

Tribune libre

Deux préoccupations très actuelles

LA chirurgie orthopédique traumatologique est une discipline qui, durant les cinquante dernières années, a fait sans bruit des progrès considérables permettant de passer d'une spécialité débutante et approximative à une chirurgie de qualité dont les résultats apparaissent aujourd'hui comme évidents jusqu'à aller même, dans des attendus récents de la cour, vers une obligation de résultats (juin 1999). Les avancées et les résultats de la chirurgie orthopédique et traumatologique sont passés dans le domaine public et ressentis comme un dû dont on a oublié l'origine, tant il est évident pour chacun que cet acquis fait partie intégrante de notre vie.

La question que nous nous posons aujourd'hui est de savoir si nous allons pouvoir maintenir ce (haut) niveau de prestations devenues évidentes et dues pour chacun. Notre nature optimiste nous inciterait à répondre par l'affirmative, si ce n'est quelques préoccupations que nous voudrions exprimer, en particulier sur deux points :

- les urgences traumatologiques,
- la démographie médicale orthopédique.

Les urgences traumatologiques de l'appareil locomoteur représentent une grande part des passages mais aussi des admissions dans les services d'urgences. Les problèmes que soulèvent ces urgences sont différents suivant la taille de l'établissement. Mais quelle que soit la dimension, ces urgences ont pris une telle ampleur et un tel volume que le chirurgien orthopédiste et traumatologue ne peut assumer seul leur gestion. L'augmentation en fréquence de cette population, la non-prise en charge du médecin généraliste qui préfère diriger vers une structure mieux équipée (radiographies, présence chirurgicale...) ont conduit à une analyse critique. Cela a été bien noté par le rapport STEG qui est à l'origine des efforts de recrutement pour l'ac-

cueil des urgences. La solution adoptée, la plus tentante en première analyse, a été la création des urgentistes. Ceux-ci devant accueillir toutes les urgences médicales comme l'infarctus, médico-chirurgicales comme la péritonite, traumatiques comme les plaies de la main, ou psychiatrique... La réanimation lourde reste la propriété des réanimateurs. Cette polyvalence dans un grand centre est antinomique avec la notion de qualité liée à la spécialisation, d'où la nécessité d'avoir recours à un consultant spécialiste qui, finalement, prend la décision thérapeutique lorsqu'il est enfin disponible.

Car si les moyens de l'accueil des patients aux urgences ont augmenté, il n'en est rien de ceux des spécialistes qui les traitent et plus particulièrement des orthopédistes traumatologues. De plus, la responsabilité médico-légale est souvent rejetée sur ces spécialistes, alors que l'organisation fonctionnelle de la filière d'admission traumatologique, lorsqu'elle existe, a tendance à ne pas intégrer l'orthopédie. Quand on rappelle que la fréquentation de cette catégorie de patients représente 40 % du recrutement d'un service des urgences, on reste rêveur sur l'organisation choisie.

La démographie médicale en orthopédie est stable depuis le *numerus clausus* des études médicales mais les besoins en chirurgie orthopédique ont augmenté pour plusieurs raisons :

- Le vieillissement de la population entraîne un besoin en actes chirurgicaux d'arthroplastie de plus en plus nombreux, soit pour arthrose ou pour fractures du col. Ces actes ont bien sûr un coût, nos directeurs des hôpitaux publics le savent bien et tentent de modérer nos indications, mais le fait est là. Une prothèse totale de hanche redonne autonomie et indépendance et fait pratiquement disparaître toute utilisation d'antalgique et d'anti-inflammatoire. Bien que cette opération soit banalisée comme à un degré moindre, les prothèses totales de genou, il n'en demeure pas moins qu'elles ont un coût. A cette augmentation d'indication s'ajoutent les reprises de prothèses de hanche qui sont des interventions longues, forcément plus coûteuses, dont la prise en compte en termes de points ISA ne reflète pas leur difficulté et leur coût, car ces malades appartiennent au même groupe homogène de malades (GHM). Or si une prothèse totale de hanche standard coûte « une heure de temps chirurgical », une reprise de prothèse de hanche coûte « quatre heures » et souvent quelques matériels supplémentaires ostéosynthèse, prothèse plus complexe...). Enfin, le malade étant plus âgé d'une quinzaine d'années environ, en moyenne, il est porteur de polypathologie, ce qui augmente encore son prix. Ces données sont à prendre en considération si l'on veut évoluer vers le coût par pathologie.

Les générations actuelles de chirurgiens orthopédistes comprennent difficilement leurs devoirs de plus en plus nombreux, non pas envers leurs patients, bien sûr, mais surtout envers leur tutelle quelle qu'elle soit ; l'aspect paperassier de leur fonctionnement est toujours plus important alors que le secteur administratif de leur site de travail ne cesse de croître ; l'analyse strictement comptable de leur exercice : rester dans « l'enveloppe » ; les problèmes médico-légaux avec, sous entendu, l'obligation de résultats ; les horaires bien loin des 35 heures.

En ayant le sentiment que, si la santé a un coût, c'est leur faute, et que si par malheur un problème de responsabilité survient, le seul interlocuteur demeurera le praticien (affaire de sang contaminé oblige...). Ils s'interrogent sur leur légitimité.

Face à cette situation, on peut être étonné de l'absence de grogne structurée du milieu médical. Alors, on accepte mais on veut être un citoyen comme les autres, 35 h ou 45 h (on est gentil) mais, au-delà, débrouillez-vous...

A terme, c'est peut-être la meilleure façon de se faire entendre, c'est-à-dire de ne pas être là quand on a besoin de vous... L'avenir le dira. Mais quel gâchis ! Les médecins d'aujourd'hui, et les orthopédistes en particulier, ne sont pas plus « mauvais garçons » (ou filles) qu'auparavant, mais la pression a ses limites.

Pr Jean PUGET
Président du collège français
des chirurgiens orthopédistes
et traumatologues

La chirurgie s'adapte au monde nouveau

LA Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique a été fondée en 1918 et l'histoire de notre société qui est en fait sa biographie a été publiée en 1998 sous la direction de J.-P. Razemon.

La chirurgie orthopédique et traumatologique est devenue une spécialité se séparant, en cela, de la chirurgie dite générale qui, elle, est devenue la chirurgie viscérale. Progressivement, notre spécialité qui intéresse les pathologies traumatiques et non traumatiques des membres et du rachis a vu se développer des domaines spécifiques, chirurgie de la hanche et du genou, chirurgie du rachis, chirurgie de la main. L'hyperspécialisation est nécessaire si nous voulons rester dans la compétition internationale, mais il ne faut pas isoler les hyperspécialistes.

Au contraire, il faut les réunir et créer des structures où tous les composants de l'appareil locomoteur seraient réunis avec des pôles d'excellence en fonction des besoins d'une région considérée. Notre profession change vite, et de nombreux points nous préoccupent actuellement :

- Comment enseigner notre spécialité et faire que les futurs chirurgiens, orthopédistes et traumatologues, ne cèdent à l'illusion perverse de la technique. Toute discordance entre la clinique et les examens complémentaires doit nous réveiller et engendrer un raisonnement logique.

Le bon chirurgien n'est pas seulement celui qui, certes, opère bien, mais aussi celui qui raisonne et n'opère pas tous les malades venant le consulter.

Nous devons enseigner le particularisme des situations médicales et aboutir à des indications expliquées et logiques. Les

reproches et les procès faits à la médecine et aux médecins ont souvent pour cause une absence de dialogue entre patients et médecins, le refus d'expliquer, et parfois l'abandon dans une situation difficile. Notre responsabilité est engagée et le consentement éclairé ne se réduit pas à des documents administratifs.

- Comment vivre dans un monde évolutif avec tous les jours des modifications de notre environnement, créant un climat de morosité et d'inquiétude.

Les hôpitaux et les cliniques privées s'interrogent sur leur avenir et des efforts importants ont été faits pour réduire les dépenses tout en maintenant la qualité des soins.

Les restructurations et l'accréditation bouleversent, certes, nos mentalités, mais si les médecins proposent des solutions constructives, ils peuvent et doivent être entendus et le rôle de la SOFCOT est de s'impliquer dans ce combat de tous les jours.

Le président du Conseil de l'Ordre, Bernard Glorion, a dit que l'évaluation était un guide pour les médecins et une garantie pour les malades et que, par ailleurs, les réseaux de soins devaient être un confort et non une contrainte. La SOFCOT, comme l'ont souligné mes prédécesseurs, doit s'impliquer dans l'ensemble des problèmes de société, et notre congrès, qui réunit toutes les composantes de notre spécialité, est le moment idéal pour ouvrir la discussion sur ces grands problèmes.

Pr Jean-Yves ALNOT,
président de la SOFCOT 2000

Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, département de chirurgie de la main et du membre supérieur, centre Urgences mains, hôpital Bichat, Paris.

Une mobilisation contre les infections nosocomiales est à l'ordre du jour

RESOLUE dans sa prévention opiniâtre des infections nosocomiales, hantise de toujours de la chirurgie orthopédique, la SOFCOT leur consacre une table ronde dirigée par le Pr Henry Coudanne (Nancy).

La définition des infections nosocomiales reste problématique en orthopédie, puisqu'on admet qu'il s'agit d'une définition paramétrée par le temps opératoire (ou hospitalier) et que les implants orthopédiques peuvent révéler leur état infectieux plus ou moins rapidement. La définition classique est celle d'une infection se révélant soit vingt-quatre heures après l'hospitalisation, soit, pour certains, dans le mois succédant à une intervention.

En chirurgie orthopédique, l'infection nosocomiale est quelquefois vécue comme une catastrophe fonctionnelle car sa réversibilité est délicate, et rem-

placer un implant prothétique infecté pose un énorme problème tant en termes de coût que de chances de succès définitif.

Le germe le plus fréquemment en cause est le staphylocoque (principalement *Staphylococcus aureus*). L'émergence de bactéries multirésistantes (BMR) est corrélée à la multiplication des infections nosocomiales dans une géographie donnée de soins et représente donc en retour un indice de qualité de soins lorsque le nombre des BMR chute.

La mise en place de CLIN (comités de lutte contre les infections nosocomiales) est une mesure médicalement incontournable qui, depuis moins d'un an, a pris force réglementaire. Ces comités sont pluridisciplinaires dans leur composition : infirmiers(ères), cadres hospitaliers, médecins, administrateurs... Ils sont responsables à la fois d'une surveillance constante et de la mise

en route d'actions correctrices en cas de détérioration de la situation infectieuse de l'établissement. Le laboratoire bactériologique centralise la recherche et l'étude des germes, et le laboratoire d'hygiène hospitalière assure le sondage des effets des mesures instituées.

Les résultats des actions menées sont diffusés à l'ensemble des intervenants au sein de la structure de soins.

Enfin, les patients font également l'objet d'une information spécifique conçue par le CLIN afin d'être eux-mêmes associés à la démarche de prévention.

Au total, la mobilisation contre les infections nosocomiales doit être générale et la chirurgie orthopédique, à la fois par sa motivation et par son expérience, peut en constituer l'un des postes de commandement avancés.

D'après une table ronde dirigée par le Pr Henry Coudanne (Nancy).

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

Edité par la Société d'Éditions Scientifiques et Culturelles
SA au capital de 250 000 F.
Durée : 50 ans, à compter du 2 mars 1971.
140, rue Jules-Guesde,
92503 La Vallée-Pearl Cedex.
http://www.quotimed.com
Téléphone : 01.41.40.75.00

Principaux actionnaires : HAVAS MEDIMEDIA
PDG - Directeur de la publication :
Dr Gérard KOLCHNER
Directeur de la rédaction :
Richard LECIA
Imprimé en France par TORCY QUEBECOR SA
77300 TORCY
CFRAT : 51201 - ISSN : 0300-2950

Dépot légal à parution

Le Quotidien du Médecin
est une publication
du Groupe

Tarifs d'abonnements annuels :
- Institutionnels : 1 320 F TTC ;
- Médecins : 900 F TTC ;
- Étudiants : 670 F TTC.

Reproduction interdite
sauf accord de la direction.