orthopédie et la chirurgie vasculaire font mieux. L'urologie est désormais la cinquième spécialité par le nombre d'accrédités, derrière l'anesthésie-réanimation, l'orthopédie, la gynécologie-obstétrique et la chirurgie viscérale.

La moitié des urologues actifs ont moins de 45 ans, plus que dans l'ensemble du dispositif. Beaucoup s'engagent dès la formation, avec le soutien de l'AFUF, et restent plus souvent qu'avant lors de leur installation. La croissance ralentit toutefois en 2025 (+ 9 %), après une année 2024 plus creuse en nouvelles inscriptions : chaque nouvel engagement compte.

L'équipe, notre marque de fabrique

C'est la singularité de l'urologie : 86 % des urologues actifs sont accrédités en équipe, contre la moitié des médecins toutes spécialités confondues. Avec 119 équipes, dont 94 accréditées, l'urologie est la deuxième spécialité derrière l'anesthésie-réanimation (208 équipes et 2479 médecins accrédités). Un tiers de ces équipes sont hospitalières ou hospitalo-universitaires, et les premières équipes pluridisciplinaires se sont lancées en 2025.

L'accréditation en équipe change la nature de l'exercice : les évènements indésirables sont analysés ensemble, en revue de morbi-mortalité, et les actions d'amélioration s'appliquent à tout le service. Les autres spécialités suivent désormais la même voie. De nombreux urologues créent

575
urologues accrédités fin 2025 et 111 engagés

+28 %
d'accrédités en deux ans, deux fois plus que la moyenne

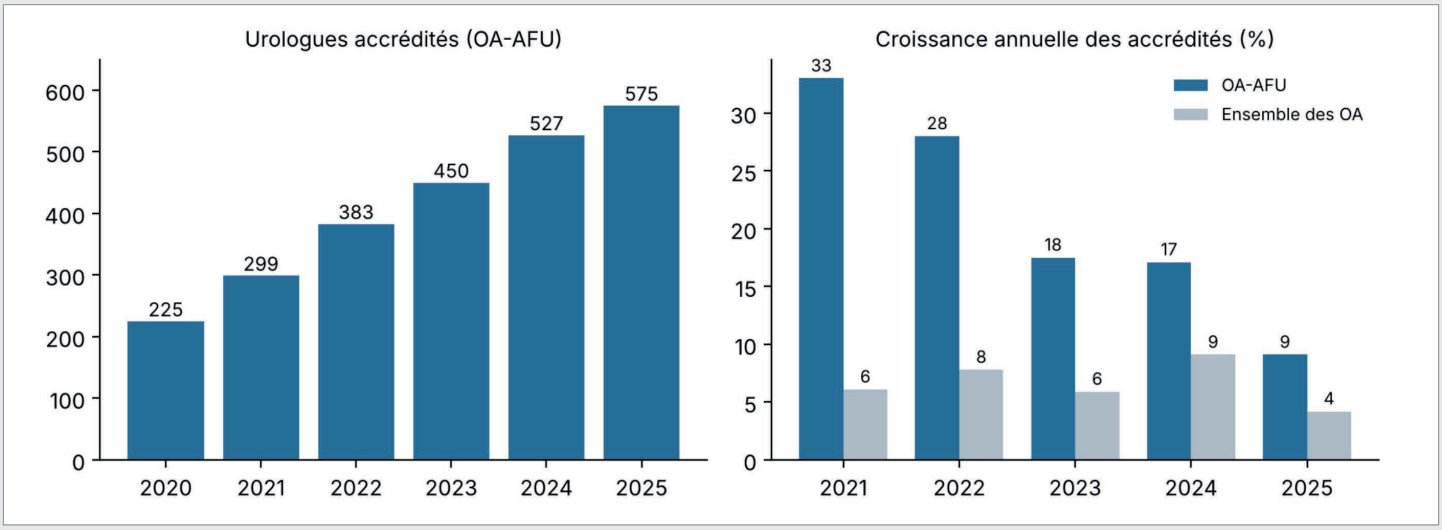
1 sur 3
urologues accrédités, contre 18 % des médecins éligibles

119
équipes d'urologie, 2e rang des 16 spécialités

86 %
des urologues actifs engagés en équipe

10 231
évènements indésirables dans la base urologie

Source : HAS, rapport d'activité 2023-2025 des organismes agréés, juillet 2026.



Les urologues accrédités de 2020 à 2025 et leur croissance annuelle comparée à l'ensemble des spécialités.



également des équipes pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles.

Vos évènements indésirables au service de tous

Chaque évènement que vous déclarez rejoint la base nationale de retour d'expérience qui compte 10 231 évènements en urologie fin 2025. Analysés par les experts de l'OA et par la commission Urorisq, ils permettent d'identifier les situations à risque de notre spécialité et d'en tirer des outils (Tableau 1).

Le résultat le plus visible est la solution pour la sécurité du patient « Énergies laser en urologie » labellisée par la HAS : l'urologie est, avec l'orthopédie, la seule spécialité à avoir fait labelliser un tel outil sur la période. Les retours d'expérience annuels ont porté sur la chirurgie robot-assistée (2024), les sondes JJ (2025), l'informatisation et la check-list personnalisée (2026). Ces travaux ont aussi donné lieu à des publications, notamment sur les complications du laser dans *Frontiers in Urology* en 2025. La solution pour la sécurité du patient « Checklist au bloc opératoire personnalisée en urologie » labellisée par la HAS est sortie en juin 2026.

Se former autrement

L'accréditation ne se limite plus à la déclaration d'évènements. L'OA a développé de nouveaux formats, ouverts à tous :

- **La simulation en santé** : deux ateliers quotidiens au Congrès français d'urologie 2025 (briefing-débriefing, conversion en urgence en chirurgie robotique), 3 ateliers au prochain congrès.
- **L'optimisation du potentiel et la santé au travail** : journées à la Maison de l'urologie (juin 2025, février 2026) et dans les services qui le demandent (Pontoise, Lorient).
- **Les webinaires et l'AFU Académie** : burnout, gestion de conflit au bloc, briefing et débriefing, biais cognitifs, environnement robotique, replays des journées Urorisq.
- **UROjonction** : des numéros consacrés à l'accréditation, au management, à la santé des urologues ou à la vidéo en chirurgie.

Et par rapport aux autres spécialités ?

(Tableau 2)

L'accréditation en France : le dispositif en bref

L'urologie s'inscrit dans un dispositif national qui change de dimension. Fin 2025, 9 098 médecins étaient accrédités (+ 14 % en trois ans) et 2 201 engagés dans la démarche, répartis entre seize organismes agréés (Tableau 3) couvrant 16 des 19 spécialités dites « à risque ». L'ophtalmologie, la pneumologie et l'échographie obstétricale n'ont pas d'organisme agréé ; la médecine intensive-réanimation a rejoint le dispositif en 2024 (DPC-réa), tandis que l'agrément de l'échographie fœtale a été retiré en 2023.

- **Cinq piliers**. L'accréditation dépasse la seule gestion des risques : les programmes s'organisent désormais autour du travail en équipe, des pratiques professionnelles, de la sécurité du patient, de la relation avec le patient et de la santé du professionnel. Elle répond ainsi aux exigences de la certification périodique des médecins.
- **Un profil qui change**. La moitié des médecins engagés en 2025 sont salariés (29 % en 2023) ; 45 % des actifs ont moins de 45 ans ; 29 % sont des femmes. Le secteur public, encore minoritaire (27 % des actifs), progresse nettement.

9 098
médecins accrédités, toutes spécialités

509
équipes accréditées, + 60 % en trois ans

52 %
des médecins actifs exercent en équipe

175 165
évènements dans la base nationale de retour d'expérience

2 201
nouveaux engagements en 2025, pour 1 068 sorties

6 et 8
solutions et flashs sécurité patient publiés en 2023-2025

En 2025	Urologie	Toutes spécialités
Progression des accrédités sur 3 ans	+28 %	+14 %
Médecins éligibles accrédités	33 %	18 %
Médecins actifs en équipe	86 %	52 %
Évènements déclarés par médecin actif	0,74	0,92
Bilans traités en 30 jours ou moins	45 %	75 % (médiane)

Tableau 2 - Comparaison de l'urologie avec les autres spécialités. Source : HAS, rapport 2023-2025. Médiane calculée à partir des données publiées par organisme.

Situation	Évènements	Ce qui en est sorti
Énergies laser	135	Solution pour la sécurité du patient labellisée par la HAS (2024)
Effet tunnel	105	Solution et flash sécurité patient HAS ; numéro UROjonction (2024)
Informatisation des données médicales	75	Retour d'expérience 2026
Chirurgie robotique	69	Retour d'expérience 2024 ; solution « Chirurgie robotique en urologie » lancée en 2026
Électrochirurgie	68	Chapitre d'encyclopédie (sous presse)
Urgences chirurgicales	31	Mise au point sur l'assistance chirurgicale en urgence
Communication avec le patient	25	L'information du patient en situation d'urgence
Installation au bloc	19	Intégrée aux travaux sur la chirurgie robotique

Tableau 1 - Les situations à risque suivies par Urorisq.



Organisme agréé (spécialité)	Accrédités	Engagés	Équipes	EIAS acceptés	Bilans ≤ 30 j
CFAR (anesthésie-réanimation)	2 479	818	284	1 909	84 %
Orthorisq (orthopédie)	1 812	172	3	1 681	68 %
Gynerisq (gynécologie-obstétrique)	1 171	193	45	1 093	78 %
FCVD (chirurgie viscérale)	967	91	20	2 785	93 %
AFU (urologie)	575	111	119	507	45 %
ODPC-RIM (radiologie interventionnelle)	510	165	81	417	59 %
CEFA-HGE (gastro-entérologie)	312	88	53	205	63 %
Plastirisq (chirurgie plastique)	265	36	0	239	88 %
Vascurisq (chirurgie vasculaire)	263	13	4	512	87 %
SFCTCV (chirurgie thoracique et cardiovasculaire)	207	22	39	295	71 %
Collège de neurochirurgie	168	24	15	226	80 %
Cardiorisq-ODP2C (cardiologie interventionnelle)	120	53	23	133	86 %
ORL-DPC (ORL)	100	57	13	78	82 %
OA Chirped (chirurgie infantile)	75	14	11	107	47 %
Maxillorisq (chirurgie maxillo-faciale)	62	44	9	119	69 %
DPC-réa (médecine intensive-réanimation)	12	164	21	18	67 %
Total	**9 098**	**2 065**	**740**	**10 234**	**–**

Tableau 3 - Les 16 organismes agréés en 2025. Équipes : accréditées et engagées. Source : HAS, rapport 2023-2025, données au 31/12/2025.

- **Un financement par accrédité.** Chaque organisme reçoit un financement par médecin accrédité, avec un complément pour les organismes de moins de cent accrédités. En contrepartie, la HAS suit chaque année des indicateurs, dont les délais de traitement : 75 % des engagements, des évènements et des bilans doivent être traités en 30 jours ou moins.
- **Une HAS plus présente sur le terrain.** Depuis 2024, la HAS va à la rencontre des établissements pour présenter l'accréditation en équipe : près de 70 établissements visités fin 2025 avec des engagements en hausse de 21 % en 2025. Elle a formé 89 nouveaux experts, lancé un e-learning pour les référents d'équipe (plus de 150 référents formés, satisfaction de 8,6/10), des miniconférences pour les experts et un premier webinaire national en novembre 2025. Le système d'information de l'accréditation (SIAM) est en cours de refonte pour s'articuler avec celui de la certification périodique.
- **Des productions communes.** Sur la période, la HAS a publié une solution pour la sécurité du patient sur la reprogrammation au bloc opératoire (2025), utile à toutes les spécialités chirurgicales : elle montre que la plupart des évènements liés à un report d'intervention sont évitables et tiennent à un dispositif médical non commandé ou à un traitement non arrêté. Les flashs sécurité patient 2025 portent sur la rupture de la rate après coloscopie (CEFA-HGE) et l'erreur de côté lors d'une anesthésie locorégionale (CFAR).

Les progrès du dispositif en chiffres

En trois ans, le dispositif a gagné 1 100 médecins accrédités et 191 équipes accréditées ; le nombre de médecins exerçant en équipe a progressé de 78 % et la moitié des actifs travaillent désormais en équipe (Tableau 4). Le nombre d'EIAS acceptés chaque année a progressé de 10 % pour atteindre 10 324 en 2025 ; 82 % sont jugés évitables ou probablement évitables par les déclarants et les facteurs liés à l'équipe deviennent la première cause profonde citée en 2025, devant ceux liés aux tâches.

Les évènements indésirables graves (EIG) relèvent d'un dispositif distinct : leur déclaration à l'ARS est obligatoire, puis ils sont analysés par la HAS. Celle-ci a reçu 5 576 déclarations d'EIGS en 2025, 20 % de plus qu'en 2024, et 21 636 depuis 2017, tous secteurs confondus ; les erreurs liées à une procédure interventionnelle, opératoire ou anesthésique, sont passées au troisième rang des thématiques. La base de l'accréditation ne repère pas les EIG en tant que tels, mais sa cotation de gravité en donne une approche : en urologie, 162 évènements sont classés catastrophiques et 192 graves à critiques, soit 8 % des évènements dont la gravité est renseignée. La plupart des évènements de la base ne sont toutefois pas cotés, ce qui plaide pour une cotation systématique.

Les bonnes idées des autres spécialités

La lecture des fiches des quinze autres organismes agréés fait apparaître des pratiques dont l'urologie pourrait s'inspirer. Les voici, regroupées par objectif.

Mieux accompagner les engagés et réduire les retards

- **Des rendez-vous programmés (Maxillorisq).** Point avec chaque nouvel engagé à trois mois, échanges réguliers avec l'expert la première année, point annuel avant l'envoi du bilan. Une réponse directe aux premiers bilans en retard, qui représentent la moitié des radiations chez Plastirisq.



Indicateur	2022	2023	2024	2025	2023 → 2025
ENSEMBLE DES ORGANISMES AGRÉÉS					
Médecins accrédités	7 549	7 998	8 729	9 098	+14 %
Médecins engagés	963	1 458	1 813	2 201	+51 %
Équipes accréditées	–	318	401	509	+60 %
Équipes engagées	–	84	128	231	x 2,8
Médecins exerçant en équipe	–	3 258	4 157	5 796	+78 %
EIAS acceptés dans l'année	8 620	9 407	9 818	10 234	+10 %
EIAS dans la base de retour d'expérience (cumul)	–	–	–	175 165	–
EIG déclarés à la HAS (EIGS, tous secteurs)	–	–	4 630	5 576	+20 % en 1 an
UROLOGIE (OA-AFU)					
Urologues accrédités	398	450	527	575	+28 %
Urologues engagés	79	135	84	111	–
Équipes (accréditées + engagées)	67	90	103	119	+32 %
Urologues exerçant en équipe	318	455	503	588	+29 %
EIAS acceptés dans l'année	462	454	593	507	+12 %
EIAS dans la base urologie (cumul)	8 439*	–	–	10 231	–
Dont catastrophiques / graves à critiques (cumul)	–	–	–	162 / 192	–

*Tableau 4 - Évolution de l'accréditation de 2022 à 2025 : ensemble des organismes agréés et urologie. * Octobre 2022. EIGS : déclarations reçues par la HAS au titre du dispositif national, distinct de l'accréditation. Sources : HAS, rapports d'activité des organismes agréés 2020-2022, 2023, 2024 et 2023-2025 ; HAS, rapport EIGS 2025 (septembre 2026).*

- **Un kit d'aide au bilan (CFAR)**. Le « KIT CFAR » guide les médecins pour améliorer la qualité de leurs bilans ; le CFAR prévoit aussi des ateliers pour les experts sur l'utilisation du SIAM et une check-list de l'engagé.
- **Un retour écrit pour chaque évènement refusé (Orthorisq)**. Le gestionnaire adresse un document expliquant comment améliorer la déclaration. Orthorisq classe aussi les évènements en groupes principaux, secondaires et de veille, et impose une demi-journée de formation.
- **Un même expert pendant tout le cycle (FCVD)**. Le chirurgien est suivi par le même expert de l'engagement au renouvellement ; cinq experts sont dédiés aux équipes.
- **Des tutoriels en ligne**. Vidéos sur l'utilisation du SIAM (Maxillorisq), dépliant « mode d'emploi » et capsules vidéo (SFCTCV), journées filmées et accessibles en ligne (FCVD, Maxillorisq).

Faire vivre les équipes

- **Une réunion annuelle de bilan dans chaque établissement (Gynerisq)**. Les experts rencontrent l'équipe sur place pour revoir les évènements de l'année, discuter le bilan, assurer une formation sur un thème choisi et construire le programme de l'année suivante. Chirped et SFCTCV développent aussi des visites sur site ou en visio.
- **Des équipes hospitalo-universitaires avec le CNP et le CNU (Orthorisq)**. Une démarche politique conjointe a permis l'entrée des équipes des CHU de Clermont-Ferrand et de Limoges, et bientôt de Marseille et de Caen. Plusieurs organismes se fixent des objectifs chiffrés : plus de 100 équipes fin 2026 pour la radiologie, dix équipes hospitalières en 2028 pour la chirurgie maxillo-faciale.

Transformer le retour d'expérience en formation

- **Une chaîne complète (FCVD)**. Chaque analyse thématique de la base est présentée avec un audit de pratique, donne lieu à un document de synthèse fondé sur la littérature, et se conclut par un QCM sur la plateforme de l'organisme, comptabilisé dans le bilan. Un thème national et un thème régional sont choisis chaque année (hémorragies postopératoires en 2024, infections en 2025), avec 17 réunions régionales et environ 400 participants par an.
- **Des sessions de morbi-mortalité en congrès (Orthorisq)** et une session commune société savante, organisme agréé et HAS au congrès d'anesthésie (CFAR).
- **Une rubrique « Cela pourrait vous arriver » (CFAR)** et un onglet « Évènements et leurs enseignements » sur le site de l'organisme.

Prendre soin des professionnels et de la relation avec le patient

- **Un module « Santé des soignants »** avec un auto-questionnaire, construit par Gynerisq avec la FCVD et l'association MOTS ; des journées sur l'ergonomie, le stress, la fatigue et les aides cognitives (Chirped) ; des formations à la communication non violente (Vascurisq).



- **Des prix pour valoriser la démarche** : prix « gestion des risques » au congrès de chirurgie thoracique 2026 (SFCTCV), prix « relation radiologue-patient » aux Journées francophones de radiologie 2026 (ODPC-RIM).

S'ouvrir à d'autres partenaires

- **Les assureurs**. Collaboration annuelle avec la MACSF sur la sinistralité (ORL-DPC), ateliers de prévention avec Branchet (Vascurisq).
- **Les logiciels métiers**. Partenariat de Gynerisq avec un éditeur pour intégrer des outils de gestion des risques au dossier patient.
- **La recherche**. Thèse sur les évènements de la base en chirurgie infantile (Chirped), étude génétique cofinancée (Gynerisq), publications sur l'embolie gazeuse ou la cholécystectomie sécurisée.

Ce que nous faisons déjà ensemble

Plusieurs travaux associent déjà l'urologie à d'autres spécialités : une session commune Gynerisq-Urorisq en 2023 sur les complications des prothèses d'incontinence urinaire et de prolapsus, la solution « Effet tunnel en santé » élaborée avec la HAS et plusieurs organismes, et une check-list en urologie portée par l'OA de chirurgie infantile. La check-list personnalisée en urologie et la solution sur la chirurgie robotique pourraient elles aussi s'ouvrir aux anesthésistes et aux équipes paramédicales du bloc.

Ce que l'urologie pourrait en retenir

Trois idées paraissent directement transposables à l'OA-AFU, au regard de ses propres points faibles :

- **Pour les délais des bilans** : des rendez-vous programmés avec les engagés, un kit d'aide au bilan et des tutoriels vidéo sur le SIAM.
- **Pour la déclaration des évènements** : un retour écrit pour chaque évènement refusé et un thème annuel de retour d'expérience décliné en audit, synthèse et QCM lors des journées Urorisq.
- **Pour les équipes** : une réunion annuelle de bilan sur site, et une démarche conjointe avec le CNP d'urologie et le CNU pour accompagner les équipes hospitalo-universitaires, avec un objectif chiffré.

Ce que nous devons améliorer ensemble

Le rapport de la HAS est aussi un miroir. Deux points nous concernent tous :

- **Les délais d'analyse des bilans**. Seuls 45 % des bilans sont traités en moins de 30 jours, ce qui place l'urologie au dernier rang des seize spécialités. Une partie du délai tient à notre fonctionnement collégial, avec des échanges entre l'expert et l'équipe que la HAS reconnaît. L'autre partie dépend de bilans incomplets ou tardifs. L'OA renforce son équipe d'experts ; de votre côté, un bilan complet, déposé à l'échéance, raccourcit le circuit pour tous.
- **La déclaration des évènements**. Le nombre d'évènements acceptés a baissé en 2025 et nous déclarons moins que la moyenne des spécialités. Mais l'enjeu est celui de la qualité des déclarations qui dépend de vous : un évènement bien décrit, avec sa gravité et ses causes, ainsi que les solutions apportées est un évènement dont la communication aide l'ensemble de la communauté.

Ce qui vous attend en 2027

- **Une nouvelle solution pour la sécurité du patient** : la solution « Chirurgie robotique en urologie » pour laquelle l'AFU a saisi la HAS en mars 2026. Il est important de diffuser la check-list bloc opératoire personnalisée en urologie dans nos pratiques.
- **Des webinaires réguliers** pour les accrédités et les experts sur le remplissage des évènements et des bilans, et le partage d'expérience.
- **Un retour d'expérience annuel** sur l'évolution du référentiel de risques et les situations particulièrement surveillées, ainsi que sur les registres de surveillance des chirurgies de l'AFU.
- **La simulation** : une journée dédiée annuelle et la poursuite des ateliers au Congrès.

Votre aide est essentielle

- **Un grand merci à tous nos experts** qui vous accompagnent, en toute bienveillance au quotidien, depuis de nombreuses années dans l'ombre. Xavier Tillou et Pascal Simon nous rejoignent cette année. Nous recrutons de nouveaux experts, pour analyser les EIAS et les bilans, avec un partage d'expérience et une aide si besoin. Les travaux de l'OA sont le fruit de l'ensemble de ce travail et des souhaits de nos experts et accrédités. Soyez nombreux à poursuivre ce travail et développer les actions de l'accréditation.

À très bientôt sur le stand Urorisq au congrès pour discuter de tous ces sujets et vous donner envie de rejoindre nos experts. Des formations sont accessibles plusieurs fois dans l'année, et avec Nathalie, nous pouvons déjà vous informer si besoin (*nschneider@afu.fr*, *stephane.bart@ght-novo.fr*)

Stéphane BART, Bertrand POGU, Catalin CIUTA, Nathalie SCHNEIDER

Pour en savoir plus

- *Haute Autorité de santé, Rapport d'activité 2020-2022 des organismes agréés pour l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales.*
- *Rapport d'activité 2023-2025 des organismes agréés, juillet 2026.*
- *HAS. Solution pour la sécurité du patient « Énergies laser en urologie », 2024.*
- *Abdessater M et al. Care-associated adverse events related to the use of laser in urological interventions: the French experience. Front Urol 2025;5:1507018.*
- *Flash Sécurité Patient. « Complications infectieuses liées aux instillations endovésicales de BCG. Bien les connaître pour mieux les reconnaître ».*
- *Check-list « sécurité du patient en chirurgie urologique » Pour ne pas faire de check en blanc.*

18-21 NOVEMBRE 2026 PARIS, FRANCE PALAIS DES CONGRÈS
120e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE
UROjonction n° 144
www.cfu-congres.co



Zine-Eddine KHENE

L'intelligence artificielle en urologie : où en sommes-nous et que fait l'AFU ?

L'intelligence artificielle n'est plus un sujet d'anticipation pour les urologues. Elle s'invite dans l'imagerie, l'anatomopathologie, la prédiction du risque et l'accès à l'information médicale. Pour accompagner ce mouvement plutôt que le subir, l'AFU a relancé son groupe IA et données de santé et engagé plusieurs projets concrets.

En quelques années, l'IA est passée des articles de recherche aux outils utilisés en routine. Les modèles de langage ont ajouté une dimension nouvelle : chaque urologue peut aujourd'hui interroger un assistant conversationnel sur une question clinique. Cette facilité d'accès est une opportunité, mais elle pose une question simple : sur quelles sources ces outils s'appuient-ils et qui en garantit la fiabilité ?

Une IA déjà présente à chaque étape du parcours

Les applications de l'IA en urologie couvrent désormais l'ensemble du parcours du patient. Elles sont pour la plupart encore en évaluation, mais certaines atteignent la pratique clinique.

- **Imagerie** : détection et caractérisation des lésions en IRM prostatique, segmentation des tumeurs rénales au scanner, aide à la détection en cystoscopie.
- **Anatomopathologie numérique** : sur des lames numérisées, des algorithmes d'apprentissage profond aident au *grading* des cancers de la prostate et de la vessie et extraient des signatures pronostiques invisibles à l'œil nu.
- **Prédiction du risque** : des modèles combinant données cliniques, radiomiques et pathomiques estiment le risque de récidive ou de progression. L'enjeu est d'adapter l'intensité de la surveillance et des traitements au risque réel de chaque patient.
- **Chirurgie** : reconstruction 3D pour la planification, analyse automatisée des vidéos opératoires, évaluation des gestes techniques.
- **Information et formation** : assistants conversationnels, génération de cas cliniques et de stations d'ECOS, outils d'entraînement pour les étudiants.

Le point commun de ces travaux est aussi leur principale limite : beaucoup de modèles sont développés sur des cohortes monocentriques et rétrospectives. Leur validation externe, prospective et multicentrique reste l'étape décisive avant tout usage en routine.

IA et AFU

Pour que l'IA serve la communauté urologique plutôt que des intérêts dispersés, l'AFU a lancé son groupe IA et données de santé. La quasi-totalité de la communauté a répondu présent, réunissant cliniciens, chercheurs et profils impliqués dans les données de santé.

Le groupe s'est fixé trois missions :

1. Mettre à disposition des urologues des outils d'IA fiables, fondés sur les productions validées de l'AFU.
2. Structurer et valoriser les données de l'urologie française.
3. Éclairer l'AFU et ses membres sur les enjeux réglementaires, éthiques et scientifiques de l'IA.

Les projets IA-AFU

RecoAFU : les recommandations de l'AFU, avec un assistant IA

Premier projet concret, l'application RecoAFU, qui rassemble les recommandations des comités de l'AFU, fait l'objet d'une refonte complète. Sa nouvelle version intègrera un assistant IA capable de répondre aux questions des urologues en langage naturel.

Son principe est volontairement restrictif : l'assistant ne puise ses réponses que dans le corpus des recommandations de l'AFU. Il ne va pas chercher d'informations sur internet et ne mobilise aucune donnée de patient. Les recommandations restent consultables dans leur format d'origine et chaque réponse renvoie au texte source. Le même assistant pourra être intégré au site urofrance.org afin d'offrir un point d'accès unique à l'information validée.

RECO AFU

Mieux trouver l'information sur urofrance.org

Le site de l'AFU contient une masse considérable de contenus : recommandations, articles, documents de formation. Une recherche optimisée par l'IA est à l'étude pour permettre à chaque urologue d'y retrouver rapidement le contenu pertinent.

Registres et Observatoire des données

À plus long terme, le CADU travaille à la structuration des données de l'urologie française au travers de registres. L'objectif est de disposer de données de qualité pour la recherche, l'évaluation des pratiques et, à terme, le développement de modèles d'IA adaptés à la population française. Ce volet suppose au préalable un cadre juridique et réglementaire solide, en cours de construction.

Et maintenant ?

L'IA ne remplacera pas l'urologue, mais les urologues qui sauront l'utiliser à bon escient feront évoluer leur pratique. Le rôle d'une société savante est de garantir que cette évolution se fasse sur des bases fiables, au service des patients.

Nous comptons sur les retours de chacun pour l'améliorer. Les urologues intéressés par les travaux du groupe, qu'il s'agisse d'outils, de données ou de réflexion sur les usages, sont invités à se faire connaître auprès de l'AFU.

Zine-Eddine KHENE
Groupe IA et données de santé de l'AFU (CADU)