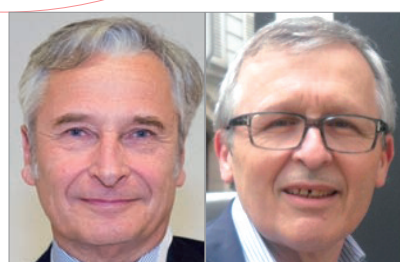


Le 92^e congrès de la SOFCOT arrive !

Par **Christian DELAUNAY**, Président du CNP-SOFCOT
et **Paul BONNEVIALLE**, Président de l'AOT



Cette année 2016-2017 se termine au prochain congrès. Le Conseil National Professionnel de la SOFCOT a été dirigé par un duo en apparence disparate, un chirurgien libéral parisien et un universitaire provincial,

avec une très amicale complicité. Au long de ces douze mois, l'ambiance au sein du CNP et de l'AOT a été à la fois studieuse, intense et productive grâce, comme toujours, à la parfaite collaboration de nos secrétaires aussi charmantes qu'efficaces. Quelles soient, en tout premier lieu, remerciées. Que nos successeurs immédiats et futurs n'aient aucune crainte, cette organisation frise la perfection sous la houlette de Franck Fitoussi pour sa première année d'exercice en tant que secrétaire général.

Le 92^e congrès reprend l'agenda et le rythme habituels, débutant le lundi par Orthorisq et les conférences d'enseignement et intégrant la journée des spécialités le mercredi. Le thème choisi, « obligation et pragmatisme », a alimenté une séance complète de 13 communications particulières. Relevons au passage la plus originale : « *un chirurgien orthopédiste peut-il porter plainte contre un patient ?* » par Henry Coudane et coll. Il sera difficile, aussi bien aux jeunes orthopédistes en formation qu'aux séniors orthopédistes ou traumatologues à activité généraliste ainsi qu'aux hyper-spécialistes, de ne pas trouver de multiples points d'intérêt dans le programme de ce congrès ! Il en sera de même pour nos proches collaborateurs au quotidien, infirmier(e)s de bloc et kinésithérapeutes. Pour cette année encore, trois symposiums ont été maintenus : leur organisation a été confiée à un duo ou trio de collègues, particulièrement compétents dans le domaine choisi, chargés de donner l'impulsion et l'émulation aux membres impliqués. Ces symposiums répondront, dans l'avenir, aux recommandations des lois bioéthiques de notre collègue Olivier Jardé, offrant une meilleure lisibilité à nos recherches cliniques. Si le symposium sur les arthroplasties à charnière du genou reste dans une formule classique, les deux autres sont plus originaux, consacrés l'un à la chirurgie mini-invasive et arthroscopique et l'autre aux métastases. Ce dernier comporte une participation inédite de chirurgiens traumatologues et orthopédistes s'occupant des membres et du



boof infos

Bulletin des Orthopédistes Francophones
organe de liaison édité par la SOFCOT

sommaire

Dossier - L'éthique en orthopédie

Introduction.....	3
L'éthique : définitions et champ d'application	3-7
Droit, déontologie, éthique : le point de vue du juriste ..	7-9
L'éthique en orthopédie	9-12
L'éthique se vit, elle ne s'applique pas !	12-15
Le rendez-vous de Brest : liens et conflits d'intérêt ..	15-19
Conclusion.....	20

information des patients

Prescrire, sur ordonnance, son information opératoire, informer avec des vidéos, gagner du temps et se protéger mieux ! Possible ?.....	21-22
---	-------

efort

Vous êtes membre d'EFORT, alors participez !.....	23-24
---	-------

réforme du 3^e cycle

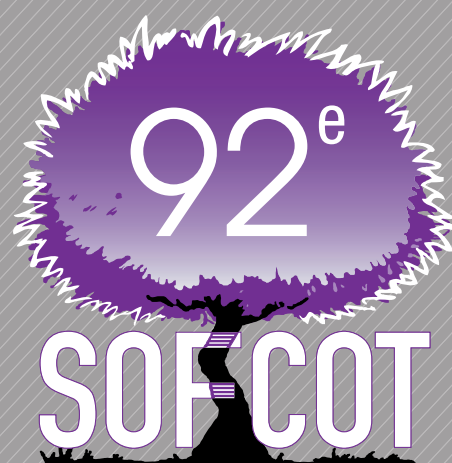
La réforme du 3 ^e cycle (R3C) : « de la formation à l'exercice ».....	25-28
--	-------

comptes rendus

Retour d'expérience : fellowship CFBS au Canada. ...	29-31
Fellowship d'un an de recherche post-doctorale à Melbourne.....	32-35
Une année à la Mayo Clinic.....	35-37

réunions scientifiques.....

www.sofcot.fr



Du 6 au 9 novembre 2017

Il est encore temps de vous inscrire !

www.sofcot-congres.fr

rachis. Plus de 10 tables rondes seront organisées ; certaines soulignent le caractère international du congrès car réalisées en partenariat avec des collègues membres de la SICOT (PTG dans les fractures du genou), de l'EFORT (intérêt des tiges courtes dans les PTH) et du Canada (chirurgie conservatrice de la hanche). La SFHG, société associée à l'honneur cette année, propose une table ronde consacrée au ciment dans les PTG. Nos jeunes collègues du CJO organisent une réflexion sur la formation : faut-il laisser opérer les internes ? Entre ces moments forts, 270 communications particulières ont été retenues, réparties en 25 séances auxquelles s'ajoutent celles présentées dans le cadre de la journée des spécialités. Elles représentent le quart des demandes reçues puis sélectionnées avec rigueur et impartialité. La règle du nombre maximum de 3 communications par thème et par service a été maintenue. Enfin, se tiendront 9 séances de discussion de dossiers. Le Québec et sa Société d'orthopédie francophone sont nos invités : nos collègues de la Belle Province se sont ainsi investis dans les différentes tables rondes et les communications particulières.

La soirée de gala se déroulera dans un lieu très parisien le mercredi 8 novembre : la magnifique coupole du magasin « *Le Printemps* » nous sera ouverte à partir de 19h30. Vos présidents vous souhaitent une soirée de rencontre conviviale, musicale et festive.

Malgré son âge (92 ans), le congrès est à l'image de notre spécialité, dynamique, novatrice, mais aussi scientifique, remettant en cause ses indications et ses gestes techniques. À l'approche du centenaire de notre société, il fera, une nouvelle fois et grâce à votre présence, la démonstration de la force de notre profession.

Soyez tous les bienvenus au 92^e congrès de la SOFCOT, venez nombreux et soyez assidus !

Christian DELAUNAY
Président du CNP-SOFCOT

Paul BONNEVIALLE
Président de l'AOT

SOIRÉE DU CONGRÈS

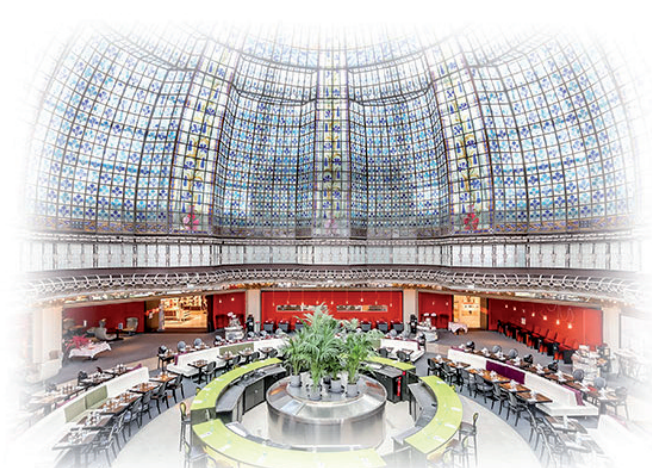
MERCREDI 8 NOVEMBRE À 19H30



SOFCOT 2017

Paul Bonneville et Christian Delaunay vous convient sous la magnifique Coupole du Printemps, cocktail dinatoire, soirée dansante, jeux de lumière

N'oubliez pas de réserver (places limitées)
JE RÉSERVE DÈS MAINTENANT



Coupole du Printemps Haussmann
Niveau 6
58 boulevard Haussmann - 75009 Paris



CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Organisation générale



<http://www.sofcot-congres.fr/fr/informations-generales/soiree-congres>
contact@eventime-group.com

Rédacteur en chef du **bof**: Franck Fitoussi

Correspondance : SOFCOT, 56, rue Boissonade - 75014 PARIS - France
Tél. : 01 43 22 47 54 - Fax : 01 43 22 46 70 - e-mail : sofcot@sofcot.fr - www.sofcot.fr

L'éthique en orthopédie

Dossier établi sous la direction de **Henry COUDANE**

Introduction

Par **Rémi KOHLER**

Avec ce numéro du BOF, nous présentons un nouveau « dossier thématique » sur un sujet sensible : l'éthique en orthopédie. Il a été coordonné par Henry COUDANE, que nous remercions, ainsi que les auteurs.

C'est l'intérêt du BOF de pouvoir traiter de la manière la plus complète des sujets

d'actualité touchant à notre exercice, et qui ne relèvent pas d'un « mémoire original » (ce dossier fait suite à celui consacré à la recherche en orthopédie, publié dans le BOF n° 81, qui a été très apprécié). Nul doute que ce sujet, traité par des experts (mieux, par des « sages »), retiendra, lui aussi, toute votre attention. Il complète une table ronde déjà consacrée à cette question par le cercle

Nicolas Andry, il y a tout juste 2 ans : « **Éthique de l'indication opératoire** » (cahiers du Cercle Nicolas Andry n° 9, p. 141-244, Sauramps médical, 2015).

Merci de nous faire savoir quels thèmes de dossiers vous intéresseraient dans les prochains numéros du BOF.

Bonne lecture, amicalement.

1. L'éthique : définitions et champs d'application

Par **Pierre DEVALLET** et **Henry COUDANE**

Co-présidents de la commission juris-éthique du CNP-SOFCOT

Avertissement : Le chirurgien orthopédiste qui veut bien s'intéresser à l'éthique, doit faire l'effort de rentrer dans un monde qui possède des règles, une sémantique, des modes de pensée et de raisonnement qui lui sont a priori étrangers... Il doit quitter l'esprit de géométrie pour rentrer dans l'esprit de finesse...

1. Définitions

L'éthique (du grec *ethos* « caractère, coutume, mœurs ») est une discipline philosophique portant sur les jugements de valeur. L'éthique est une réflexion fondamentale sur laquelle la morale peut établir des normes limitatives. La formulation de l'éthique se caractérise par des énoncés normatifs ou évaluatifs parmi lesquels on trouve des impératifs catégoriques. La démarche éthique se distingue donc de la démarche scientifique qui se base sur des jugements de fait. Pour des philosophes tels qu'Aristote et Kant, l'éthique a pour but de définir ce qui « doit être ». L'éthique participe ainsi à la philosophie morale de la vertu dans l'action.

2. Morale et éthique

Le terme « morale » vient du latin *mores* (pluriel de *mos*) qui signifie *mœurs*, manière d'agir, vie, habitudes. La morale est un en-

semble de principes de jugement, de règles de conduite relatives au bien et au mal, de devoirs, de valeurs, parfois érigés en doctrine, qu'une société se donne et qui peuvent (ou non) s'imposer à l'individu ou à une collectivité. La morale revêt des aspects différents selon la culture, les croyances, les conditions de vie et les besoins de la société.



Les termes « éthique » et « morale » ont des sens proches mais ne sont pas superposables. Schématiquement on peut distinguer deux grandes conceptions de la morale :

- la morale dite « objectiviste » : les lois morales ne dépendent pas de l'homme mais des lois de la nature, de « commandements divins » ou des lois de la raison. Elles ont un caractère universel, éternel, absolu,

normatif. Elles ne peuvent être ni changées, ni supprimées ;

- la morale dite « relativiste » : les valeurs morales ont une origine humaine et sont définies par la société ou par l'individu. Elles varient d'une société à une autre. Le relativisme moral est une doctrine philosophique qui prétend que la véracité ou la fausseté d'un jugement moral est impossible à établir objectivement. Ses partisans affirment qu'il n'y a pas de vérité morale et que tout énoncé sur ce qui est bien ou mal relève de la subjectivité. La morale ne serait qu'une affaire d'opinion et tout jugement moral serait exclusivement tributaire de la culture ou de la société dont il est issu. Le sophiste Protagoras est resté célèbre pour son agnosticisme avoué et un certain relativisme : « *l'homme est la mesure de toute chose* ». Socrate et Platon se sont élevés ultérieurement contre cette philosophie relativiste pour défendre les droits de l'objectivité.

La **morale** se réfère à un ensemble de valeurs et de principes qui permettent de différencier le bien du mal, le juste de l'injuste, l'acceptable de l'inacceptable, et auxquels il faudrait se conformer.

La **philosophie morale** aborde, avec la seule autorité de la raison, la question de la

finalité de l'action humaine et cherche à éclairer les choix pratiques et, en particulier, la prise de décision qui peut se résumer en trois questions : Que dois-je faire ? Qu'aurais-je dû faire ? Y a-t-il des limites à mes actions ?

Les philosophes divisent la morale en trois domaines dont les limites ne sont pas toujours parfaitement fixées : la **méta-éthique**, entendue comme la recherche des origines et du sens de nos concepts moraux, la **morale ou éthique normative**, qui concerne les critères de nos comportements (habitudes, devoirs, conséquences de nos actes) et la **morale ou éthique appliquée**, qui étudie les applications des deux premières à des problèmes spécifiques et controversés (par exemple, avortement, environnement, droits des animaux, etc.). Pour certains penseurs, « morale » et « éthique » ont la même signification : le premier provient d'un mot latin (« mores ») et le second d'un mot grec (« ethos ») qui, tous les deux, signifient « mœurs ».

3. La réflexion éthique

L'éthique n'est pas un ensemble de valeurs et de principes en particulier. Il s'agit d'une **réflexion argumentée en vue du bien-agir**. Elle propose de s'interroger sur les valeurs morales et les principes moraux qui devraient orienter nos actions, dans différentes situations, dans le but d'agir conformément à ceux-ci. La réflexion éthique peut s'engager à différents niveaux, certains plus fondamentaux et d'autres plus pratiques... En 1751, David Hume démontrait qu'il est impossible d'inférer une conclusion normative à partir d'un ensemble de prémisses descriptives (loi de Hume). Face à ce constat logique, le raisonnement éthique doit donc nécessairement puiser ses prémisses normatifs, soit dans le registre de la théologie morale, soit dans les théories spéculatives issues de l'anthropologie philosophique. Toutefois, nos sociétés modernes restent caractérisées par un mélange de religions et de cultures, voire de coutumes. Aussi, la recherche d'un fondement absolu partagé par tous est devenue impossible. Pour cette raison, la pratique de l'éthique contemporaine se concentre aujourd'hui sur la quête de cohérences normatives établies sur la base de discussions argumentées et non dogmatiques, une pratique déjà observée au sein de la tradition socratique.

Évolution récente du concept éthique en médecine

Au milieu du XX^e siècle, après la deuxième guerre mondiale, l'éthique a fait irruption, sous sa forme « moderne », sur la scène politique et sociale et directement dans le domaine médical, après la découverte des horreurs perpétrées par les médecins nazis dans les camps de concentration. Rapidement, après la punition cathartique de certains acteurs au procès de Nuremberg, est venu le temps de la réflexion sur le pouvoir médical, et d'un renouveau du débat sur la définition de l'être humain, dans une vision plus kantienne de l'Homme, considéré comme une fin et non pas seulement comme un moyen « utile ».



Banc des accusés du procès des médecins à Nuremberg, décembre 1946 - août 1947

Le Docteur Julius Hallervorden (décédé en 1965) a analysé plus de 700 cerveaux humains provenant d'enfants et d'adultes euthanasiés dans le cadre d'un « programme scientifique » dénommé AktionT4. Ce médecin a argué, pour sa défense, qu'il n'avait jamais commandité d'assassinat et qu'il aurait été regrettable de gaspiller un matériel « si épaulant ». Ainsi, au milieu du XX^e siècle, une activité médicale de recherche a été conduite par des médecins qui avaient pu et su être des bourreaux tortionnaires, et qui ont argumenté pour leur défense, la « raison scientifique ». Hallervorden a effectué, à partir de cette « collection » de cerveaux, de nombreuses publications scientifiques et a laissé son nom (ultime consécration ?) à une maladie neuro-dégénérative : la maladie de Hallervorden-Spatz... Enfin, la « collection Hallervorden » a été conservée par le célèbre Institut Max-Planck, qui n'a donné que récemment l'autorisation de recherche de l'identité des 700 victimes. Cet exemple contient tous les ingrédients d'un « programme de recherche » qui vise à nier la nature

« sacrée » ou du moins inviolable de l'être humain « universel » pour en faire un objet d'études : promulgation, sous le régime nazi en Allemagne, des lois sur la stérilisation des personnes atteintes d'affections héréditaires en 1933, du décret autorisant la « mort miséricordieuse » en juillet 1939 et, enfin, la création spécifique de 6 chambres à gaz destinées au programme Aktion T4 en janvier 1940.

La découverte de ces actes de barbarie a permis la définition de normes internationales sociales, de règles, d'interdits concernant les « droits de l'homme » qu'on croyait pourtant déjà intégrés dans la conscience humaine, au moins celle occidentale. Ainsi le « Code de Nuremberg » contient dix critères faisant partie du jugement du procès des médecins de Nuremberg (décembre 1946 - août 1947) qui définissent les conditions que doivent satisfaire les expérimentations pratiquées sur l'être humain. Ce code de Nuremberg n'est évidemment pas le point de départ de la réflexion éthique en médecine : c'est, toutefois, le premier texte à visée universelle, bien que le tribunal de Nuremberg n'ait pas été un tribunal international, mais un tribunal américain qui agissait pour le compte des forces alliées. L'accusation de « meurtres, tortures et atrocités » aurait pu suffire à faire condamner les accusés. Cependant, le tribunal a voulu aller plus loin, en condamnant ces pratiques exécutées « au nom de la science médicale », c'est-à-dire en posant le problème universel de l'éthique et de l'expérimentation humaine. Sont apparus, ultérieurement, les codes éthiques, les notions de « dignité humaine », « d'autonomie », et de liberté individuelle reprises dans les codes d'Helsinki (1964), de Tokyo (1975) et par l'Association Médicale Mondiale (Fortaleza, Brésil, 2016).

4. Éthique de soins et pertinence des actes

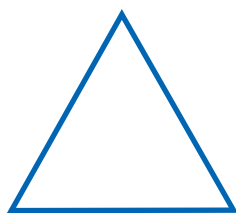
4.a. Éthique et entreprise libérale

Peut-on parler vraiment « d'éthique » dans les objectifs d'une entreprise libérale ? « Depuis le retentissant échec économique, culturel, social et environnemental des économies planifiées, depuis la chute du mur de Berlin et la mutation économique de la Chine, l'économie de marché est devenue le modèle dominant, voire exclusif, d'organisation de nos sociétés » (Jean Tirole, Prix Nobel d'économie 2014 : « Économie du bien commun », PUF, 2016).

Qui parle « d'entreprise » sous-entend une soumission impérative à la loi du marché. Celle-ci a, de fait, un impératif d'**efficience** (rapport qualité/coût), pour atteindre son but fondamental, la recherche d'un profit. Et ceci, bien sûr, nécessite que le produit réponde aux besoins d'un maximum de clients, bref qu'il leur soit **utile**. Les « chartes éthiques », qui fleurissent çà et là dans les entreprises, ont des objectifs parfaitement clairs de ce qu'elles attendent en matière de comportement moral de leurs employés : une « loyauté » vis-à-vis de leur entreprise et un dévouement favorisant son développement. La problématique séparant questionnement éthique et pratiques utilitaires n'en finit pas de traverser notre époque moderne et post-moderne, et même si de nombreux auteurs s'intéressent aux « limites morales du marché » (Michael Sandel, *Ce que l'argent ne saurait acheter : les limites morales du marché*, Seuil, 2014), il s'agit surtout de la morale au regard du bien commun (*éthique « utilitaire »*) et beaucoup moins au regard de la « dignité humaine » (*éthique déontologique*), concept quelque peu absent de l'économie de marché. Ce transfert de champ d'une question de nature philosophique (*qu'est-ce qui donne du sens à l'existence humaine ?*), fondement du questionnement propre à l'éthique, à une réponse plutôt fonctionnelle (*le sens de la vie réside dans son utilité, c'est-à-dire répondre à des besoins*), n'est pas sans conséquence dans le domaine **médical** et, par extension, dans celui de la **santé** (domaines proches mais non confondus).

Un virage incontestable a été pris en France, en 2008, par l'adoption de la loi HPST (loi Bachelot), loi « fondatrice » aux dires même de ses auteurs, et précédée d'une annonce volontairement provocante du Président de la République, Nicolas Sarkozy, lors d'un discours à Neufchâteau, le 17 avril 2008 : « *La gouvernance de l'hôpital public doit être réformée. Alors là, on arrive dans le dur et, pourtant, c'est si facile à comprendre. Il faut à l'hôpital public un patron et un seul, excusez-moi. Ce patron, c'est le directeur.* » Tout était dit : d'une gouvernance médicale soumise à une éthique des soins, l'hôpital, mais bientôt tout le système de santé, par la « Loi de modernisation du système de santé » de Marisol Touraine, qui suivra en 2016, sera soumis de force aux règles de l'économie de marché et, par là même, à ses critiques et ses ambiguïtés.

Qu'est-ce que je veux faire ?



Qu'est-ce que je
peux faire ?

Qu'est-ce que je
dois faire ?

4.b. La notion de pertinence des soins

4.b.1. Pour la Haute Autorité de santé

Pour la HAS : « un soin est qualifié de **pertinent** lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales.

La pertinence des soins est une notion évolutive car un soin, pertinent hier, peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins.

- La pertinence des prescriptions : médicaments, examens de biologie, etc.
- La pertinence des actes : prise en charge médicale, chirurgicale, etc.
- La pertinence des prestations : modalités d'hospitalisation, parcours de soins, etc.

La pertinence des soins doit permettre d'améliorer les pratiques professionnelles afin de développer la qualité des soins ainsi que d'améliorer l'efficience de la prise en charge afin d'éviter des traitements inadéquats et donc des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité. L'objectif porte donc sur la **réduction des variations de pratiques médicales**. Pour ce faire, un atlas des variations de pratiques médicales, premier du genre en France, est disponible. Objectif : illustrer les écarts de pratiques chirurgicales existants entre les départements et interroger leurs causes afin de les réduire. »

La « pertinence des soins » relève donc de l'évaluation des comportements des soignants dans leurs actions réduites à des prescriptions, ou des actes techniques. Et si la « pertinence des actes » n'est formellement, qu'une composante de la pertinence des soins, elle est bien sûr essentielle pour les chirurgiens.

« Le plus difficile est de s'appuyer in fine sur des éléments décisionnels subjectifs (cf. : les indications de cholécystectomie et de la libération de canal carpien). Cela dépend de l'opposition entre une synthèse globale d'un grand nombre de données et la complexité unique d'un individu malade : un mort sur 100 interventions, c'est une bonne statistique, mais pour l'individu concerné, c'est un échec absolu ».

4.b.2. Pour l'Académie de Médecine

Pour l'Académie de Médecine, la pertinence des soins relève de critères un peu différents (rapport août 2013) :

- « La pertinence est la qualité de ce qui est approprié à son objet » ;
- « L'objectif final est d'améliorer l'état de santé du malade et de limiter les risques et les contraintes » ;
- « L'acte médical pertinent est celui qui convient au malade à un moment donné, c'est le plus adapté et le plus efficace » ;
- « La stratégie médicale pertinente doit tenir compte des disponibilités des ressources de santé dans un esprit d'efficience » ;
- « En outre, aucune étude, si méticuleuse soit-elle, ne peut permettre de formuler une recommandation universelle ».

On voit déjà se dessiner l'ambiguïté entre intérêt collectif et demande individuelle et, surtout, entre pertinence statistique universelle « à la moyenne » (dont un exemple est la lutte menée par la HAS pour réduire les variations de pratiques médicales) et l'évaluation ciblée des besoins.

4.c. L'éthique de soins

Les « espaces éthiques », « commissions éthiques » etc., qui se sont multipliés dans les structures de soins, et où se discutent les cas problématiques qui n'ont pas trouvé de solution normée ou réglementaire qui s'imposerait « sans état d'âme », n'interviennent que dans la phase de délibération en amont de la **décision**, qui reste à la charge du seul médecin responsable du patient. C'est bien dans l'ultime « dialogue des consciences » qu'intervient, le plus souvent inconsciemment, mais parfois de façon plus ouvertement délibérative, le questionnement éthique.

Celui-ci concerne, d'ailleurs, tous les types de soignants, médecins ou non médecins, car le « soin » relève toujours d'une **relation humaine** (que dans notre société en pleine restructuration, des technocrates veulent réduire à des algorithmes et à des procédures)

et pas exclusivement d'une technologie appliquée. Cette relation s'établit entre deux personnes dotées chacune d'une dignité humaine considérée (depuis peu) comme « universelle », altérée chez le patient par la souffrance physique et morale de la maladie ou de la blessure, mais aussi chez le soignant : c'est, pour celui-ci, la perte d'estime de soi qu'entraîne l'introduction des règles de l'économie de marché, qui va le cantonner à un agent de production, dont les émotions et l'empathie bienveillantes, recherchées par le patient, sont considérées comme des qualités non efficientes génératrices d'une perte de temps en terme de productivité.

Le médecin, jusqu'à notre époque, avait gardé un « privilège », un droit, qui faisait en grande partie sa singularité au sein de la communauté des soignants : celui de la « transgression » des normes. Il lui était reconnu la capacité d'agir en dehors des règles de vie commune, pour l'intérêt supérieur du patient. La chirurgie est l'exemple type de cette transgression permanente autorisée, mais qui ne peut être « ordonnée » par quiconque : tout acte chirurgical est une atteinte à l'intégrité physique d'une personne, qui, en dehors du cadre professionnel, relèverait d'une sanction pénale. Mais cette transgression, pour rester « non punissable », doit toujours être justifiée, au cas par cas, et relève de la responsabilité personnelle de chaque médecin. Les débats médiatisés sur certains cas particuliers concernant la fin de la vie, ne doivent pas faire oublier que les pratiques quotidiennes des chirurgiens sont en permanence imbibées et traversées par le questionnement éthique.

La notion de « pertinence des soins », est venue perturber nos conditions d'exercice professionnel au quotidien : si le souci d'économie de moyens et le service du bien commun ont toujours été des devoirs déontologiques qui s'imposent au médecin, jamais, jusqu'à ces derniers temps, le comportement d'un médecin, même en secteur libéral, ses choix techniques et ses prescriptions n'avaient été soumis de façon aussi réglementée à des directives d'action qui relèvent non de la recherche du meilleur soin pour chaque patient en fonction de ses besoins et attentes, et du respect de sa dignité dans sa libre décision, mais d'une gouvernance de conduite désormais basée sur la stricte économie financière, ce qui est l'antithèse de la **médecine de la personne**. Le respect d'une éthique

des soins et la recherche d'une pertinence des actes vont donc demander des ajustements sémantiques et réglementaires dans le respect des devoirs des médecins vis-à-vis de chacun de leur patient (éthique **déontologique**), mais aussi de la nécessité d'éviter les actes « inutiles », redondants, dangereux parfois.



Le point le plus litigieux reste incontestablement encore la définition statistique de la pertinence d'une activité médicale ou chirurgicale d'un acte particulier au regard de sa fréquence moyenne dans un territoire géographique donné. L'application d'algorithmes issus des lois des grands nombres et portant sur des métadonnées est un bouleversement complet du paradigme médical qui est **d'abord** un soin à la personne, et **ensuite** une participation au maintien de la santé d'une population. Il n'y a pas de directives « éthiques » en matière de soin, même de prévention collective... Il paraît indispensable que chaque chirurgien puisse, pour chacun de ses actes, justifier de son respect d'un comportement éthique vis-à-vis de son patient. Ainsi, le « manquement au devoir d'information » est, depuis 2012 et en dehors de toute « perte de chances d'avoir pu renoncer à une intervention », considéré par la Justice française comme un « manquement aux devoirs d'humanité », version juridique du respect de la dignité humaine. De même, pour pouvoir justifier de la non application (assimilée à une transgression) d'une règle administrative de « pertinence des soins », ou d'une recommandation de la HAS (assimilée à une justification officielle « scientifique »), la **traçabilité** des critères de choix du chirurgien (par exemple chirurgie ambulatoire ou pas) sera fondamentale.

Ainsi, « pertinence des actes » et « éthique des soins » vont donc devoir faire un mariage de raison, non seulement dans l'intérêt de chaque patient, et dans le respect de la per-

sonne unique qu'il représente, mais aussi dans le souci, pour chaque chirurgien, d'intégrer la notion d'une économie de moyens, dans le concept de « bien commun, qui a un coût sinon un prix ». Un dilemme souvent difficile que Kant avait déjà théorisé dans les « *Fondements de la métaphysique des mœurs* » en 1785 : « *Dans le règne des fins, tout a un prix ou une dignité. Ce qui a un prix peut-être aussi bien remplacé par quelque chose d'autre à titre d'équivalent ; au contraire, ce qui est supérieur à tout prix, ce qui par suite n'admet pas d'équivalent, c'est ce qui a une dignité* ».

5. Y-a-t-il une éthique chirurgicale ?

La chirurgie, en tant que spécialité médicale, est, plus encore que la plupart des activités de soins, concernée par la philosophie morale, aussi bien dans ses aspects téléologiques, finalistes que déontologiques. En effet, quelle autre « excuse » valable que la finalité de soins, de guérison ou de soulagement de souffrances pourrait justifier les blessures volontaires occasionnées au corps humain par un autre homme ? De chirurgien à bourreau, de chirurgien à tortionnaire sadique, de chirurgien à trafiquant d'organes, d'un acte chirurgical à une agression avec coups et blessures pénalement condamnables, il n'y a que l'épaisseur de la ligne de démarcation que représente l'intention, la finalité de l'acte... bref, c'est le comportement éthique.

Mais il y a aussi une éthique des moyens, une éthique déontologique, héritière de l'école Hippocratique avec son principe de prévention des risques qui n'a pas été inventé au XX^e siècle : « *primum non nocere, deinde curare* » (« d'abord ne pas nuire et ensuite seulement soigner »). La chirurgie est action, l'action est décision et, dans sa pratique, le chirurgien orthopédiste, comme tout professionnel responsable de ses actes, est concerné par une réflexion morale sur ses choix décisionnels. Tant que l'exercice chirurgical relèvera de la médecine de soins, il devra prendre en compte cette « visée éthique » décrite par Paul Ricoeur.

Peut-on accepter que l'acte opératoire soit totalement dichotomisé de la démarche décisionnelle (porter une indication opératoire) ? Cette conception binaire, pas forcément utopique, pourrait aboutir à un paradigme où l'acte serait effectué par une machine (un robot) et la décision opératoire

par un médecin. « *La science est en train de libérer le praticien des actes techniques et administratifs au profit de son vrai rôle de conseiller et de confident, lié à l'expérience intime des malades qu'il accompagne. Tel est l'avenir de mon métier, art de la relation interpersonnelle avant tout* ». (Guy Vallancien, urologue, Directeur de l'École Européenne de Chirurgie).

L'acte chirurgical serait confié à un programme informatique sophistiqué commandant un robot, et la décision à celle d'un médecin qui n'opère plus lui-même... Cette conception binaire peut être vue comme le fantasme futuriste d'un chirurgien fasciné par la technologie numérique : les mains ne peuvent-elles pas être remplacées par des outils beaucoup plus performants ?

Cette idée est déjà présente et préside, consciemment ou pas, à des pratiques professionnelles déjà existantes, parfois incluses dans des processus décisionnels parfaitement encadrés par des procédures relayées par des textes repris par l'administration (la HAS en France). « *Ainsi, en cancérologie, l'indication opératoire est portée (de façon obligatoire) par une équipe, à la suite d'une réunion pluridisciplinaire à laquelle participe, certes, un chirurgien, mais qui ne connaît pas obligatoirement le patient, n'est pas sensé l'avoir interrogé ou examiné et qui n'est pas non plus nécessairement l'opérateur qui réalisera l'acte* ». (Guy Vallancien : *Une médecine sans médecins*, Gallimard, 2015).

Enfin, la décision opératoire peut se résoudre à une concordance de données personnelles

du patient, « objectives », numérisées, mixées au sein d'un algorithme décisionnel parfaitement gérable par un ordinateur : « *L'ordinateur, en orientant la décision au sein des différentes options pour un malade précis, remplacera pour une bonne part le médecin tel que nous le connaissons aujourd'hui* ». (Guy Vallancien).

C'est aussi le fantasme à la mode de « l'équipe » sensée, par son travail collectif, éviter les erreurs individuelles et les « mauvais choix » du chirurgien. La décision collective n'est certainement pas une garantie d'évitement des erreurs, et des décisions absurdes, pourtant prises après « concertation », ont déjà produit des catastrophes mortelles, en particulier mais pas seulement, dans l'aviation ou la conquête spatiale. En orthopédie, qui n'est pas encore soumise légalement à ces consultations collectives préalables, certains chirurgiens « de la hanche », ou « du genou » vont exécuter la mission qui leur est confiée par un « correspondant », rhumatologue ou médecin traitant, à savoir la pose d'une prothèse, sans discuter l'indication opératoire, posée souvent sur un compte rendu de radiographie interprété par un radiologue qui, la plupart du temps, n'a ni interrogé ni examiné le patient. L'expression métaphorique du chirurgien orthopédiste dans le dialogue singulier peut alors se réduire à une analyse mécanique : « *votre hanche c'est comme un embrayage qui est fichu ; je vais changer l'embrayage* », notion rapportée par les patients lors des expertises médico-légales.

En conclusion

Le questionnement éthique est une étape fondamentale dans l'exercice de notre spécialité. Il ne s'agit pas, et il ne s'agira jamais, de résoudre une équation binaire. Les champs d'application sont multiples dans notre exercice professionnel quotidien de chirurgien orthopédiste : relations avec les honoraires, relations avec les publications scientifiques (plus de 20 % des publications scientifiques rapportent des résultats confinés sur le plan du droit à des faux et usage de faux !), relations avec les institutions (qu'elles relèvent du droit public ou du droit privé), relations avec les partenaires industriels ou les compagnies d'assurance. Ce questionnement a un seul plus petit dénominateur commun : **le patient** qui reste, par définition, unique. Aussi, faut-il, tous les jours, considérer ce patient comme un être unique en paraphrasant cette définition de l'éthique : « *les actions propres au chirurgien orthopédiste dans son irréductibilité de personne agissante* ».

Pierre DEVALLET est expert près la cour d'Appel de Toulouse et membre du Conseil d'administration de l'organisme d'accréditation Orthorisq ; aucun conflit d'intérêt

Henry COUDANE est expert près la cour de Cassation et président du Conseil d'administration de l'organisme d'accréditation Orthorisq. Il dirige l'équipe universitaire EA 7299 Pratiques professionnelles aspects méthodologiques, éthiques et juridiques. (Université de Lorraine) ; aucun conflit d'intérêt

2. Droit, déontologie, éthique : le point de vue du juriste

Par **Joël MORET-BAILLY** Professeur de droit privé et sciences criminelles à l'université de Lyon (Saint-Étienne)
CERCRID UMR-CNRS 5137 - Déontologue au CNRS

Les relations et les frontières entre droit, déontologie et éthique ont, du point de vue du juriste, largement évolué ces dernières années, d'une part du fait d'une large « juridicisation » de l'éthique et de la déontologie, d'autre part du fait, dans certains champs du droit et, notamment, le droit de la santé, d'une « déontologisation » de la loi¹. On peut, pour le comprendre, aborder successivement chacun des termes formant le titre de cette contribution, dans une logique chronologique

d'apparition du point de vue du droit, droit (1), déontologie (2), éthique (3).

1. Le droit

La définition du droit constitue, bien évidemment, un enjeu théorique fort chez les

juristes, mais aussi chez les philosophes, les sociologues, les anthropologues, les politistes, ce que l'on admet comme appartenant ou non au droit variant selon les époques et les écoles. Il existe, cependant, depuis environ quatre siècles, un accord relativement large dans les droits occidentaux pour admettre un lien fort entre droit, État et caractère obligatoire de la règle au sens de référence légitime pour organiser les autorités publiques, trancher des litiges, et organiser la répression, notamment pénale.

1. Les développements de cet article empruntent largement à différents passages du livre de J. Moret-Bailly et D. Truchet, *Droit des déontologies*, PUF, coll. Thémis, 2016, 466 pages, auquel nous renvoyons.

L'un des enjeux des multiples définitions du droit réside, en outre, dans la distinction entre le droit et la morale, la plupart des approches, héritières de la philosophie, opposant le droit, production sociale et collective, et la morale, posture et conviction individuelle. Les sociologues adoptent, quant à eux, un point de vue différent, impliqué par l'objet même de la sociologie, considérant que la morale constitue également un phénomène social, collectif, constatant notamment que ce qui est moral ou non dépend très largement de l'état d'une société à un moment donné, par exemple en ce qui concerne le divorce, le concubinage et, plus largement, les mœurs, ou encore le suicide, l'euthanasie. Ces oppositions « disciplinaires » se retrouvent largement en ce qui concerne les débats relatifs à l'éthique.

Une autre évolution notable du droit ces dernières années est justement en rapport avec les déontologies et l'éthique. Depuis quelques dizaines d'années, en effet, les juristes s'intéressent à la « *soft law* » ou « droit souple » désignant différentes formes de normativité qui n'émanent pas de l'État mais, par exemple, des entreprises (éthique d'entreprise), des associations (recommandations), des pratiques professionnelles (habitudes de rédaction de clauses), des administrations (circulaires, notes de service, « doctrine administrative »), ou encore des professions (déontologies). Les juristes se posent alors essentiellement la question de la « portée juridique » de ces productions, au sens de leur impact au sein du système de droit et, notamment, de leur prise en compte par les juges et les acteurs sociaux. Or, cette importance peut être considérable, soit que les normes soient prises en compte, soit qu'elles le préparent ou soient *in fine* intégrées au droit de l'État. Ces types de productions ont même fait l'objet d'une reconnaissance symboliquement tout à fait notable en 2013 : le Conseil d'État (conseil juridique du Gouvernement, entre autres) abandonne l'utilisation du vocable de « droit mou », passablement péjoratif, pour adopter celui de « droit souple », positivement connoté².

La problématique du droit souple renvoie, cependant, à l'origine des règles et non à leur objet, pivot, quant à lui, de la définition de la déontologie.

2. La déontologie

Le vocable « déontologie » naît sous la plume du philosophe utilitariste anglais Jeremy Bentham, en 1834, dans un ouvrage posthume³. Vocabulaire resté spécifique à la philosophie dans les pays anglo-saxons, il a pris un sens différent dans les pays francophones, synonyme, depuis la fin du XIX^e siècle, de morale professionnelle.

Au XIX^e siècle, en effet, différentes professions, et au premier chef celles d'avocat (au début du siècle) et de médecin (à partir de la moitié du siècle), ont été confrontées à des difficultés pratiques relatives à leur exercice et ont produit des réflexions ainsi que des règles relatives aux relations nouées dans ce cadre (rapports avec les clients, secret professionnel et consentement, rapports avec les confrères dans le cas de règles relatives à la confraternité et à la concurrence, etc.).



Aujourd'hui, les déontologies sont largement présentes dans les professions libérales (mais pas seulement⁴), représentant de véritables codes d'exercice professionnel pour ces dernières et incluant des règles relatives à l'ensemble des relations nouées par les professionnels dans l'exercice de leur profession (patients, autres professionnels, administrations, employeurs, etc.). On peut également préciser que, contrairement à une idée largement répandue, les déontologies ne réunissent pas que des devoirs professionnels, mais également des définitions, des règles procédurales, voire des droits pour les pro-

fessionnels. Les déontologies sont, en outre, en voie de renouvellement ces dernières années du fait de la montée en puissance de la problématique des conflits d'intérêts.

La déontologie médicale a, quant à elle, fait l'objet d'importantes réflexions du milieu du XIX^e siècle jusqu'au milieu des années 1920, les associations et syndicats de la profession en faisant l'un des instruments de revendication d'un ordre professionnel, sur le modèle des professions de droit. Un moment historique important prend place en 1927 avec l'écriture de la Charte de la médecine libérale par un syndicat minoritaire opposé à toute forme d'exercice non libéral de la profession et, notamment, au salariat des professionnels par les entreprises ou des sociétés de secours mutuels : les principes de la charte ont été repris dans le règlement intérieur de l'ordre des médecins en 1940, lequel sera largement repris à son tour dans le code de déontologie de 1947, ainsi que dans les codes suivants, en 1955, 1979 et 1995 ; ces principes fondamentaux forment encore aujourd'hui la substance de l'article L 162-2 du Code de la sécurité sociale qui oblige à leur respect dans les conventions négociées entre les syndicats médicaux et l'assurance-maladie. Autrement dit, les principes de la charte de 1927 structurent encore aujourd'hui l'exercice de la médecine en France.

Plus largement, la déontologie est systématiquement applicable dans l'ensemble des relations professionnelles dans la mesure où la loi renvoie systématiquement à la déontologie dès qu'une règle peut avoir une application quant à l'exercice de la profession, par exemple lorsqu'un médecin exerce dans le cadre de l'hôpital public.

Ce principe reçoit, cependant, une exception de taille depuis la loi relative aux droits des patients du 4 mars 2002 : suite au refus du Conseil national de l'ordre des médecins de faire évoluer la déontologie, notamment dans le sens d'une information du patient en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le législateur est intervenu dans un domaine jusque là déontologique.

Cependant, différentes évolutions législatives de ces dernières années ont pu être analysées comme une forme de « déontologisation » de la loi, au sens où la logique déontologique traditionnelle, mettant les devoirs du médecin et non les droits du patient au centre du système, peuvent se retrouver dans un certain

3. J. Bentham, *Déontologie ou science de la morale*, revu, mis en ordre et publié par John Bowring, traduit sur le manuscrit par Benjamin Laroche, deux tomes, Charpentier, 1834.

4. La déontologie a notamment connu de forts développements, ces dernières années, à propos de la fonction publique et des marchés financiers.

2. Conseil d'État, *Le Droit souple*, Etude annuelle, 2013.

nombre d'énoncés, notamment à propos de la fin de vie.

Pendant de nombreuses années, les juristes ont, en outre, discuté de l'appartenance de la déontologie médicale (et d'autres déontologies) au droit, dans la mesure où celle-ci émanait factuellement des professionnels, ou en tous cas des institutions professionnelles, à savoir des syndicats médicaux puis de l'ordre des médecins, mais était édictée sous la forme d'un décret en Conseil d'État, c'est-à-dire d'un acte du Premier ministre. Ce débat semble, aujourd'hui, largement clos, la nature juridique du Code de déontologie, aujourd'hui intégré aux articles R. 4127-1 et suivants du Code de la santé publique est quasi unanimement admise.

Soulignons, pour terminer, que la violation de la déontologie peut également servir de fondement à la répression disciplinaire des professionnels ; elle peut, de même, servir de fondement à la sanction civile ou pénale d'un médecin, permettant de qualifier une faute civile ou une faute pénale.

3. L'éthique

L'éthique, pour le philosophe, ne se distingue pas facilement de la morale, les deux concepts trouvant leur origine dans une étymologie

comparable (ethos et mores désignent également les mœurs, les habitudes, en grec et en latin). En effet, la philosophie morale se divise traditionnellement entre une réflexion relative aux principes et une philosophie appliquée ; selon les philosophes, l'une et l'autre font l'objet d'une opposition de vocables (souvent éthique et morale) mais sans que ces vocabulaires soient systématiquement rattachés à la même branche de la philosophie morale...

L'éthique biomédicale, quant à elle, prend pour objet de proposer des solutions afin de régler les conséquences sociales (le choix ou la priorité donné à un intérêt sur l'autre, ou l'aménagement de ces intérêts) des progrès de la recherche dans le domaine des sciences de la vie. La démarche éthique a connu une remarquable institutionnalisation depuis les années 1960 aux États-Unis et 1980 en France et se trouve considérablement marquée par les principes et la symbolique du « code » issu des procès de Nuremberg relatif aux médecins nazis et à leurs pratiques dans les camps de concentration et d'extermination.

Elle peut, dans ce cadre, avoir un caractère normatif, se rapprochant alors du droit et de la déontologie. Cependant, on a pu op-

poser l'éthique à cette dernière en estimant que de la thérapeutique à la recherche, on passe de la déontologie à l'éthique. Quelques-uns des objets de l'éthique biomédicale résident dans les recherches biomédicales (dont les conséquences ne sont pas forcément thérapeutiques pour les personnes intégrées à un protocole) : le clonage, l'assistance médicale à la procréation, le prélèvement d'organes ou la fin de vie.

Pour le juriste français, la bioéthique constitue largement un objet juridique dans la mesure où les règles relatives aux recherches biomédicales font l'objet de règles juridiques nationales depuis 1988, la bioéthique plus largement entendue ayant, quant à elle, fait l'objet des trois « lois bioéthiques » de 1994 plusieurs fois révisées. Ici, comme en ce qui concerne la déontologie, l'éthique biomédicale constitue aujourd'hui largement une question juridique.

Soulignons, pour terminer, qu'une autre question « éthique » préoccupe aujourd'hui les juristes, celle de l'éthique d'entreprise largement intégrée depuis quelques années à la question, plus large, de la responsabilité sociale de l'entreprise.

Joël MORET-BAILLY

3. L'éthique en orthopédie

Par Jean DUBOUSSET

Professeur Honoraire de chirurgie orthopédique infantile

Loin de moi l'idée de pouvoir couvrir un sujet aussi vaste en quelques lignes. Vous trouverez là seulement quelques réflexions à propos du sujet en sachant qu'il est difficile, presque impossible, de discuter d'éthique en public, car cela fait appel **toujours** au cas particulier, qui est unique, puisque le malade qui est devant vous est unique et ce n'est pas la génétique qui le contredira. Au contraire, chaque jour elle le démontre pleinement.

Introduction

L'éthique est dans l'air du temps. Et pourtant c'est une des bases de la loi et du serment d'Hippocrate qui reste un des fondamentaux de la médecine. La médecine est, d'abord, une relation privilégiée et unique entre le médecin, son malade et sa famille. Elle est basée sur la reconnaissance mutuelle bien

plus que sur la signature d'un consentement dit « éclairé » qui trop souvent n'apporte qu'un éblouissement dans lequel le malade se perd, mais donne bonne conscience au médecin dans le partage de la responsabilité. Et c'est pourtant la loi ! ! Preuve que l'on ne peut pas mettre l'éthique en lois. Dès que l'on prononce le mot loi, on s'écarte de l'éthique. L'éthique, c'est une loi personnelle que l'on doit appréhender d'abord et s'imposer à soi-même. L'éthique, c'est un comportement intérieur dont le fondement principal tient dans le respect d'autrui tout autant que de soi-même. C'est seulement sur cette base que peut s'établir la confiance mutuelle basée sur la conscience de chacun. Pour que cette confiance soit éthique, il faut de la part du médecin 3 éléments : connaissance, expérience, évaluation de ses résultats.

1. La connaissance et l'expérience sont intimement mêlées

Donc, d'abord, de la part du médecin, qu'il ait **cette connaissance** ou, lorsqu'il ne l'a pas, qu'il n'hésite pas à faire appel à un autre médecin, une autre équipe qui est supposée l'avoir. C'est là qu'apparaît la notion d'équipe.

Premier exemple : les tumeurs malignes

Il est en effet non éthique, et même peut-on apporter le mot « faute médicale », que de prétendre traiter seul une tumeur maligne de l'enfant (ou de l'adulte d'ailleurs). Chaque maillon de l'équipe est nécessaire depuis le médecin généraliste, l'oncologue pédiatre, le radiologue, le chirurgien, l'anesthésiste, le kinésithérapeute, le psychologue, l'infirmière, la secrétaire, etc., bref tous les hommes

et femmes qui à un moment ou à un autre auront affaire au cas de l'enfant.

D'où la nécessité d'un dialogue permanent entre tous les membres de l'équipe, d'où la même nécessité de connaissance que chacun des membres de l'équipe devra maintenir à jour dans son domaine.

Voilà une première pierre fondamentale de la relation malade - famille - équipe soignante dans l'éthique.

Il y a la connaissance théorique et la connaissance pratique. La connaissance théorique, tout le monde peut l'acquérir, mais pour la connaissance pratique, il faut avoir eu à traiter un nombre suffisant de malades, **c'est l'expérience !**

C'est pourquoi traiter une tumeur maligne une fois par an n'est pas éthique. Il y a à peu près 100 nouveaux cas d'ostéosarcome par an pour toute la France, c'est pourquoi, à mon avis, de 6 à 8 centres de traitement me paraissent suffisants pour l'ensemble du territoire national. Cela s'est mis en place progressivement dans notre pays et c'est un bien. Rappelons que les RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires) mises en place et obligatoires pour la prise en charge de toute tumeur maligne sont là pour cela, malgré leurs imperfections qui existent et doivent être améliorées dans leur fonctionnement. Et, corollaire important, cela devrait être enseigné dans les années de formation des étudiants.

Deuxième exemple : Il devrait en être de même pour les grandes déformations rachidiennes

Elles requièrent, en plus, des connaissances cliniques spécifiques, un plateau technique performant, fiable, et entraîné, sans préjuger de son installation en milieu public ou privé... C'est là où aussi bien les CHU, les caisses d'assurances maladies, les mutuelles, et donc les organismes politiques qui dirigent notre pays, devraient eux aussi appliquer les principes éthiques de ces réunions de concertation pluridisciplinaires pour organiser une répartition territoriale éthique et raisonnable de ces centres thérapeutiques spécialisés.

Cela s'est bien fait pour la chirurgie cardiaque, pourquoi pas aussi pour l'orthopédie ?

Par contre, la connaissance pour le diagnostic doit être diffusée à tous les médecins grâce à une formation continue : la

SOFOT et ses sociétés associées (SOFOP, SFCR, GEM, etc.) jouent leur rôle, à côté de l'enseignement universitaire en s'adressant à des étudiants jeunes (qui n'ont pas encore de réelles responsabilités) et en les sensibilisant dès le plus jeune âge médical à ces notions d'éthique. C'est un devoir pour l'enseignant qui n'utilisera « pas trop de théorie, mais des exemples cliniques ».

D'autre part tous les médecins devraient être encouragés à suivre leur malade, y compris avec le centre spécialisé qui prend en charge le traitement. Ainsi la continuité de soins, l'éthique vis-à-vis de son malade en serait renforcée et l'enseignement par là même serait plus facilement diffusé.



Il va de soi, aussi, que des réunions scientifiques bi- ou trisannuelles entre ces quelques centres spécialisés devraient être obligatoires, en dehors des colloques nationaux ou internationaux.

C'est par exemple là, que le rapprochement neurochirurgie-orthopédie, sous le sein de la SFCR, a été indiscutablement une action éthique.

Cette question du maintien à niveau de la connaissance doit faire partie de l'éthique individuelle de tout médecin pour ne pas en arriver à se voir imposer une espèce de « recertification » contrôlée tous les 5 ou 10 ans !

2. L'évaluation de ses propres résultats est un pilier de l'éthique

Dans l'idéal méthodologique, cette évaluation devrait être réalisée par des observateurs totalement indépendants. À ceci près que le patient reste unique, même au sein d'une même étiologie, et que celui qui connaît le mieux le malade, c'est bien celui qui l'a opéré, c'est lui qui peut le mieux évaluer son résultat s'il fait preuve d'éthique personnelle. À condition, aussi, qu'il utilise des échelles de mesure qui ont été établies par des organismes fiables et déjà éprouvées dans d'autres séries et par d'autres opérateurs

ou autres techniques. Pour des techniques nouvelles, si l'inventeur ou le promoteur applique ces règles éthiques et attend suffisamment longtemps pour apprécier le recul de ses résultats avant de les répandre dans la communauté orthopédique, il sera considéré comme fiable. D'autre part, à condition qu'il ait explicité rigoureusement ses indications et sa technique, il attendra de constater les résultats obtenus par les autres pour vérifier que son apport a vraiment été utile pour les patients. D'ailleurs, si la nouveauté est vraiment utile, elle se répand rapidement d'elle-même, sans que les « conflits d'intérêt » ne viennent polluer les relations humaines. Et, au niveau local ou régional, le « bouche à oreille » des patients constatant les résultats a vite fait d'entériner ces résultats et de créer une réputation.

3. La conséquence c'est la confiance

C'est un engagement mutuel du médecin envers son malade (ou sa famille) et réciproquement. C'est-à-dire que, du côté du médecin, elle ne doit jamais être transgressée : c'est ce que, personnellement, j'appelle la conscience. C'est bien là que se trouve l'un des nœuds du problème, car elle doit s'appliquer non seulement vis-à-vis du malade (et de sa famille) bien sûr, mais aussi vis-à-vis des autres membres de l'équipe (par exemple anesthésiste) tout autant qu'à soi-même. Cela revient à mettre en jeu simultanément et à parts égales sa raison et son âme.

C'est là où le dialogue singulier (mais qui peut être repris par n'importe quel membre de l'équipe) entre le médecin et son malade (ou sa famille) prend toute sa dimension et ne pourra jamais être remplacé par une brochure impersonnelle (aussi bien faite soit-elle) qui souvent inquiète plus qu'elle ne rassure et, trop souvent encore, permet à trop de médecins de se décharger de ce dialogue pourtant unique et indispensable à l'établissement de cette confiance qui est réalisée par le mélange des deux consciences des deux individus en présence.

4. Quelques exemples pratiques

L'annonce du diagnostic

Elle doit être complète, claire, surtout comprise du malade tout autant que de sa famille, et doit donc être simple, exprimée non pas avec des termes trop scientifiques tenant du langage médical, mais avec des mots imagés c'est-à-dire des mots de tous les jours.

Les grandes lignes de la thérapeutique

Elles seront expliquées de la même manière mais en ajoutant toujours que « l'individu étant individuel et unique », elles peuvent sujettes à des variations en cours de route, en particulier devant la survenue d'une complication, qu'il faut évoquer mais en rassurant le patient ou sa famille et en montrant que l'on a toujours des solutions, mais, surtout et enfin, que l'on prend toutes les mesures pré- et peropératoires pour les prévenir et les éviter. Informer, mais ne pas inquiéter, voilà une attitude éthique.

Surtout, ce que le malade attend, c'est le futur : comment sera-t-il après le traitement ?

Et c'est là où le comportement du chirurgien (et de toute l'équipe en cas de tumeur maligne par exemple) est, à mon avis, fondamental. Il est nécessaire que le patient (et sa famille) ressente la certitude de l'amélioration clinique plus ou moins rapidement obtenue par l'orthopédie classique, y compris la traumatologie, avec, pour les affections chroniques, l'amélioration escomptée pour le long terme comparée à l'évolution spontanée prévisible en l'absence de traitement. Pour les tumeurs malignes, le but est la guérison dont le chirurgien doit avoir la certitude en lui-même. Et ceci est valable pour tous les membres de l'équipe.

Si le doute existe dans l'esprit du thérapeute, il ne doit jamais transparaître, dès la première annonce du diagnostic et tout au long du traitement aussi compliqué soit-il. Si le doute transpire dans la relation médecin, patient ou famille, il ne rend pas service au patient, il crée l'inverse du but recherché et peut-être empêche les endorphines cérébrales du patient de jouer leur rôle bénéfique anti-oncogène. Qu'en sait-on ?

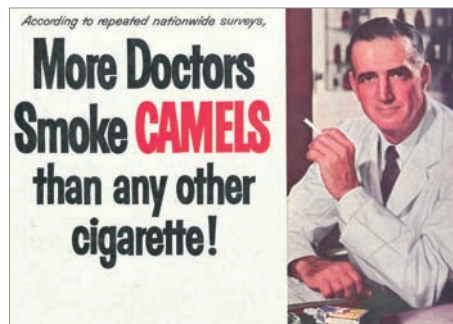
Par contre, il ne faut pas éluder les questions, répondre que l'on a des solutions quelles que soient les difficultés et se rappeler de cas désespérés qui sont toujours vivants et actifs pour faire transparaître dans le dialogue que l'on recherche la « guérison » malgré les difficultés du traitement qui peuvent entraîner des handicaps résiduels.

C'est la même éthique que l'on doit avoir dans l'annonce du handicap vis-à-vis des parents chez les grands prématurés, savoir que l'on n'abandonnera pas les possibilités d'améliorations et d'accompagnement tout au long de leur vie.

Comportement lors de la proposition d'un traitement chirurgical

Le devoir du chirurgien est d'expliquer les diverses possibilités thérapeutiques, mais il est tout aussi de son devoir et de son éthique, me semble-t-il, de proposer au patient et à sa famille, le traitement qu'il juge le plus approprié au cas du patient.

Le patient ou sa famille est, bien sûr, libre d'accepter ou de refuser, mais ce n'est pas au chirurgien de faire choisir par le patient, les parents ou l'enfant, le type de traitement. À mon avis, dans un tel comportement, l'éthique se trouve transgressée, malgré les recommandations de certaines lois mal interprétées, demandant de mettre le malade lui-même (ou sa famille) au centre de la décision au risque, en cas d'échec, d'entraîner chez lui un sentiment de culpabilité qu'il gardera sa vie durant.



Comportement devant l'annonce d'une complication du traitement

Il n'est pas éthique de cacher le moins du monde la complication, ni d'essayer d'en apporter des explications cherchant à se décharger, ni d'essayer d'en faire porter la responsabilité à quelqu'un d'autre. Il n'est pas éthique non plus de ne pas proposer de solution au malade, fut-ce au prix de demander un avis à une autre équipe. C'est là où cette relation singulière privilégiée qui doit exister depuis le début du traitement entre médecin, famille, malade, prend toute son importance, car cette relation de confiance-conscience a été entretenue, complétée, affinée, tout au long du traitement et qu'elle aboutit à une vraie transparence : alors, la survenue de cette complication majeure pourra être comprise et acceptée par tous, malade, famille, équipe soignante.

Faute - Erreur médicale - Aléa thérapeutique

Proposer une radiothérapie en première intention pour un kyste anévrysmal accessible

à la chirurgie, non seulement ce n'est pas éthique, mais cela s'approche de l'erreur ou de la faute médicale, à mon avis, en raison du risque de dégénérescence maligne qu'il peut entraîner.

On voit bien, ici, combien il va falloir déterminer ce que l'on appelle faute médicale. Pour moi, c'est clair : c'est un acte **délibéré** contraire à la loi et au serment d'Hippocrate. De ne pas se tenir au courant des données de la science médicale et de ne pas demander lorsqu'on ne sait pas à ceux qui savent ou sont censés savoir, c'est un acte délibéré, donc une faute.

Par contre, laisser une compresse dans un champ opératoire malgré une recherche habituelle en fin d'intervention avant de fermer, c'est une erreur qui doit être compensée par les assurances du médecin ou de l'hôpital.

Avoir une paraplégie dans une opération rachidienne si aucun geste chirurgical malencontreux et si tous les contrôles peropératoires ont été correctement effectués, relève dans la pratique et la loi française de l'aléa thérapeutique dont les conséquences sont prises en charge par le gouvernement et la société.

Cette distinction est fondamentale, de même que l'évolution qui apparaît dans les « expertises » où l'avis d'un seul expert désigné, je l'espère, ne sera plus valable, mais bien celui d'un collège d'au moins trois experts ou sapiteurs réellement compétents dans la pathologie en cause.

Éthique et communication scientifique

Il n'est pas éthique de vouloir garder pour soi une technique, une invention, une manière de faire qu'on a jugé en conscience utile pour un certain nombre de malades, que ce soit pour une question d'argent (et on touche au douloureux problème des brevets, de la propriété intellectuelle et de la propriété industrielle) ou encore plus grave, à mon sens, pour une question d'orgueil. Il faut tout dire, tout faire savoir dès que soi-même on est convaincu, preuves à l'appui, que cette invention peut être utile à d'autres.

Et, en particulier, les complications : cacher une complication dans une présentation ou publication scientifique est non seulement contraire à l'éthique mais c'est aussi et surtout malhonnête. Ce qui m'a fait personnellement le plus progresser dans ma carrière, c'est l'analyse impartiale des échecs.

Heureusement, on voit de plus en plus, dans les congrès, des séances consacrées à ces échecs.

Ethique et communication au grand public (média, télé, Internet, etc.)

Il y a des attitudes éthiques et non éthiques. Faire des communications dans le sens préventif (signes d'appel amenant à la consultation d'un médecin) cela est parfaitement éthique. Donner des explications sur Internet sur les grandes lignes des traitements en rappelant que chaque cas est individuel et unique et donc ne s'applique pas forcément à l'observateur, là encore il n'y a rien à redire sur le plan éthique. Mais il faut que ces communications ne soient pas trop agressives et ne conduisent pas à plus d'inquiétude que d'apaisement (par exemple vues opératoires souvent peu compréhensibles par les malades).

Par contre, lorsque les médias se prêtent à des communications, en particulier sur des thérapeutiques qui s'apparentent plus à la publicité d'une technique, d'une drogue, d'un appareillage quelconque ou encore,

plus grave, d'une personne, alors là, la dérive est patente et ce n'est pas éthique.

Je ne veux pas parler ici de la diffamation qui relève évidemment directement de la déontologie et de la justice.



Conclusion : l'éthique c'est une question de conscience

On voit donc bien que l'éthique se place à chaque instant dans toutes nos actions vis-à-vis du malade, enfant ou adulte, de sa famille et de la société qui l'entoure.

Mélange orthopédie, parfois oncologie, philosophie, éthique : chaque cas est particulier

et c'est dans l'échange le plus clair possible entre le chirurgien (recueillant les avis de toute l'équipe soignante et, en particulier, les anesthésistes et, si besoin est, les oncologues) et son patient ou sa famille et dans la connaissance et la conscience de chacun d'entre eux que la décision se prend. D'où l'importance de la notion d'équipe, pas seulement sur le papier, mais dans la communion des cerveaux et des « cœurs ».

- Conscience de s'instruire et de se tenir au courant.
- Conscience, lorsque l'on ne sait pas, de s'adresser à d'autres.
- Conscience de ne jamais prendre une décision seul, mais en équipe.
- Conscience de ne pas responsabiliser le malade ou la famille dans une décision majeure, le médecin devant assumer sa responsabilité.
- Conscience, enfin, de douter et de toujours se remettre en question, pour chaque cas.

Jean DUBOUSSET

4. L'éthique ne s'applique pas, elle se vit au quotidien !

Par Alain Charles MASQUELET

Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Université Paris VI

L'éthique est, incontestablement, un terme à la mode, notamment en médecine et dans le domaine du soin. Consciemment ou non, on l'oppose volontiers à celui de morale qui évoquerait une rigidité de l'esprit, forgée par des principes intangibles qui seraient autant de facteurs limitant l'émancipation de l'individu moderne. Disons le franchement : l'éthique est une notion galvaudée tant elle se prête à de nombreuses pirouettes. Par un raccourci à peine caricatural, on pourrait affirmer que le paravent de l'éthique offre, dans de nombreuses situations, une bonne conscience à peu de frais à ceux qui en sont dépourvus. Tel est, à notre sens, ce qui relève notamment de l'éthique d'entreprise, qui joue sur la transparence, l'assurance qualité, la traçabilité, le vertueux comportement vis-à-vis de l'environnement et autres éléments phraséologiques qui ne visent, en définitive, qu'à se concilier les associations de consommateurs et à faire davantage prospérer l'entreprise, c'est-à-dire

engranger des profits. Où est l'éthique dans cette marchandisation à outrance ?

Posons, comme préalable, que l'éthique ne peut être la caractéristique décrétée d'un groupe ou d'une communauté. L'éthique est d'abord et avant tout individuelle. Elle révèle de la personne au quotidien, elle recèle un arrière-plan de convictions et de valeurs transmises ou acquises. L'éthique est donc un comportement, une attitude, une posture face à des situations dont il convient, à chaque fois, de cerner le caractère inédit. L'éthique est à construire en permanence sur un socle de valeurs sous-jacentes, qu'on peut appeler des principes moraux sinon une morale. L'éthique sans morale est une vapeur, mais la morale sans éthique est aveugle.

Il faut, à ce propos, insister sur le caractère contingent et dynamique de l'éthique par opposition à l'aspect définitif et mécanique

des injonctions morales. Ce qui revient à dire que l'éthique peut parfois entrer en conflit avec les valeurs morales sous l'effet d'une situation dans laquelle le mieux est l'ennemi du bien. Autrement dit, l'éthique, bras armé des valeurs morales, a pour objectif, non pas l'assurance d'une réalisation idéale, mais l'avènement du juste, c'est-à-dire la réponse la plus ajustée possible à une situation donnée. La possibilité d'un conflit irréductible entre le bien et le juste est la meilleure justification de l'instance délibérative où chacun sera invité à s'exprimer. Seule, la délibération éthique permettra une attitude commune qui n'aura qu'une valeur transitoire, en accord juste avec une situation.

À travers cette énonciation, qui apparaîtra peut-être réductrice, on voit poindre ce qui fait la caractéristique d'une relation de soin. La relation de soin est la manifestation permanente de la tension éthique qui est un élan vers le juste. Notons que le juste s'écrit

avec une minuscule car il ne s'agit en aucun cas d'une catégorie transcendante mais, plus simplement et aussi plus difficilement, d'un « ajustement » permanent à une situation par définition évolutive. Ce qui est juste aujourd'hui ne le sera peut-être plus demain. Le défi éthique permanent c'est la fragilité de la relation de soin qu'il faut préserver de nombreuses agressions : obstacles, préjugés, automatismes de langage ou d'attitude qui constituent autant de motifs de l'oubli de l'Autre.

Dans une étude de terrain déjà ancienne, nous avons comme objectif de débusquer et de relever ce que nous avons appelé « l'inadéquat », à savoir les comportements, les attitudes, les discours, les argumentations et même les silences inadaptés, susceptibles de porter atteinte à la relation de soin et par conséquent d'apparaître comme « anti-éthiques ». Vingt ans d'observations ont été nécessaires pour élaborer une sorte de typologie clinique de la vulnérabilité de la relation de soin.

Nous avons relevé 7 catégories à l'instar des 7 plaies de l'Égypte antique :

- la faiblesse du discours médical ;
- l'hypertechnicisme de la pratique ;
- la conception hétéronomique du traitement ;
- la question mal comprise de l'autonomie du patient ;
- la tyrannie des bons sentiments ;
- l'incompatibilité des temporalités entre soignants et soignés ;
- le conflit des représentations de la maladie et de la guérison.

1. On a beaucoup écrit sur l'insuffisance et la suffisance du discours médical. Les facteurs les plus essentiels nous ont paru être l'usage immodéré de néologismes barbares et, surtout, le manque de crédit accordé au savoir expérientiel du patient. Le discours médical fourmille de termes savants façonnés par des racines grecques. Au moins, ces mots répondent-ils à la nécessité de désigner le plus précisément possible des phénomènes qui n'ont pas leur équivalent dans la vie quotidienne. En revanche, l'utilisation récente de termes empruntés à d'autres domaines confère au discours médical une tonalité d'une pseudo modernité grotesque. Pour exemples, relevons l'observance, la compliance et la résilience qui appartiennent à des champs lexicaux étrangers à la médecine, ceux du religieux (observance), de l'industrie artisanale (compliance) et de la métallurgie

(résilience). Comment ne pas voir, dans l'émergence de ce vocabulaire, des relents à la fois de sacralisation, de réification et d'instrumentalisation ?



Plus grave, sans doute, pour le déploiement de la relation de soin, est le rejet du savoir expérientiel du patient, l'absence de considération pour le symptôme qui n'a droit de cité que s'il est transformé en signe. L'objectivation du discours du patient, si elle doit être tenue pour nécessaire en ce qu'elle est fondatrice de la clinique, ne doit pas décréter la nullité signifiante du subjectif. La prise en compte, par le soignant, d'un subjectif intraduisible dans le discours médical est, cependant, d'une extrême importance pour faciliter, chez le patient, la nécessaire appropriation de sa maladie, en lui offrant une cohérence entre le ressenti et l'objectivation. Ces deux manières d'appréhender la maladie ne sont pas contradictoires : elles constituent le socle des médecines dites alternatives qui jouissent, par ce ressort même, d'une grande faveur populaire. Négliger le subjectif, c'est-à-dire la part du discours qui n'appartient qu'au patient, c'est aussi se priver d'un accès à la micro-clinique, celle qui précède la clinique des signes, celle qui permet par sa reconnaissance une action thérapeutique précoce et efficace dans l'espoir raisonnable d'une *restitutio ad integrum*. Les exemples sont nombreux, pour le soignant qui veut bien y consacrer son attention, de ces prodromes qui ne font jamais l'objet d'une description académique et d'un enseignement systématique. Nous citerons, simplement, la sensation de mal être qui précède une hypoglycémie, la difficulté, à la fin de la miction, à éjecter les dernières gouttes d'urine, qui traduit une faiblesse du detrusor annonciateur d'un syndrome de la queue de cheval ou le prurit de la paume des mains en rapport avec un syndrome de rétention biliaire débutant. Accorder de l'attention à ces menus symptômes renforce la confiance du patient et permet une action

thérapeutique radicale, qui appartient au registre de la prévention.

2. Le technicisme médical découle naturellement d'une foi aveugle dans l'objectivation comme moyen exclusif de reconnaissance de la maladie. Le technicisme, c'est l'envers diabolique de la technique, au sens originel du terme (de *dia-bolein*, ce qui divise). Le technicisme, c'est l'abaissement du patient à un objet de manipulation, c'est la réduction du soin à un geste technique, c'est subordonner le souci de l'Autre à l'usage de la technique alors que la technique ne doit être que le prolongement de la main qui soigne. Le technicisme est une tentation forte, une sorte de substitut du soin, de même que l'imagerie d'investigation tend, de plus en plus, à se substituer à l'exploration clinique.

Le technicisme est rassurant pour le soignant et effrayant pour le patient.

3. La conception hétéronomique du traitement prend sa source dans le principe de bienfaisance, l'une des quatre composantes classiques de l'éthique médicale qu'il n'est pas inutile de rappeler : principe de bienfaisance, principe de non malfaisance, respect de l'autonomie du patient et souci d'équité dans la distribution des soins. Le soignant se retranche souvent derrière le principe de bienfaisance dans un but inavoué d'autovalorisation et de légitimation de son autorité. Combien de fois n'entend-on pas rétorquer à tout début d'objection de la part du patient « mais c'est pour votre bien que l'on vous fait cela ! ». Le principe de bienfaisance peut être dévoyé sous la forme d'une règle despotique émanant d'une posture moraliste et infantiliste. La conséquence méconnue d'une telle attitude inadaptée est de réprimer, chez le patient, un élan normatif naturel, autrement dit une disposition à guérir, en lui interdisant de faire, des objectifs de santé, des objets de choix. Or, le choix du patient n'est pas dans la trivialité qui consiste à penser que le patient peut avoir le choix de son traitement. Le choix du patient est dans le désir de bien se soigner... ou non.

L'un des ressorts d'une authentique relation de soin est de faire coïncider le devoir de bienfaisance du soignant et le désir du patient de prendre soin de lui.

4. La question mal comprise de l'autonomie du patient est d'autant plus prégnante que le terme autonomie, à l'instar de l'éthique, a été largement diffusé, commenté, corseté par des textes de lois et donc galvaudé sous

la forme d'un impératif qu'il s'agirait de brandir devant n'importe quelle situation difficile. L'autonomie, qui consiste à se soumettre à sa propre loi, n'est pas une revendication. L'autonomie est un absolu, dont le véritable sens est obscurci par une double confusion : la première est d'effacer la distinction entre autonomie et indépendance. Le patient est à la fois autonome et dépendant, dépendant à plus d'un titre, de la maladie qui l'affaiblit, des soignants qui l'entourent et du traitement qui lui sera prescrit. En un mot, le patient est dépendant du soin. Et l'autonomie, qui constitue un horizon absolu, ne réside pas dans le choix thérapeutique mais dans la capacité de choisir de bien se soigner. C'est cette autonomie que le soignant doit s'efforcer de favoriser et de promouvoir. Des situations, bien identifiées, sont révélatrices de l'échec de reconnaître le véritable sens de l'autonomie de la part des soignants. Ainsi, le refus de soin, qu'on peut assimiler à une rupture de contrat, trouve fréquemment son origine dans un impératif de traitement asséné sans ménagement ou une injonction énoncée avec une tonalité punitive ; par exemple, le sevrage tabagique, qui doit être considéré comme la prise en charge d'une véritable maladie et non pas comme une obligation qui serait du seul ressort du patient et dont la faillite serait entouré d'un cortège de représailles du genre « si vous n'arrêtez pas de fumer, je ne vous opère pas ! ».

Plus grave encore, dans le registre de la méconnaissance de ce qu'est la véritable autonomie est l'attitude de désengagement médical qui s'apparente à une lâcheté et qui consiste, sous le double argument de l'obligation d'information et de respect de l'autonomie du patient, de présenter sans parti pris toutes les options thérapeutiques et de faire porter au patient la responsabilité du choix du traitement. René Leriche, en son temps, avait déjà fustigé un tel comportement en des termes très éloquents : « Certains chirurgiens, par caractère ou par calcul, aiment à grossir les risques, à montrer des doutes et des craintes. Ils laissent au malade le souci de choisir la thérapeutique qui lui convient. Ils croient ainsi diminuer leurs responsabilités éventuelles. Précaution inutile et, surtout, inhumaine cruauté ». (*Philosophie de la chirurgie*, Flammarion, 1951).

Une authentique relation de soin est une dyade qui s'appuie à la fois sur une approche interne, expérientielle et subjective, celle du

patient et sur une approche externe, objective et rationnelle qui est celle du soignant. Nulle prééminence de l'une sur l'autre, pas de compétition ni de relégation, pas d'opposition et pas d'interchangeabilité non plus. La conjonction harmonieuse des deux approches, comparable à la marche sur deux jambes sans avoir besoin d'y penser, n'est pas du ressort d'une simple addition de compétences. De même que la vision binoculaire n'est pas l'addition de la vision de chaque œil, mais procure un gain supplémentaire qui est la perspective, la dyade relationnelle entre soignant et soigné aboutit à un pacte d'alliance qui est la condition *sine qua non* de l'élaboration de la solution juste.



5. La tyrannie des bons sentiments est un des vices les plus fréquents du discours soignant. Nous entendons par bons sentiments, des expressions ou des attitudes dictées, sans nul doute, par le principe de bienveillance mais qui revêtent un caractère mécanique. Telle est l'euphémisation du discours médical qui consiste, en permanence, à dissimuler la réalité de la situation par des expressions lénifiantes censées adoucir la peine du patient ; « ce n'est rien, voyons, vous allez bientôt sortir... ». On conçoit aisément que ce n'est pas rendre service au patient que de le laisser seul se confronter, tôt ou tard, à la réalité. La véritable empathie que pensent ressentir un certain nombre de soignants n'a en réalité rien d'un sentiment. Un ressenti empathique est plutôt la marque d'une bienveillance compassionnelle qui, en tant que telle, possède son revers sombre sous la forme d'une aversion de la déchéance et d'un mépris de la fragilité. Les fausses voies de l'empathie se repèrent à des attitudes qui, plus ou moins consciemment, se réclament d'une demande de considération sinon de reconnaissance de la part des patients. À l'inverse, une véritable relation de soin se fonde sur la culture de l'écoute et de l'at-

tention à la singularité. Encore une fois, la finalité de la relation de soin est de déceler les potentialités normatives du patient et d'aider ce dernier à les actualiser pour les faire entrer dans un processus de réparation.

6. L'incompatibilité des temporalités est un écueil structurel de la relation de soin. L'homme souffrant est soumis à une désapspatialisation du temps, autrement dit la perte des repères géométriques qui balisent une existence ordinaire. Le temps n'est plus vécu comme un écoulement d'un point à un autre, rythmé par les horloges, mais comme une durée psychique non quantifiable. Cette temporalité particulière est sujette à des changements : temps de l'urgence sur lequel le patient n'a pas de prise, temps ralenti des phénomènes biologiques imperceptibles sans manifestation phénoménale, temps circulaire, parfois, d'un retour désespérant à une étape antérieure que l'on avait crue franchie, temps accéléré enfin, porteur d'espoir, de la cristallisation des phénomènes annonciateurs de la guérison. On peut affirmer, de ce point de vue, que la maladie est une expérience « hors du temps ».

À l'inverse le soignant est en permanence soumis à la temporalité de l'urgence, régie par les horloges et non par la vie intérieure. Cette temporalité ordinaire est mesurable notamment par l'effet thérapeutique et la rationalisation organisationnelle. De toute évidence, elle entre en opposition avec le caractère non mesurable de la temporalité intuitive.

Ce qu'on a pu appeler « le choc des temporalités » est à l'origine de nombreux contentieux. Le caractère incompatible des temporalités propres au soigné et au soignant est-elle pour autant irréductible ? Y aurait-il un point de rencontre qu'il s'agirait d'activer qui entrainerait ce qui s'apparente à la vibration d'un diapason ?

Ce point de rencontre repose tout entier sur l'attention et la détection du bon moment pour agir ou pour dire, ce que les Grecs appelaient le Kairos, le dieu de l'opportunité. Le bon moment pour agir s'appuie sur l'unité du patient, unité biologique, psychique et somatique, dans le cadre du pacte d'alliance qui est le ciment de la relation de soin. Il s'agit, en neutralisant le conflit des temporalités, d'aider le patient à entrer dans une dynamique où émerge une force régulatrice, un élan normatif susceptible, à terme, de permettre de renouer avec les interactions

de l'environnement qui étaient celles d'avant l'entrée dans la maladie.

Le soin et sa mise en œuvre, à travers la relation de soin, est donc un art où intervient un ensemble de facultés non quantitativement mesurables.

L'art du soin est, tout entier, dans l'art de viser juste à un moment donné, de trouver l'accord juste et l'harmonie active. L'homme malade ou blessé s'estime victime d'un sort injuste, d'une injustice flagrante ; il demande, naturellement, réparation de l'injustice dont il est victime à l'institution soignante. Il n'est pas dans le rôle du soignant de rendre la justice ; mais le soignant doit s'efforcer de répondre à la demande de justice du patient par la justesse de son action.

La relation de soin véritable est caractérisée par son inaptitude à la quantification.

7. Un dernier obstacle identifié, et non des moindres, est le **conflit des représentations de la maladie et de la guérison** qui diffèrent selon les points de vue des soignants et des soignés.

Pour un médecin, formé à la faculté, la maladie peut s'inscrire dans trois modèles :

- le modèle mécanique dont l'exemple emblématique est le traumatisme physique accidentel. Dérivé du modèle mécanique est le modèle biologique qui fait correspondre un facteur principal et la maladie selon une logique pastorienne. L'équation simple, pour ne pas dire simpliste, un germe, une maladie est caractéristique de

ce modèle qui regroupe également les affections endocriniennes ;

- le modèle biopsychosocial, qui accorde une large responsabilité à des facteurs environnementaux, a été élaboré pour pallier les insuffisances du modèle mécanique. À travers l'influence de l'environnement pris au sens large du terme on se rapproche de la conception hippocratique de la maladie conçue comme déséquilibre ou rupture d'une harmonie ;

- enfin, le modèle psychique s'attache aux désordres mentaux.

Sans entrer dans les détails, il faut concéder que les divers modèles peuvent se recouper et s'intriquer dans une situation singulière. Le patient profane, lorsqu'il entreprend de mettre de l'intelligibilité dans ce qui lui arrive, est très loin de ces représentations de la maladie, qui est conçue dans son esprit comme une agression extérieure aveugle, fortuite et forcément injuste. S'ajoute au sentiment d'injustice (« pourquoi moi ? »), un déni de responsabilité. Pour remédier à cette distorsion des représentations, le soignant doit s'efforcer de réduire la distance entre les deux visions, non pas par un discours rationalisant, mais par la juxtaposition cohérente du ressenti du patient et de l'objectivation médicale de sorte que le malade puisse, littéralement, s'approprier sa maladie.

Reste à concilier les points de vue sur la guérison. Pour le médecin, la guérison est

l'arrêt définitif d'un processus pathologique ; pour le chirurgien, c'est le succès de l'intervention programmée. La conviction du malade, en revanche, est que la guérison ne peut pas être autre chose qu'un retour à la normale « ante », autrement dit une normalisation. Or, on ne sort jamais indemne d'une affection même si celle-ci est considérée comme guérie au sens médical du terme. On est toujours « autre », ne serait-ce qu'en raison de l'écoulement du temps. La normalisation des processus biologiques laisse des traces dont le patient et le médecin ne sont pas toujours conscients. S'y ajoutent le trauma somatopsychique et les difficultés d'interagir à nouveau avec l'environnement. Ce qu'il faut faire affleurer à la conscience du patient c'est que l'effort du soin, dont fait partie l'ajustement thérapeutique, vise à stimuler une des caractéristiques de l'être humain qui est la puissance normative, c'est-à-dire l'instinct de retrouver une normativité qui, après une affection sévère, est une autre norme que celle qui existait avant la maladie. La maladie, comme la guérison, est un facteur puissant d'individuation et dans cette perspective « *l'éthique est ce par quoi un sujet reste sujet, refusant de devenir un individu absolu, une singularité détachée* ». (Simondon, *Du mode d'existence des objets techniques*, Aubier, 2012)

Alain Charles MASQUELET

5. Le rendez-vous de Brest¹ ; liens et conflits d'intérêt

Par Frédéric DUBRANA, Professeur des universités, Chirurgien des Hôpitaux, Docteur en philosophie, médecin médiateur

Il s'agit d'une conversation entre Frédéric D., professeur de chirurgie orthopédique et traumatologique au CHRU de Brest-Carhaix-Plouguen, et le Doyen de la faculté de médecine de l'Université de Bretagne Ponantais (UBP), le professeur Christian B. Cet échange de mail a eu lieu au début du mois de mai 2017.

Notons, que le Pr Frédéric D. a bénéficié de temps supplémentaire dans la rédaction de ses réponses grâce au pont de l'Ascension² et d'un étonnant pont supplétif administratif (en plein mois de mai) imposé par la direction, pour le nettoyage annuel du bloc opératoire ! Toutefois, le Pr D. a regretté (en privé),

qu'une partie de son temps libre fût occupé par la tenue de plusieurs conseils du directoire, suite à la grève de la faim³ surprise de

1. *Le rendez-vous de Senlis* est une pièce de Jean Anouilh. Pour avoir négligé de paraître grave, Jean Anouilh (1910-1987) passa pour léger. Il ne faut pourtant pas être grand clerc pour voir poindre, derrière l'agilité souriante de ses pièces, une interrogation inquiète sur la solitude des êtres (« Quel monde incompréhensible, les autres ») et sur l'unité du moi. Nostalgie de la pureté, douleur des compromissions : dans ce théâtre, l'homme est déchiré, souffre de sa blessure, et à la politesse de faire rire avec cela. Anouilh, « une grande oreille de janséniste sous un petit chapeau d'Arlequin », exprime à sa manière la crise de l'humanisme moderne. <http://www.la-pleiade.fr/Auteur/Jean-Anouilh>

quatre membres du personnel du bloc opératoire. Les grévistes exigeaient que le pont férié englobe la semaine comprise entre le 1^{er} et le 8 mai 2017. Durant ces réunions occultes, les neuf membres du directoire ont débattu de la question suivante : fallait-il faire un forçage alimentaire par sonde nasogastrique aux agents grévistes en les mettant sous tutelle ? Cette proposition administrative

2. Un pont est un regroupement de jours chômés entièrement payés, permettant de limiter le cumul annuel des heures supplémentaires.

3. Inspiré de http://www.lepopulaire.fr/limoges/social/sante/2017/03/23/la-greve-de-la-faim-se-poursuit-achu-de-limoges-malgre-des-avancees_12334677.html

n'a pas trouvé d'écho chez les médecins, aucun d'entre eux n'osant signer le certificat médical initial, ni même payer les 160 euros du coût du document.

Quoi qu'il en soit, voici l'échange de mails, entre le Doyen Christian B et le Pr. Frédéric D. Cet échange a été diffusé à l'ensemble de la collectivité universitaire de Brest-Carhaix-Plouguen par une source inconnue, dont l'origine semble se situer entre les liens tissés par la nouvelle secrétaire du Doyen et un individu séduisant, mais mystérieux, de l'ambassade équatorienne de Londres.

Un samedi, pendant le mois de mai 2017...

– Le Doyen

Cher Frédéric, il semblerait que tu n'aies pas déclaré tes conflits d'intérêts lors de ton dernier cours d'orthopédie. Je te rappelle que le conseil plénier de l'UFR de Médecine et Sciences de la Santé de Brest a décidé, le 26 janvier 2017, que cette déclaration est obligatoire pour tous les enseignants. J'en profite pour te rappeler que, dans la ville d'Irène Frachon, nous nous devons : d'être exemplaires, d'être un modèle de probité, d'être une vitrine pour la France.

Bien amicalement, Christian B.

PS. J'ai mis Irène en copie.

– Frédéric D.

M. le Doyen, cher Christian
Cette absence n'est pas un oubli, mais un choix. J'ai décidé de ne pas respecter la notule réglementaire du conseil facultaire, que certains d'entre nous ont jugé réductrice et de grande pauvreté intellectuelle⁴. Pour t'expliquer ma position, il me faudrait, et ceci sans pédanterie, faire de la sémantique en différenciant les liens d'intérêts et les conflits d'intérêts. Cette différenciation est fondamentale et elle nécessite beaucoup plus qu'une apostille dans votre dernier compte-rendu.

– Le Doyen

Cher Frédéric, je suis l'initiateur et le porteur du projet de la charte : **Indépendance et transparence**. À ce titre, je suis intéressé par tes réflexions sur les liens et les conflits d'intérêts, que veux-tu dire par beaucoup plus ?

– Frédéric D.

Cher Christian, je reviens sur le terme de beaucoup plus : c'est l'énonciation facultaire de fichtement mieux. C'est rendre disponible et intelligible un savoir utile pour ne pas avoir à choisir entre rien et une solution réglementaire de facilité, lol⁵. La faculté de médecine et des sciences de la santé ne doit pas réduire les liens et les conflits d'intérêts à une **Notule-Providence**. C'est une fuite dans la facilité, presque une complaisance, face à une problématique si prégnante, une problématique si vraie, une problématique qui altère les comportements individuels et qui vaporise le serment d'Hippocrate. Une précision, tu trouveras dans le fascicule de la HAS de 2013 (mis à jour en mars 2017) : **Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts**⁶, une intéressante approche de la notion de liens et de conflits d'intérêts.



– Le Doyen

Frédéric, je vais lire le fascicule de la HAS. C'est drôle, la commission que j'ai mise en place a oublié de me le transmettre, pourtant ils se sont réunis deux fois en un an ! Auras-tu le temps ce week-end de m'envoyer tes réflexions, car exceptionnellement le temps est nuageux. Tu sais, je connais moi aussi, le langage d'jeuns, je ne suis pas encore à l'ouest, ni boloss, lol.

Un dimanche, pendant le mois de mai 2017...

5. « LOL » (de l'anglais *Laughing out loud*), également écrit en minuscules lol, est un acronyme employé en tant qu'interjection, très répandu sur Internet, symbolisant le rire ou l'amusement. Il est utilisé virtuellement dans tout type de communication par internet ou SMS où le rire est approprié. Il est aussi employé non virtuellement comme expression orale. Le mot « lol » est reconnu par l'*Oxford English Dictionary* en 2011 et figure dans l'édition 2013 du dictionnaire Le Petit Robert.

6. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_dpi.pdf

– Frédéric D.

Christian, félicitation pour ta connaissance du dictionnaire de la zone, t'es-tu fait aider par ta nouvelle secrétaire ? Je reviens du surf détendu et baignant dans les opioïdes endogènes, je suis fin prêt à t'expliquer pourquoi la charte que tu nous proposes n'a pas le goût des friandises chocolatées que la commission t'a promises. En premier lieu, je reprendrai les définitions de liens et de conflits d'intérêts et, en dernier lieu, je ferai appel à des notions philosophiques. Je t'envoie dès ce soir mon premier texte et le deuxième demain.

– Le Doyen

Frédéric, serais-tu amoureux des Mille et une Nuits ?...

– Frédéric D.

J'adore, j'ai trois traductions différentes à la maison. Si tu le désires, je peux te prêter la traduction érotique de 1899, elle est illustrée ! Envoie-moi un SMS, je resterai discret et ceci sans aucun conflit d'intérêts.

Revenons sur les définitions, si celle de lien est aisée, celle de conflit est sujette à caution. Pour l'approcher, il nous faudra faire appel à des souvenirs de philosophie. Toutefois, depuis la dernière élection présidentielle, je perçois que la philosophie est en odeur de sainteté parmi les décideurs intellectuels. Mais pour notre première approche *noctivague*, essayons de définir notre sujet :

– un lien, c'est ce qui attache, ce qui unit, dans le sens d'une union et non d'une servitude⁷, on se délivre d'un lien et au besoin on coupe le nœud gordien ;
– pour Le Grand Robert de la langue française⁸, un conflit est une rencontre provoquant une opposition. En médecine, je dirais une opposition entre notre devoir de médecin et des intérêts personnels. C'est cette personnalisation des intérêts qui rend complexe la définition des conflits. Certes, le confort pécuniaire est un invariant universel, mais c'est loin d'être le seul. Lors de la dernière élection présidentielle, la notion de conflit fut variable et Philippe Poutou⁹ a dit sans ambages qu'elle peut

7. Le Grand Littre. Dictionnaire de la langue française. Ed. Encyclopaedia Britannica. Versailles, 1999. p. 3523. Lien : (lat 1120). Vient de ligament, de *ligare* (lier) ce qui sert à lier (terme de chirurgie). Tout ce qui attache et qui unit.

8. Le Grand Robert de la langue française. Ed. Dictionnaire Le Robert. Paris, 2001, p. 433.

9. Candidat, à l'élection présidentielle française, du nouveau parti anticapitaliste (NPA).

s'appliquer à une profession et pas à une autre. Elle peut entrer dans le cadre d'une loi, ou même être ignorée, elle peut être translucide, pour celui qui la pratique, et opaque pour celui qui la scrute. Pour faire simple, le conflit flotte dans un *Cloud* erratique, qui n'est pas toujours visible.

– Le Doyen

Frédéric, si je comprends bien, on ne peut pas définir une universalité du conflit et le définir n'aurait qu'un sens personnel.

– Frédéric D.

Christian, en quelque sorte, as-tu fait du surf cet après-midi, ou utilises-tu une substance à effet psychotrope ? Je plaisante..., mais rien ne vaut un brin d'autodérision avant d'entrer dans la philosophie, car éclaircir la notion de conflit nécessite de prendre de la hauteur. Je te propose pour appréhender les notions d'intérêts et de conflits de libérer notre esprit en enjambant nos serments, les lois et les décrets. Mais, pour paraphraser Shéhérazade, j'entends les douze coups et pour ne pas fatiguer le Doyen de l'UBP, je reprendrai demain soir mes pérégrinations philosophiques¹⁰.

– Le Doyen

Frédéric, ne t'inquiète pas pour moi, j'ai encore du pain sur la planche. La semaine prochaine, la commission facultaire des nominations universitaires doit proposer son classement. Cette année, nous avons des candidats d'envergure internationale : trois généticiens, un épidémiologiste et un statisticien, mais toujours pas d'aspirant chirurgien en adéquation. Frédéric, il est temps que vous vous mettiez à travailler réellement, arrêtez vos incessantes railleries et pérégrinations ; on m'a dit que tu as publié un texte sur les nominations en chirurgie¹¹ pourrais-tu me l'envoyer ?

– Frédéric D.

Cher Christian, avec un grand plaisir, mais je ne suis pas sûr qu'il te plaise¹². Mais revenons sur l'universalité du conflit. Dans son

dictionnaire critique de la philosophie A. Lalande¹³ écrit : « *Il y a, en particulier, conflit de devoirs quand, dans la morale appliquée, un même acte paraît à la fois légitime et illégitime suivant la règle à laquelle on le rapporte...* ». Pour Lalande, ce qui caractérise le conflit c'est une règle variable d'un espace-temps à l'autre. Prenons un exemple en dehors du monde médical, le changement climatique et les accords de Paris. Les Américains, sur un sujet aussi grave que l'accord universel sur le climat, ont quitté le cadre des accords de Paris. A priori, les liens et les supposés conflits d'intérêts n'ont pas changé en quelques mois, ce qui a mué c'est la variabilité de la règle dans un nouvel espace politique. Vérité d'hier, fausseté d'aujourd'hui, tout n'est qu'interprétation face à la règle. Cette fois-ci : *je vois s'approcher le matin et je me tais discrètement*¹⁴.



Une longue conversation, lors d'un exceptionnel lundi férié, pendant le mois de mai 2017...

– Le Doyen

Cher Frédéric, que vient faire le climat dans tout cela ! J'ai du mal à te suivre, je quitte les *impacts factors* (IF), que j'affectionne particulièrement, pour les flâneries d'un chirurgien en mal de philosophie...

– Frédéric D.

Cher Christian, quittons, mais quittons donc les IF et nos certitudes, c'est tout le bien que te souhaite le philocrate¹⁵ ! Je vais essayer d'être plus explicite : pour Pascal « *la vraie morale se moque de la morale* »¹⁶, c'est

« *un sentiment vif et juste, l'évidence intérieure du bien et du mal...* »¹⁷ et dans la notule de la faculté, vous péchez par angélisme : en confondant liens et conflits et en subodorant une dimension morale à une règle de fonctionnement. Nonobstant, la vraie morale ne se choisit pas, elle ne se décline pas, elle s'impose et elle nous oblige. Alors, que vient faire le climat dans tout cela, c'est l'exemple extrême des liens d'intérêts, on favorise d'éventuels emplois américains au détriment de la survie potentielle de l'humanité ! Qui peut imaginer des liens d'intérêts aussi graves ? Qui peut envisager de préférer des règles à la morale universelle ? Qui peut croire que l'on fasse un choix aussi amoral ? Christian, en annihilant la dimension moraliste au profit de règles, on introduit un loup dans la bergerie : le conflit d'intérêts.

– Le Doyen

Cher Frédéric, alors notre serment, nos règles et nos décrets n'ont rien à voir avec la morale, pire, ils pourraient avoir un effet contraire ? Mais comment définir le bien et le mal si l'on abandonne les serments et les décrets et si la variabilité individuelle des conflits empêche tout syncrétisme avec la morale ?

– Frédéric D.

Christian, loin de moi l'idée au nom d'une morale ubiquiste d'abroger serment, loi et décrets. Irène m'assassinerait, car ils sont les aiguillons des comportements humains. Ils cadrent, ils obligent, ils s'érigent en parangon de la vertu. Toutefois, il ne suffit pas de cadrer et de réprimer pour lutter contre l'avidité et la fripouillerie, il faut aussi éduquer et l'éducation, Christian, c'est le vide abyssal de ta proposition ! Il nous faut définir un civisme médical se situant entre vertu personnelle et obligation juridique. Le civisme médical que certains ont restreint au serment d'Hippocrate voire à une morale universelle, ou même à une éthique de la moins mauvaise des solutions¹⁸, c'est l'inconnue facultaire.

10. « À ce moment de la narration, Schahrazade vit apparaître le matin et, discrète, arrêta son récit pour ne point fatiguer le sultan Schahriar, roi des îles de l'Inde et de la Chine. » *Le livre des mille nuits et une nuit*. Mardrus Joseph-Charles. Fasquelle éd., Paris, 1899, p. 185.

11. Manifeste de chirurgiens en révolte. Nicolas Andry. Ed. Sauramps Médical. Montpellier, 2017

12. Manifeste de chirurgiens en révolte. Nicolas Andry. Ed. Sauramps Médical. Montpellier, 2017

13. A. Lalande. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. PUF. Paris, 1996, p. 178.

14. *Le livre des mille nuits et une nuit*. Mardrus Joseph-Charles. Ed. Fasquelle. Paris, 1899, p. 91.

15. Terme personnel désignant un apprenti penseur, tout imbu de philosophie (moi-même), construit à partir de Philosophie et de Socrate = Philocrate.

16. Pascal cité par A. Lalande. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. PUF. Paris, 1996, p. 655.

17. A. Lalande. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. PUF. Paris, 1996.

18. L'enseignement moral et civique (EMC) a été créé par la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République. Ce nouvel enseignement est mis en œuvre de l'école au lycée à partir de la rentrée 2015. Il se substitue aux programmes d'éducation civique existants à chacun des niveaux de l'école élémentaire, du collège et du lycée. http://cache.media.eduscol.education.fr/file/EMC/02/5/ress_emc_glossaire_464025.pdf

- Le Doyen

Cher Frédéric, que tes propos sont graves, que ta parole est belle et que la critique est facile, mais tu pousse le bouchon un peu loin. Dois-je te rappeler que j'entérine tous tes déplacements en congrès et en formation ? J'ai repris l'ensemble de tes voyages professionnels entre 2015 et 2016 : pas mal, tu as presque fait le tour du monde. Je ne pense pas que ton salaire d'hospitalo-universitaire y suffise. Puis-je te poser une seule question Monsieur le philosophe-éthicien, qui a financé ces déplacements ?

- Frédéric D.

Oups ! Je sens l'attaque frontale. Cependant, tu exagères, car trois de mes déplacements étaient des missions humanitaires. Néanmoins, je le concède, j'ai beaucoup de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique. D'ailleurs, l'ensemble de mes liens d'intérêts sont en ligne sur la base de données publique **Transparence-Santé**¹⁹. Que j'eusse aimé que cette transparence s'applique à tous les acteurs de la démocratie et pas qu'aux seuls médecins. Par contre, je te signale que je n'ai pas de conflits d'intérêts et que déclarer des conflits potentiels c'est reconnaître une faute, qu'il n'a pas lieu d'être. Imagines-t, un seul instant que j'écrive sur une diapositive : « *Je remercie le laboratoire BB, qui m'a offert l'inscription au congrès de l'American Academy Association, en échange je me suis engagé à prescrire leur produit* » ? Ce n'est pas sérieux, ni même envisageable et aucune profession ne subit une telle apagogie²⁰. Les cours à la faculté ne sont pas un lieu de confesse et le serment d'Hippocrate m'oblige.

- Le Doyen

Cher Frédéric, je comprends enfin la différence entre conflit et lien, en conséquence je m'engage à redéfinir les contours de ma charte apagogique. Tu vois, moi aussi j'ai fait du grec..., dans ces conditions on ne vous demandera de ne citer que les liens d'intérêts qui sont sur le site **Transparence-Santé**.

- Frédéric D.

Cher Christian, si le conflit c'est illégal, les liens sur le site **Transparence-Santé** c'est

une bêtise à nulle autre pareille. Je me demande encore pourquoi le législateur nous impose de déclarer sur un site national l'équivalent d'un double expresso parisien. Qui a rédigé cette loi inique ? Qui a douté de notre probité pour dix euros voire plus ? Ce texte c'est de la *poudre de perlimpinpin*²¹, il a été voté par ceux dont la probité a fondu récemment comme neige au soleil. Mais revenons sur les liens d'intérêts, j'aimerais te convaincre qu'ils sont partout. Prenons l'exemple de nos institutions hospitalières. Sais-tu que le laboratoire pharmaceutique **IFONAS** nous vend 70 centimes d'euros son traitement anticoagulant, alors que le même médicament est vendu un peu moins de sept euros en ville, soit 10 fois plus cher. L'entreprise **IFONAS** est-elle une organisation philanthropique souterraine ? Ses règles éthiques lui imposeraient-elles d'offrir aux malades français un traitement qu'elle revend par ailleurs en Suisse à plus de 9 euros ! Ni peu ni prou, bien que je ne doute pas de l'éthique managériale de cette multinationale qui, par ailleurs, finance des structures d'assistances dans les pays pauvres. Alors, pourquoi un prix si bas pour un produit qui, au cours des dernières années, a vu naître, outre-Atlantique, une dizaine de génériques ? Notons, au passage, que le prix d'achat de notre hôpital reste 5 fois moins cher qu'un générique indien équivalent. La réponse est simple, il s'agit d'une stratégie de lobbying mise en œuvre par l'industriel **IFONAS** ; nul n'évoque ici un conflit d'intérêt, mais le deal empest le lien d'intérêt. Un lien sournois, un lien particulièrement efficace sur les prescripteurs car il est insidieux, il avance masqué derrière un pseudo marché public...



- Le Doyen

Tu as raison, quand je pense que le laboratoire **IFONAS** nous a donné gratuitement le *Mouliprane* pendant de nombreuses années, dire que je pensais que c'était un don altruiste ! Remarque que maintenant, ils le vendent 0,007 centime d'euro alors, Frédéric, que faut-il faire ?

- Frédéric D.

Christian, il nous faut agir et abandonner nos *pudeurs de gazelles*²² pour nous attaquer aux vrais problèmes. Dans notre conversation, j'en ai relevé deux : l'enseignement et les obligations éthico-morales de nos partenaires industriels.

Être vertueux, c'est difficile et pour y arriver il faut être éduqué et travailler nous dit Aristote : « *Voilà aussi pourquoi c'est un travail d'être vertueux car, en chaque chose, c'est un travail de prendre le milieu : ainsi, prendre le milieu du cercle n'est pas à la portée de tout le monde, mais exige le savoir* »²³. « *Si elle est intellectuelle, c'est en grosse partie à l'enseignement qu'elle doit de naître et de croître. C'est précisément pourquoi elle a besoin d'expérience et de temps. Mais si elle est morale, elle est le fruit de l'habitude. C'est même de là qu'elle tient son nom...* »²⁴. Mais on s'approche de minuit, Christian prend le temps de lire ces citations, à demain.

La suite de la conversation, lors d'un jour travaillé pendant le mois de mai 2017...

- Le Doyen

Cher Frédéric, bravo pour Aristote, mais est-ce pour te donner un vernis philosophique ? Je ne voudrais pas paraître un *gros lourd de la drague*, mais ma charte a toute sa place dans ton explication de texte, car elle vise à prôner la morale et l'éthique médicale.

- Frédéric D.

Cher Christian ! Je vois que malgré tout, la charte revient comme un leitmotiv dans ton argumentaire, elle semble donc très importante pour enseigner à *Breizh-Karaez-Plougêr*.

19. <https://www.transparence.sante.gouv.fr/flow/main?execution=e3s1>

20. Dans la logique scolastique et traditionnelle, raisonnement par lequel on démontre la vérité d'une proposition en prouvant l'absurdité de la proposition contraire.

21. Nouvelle expression politique qui vient d'être reprise en chanson par Khaled Freak : <https://www.youtube.com/watch?v=5Bvn5Wg4mr0>

22. Nouvelle expression politique : http://www.liberation.fr/elections-presidentielle-legislatives-2017/2017/05/07/pudeurs-de-gazelle-poudre-de-perlimpinpin-retour-sur-les-expressions-de-la-campagne_1567855

23. Aristote. *Éthique à Nicomaque*. Ed. Flammarion, Paris, 2004, p.71.

24. Aristote. *Éthique à Nicomaque*. Ed. Flammarion, Paris, 2004, p.45.

Néanmoins, je le répète, la problématique d'une charte centrée sur les conflits, c'est qu'elle induit l'idée d'une faute qu'il n'a pas lieu d'admettre. Que penser d'une charte light, nous demandant de ne déclarer que nos liens d'intérêts ? Pourquoi pas, mais à nulle profession on ne demande de déclarer d'éventuels liens avant chaque prise de parole publique. Je ne conteste pas le bien-fondé d'une telle déclaration dans certaines situations, et oublier de déclarer plus de 170 000 euros devant une commission d'enquête sénatoriale cela n'a rien à voir avec notre débat²⁵. Christian, mets toute l'énergie libérée par ta charte abandonnée dans l'enseignement de l'éthique médicale et la réflexion philosophique. Quittons, mais quittons donc, les organes exclusifs, remettons l'homme-médecin au centre de notre profession, car il a disparu, vampirisé par les malades et la maladie. L'enseignement de la vertu doit être une priorité, c'est une urgence pour notre faculté, n'attendons pas d'éventuelles recommandations nationales, traçons notre chemin. Soyons des hommes éveillés, nous dit Héraclite (excuse-moi si j'en mets une couche avec les Grecs anciens) qui déclare : « pour les éveillés il y a un monde un et commun. Mais parmi ceux qui dorment, chacun s'en détourne vers le sien propre »²⁶.

– Le Doyen

Frédéric, j'adhère à ton argumentaire, et je concède que notre capital vertu s'effeuille en vieillissant, mais tu ne me dis rien sur les laboratoires qui sont la pierre angulaire de la tentation.

– Frédéric D.

Christian, nous abordons là une réflexion dangereuse et promets-moi de ne jamais me mettre en avant, car les laboratoires ont la rancune prompte et tenace et sûrement la dent dure. En fait, je n'aurais qu'une seule recommandation, l'arrêt de tous les liens d'intérêts.

– Le Doyen

Cher Frédéric, quelle réponse intelligente et laconique ! J'eusse espéré mieux du philosophe.

– Frédéric D.

Christian, je ne suis qu'un homme et, en outre, médecin et j'ai de nombreux liens d'intérêts : voyages, formations et même un complément de cumul d'activité, qui toutefois ne dépasse pas 1% de la somme versée par l'entreprise *Tatol*. Certes, c'est négligeable, mais c'est très agréable... Il me faut donc du courage pour scier la branche sur laquelle je suis assis. À dire vrai, la philosophie et le moralisme m'ouvrent l'esprit, mais ce ne sont que des armes contre l'insatiabilité. Mais tu as raison, je fais mon



« Nous avons un accord de principe. La question est : avons-nous tous les mêmes principes ? »

homme politique qui risque de ne plus être crédible ; je me lance, ci-joint la liste de mes envies.

Voici, à chaud, mes principales recommandations :

- Stop aux faux dons de médicaments aux institutions publiques et privées.
- Stop aux dumpings sur les marchés publics.
- Stop aux liens d'intérêts induit par la culture « *publish or perish* »²⁷. Les universitaires obnubilés par leurs publications et leurs carrières se créent des liens d'intérêts financièrement invisibles. Sous prétexte d'*impact factors* et de points SIGAPS, ils publient essentiellement les études positives des laboratoires et, comme les autruches, ils escamotent la réalité. L'affaire Médiateur n'est que la partie émergée de l'iceberg, la suite arrive et rien ne pourra l'arrêter : statines, antalgiques... Christian, quand même, c'est incroyable que les nominations de nos futurs collègues dépendent du

nombre des publications positives évaluant les produits pharmaceutiques de multinationales riches...

- Stop aux voyages sans but avouable.
- Stop aux rémunérations de complaisance.
- Stop à une formation continue payée par l'industrie privée.

Mais, il n'est pas question d'appauvrir les médecins et la recherche française :

- Oui aux contrats personnalisés (transparents et rémunérés) de recherche et d'enseignement.
- Oui aux financements des institutions sanitaires pour une recherche clinique participative ; comme le prône le Premier ministre australien Malcolm Turnbull²⁸, qui encourage les universitaires à travailler avec les entreprises au profit de la collectivité.
- Oui à une aide personnalisée pour la mobilité des professionnels de santé avec des contrats facilités, clairs et bipartites (institutionnels et personnels).
- Oui au financement de la vertu médicale par les corrupteurs potentiels, instituons un fonds de moralisation reversé à chaque université.
- Oui à la judiciarisation des corrupteurs, dans l'exemple des 170 000 euros, l'entreprise *Tatol* est pénalement responsable, car elle induit, elle incite, elle finance et elle se cache, ne nous trompons de fautive...
- Oui à une formation éthique continue, pour les médecins mais aussi pour les partenaires industriels, car la vertu s'effeuille à l'automne de notre formation...

Voilà, Christian, le fruit rapide de mes réflexions...

Frédéric DUBRANA

25. http://www.lemonde.fr/planetel/article/2017/06/12/le-pneumologue-michel-aubier-a-ete-remunere-plus-de-150-000-euros-par-an-par-total-en-2013-et-2014_5143305_3244.html

26. Plutarque. *De la Superstition*. 3, 166c. In J.-P. Dumont. *Les présocratiques*. Collection Bibliothèque de la Pléiade. Ed. Gallimard, 1988.

27. Le Premier ministre veut mettre fin à la culture scientifique : « publier ou périr ». Dans ce paradigme, dit-il, les universitaires utilisent l'argent public pour exister (se faire nommer) au lieu de l'investir dans la recherche participative avec les partenaires industriels.

28. <http://www.theage.com.au/federal-politics/political-news/academic-publications-to-become-less-important-when-funding-university-research-20151112-gkxkg1.html#ixzz4AhuLaRdD>

Conclusion

Par **Pierre DEVALLET** et **Henry COUDANE**

Les auteurs remercient, d'abord, Rémi Kohler d'avoir consacré ce dossier du BOF à l'Éthique. Le but n'était pas de se poser des questions de sémantique philosophique sur le concept de la définition de l'éthique (encore que tout chirurgien orthopédiste devrait être capable de se les poser et peut être même de les résoudre !) mais de poser les principes du questionnement des démarches éthiques dans notre exercice professionnel quotidien et ce quel qu'en soit le mode (public, privé, mixte) ou le rattachement à une institution (fonction publique hospitalière, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, institution de droit privé).

À titre d'exemple, il est classique de dire que les hospitalo-universitaires n'ont pas les mêmes contraintes ou la même pression médico-légale en matière de responsabilité, ou en matière d'*Impact Factor*, ou d'index de Hirsh ou de points Sigaps que les collègues exerçant dans le secteur libéral. Cette analyse superfétatoire concerne des éléments réduits à une équation binaire qui ne favorise pas le questionnement éthique au sein de notre profession.

Le plus petit dénominateur commun reste le patient, être unique, qui n'est pas qu'un « ayant droit » au sens de la loi...

Si nous gardons un esprit de géométrie, il est probable que nous validerons les solutions mécanistes ou les équations informatiques : elles représenteront, pour certains d'entre nous, une solution irréfragable au questionnement éthique. En effet, nous connaissons tous le système euclidien : *dans un plan, par un point distinct d'une droite, il existe une et une seule droite parallèle à cette droite*. À partir de ce postulat, nous pouvons construire tout un système a priori cohérent sur le plan de la mécanique, des mathématiques, de l'informatique, etc. Peu d'entre nous savent que dès le XIX^e siècle, ce système a été remis en question, en particulier par Lobatchevski (*il existe une infinité de parallèles passant par un même point*) et Riemann (*par un point aucune parallèle n'existe*). Ces géométries non euclidiennes, qui nous paraissent incompréhensibles, sont, toutefois, parfaitement cohérentes : il en est de même des questionnements éthiques. Lorsqu'on énonce « la vie est sacrée » le système de raisonnement renvoie à de multiples para-

mètres (religieux, sociétaux, réglementaires etc.). La démarche éthique vise à se poser la question du **caractère sacré et universel de la vie** et de la **dignité de la personne humaine** à travers des systèmes de raisonnement différents (morale objectiviste ou morale relativiste).

Tous ces aspects peuvent être (en première analyse) fort éloignés du poids des contingences professionnelles que nous connaissons tous dans notre exercice quotidien de la chirurgie orthopédique et dont la déclinaison serait celle d'un inventaire à la Prévert : URSSAF, HAS, CPAM, tribunaux, avocat, IBODE, anesthésistes, CARMF, radiologues, CRIOAC, CRCI, déontologie, doyen, directeur général, services, pôles, impôts, taxes, facultés, universités, administrations, DMI, marquage CE, T2A, etc.

N'ayez pas peur de l'éthique ! Elle se vit au quotidien ; si vous avez lu l'intégralité de ce numéro du BOF, vous avez déjà réalisé une démarche éthique ...



Prescrire, sur ordonnance, son information opératoire, informer avec des vidéos, gagner du temps et se protéger mieux ! Possible ?

Par **Pascal GLEYZE**, avec le soutien du CNP-SOFCOT et d'ORTHORISQ

Contribuez à une étude nationale sur l'impact de l'information des opérés sur la qualité des soins et la baisse de la sinistralité de notre exercice, en mettant à disposition de vos patients un espace personnel d'information multimédia en ligne.

Resultats de l'étude préliminaire d'impact sur le patient

Depuis juillet 2017, 186 patients ayant bénéficié de cette information multimédia ont renseigné un questionnaire d'impact dont les résultats sont particulièrement édifiants !

La consultation chirurgicale : Le patient est plutôt content et satisfait du praticien (8,7 sur 10) mais moyennement des informations fournies (66 % satisfaits) et, d'ailleurs, il va voir ensuite un autre praticien dans 27 % des cas !

La remise d'une ordonnance et l'accès en ligne à des informations complémentaires ne lui posent pas de problèmes (8,4 sur 10). Les contenus multimédia sont perçus comme sécurisants, intéressants et compréhensibles (100 %, 8,7 sur 10) et partagés une fois sur trois avec des proches. L'usage du procédé et la visualisation des contenus renforce l'image valorisante du praticien (100 %, intensité 7,37 sur 10) et de son établissement (100 %, intensité 8,52 sur 10) et **conforte la décision opératoire** (100 % des cas avec une intensité de 8,6 sur 10 !). Les patients, une fois ce nouveau service découvert, l'estiment indispensable en cas de nouvelle opération (100 %, intensité 9,2 sur 10) et le service améliore leur confiance dans leur praticien (100 %, intensité à 8,48 sur 10).

Quel est l'enjeu ?

Remettre à chaque patient, à qui l'ont vient de proposer une opération chirurgicale, une « ordonnance d'information » avec un code unique et une adresse en ligne lui permettant d'accéder à 9 vidéos d'informations, de 3 à 5 minutes chacune, avec des animations 3D, des dessins, des pdf et des QCM permettant d'attester de sa compréhension est désormais possible ! Cette méthodologie, désormais brevetée, de prescription de l'information pré-opératoire, permet de compléter au mieux la consultation (sans la remplacer !) par des contenus adaptés aux supports et habitudes de notre époque (vidéos, animations, smartphone, tablettes, etc.). Ces contenus sont personnalisables.

Le Dr Gleyze et Persomed se sont vus confiés en 2012 le développement d'une encyclopédie multimédia d'information des opérés financée sur fonds public dans le cadre du plan national **e-santé 2 - solidarité numérique**, ainsi que la création d'une plateforme d'information et de preuve médico-légale de l'information, et en particulier de sa compréhension ! *

* Ce travail a été primé au Forum Innovation Santé (GOUV) en décembre 2014 et aux États Généraux de l'Innovation Organisationnelle en Santé (EGIOS- ANAP- CNOM-HAS-GOUV).

Nous vous sollicitons pour une étude sur l'information

En mettant en ligne un espace média personnel à disposition de vos opérés.

C'est gratuit : cette étude est prise en charge dans le cadre d'une subvention publique. Il vous suffit de contacter Persomed (Stand SOFCOT AE11, tél : 03 89 41 39 94, www.persomed.com), des ordonnanciers vous seront remis et vos patients iront soit sur un espace d'information multimédia complété d'un quizz d'impact de l'information fournie, soit iront simplement en ligne renseigner le quizz de l'enquête.

En pratique, il suffit de donner une ordonnance d'information à chaque opéré !

La seule charge de travail pour vous, si vous acceptez de contribuer à l'étude, sera d'engager au mieux vos patients à visiter l'adresse indiquée sur l'ordonnance et à renseigner le questionnaire en ligne. De votre côté, il vous faudra renseigner les complications, réhospitalisations, événements indésirables ou recours éventuels, lorsqu'ils surviennent. Benjamin Vial, chef de projet, vous remettra les ordonnanciers, expliquera la procédure à vos secrétaires et suivra le bon déroulement de l'étude pour chaque centre. Vous devrez juste prévenir vos patients que vous contribuez à une enquête de santé publique sur l'information médicale.

Phase de déploiement – Démonstration

Appel à projet e-santé 2 solidarité numérique

Fonds de solidarité numérique
« développement de services numériques pour la santé et l'autonomie »
Programme Investissements d'Avenir 2012-2015



ENCYCLOPEDIE MULTIMEDIA DES GESTES MEDICAUX ET DES OPERATIONS CHIRURGICALES
Et
PLATEFORME D'INFORMATION, D'ENCADREMENT ET DE DEMATERIALISATION DES PARCOURS DES PATIENTS
OPERES « GLOBAL INFORMATION SYSTEM » (G.I.P.S.)

Pourquoi cette étude nationale sur l'impact de l'information ?

Parce que le défaut d'information est un préjudice légal pour le patient, que le taux de sinistralité pour défaut d'information est de 47 % en orthopédie et que les contenus et la plateforme de cette étude sont les seuls à nous mettre en capacité de réaliser, sans perte de temps et de manière optimale, notre devoir d'information. Cette étude pourra peser significativement dans la réflexion de santé publique qui fait qu'une information est un acte soignant à part entière et qu'il peut être reconnu comme tel. L'innovation est que la traçabilité de l'information est assurée par une prescription sur ordonnance (il suffit de la signer avec le patient !), la preuve du contenu est faite par l'édition d'un rapport de visite où sont colligés les lectures vidéos, les ouvertures de pages, etc., et, désormais, la compréhension objective du patient peut être attestée par le renseignement de QCM.

Pour la première fois, il est donc possible de formaliser l'information, de se protéger et de gagner du temps en améliorant les soins. L'enquête est anonyme, seul le praticien connaît le code donné à son patient. En analysant le ressenti du patient, sa compréhension et les éléments globaux de son évolution (douleur, reprise activités, etc), et en colligeant les retours des praticiens (uniquement en cas de complication, réhospitalisation, recours, courrier, etc.), il sera possible d'apprécier l'impact réel de l'information sur la qualité des soins, les économies de la santé et la baisse de la sinistralité de l'exercice.

En contribuant à cette étude (anonyme pour les patients et les chirurgiens, vous serez juste mentionné dans la liste des contribu-

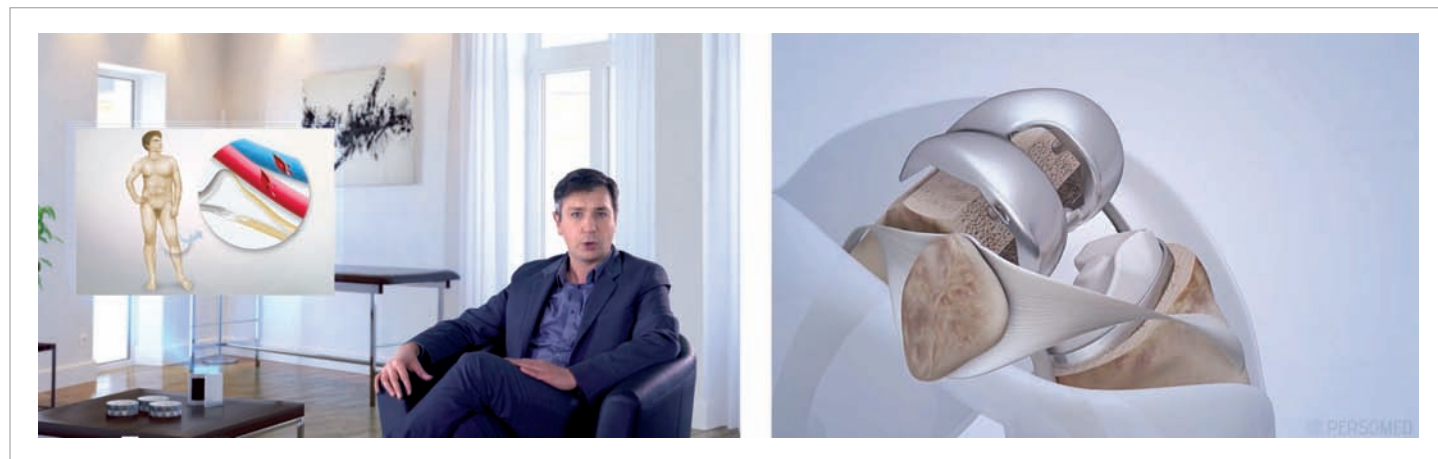
teurs), vous ferez plaisir à vos patients, vous valoriserez votre image et celle de votre structure, et vous permettrez de démontrer l'impact réel de l'information des opérés. Nous avons besoin du plus grand nombre de cas pour que la démonstration soit optimale. Les résultats de l'enquête seront communiqués au CNP-SOFCOT et ORTHORISQ et feront aussi l'objet d'un rapport au Ministère.

Lien vers la présentation de Persomed : <https://vimeo.com/214496091/f6af6dca8d>

Lien vers l'animation de présentation de l'ordonnancier : <http://www.persomed.fr/prescrire>

Pascal GLEYZE

La plateforme en ligne



Exemples de vidéos présentées aux patients

Vous êtes membre de l'EFORT, alors participez !

Par **Philippe NEYRET** et **Thierry BÉGUÉ**

L'EFORT est, par définition, la fédération des sociétés nationales européennes de chirurgie orthopédique et traumatologique. Ainsi, les membres de ces 41 sociétés nationales sont automatiquement membres de l'EFORT. Il existe, de plus, 13 sociétés scientifiques associées et 37 sociétés internationales ou de spécialités européennes ayant des liens privilégiés avec l'EFORT.

Chacune des 41 sociétés nationales participe financièrement au fonctionnement de l'EFORT par une contribution de 6 € par membre. L'EFORT s'appuie largement sur l'expertise existant au sein de ces sociétés de (sur) spécialité pour l'une de ses thématiques essentielles : l'éducation.

L'EFORT, c'est plus de 40 000 chirurgiens orthopédistes en Europe. Ceci rend compte du retentissement des actions conduites par l'EFORT et de l'intérêt que peut et doit susciter l'EFORT. Les chirurgiens peuvent, à travers ce réseau considérable, échanger mais aussi trouver l'audience attendue et y populariser leurs travaux. L'industrie et les institutions européennes trouvent en l'EFORT un interlocuteur unique en Europe. Ce dernier point est important pour tout chirurgien orthopédiste, qu'il soit Français ou Européen. Les délégués nationaux (2 par société nationale) qui représentent les différents pays (soit 82 au total) nous ont encore récemment dit, lors du congrès de Vienne de 2017, attendre beaucoup de l'EFORT quant à l'harmonisation en Europe des pratiques, des diplômes, des cursus, etc. Si cela peut paraître lointain à beaucoup d'entre vous, alors prenons des exemples simples.

Nos collègues anglais, malgré des études sérieuses et des preuves tangibles, se voient refuser certaines indications dans leur pratique chirurgicale. Ce qui ne peut être résolu à l'échelon national pourrait l'être au niveau européen.

19th EFORT Congress 2018
www.efort.org/barcelona2018

Abstract submission
15 Sept. - 12 Nov. 2017

19th EFORT Congress
Barcelona, Spain: 30 May-01 June 2018
#EFORT2018

Congress Highlights | Main Theme: Innovation & New Technologies

- Robotics & computer-assisted surgery
- Minimally invasive surgery
- 3D printing
- New diagnostic techniques
- Biomaterials
- Virtual learning environment
- Advanced implant technologies
- Innovative rehabilitation programmes
- New tissue regeneration techniques
- Patient involvement in treatment & research
- Patient specific treatment
- Telemedicine

Key dates

Abstract submission opens: **15 September 2017**
Abstract submission closes: **12 November 2017 23:59 CET**
Abstract status notification: **01 February 2018**
Advanced Programme online: **15 March 2018**

Un autre exemple : nous savons les doutes rencontrés par les chirurgiens dans la prescription des anticoagulants après chirurgie prothétique : les recommandations sont souvent édictées par la SFAR chez nous, mais celles-ci ne font pas l'unanimité en Europe. Porter le débat au niveau européen permet une harmonisation (ou une flexibilité) des règles. Au delà de ces exemples, le rôle majeur du chirurgien orthopédiste, de ses actions et des services rendus à ses patients peut être souligné auprès des instances ou au parlement européen. Les choix et l'indépendance des chirurgiens (respect, choix des prothèses, etc.) peuvent être aussi mieux défendus. Ainsi comme la SOFCOT, l'EFORT doit s'attacher à défendre à l'échelle européenne notre profession pour le bien de nos patients, et elle seule peut avoir l'audience suffisante pour obtenir des résultats favorables à notre profession.

En Europe, toutes les sociétés nationales n'attendent pas de l'EFORT les mêmes actions. En effet une société comme la SOFCOT organise un congrès annuel très fréquenté et de haut niveau scientifique. Ce n'est pas le cas de nombre de sociétés savantes moins importantes pour lesquelles le congrès de l'EFORT est quasiment devenu leur congrès. Est-ce pour autant que les chirurgiens français peuvent se dispenser d'assister au congrès de l'EFORT. Nous ne le croyons pas, car l'EFORT représente une occasion unique de faire valoir et diffuser nos idées en Europe et au-delà : c'est une plateforme idéale. La chirurgie française a une longue histoire ponctuée d'innovations majeures. Nous

devons beaucoup à nos illustres prédécesseurs et la nouvelle génération ne démerite pas. Dans un monde plus ouvert que jamais, nous avons une voix à faire entendre et la dimension européenne est désormais incontournable comme dans de nombreux domaines. Participer au congrès de l'EFORT, et y diffuser nos résultats et nos innovations, c'est aussi permettre à nos industriels nationaux, qui nous ont fait confiance pour la réalisation de nouveaux produits, d'accroître leur visibilité et leur marché à l'international.

La SOFCOT, avec constance et ténacité, a toujours parfaitement rempli son rôle grâce à ses Présidents et bureaux successifs. La SOFCOT a, aussi, mandaté plusieurs de ses membres pour être constamment bien représentée au sein de l'EFORT. Cette volonté et cet engagement de la SOFCOT, qui est aussi le vôtre, ont été appréciés et reconnus par l'EFORT qui, depuis plusieurs années, a associé des représentants de la SOFCOT aux missions essentielles de l'EFORT :

- Délégués nationaux : Alain Sautet et Gilles Pasquier ;
- Commission éthique : Henry Coudane ;
- Education committee : Hervé Thomazeau, Philippe Hernigou ;
- Trauma task Force : Jean-Christophe Bel ;
- Scientific committee members : Jean-Noël Argenson, Luc Favard, Yves Tourné.

Nous voudrions, par ce message, souligner la place que chacun d'entre vous peut et doit jouer au sein de l'EFORT. En tant que membre de la SOFCOT, vous avez la possibilité de promouvoir, en Europe, la chi-

urgie orthopédique française mais aussi vos idées et vos innovations. Toutes les conditions sont réunies pour que vos messages soient entendus. De plus, le congrès de l'EFORT offre un niveau scientifique élevé et son organisation est devenue exemplaire. Ne manquez pas Barcelone en 2018 ou encore Lisbonne en 2019.

Certains peuvent croire qu'il est difficile de diffuser nos connaissances en anglais et au sein de l'EFORT : rien n'est plus erroné. Certes, au cours des 5 derniers congrès de l'EFORT, les auteurs français peinent à être dans le Top 10 des abstracts soumis (voir ci-dessous les tableaux concernant Genève 2016 et Vienne 2017).

Mais si, au lieu de considérer le nombre de soumissions des abstracts, nous nous intéressons aux résumés sélectionnés, la France est toujours dans les 5 premiers. Nous soumettons peu d'abstracts, mais ils sont de qualité et très souvent sélectionnés. Les chirurgiens français n'ont pas à être timides quant à la qualité de leurs pratiques. Elles sont de qualité, bien analysées, et avec un suivi à moyen et long terme que nous envient bon nombre de collègues européens. Au total, l'EFORT a besoin de vous, comme nous avons besoin d'elle. Il n'y a pas de concurrence avec l'EFORT, mais seulement une plate-forme supplémentaire qui doit nous permettre de diffuser notre savoir, notre ingéniosité, nos résultats. Utilisons-là largement.

À se voir à Barcelone, en 2018.

Philippe NEYRET et Thierry BÉGUÉ

Country	Free Papers	Posters	Clinical Cases	Nurses	Total	%
1. United Kingdom	433	142	54	0	629	21%
2. Portugal	100	59	65	0	224	7%
3. Switzerland	143	46	10	0	199	7%
4. Spain	66	91	24	0	181	6%
5. Italy	122	39	13	0	174	6%
6. South Korea	47	108	5	0	160	5%
7. Japan	51	94	1	0	146	5%
8. United States	120	16	0	0	136	5%
9. France	114	4	0	0	118	4%
10. India	86	13	2	0	101	3%
Sub-total	1282	612	174	0	2068	69%
Grand Total	1909	872	222	14	3017	100%

Soumission des abstracts au congrès de Genève en 2016...

VIE2017		
United Kingdom	643	20.6%
Portugal	226	7.3%
Italy	188	6.0%
Japan	174	5.6%
Spain	170	5.5%
Turkey	145	4.7%
South Korea	143	4.6%
United States	115	3.7%
Austria	103	3.3%
Greece	96	3.1%

...et au congrès de Vienne en 2017

La réforme du 3^e cycle (R3C) : « de la formation à l'exercice »

Par **Hervé THOMAZEAU**, Président du CFCOT

C'est parti ! Les gouvernements se sont succédés mais la réforme de l'internat est passée sous la forme d'un décret général (25 novembre 2016) et de deux arrêtés (12 et 21 avril 2017). Ces textes, tous accessibles sur le site de la coordination nationale des collèges (CNCM) (<http://cncem.fr>), fixent les règles de la formation initiale des internes. Ceux-ci sont clairement des étudiants en médecine de 3^e cycle sous la responsabilité universitaire du Doyen de leur faculté d'inscription qui signera leur qualification universitaire à la fin de leur cursus. Les porteurs de la R3C sont les coordinateurs locaux des 26 facultés, regroupées en 12 régions (Figure 1 et Tableau 1). Ces règles valent pour les 44 spécialités médicales et chirurgicales organisées en autant de DES

(diplômes d'études spécialisées) qui remplaceront progressivement les DESC. La formation se déroule en 3 phases (socle, approfondissement et consolidation) de durées variables selon les spécialités. Pour la nôtre, elle se fera en 6 années (Figure 2) et sera suivie d'un post-DES, dont l'existence est acquise mais les modalités non arrêtées à ce jour. Il y aura donc au cours des années à venir (2017-2022) chevauchement de 2 générations d'internes, DESC et DES. La question n'est donc plus à la discussion du principe de cette loi mais à sa mise en application. Celle-ci va, en effet, se faire à « marche forcée » car les premiers internes du nouveau DES (exit le DES de chirurgie générale pour ceux-ci) intégreront leur cursus dès le 1^{er} novembre 2017. La filiarisation (inscription dans un seul DES) fait

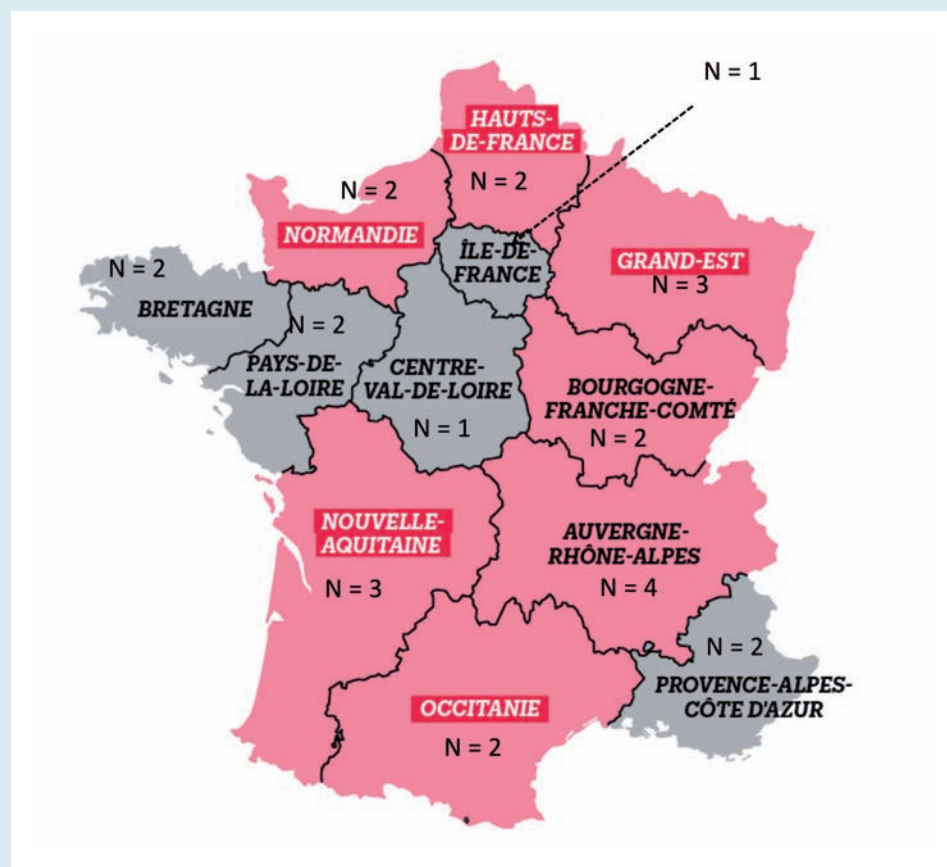


Figure 1 - Répartition des 26 facultés en 12 régions

Hauts de France	H. Migaud
Amiens	P. Mertl
Lille	H. Migaud
Normandie	C. Hulet
Caen	C. Hulet
Rouen	F. Dujardin
Bretagne	H. Thomazeau
Brest	D. Le Nen
Rennes	H. Thomazeau
Pays de Loire	F. Gouin
Angers	L. Hubert
Nantes	F. Gouin
Centre Val de Loire	J. Brilhault
Tours	J. Brilhault
Nouvel Aquitaine	O. Gilles
Bordeaux	T. Fabre
Limoges	J.L. Charissoux
Poitiers	L.E. Gayet
Occitanie	P. Mansat
Montpellier	B. Coulet
Toulouse	P. Mansat
PACA	G. Curvale
Marseille	P. Tropiano
Nice	P. Boileau
Auvergne Rhones Alpes	G. Herzberg
Clermont Ferrand	S. Boisgard
Grenoble	J. Tonetti
Lyon	S. Lustig
Saint Etienne	F. Farizon
Bourgogne Franche Comté	E. Baulot
Besançon	L. Obert
Dijon	E. Baulot
Grand Est	Y.P. Charles
Nancy	D. Mainard
Reims	X. Ohl
Strasbourg	Y.P. Charles
Paris	P. Bizot
Antille Guyane	J.L. Rouvillain

Tableau 1 - Coordonnateurs des DES des 12 régions et 26 UFR

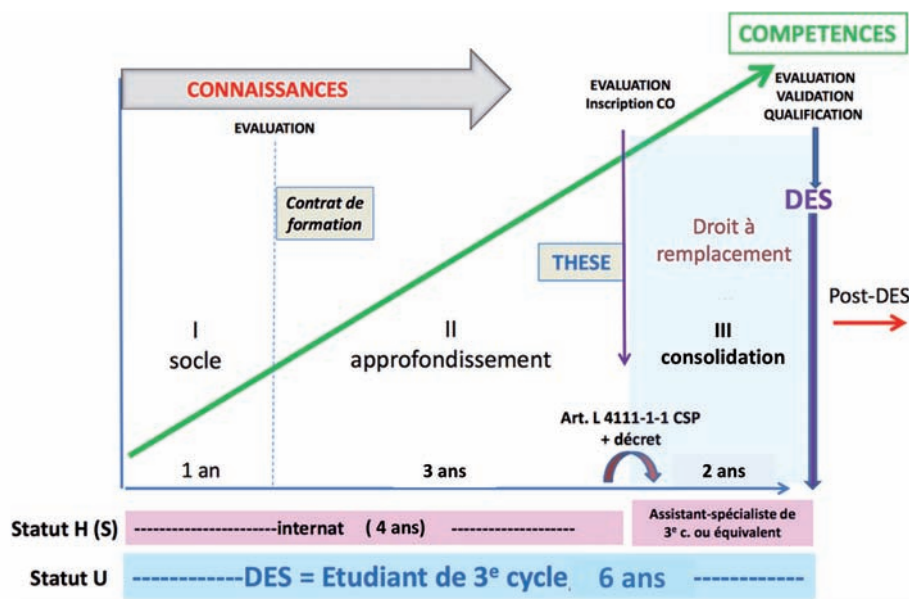


Figure 2 - Maquette du DES de notre spécialité

que peu d'entre eux exerceront leur « droit de remord » vers une autre spécialité et nous les accompagnerons jusqu'à leur qualification universitaire en 2023.

Un autre arrêté (8 juillet 2017) a fixé la prospective quantitative de cette filiarisation (ONDPS) : nous devons former 120 internes par an, ce qui nous place en tête des spécialités chirurgicales si l'on met de côté les ophtalmologistes et les gynécologues-obstétriciens qui ont respectivement des spécificités d'appareil (l'œil) ou d'exercice (médico-chirurgical). Enfin, 3 FST (formation spécialisée transversale car partagée par 2 ou plusieurs spécialités) ont été acceptées par les Ministères : « chirurgie de la main », « chirurgie en situation de guerre ou de catastrophe » et « médecine du Sport » (onglet « FST » sur le très pratique site : <http://cncem.fr/wikicncem/>). Pour la « FST-main », partagée avec nos collègues plasticiens, l'interne bénéficiera d'une formation pratique initiale en simulation microchirurgicale et de 2 stages obligatoires dans des services ayant la double compétence formatrice (DES et « Main »). Les réflexions sont en cours avec les Sociétés savantes concernées pour la construction de la suite de leur maquette notamment lors de la phase de consolidation, voire du post-DES.

Il faut aborder positivement cette réforme : elle était nécessaire, réclamée et portée par les syndicats et collèges de

jeunes médecins et chirurgiens. Nous sommes beaucoup d'anciens à regretter notre formation initiale, mais comment imaginer qu'elle perdure alors que les mondes hospitaliers, publics et privés, se sont transformés autour de nous ? Même si nous n'approuvons pas forcément ces modifications, il est de notre devoir d'y adapter nos outils de formation. La R3C va permettre des avancées importantes, telle une meilleure définition des agréments de terrains de stage selon les 3 niveaux décrits et sur la base de leurs flux de patients et de la présence d'au minimum 2 membres formateurs du CFCOT. Citons encore la désignation d'un tuteur-formateur pour chaque interne, l'introduction de la formation dans les centres privés qui répondent à ces critères (niveau 3 en général) et, enfin, la perspective de l'alignement de la France sur la docimologie européenne. Les règles du jeu ont été fixées par nos tutelles, les 2 ministères payeurs (Santé et Enseignement Supérieur), mais leurs conseillers ont pris soin de laisser une marge de manœuvre aux formateurs et à leurs coordinations représentées par les 44 collèges de spécialité, pour la première fois reconnus par la loi comme instances organisatrices. Les CNU (formation universitaire) et la CNCM les accompagnent, avec une dynamique propre aux 12 collèges chirurgicaux grâce à l'action d'O. Farges, président du Collège de chirurgie digestive. Ces 12 collèges se sont d'ailleurs réunis

ce 13 Octobre 2017 dans les bureaux mêmes du CNP-SOFCOT, témoignant de l'engagement de notre spécialité dans l'application de cette réforme !

Notre CNP a, en effet, parfaitement compris combien la formation d'aujourd'hui conditionne l'exercice professionnel de demain, au moment où l'application de cette réforme se fait dans un contexte de grandes tensions professionnelles, ponctué de mouvements sociaux et d'incertitudes sur l'avenir de la profession de chirurgien. Il en soutient le principe absolu qui est de former un « médecin qui opère et non un technicien d'une articulation ». Cette formation s'achèvera par une qualification que la loi a voulu universitaire, garante d'une formation égale sur tout le territoire et pour tous les internes. Certes, une sur-spécialisation est souhaitable, mais en tant qu'orientation, sans exclusivité d'exercice et seulement en fin de parcours de formation initiale (en phase 2 et surtout 3), voire dans le cadre d'un post-interne dont les modalités restent à définir avec les acteurs ministériels, le CFCOT et les sociétés savantes.

Jamais les Collèges, CFCOT et CJO, n'auront eu tant à faire pour mener à bien les 5 « chantiers » majeurs de la réforme dont voici un court résumé :

1. La plate-forme nationale des disciplines (PND)

http://cncem.fr/wikicncem/lib/exe/fetch.php?media=presentation_pnd_cncem_uness.pdf

Les énergies conjuguées des 2 collèges (CFCOT et CJO), d'un Président 2015 (G. Walch) et d'un secrétaire général (C. Court) avaient donné l'impulsion à cette plate-forme dont la mise en place est une obligation légale pour chaque spécialité. Son financement, initié par le CNP et le Collège, va basculer vers les universités (UNESS : université numérique en santé et sport) qui en assureront l'accès gratuit aux internes après règlement de leurs droits d'inscription au DES dans leur faculté de médecine respective.

L'orthopédie a été ambitieuse en s'imposant la préparation de présentations Powerpoint répondant à un modèle commun et sonore. Notre spécialité a le record du nombre de diaporamas à préparer pour

le niveau 1 (phase socle de 1 an) tant nous avons d'os, d'articulations, de tendons et de pathologies à traiter ! Nous venons de franchir le cap des 100 présentations prêtes à être transférées sur la PND (30 %), ce qui nous place dans la bonne moyenne des spécialités. L'effort doit être poursuivi et nous aurons besoin de tous au moment où il nous faut également commencer à préparer les présentations de niveau 2 (phase intermédiaire de 3 ans). Un immense remerciement doit être adressé à tous les experts, qu'ils soient publics ou privés, qui ont joué et jouent le jeu, sous la houlette de nos 2 infatigables correspondants à la CNCM, M.O. Gauci, pour la partie pédagogique, et A.Poichotte, pour la partie technique. Ils pilotent cette incrémentation progressive avec l'aide des 9 directeurs de modules et de la « task force plate-forme du CFCOT ». Les Sociétés savantes, au travers de leurs comités pédagogiques, sont les garantes de la qualité du contenu scientifique des présentations et une mention particulière doit être attribuée aux sociétés associées qui ont mis à disposition de la PND le contenu de leur propre plate-forme pédagogique.

Ce contenu pédagogique aura comme intérêt, outre sa qualité, d'être national et immédiatement accessible sur tous les supports connectés. Il n'est, toutefois, qu'un moyen et non une fin et ne sera rien sans un accompagnement présentiel et humain par les membres formateurs du Collège, des Sociétés savantes, et tous les praticiens du CNP-SOFCOT impliqués dans la formation. À nous tous, universitaires ou non, de commenter ces enseignements avec les internes mais aussi de les améliorer au fil du temps grâce à l'outil numérique. Cette base du « savoir » représente le contenu opposable aux étudiants, nos internes, pour leur évaluation que le Ministère souhaite continue et progressivement validante. Il est amené à se substituer progressivement aux DU et DIU que le Ministère ne souhaite plus voir utilisés pour la formation initiale, les réservant au DPC.

2. La simulation pratique et comportementale

Contrairement aux allégations trop médiatisées de certains collègues, il y aura toujours une « première fois » sur le patient. Notre rôle est de préparer et d'ac-

compagner cette première fois pour qu'elle ne comporte aucun risque pour le patient, bien au contraire, que cela soit en exercice public ou privé. C'est l'objectif de la simulation. Chaque situation ou chaque geste devront avoir été vus, puis effectués, accompagné par un moniteur, et enfin répétés en autonomie. Les moyens matériels et humains à déployer sont importants et nécessiteront une organisation locale, mais aussi régionale, voire supra-régionale par regroupement de plusieurs facultés. Les Doyens et leur Conférence Nationale, légalement responsables de la formation (décret de novembre 2016), recherchent les solutions pour permettre la mise en place de cette simulation dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Dans l'attente de ces nouvelles « écoles de chirurgie », le CFCOT a voulu anticiper et a proposé aux coordonnateurs locaux du DES un « guide pour la simulation de niveau 1 en orthopédie-traumatologie » (<http://www.sofcot.fr/Media/guide-simulation-CFCOT>); ce guide est destiné à les aider dans la mise en place, dans chaque faculté, d'un laboratoire minimum en simulation. Les jeunes internes, qui disposent statutairement d'une demi-journée hebdomadaire de formation supervisée, pourront ainsi apprendre rapidement les techniques de visée et de vissage (Figure 3), la triangulation de base en arthroscopie (Figure 4), la confection d'appareillages plâtrés et ils se testeront en chirurgie utilisant une magnification optique. Tous ces gestes, observés puis réalisés, seront collectés sur un portfolio numérique, en permanence consultable par leur tuteur. Une attention particulière sera portée aux rappels anatomiques et à la répétition des principales voies d'abord et de leurs élargissements.

L'encadrement de la simulation pratique représente un défi qui ne pourra être

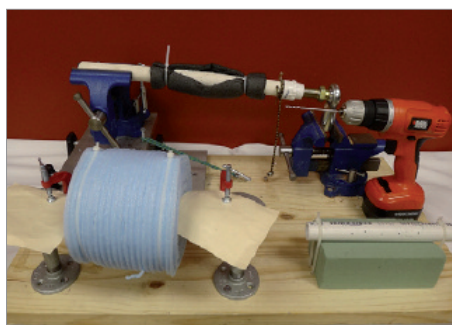


Figure 3 - Maquette établi vissage

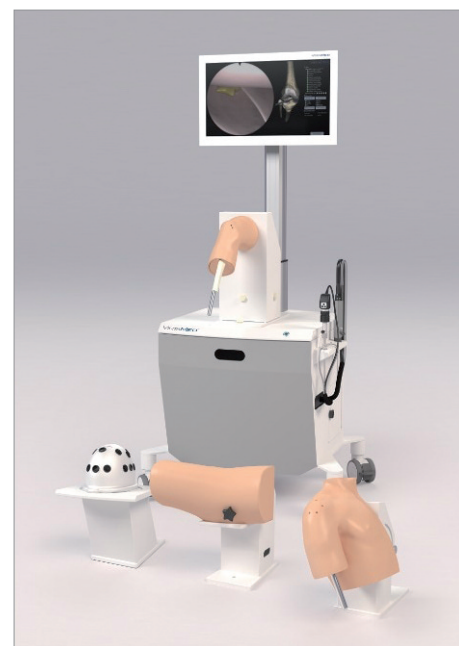


Figure 4 - Exemple de simulateur arthroscopique

relevé que par l'engagement des enseignants universitaires, mais aussi des membres formateurs du CFCOT. Il s'agit là de l'invention d'une nouvelle forme de compagnonnage qui ne remplace pas celle du bloc opératoire mais la prépare ou la complète, notamment par des séances de « débriefing ». L'importance des moyens matériels à mettre en œuvre, pour ces programmes qui dureront des années, impose la recherche de collaborations avec les partenaires industriels susceptibles de les accompagner grâce à leurs structures pédagogiques propres. Les règles de la transparence imposeront la rédaction de conventions avec les universités dans un cadre autorisé par la loi et les recommandations concernant la formation initiale. Cette structuration de la formation pratique constitue, sans doute, la première étape d'un projet ambitieux qui pourrait bien être aussi celui de la requalification dans le cadre du DPC...

3. Le log-book

Ce carnet permettra au tuteur de l'interne de suivre en temps réel ses acquis, aussi bien en simulation qu'en soins. Ce tuteur sera désigné dès la 1^{re} année de formation et suivra l'interne jusqu'à sa qualification finale. Ce log-book devra donc être exhaustif grâce à un remplissage par l'interne « au fur et à mesure » et sera consultable à tous moments par le tuteur. Il ne peut

donc être que numérique et son accès se fera par une application sous l'impulsion du CJO et avec l'aide de l'UNESS. Les exercices et gestes à réaliser et à répéter sont déterminés par le bureau du Collège et les comités pédagogiques des Sociétés savantes.

4. La certification des membres formateurs du CFCOT

L'encadrement humain d'une telle réforme ne peut se concevoir sans l'élargissement du nombre de « membres formateurs en orthopédie-traumatologie ».

- L'accès au titre de « Membre du CFCOT » doit être simplifié : ainsi, tous les chirurgiens qualifiés dans la spécialité au travers de la filière DESC (et dans l'avenir DES) obtiendront de principe ce titre sous réserve d'en faire la demande et de régler leur cotisation. L'examen du Collège ne sera donc plus réservé qu'aux seuls chirurgiens hors filière DESC/DES qui souhaitent accéder à cette titularisation.
- L'accès au statut de « Membre formateur » relèvera d'une 2^e démarche et reposera sur la production d'un projet pédagogique personnel et d'établissement. Il sera accordé pour 5 ans après accord du coordonnateur local du DES (CHU correspondant à la demande, cf tableau) et validation par la commission ad hoc, émanation du bureau du CFCOT, se réunissant au minimum 4 fois par an. L'obtention de ce statut est un engagement de la part des membres formateurs à répondre aux demandes d'actions de formation DES par les coordonnateurs locaux, actions qui seront nécessaires à leur requalification tous les 5 ans.

- Ce statut permet à 2 « Membres formateurs » de demander l'agrément « terrain de stage » de leur service ou établissement. Cet agrément ne relève pas du CFCOT mais de la commission mixte locale pilotée par le Doyen et l'ARS à laquelle elle est soumise après avis favorable du coordonnateur local du DES. La décision est prise en fonction du respect des critères d'agrément fixés par la loi et des impératifs pédagogiques locaux. Un travail est, par ailleurs, mené parallèlement par le CFCOT et les comités pédagogiques des Sociétés savantes pour établir les critères d'agrément des terrains de stage ayant une double validation, notamment dans le cadre des FST ou pour l'arthroscopie par exemple.

5. La dimension européenne de l'évaluation et de la formation

La lecture attentive de la maquette de l'arrêté du 21 avril révèle que le CFCOT a fait inscrire dans la loi un possible alignement de la docimologie de l'examen final du DES (fin de 6^e année) sur celle de l'EBOT-exam (*European Board of Orthopaedics and Traumatology*, QCM et examen oral). L'objectif serait de remplacer les examens régionaux, déjà harmonisés sous l'impulsion du CNU et du CFCOT, par un examen national, unique, tenu annuellement en un seul lieu pour chaque promotion de 120 internes. Cette démarche a été entreprise à partir du constat d'un défaut de formation théorique de nos internes par rapport à celle de leurs homologues européens. Cette connaissance théorique doit permettre de leur donner une assurance dans leurs indications thérapeutiques et un esprit critique vis-à-vis des propositions commerciales. Le Collège espère que cette

augmentation des exigences docimologiques entraînera, par contre-coup, une amélioration des prestations d'enseignements et les acquis des internes, notamment grâce à leur travail personnel dans le cadre de leur autre demi-journée statutaire hebdomadaire de formation, en autonomie cette fois. Ce projet « européen » rencontrera, sans doute, de nombreuses réticences mais il doit nous permettre de rentrer dans le concert des formations européennes de haut niveau. Il s'agit d'un profond changement de culture, déjà amorcé par l'entraînement annuel pour l'EBOT-interim exam auquel 44 internes de 14 CHU ont adhéré en 2017. L'Espagne s'est déjà engagée dans cette voie en organisant, avec l'aide de l'EBOT, un examen national en langue espagnole suivi par une centaine de leurs internes. Une politique de stimulation des internes DESC « ancien régime » à passer l'EBOT-exam va être mise en place par le CFCOT. Le succès à cet examen, encore en langue anglaise et ayant malheureusement un coût d'inscription, dispensera alors l'interne du passage de l'examen du DESC.

Tout ceci n'est qu'un aperçu des actions liées à la R3C. Elles ont un coût humain et financier. Rien n'existerait et n'existera sans l'énergie de tous, du secrétariat du CFCOT et le soutien fort du CNP-SOFCOT et des Sociétés savantes. Pour en débattre, nous vous proposons de nous retrouver à l'assemblée générale annuelle du CFCOT (le 7 novembre, 13h00-14h00, Salle Passy).

De la formation d'aujourd'hui dépendent la crédibilité et la qualité de notre exercice de demain !

Hervé THOMAZEAU



Figure 5 - EBOT-exam 2017 à Lisbonne

BOURSE SOFCOT 2016-2017

Retour d'expérience :
fellowship CFBS au Canada

Mai-Juin 2017

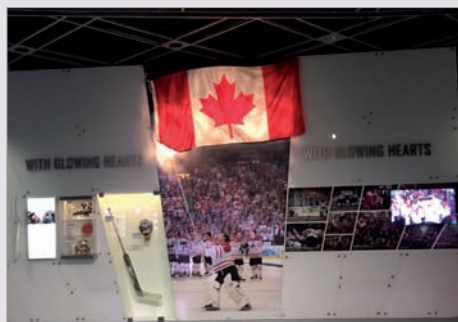
Par Jérôme MURGIER, Toulouse, Boursier SOFCOT



J'ai eu la chance de participer au fellowship CFBS 2017 grâce à la SOFCOT. Il s'agit d'un « échange orthopédique » entre les quatre pays francophones que sont le Canada, la France, la Belgique et la Suisse, initié en 1972 et qui se perpétue tous les ans. Deux fellows européens sont choisis, une année sur deux, pour visiter le Canada et, l'autre année, ce sont deux canadiens qui sont accueillis en Europe. Cet échange a, bien sûr, pour thème principal l'orthopédie et se place sous le signe de la convivialité et de l'amitié entre nos pays. Il est demandé aux fellows de faire des présentations aux services hôtes sur des sujets choisis au préalable dans le cadre de conférences scientifiques. Les fellows sont ensuite accueillis dans le service et au bloc opératoire de chaque ville pour faire un stage d'observation.



Ottawa, capitale du pays...



...et leur fierté affichée d'avoir été champions olympiques de hockey face aux Américains lors des JO de Vancouver en 2010

Le voyage

À travers six étapes, trois fuseaux horaires et 7 vols, nous avons eu l'occasion de visiter le Canada de la côte ouest à la côte est permettant de découvrir ce pays si vaste et si différent entre la région à forte influence américaine à l'ouest et la zone francophone à l'est. Nous avons ainsi visité Winnipeg, Vancouver, Montréal, Sherbrooke, Québec City et Ottawa. Il y aurait beaucoup à dire sur chaque ville car nous avons suffisamment de temps libre pour les explorer (et même assister au GP de F1 de Montréal !) mais je retiendrai surtout les rencontres avec les chirurgiens canadiens très chaleureux et accueillants. Peter Mac Donald, à Winnipeg, Bas Masri et Danny Goel, à Vancouver, nous ont ainsi fait apprécier le Canada anglophone et son *dress-code* très américain. Greg Berry et Patrick Lavigne nous ont fait découvrir la chirurgie à Montréal alors que Jean Lamontagne et Etienne Belzile nous ont guidés lors de notre séjour à Québec City ; les discussions étaient amusantes entre le fort accent québécois et les expressions de nos hôtes, l'accent suisse d'Eric Thein (fellow suisse) et mon accent toulousain, mais tout ce beau monde se comprenait dès lors que nous parlions d'orthopédie. Enfin, François Cabana à Sherbrooke et Paul Beaulé à Ottawa nous auront permis de terminer cette aventure en beauté avec une hospitalité rare.

L'orthopédie au Canada

Une des particularités de leur organisation est la quasi absence de structures privées (moins de 5 %) dans le paysage de l'offre de soins. Cette absence de concurrence semble favorable au développement de centres hospitaliers d'excellence dans lesquels d'importants moyens humains et financiers sont mis en œuvre. Cela leur permet également de contrôler leurs dépenses de santé publiques. Le corollaire est toutefois la lon-



gueur de la liste d'attente, qui peut excéder facilement un an pour les chirurgiens les plus sollicités (que ce soit pour la consultation ou une opération), avec pour conséquence un départ de certains patients aux USA pour bénéficier d'une chirurgie à condition d'y mettre le prix.

Les chirurgiens canadiens rentrent les prothèses sur le registre national avec une bonne observance et (fait intéressant) les provinces (qui séparent le pays en 10 régions) participent au choix du type et de la marque de la prothèse qui sera implantée dans leur région en se basant, en partie, sur les résultats provenant des registres mais aussi des coûts. Cette méthode (à l'opposé de ce que l'on peut voir dans nos hôpitaux) permet de diminuer les conflits d'intérêts lors des appels d'offres des implants prothétiques.

Le temps d'attente entre les blocs était assez similaire à ce que l'on peut avoir en France et leur journée opératoire se termine à 15 h. En cas de risque de dépassement des TVO, le patient est annulé et reprogrammé facilement.

Les règles d'asepsie sont moins rigoureuses (ou rigides, au choix) que chez nous, notamment dans la partie anglophone du Canada avec des taux d'infections qui sont, cependant, identiques aux nôtres. Ils vont, par exemple, au bloc avec leurs chaussures de ville ou décident s'ils utilisent du ciment aux antibiotiques

en fonction du risque septique du patient (diabète, maladie inflammatoire chronique, reprise chirurgicale, etc.).

Ils sont, bien sûr, spécialisés et fonctionnent en équipe autour d'une articulation ou d'un thème (tumeur, genou, traumatologie, etc.) ce qui rend les discussions très intéressantes et pointues. Ils développent le *sports-medicine* avec une relation très directe entre chirurgiens, rééducateurs et médecins du sport qui semble fonctionner de manière optimale. Les sportifs de haut niveau, principalement des hockeyeurs et footballeurs américains, sont pris en charge dans les centres hospitaliers (absence de concurrence du privé) dans le cadre de cette filière.

Concernant la chirurgie ligamentaire du genou, qui est un sujet qui m'intéresse particulièrement, les divers centres ont un accès facilité aux allogreffes ligamentaires qu'ils achètent aux USA et utilisent largement dans les reconstructions multiligamentaires afin de prévenir toute morbidité liée au prélèvement des autogreffes. Ils reconnaissent un taux d'infection plus important avec cette procédure. Peter Mac Donald, chirurgien de l'équipe nationale de hockey et de l'équipe locale de Winnipeg qui évolue en NHL, les utilise notamment pour reconstruire le plan interne du genou qui est très sollicité chez les joueurs de hockey. Nous avons assisté à une reconstruction isolée du plan postéro-médial à l'aide d'une allogreffe de jambier postérieur selon une technique classique et une reprise de LCA au TQ. Concernant la reconstruction du LCA, les techniques sont habituelles avec une majorité de DIDT fixés par un *endobutton* en fémoral et une vis résorbable en tibial. Le tendon quadricipital ou patellaire était utilisé en cas de reprise. La visée fémorale se faisait en in-out par la voie antéro-médiale. Enfin, selon leur vision très nord-américaine, ils ne font presque jamais de retour externe et globalement ne croient pas vraiment à l'utilité de ce geste ni même l'implication physiopathologique d'une éventuelle lésion antéro-latérale.

La chirurgie de la hanche connaît les mêmes « avancées » qu'en France avec la popularisation de la voie antérieure sur table orthopédique ou l'arthroscopie de hanche réalisée par le Pr Paul Beaulé à Ottawa notamment. La chirurgie prothétique en ambulatoire n'était pas encore établie mais la durée moyenne de séjour à l'hôpital était de l'ordre de 2 à 3 jours.

Enfin, leur professionnalisme est à louer, avec une rigueur certaine dans tout ce qu'ils entreprennent et une volonté de se montrer respectueux de l'institution et des patients mais également respectables. Par exemple, des posters scientifiques sont affichés dans



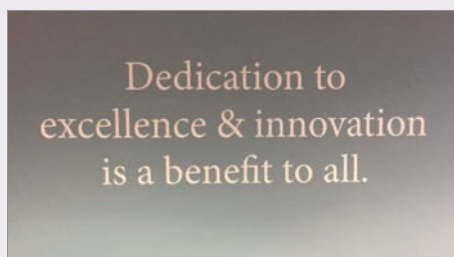
Arthroscopie de genou à Winnipeg



Pose d'une PTG à Montréal



Exemple de couloir que traverse un patient avant d'aller en salle d'attente



Exemple de phrase qui peut être écrite sur les murs des hôpitaux

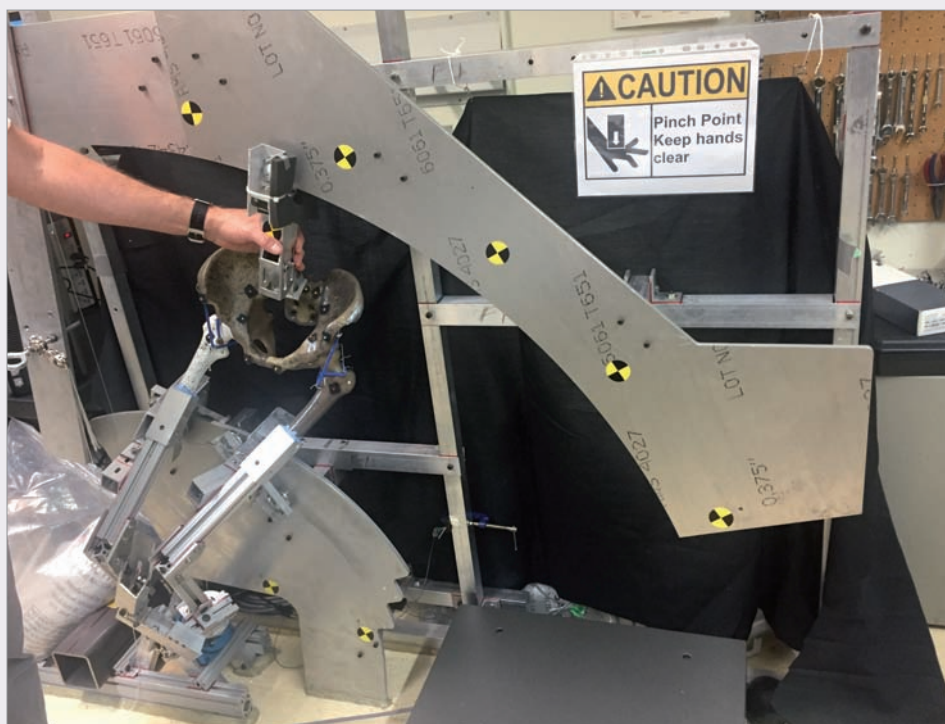
les couloirs qu'empruntent les patients comme pour leur rappeler qu'ils sont dans un centre dynamique et à la pointe de la recherche, de plus des slogans jalonnent régulièrement les murs de l'hôpital rendant l'impression de sérieux et d'implication toujours plus grande.

Formation – Recherche

C'était le point le plus impressionnant tout au long du voyage. Les moyens mis dans la recherche et la formation sont colossaux et aboutissent à de nombreuses innovations, que ce soit dans le domaine prothétique, des sciences fondamentales ou numérique. Ils montraient, par exemple, à Montréal (Mc Gill), comment ils arrivaient à stimuler la consolidation osseuse chez le rat avec des chélateurs et ils avaient débuté les études chez l'homme avec une commercialisation du produit en cours. À Vancouver, ils développent la réalité virtuelle pour la formation des internes et l'éducation des malades alors qu'à Winnipeg, des études tribologiques sur la céramique nouvelle génération sont réalisées dans leur laboratoire. Ce sont des exemples pris parmi tant d'autres mais les installations qu'ils possèdent sont très modernes et offrent la possibilité de réaliser de nombreuses études (imprimante 3D, laboratoire de marche, laboratoire de prothèse, etc.). L'avantage est qu'ils ont à leur disposition, dans chaque centre, un laboratoire juxtaposé à leur service d'orthopédie dans lequel de nombreux chercheurs et ingénieurs travaillent en permanence en collaboration avec l'équipe chirurgicale ce qui rend le système très efficace et forcément productif. Ils ont une dynamique universitaire impressionnante et les moyens mis à leur disposition semblent illimités. Les résidents sont aussi au centre de leur organisation avec un accès à des simulateurs d'arthroscopie de genou et d'épaule pour s'entraîner, à Winnipeg par exemple. Leur progression est analysée chaque année afin de s'assurer de la validation des acquis.



L'université de Sherbrooke avec son pôle recherche



Étude réalisée dans les laboratoires de Vancouver qui cherche à évaluer si la densité osseuse du pelvis a un rôle dans la fracture du col du fémur en analysant l'impact en slow motion

Remerciements

Je souhaite remercier la SOFCOT et la société d'orthopédie canadienne pour m'avoir permis de participer à cette fantastique expérience. Je tiens à remercier tous nos hôtes pour leur accueil extrêmement chaleureux et tous les bons moments passés au bloc mais aussi en dehors !

Enfin, une expérience n'est belle que si on peut la partager et j'ai eu la chance de la partager avec le Dr Eric Thein, chirurgien traumatologue de Lausanne que je souhaite associer au formidable souvenir de ce fellowship.

Pour les plus jeunes qui liront ces lignes, on dit souvent que les voyages forment la jeunesse... mais ils forment aussi les chirurgiens ! Voyagez, vous ne le regretterez jamais.

Jérôme MURGIER

Le congrès CAO

Le congrès national d'orthopédie a clôturé notre voyage et se déroulait à Ottawa. Il s'agit d'une réunion moins importante que la SOFCOT en termes de volume et de nombre de participants avec une présence remarquée de nombreux chirurgiens étrangers (mais peu de français). Le congrès était très intéressant avec pour thème principal la chirurgie conservatrice de la hanche à travers plusieurs symposia. Le plus de cette réunion était, à coup sûr, la mise en pratique de ce qui était dit durant le symposium grâce à des workshops sur cadavre auxquels il fallait s'inscrire au préalable. Ainsi, l'arthroscopie de hanche ou la voie d'abord antérieure étaient enseignées sur cadavre par plusieurs chirurgiens référents, dont Paul Beaulé, étape par étape durant le congrès. Le président de la Société canadienne d'orthopédie, Peter Mac Donald nous a salué publiquement pendant la cérémonie d'ouverture et nous avons ensuite été conviés à un repas d'ouverture mémorable au Rideau club d'Ottawa.

L'hospitalité selon Paul Beaulé avec dégustation de queues de castor à Ottawa, « happy camper guys »



Cérémonie d'ouverture du congrès canadien d'orthopédie



Au centre, Peter Mac Donald, Président de la Société canadienne d'orthopédie



BOURSE SOFCOT 2016-2017

Fellowship d'un an de recherche post-doctorale à Melbourne

O'Brien Institute (OBI) of Microsurgery, St Vincent's Institute of Medical Research (SVI), Hand and Wrist Biomechanics Laboratory, Melbourne (VIC), Australia

Par **Guillaume BACLE**, Boursier SOFCOT

Ayant eu la chance d'accomplir jusqu'à son terme, dans une unité Inserm (unité U930, équipe 5, université François Rabelais de Tours), une thèse de 3^e cycle d'université portant sur le tissu musculaire strié squelettique et ses altérations pathologiques, je me suis naturellement et rapidement posé la question de pousser plus loin la recherche dans ce domaine.

Bien sûr, effectuer cette recherche à l'étranger a tout de suite rajouté du « sel » au projet et a, en quelque sorte, ouvert « la boîte de Pandore » sous la forme d'un nombre quasi infini de combinaisons entre le laboratoire et le pays d'accueil, l'orientation du projet de recherche à développer, la durée du fellowship et les rencontres potentielles qui en découlent à court et à moyen termes.

1. La « gestation » du projet et sa préparation en France

Pour un orthopédiste français qui se pose la question d'un voyage d'étude à l'étranger, la réponse amène assez vite à un voyage en pays anglophone, pour finalement terminer aux États-Unis pour la majorité d'entre nous.

Je ne fais, bien sûr, pas exception à la règle, mais c'est une réponse australienne qui a été à la fois la plus rapide et la plus convaincante suite à l'envoi de mon CV !

En effet, le Directeur du *Fellowship in Hand Surgery* du St Vincent's Hospital, Melbourne, Australia, Mr Anthony Berger (MBBS, FRACS) m'a proposé un voyage d'étude d'une durée d'un an, orienté recherche, en adéquation avec le sujet qui m'intéressait, au sein du laboratoire affilié au Victorian Hand Surgery Associates, VHSA, groupe de chirurgiens du membre supérieur du St Vincent's Hospital Private, situé dans Fitzroy à Melbourne.

C'est à partir de ce moment-là que tout a véritablement commencé...

Un élément important du projet s'est tout de suite imposé : partir en famille. Ceci a probablement compliqué les démarches administratives à la fois en France et auprès du département d'immigration du pays d'accueil. Ainsi, en tout, obtenir mon visa (à mon nom, mais en fait pour toute la famille) aura demandé 18 mois.

Ces contingences administratives, qui prennent alors une place prépondérante dans la vie quotidienne, sont à gérer en même temps que l'organisation « pratique » du départ et de l'année que nous nous apprêtons

à passer à 25 000 km de notre domicile.

En clair, le processus d'Immigration temporaire en Australie nécessite un « relais » administratif sur place rompu à cette tâche.

Ainsi, à la suite de ma réponse positive et motivée à son offre de mobilité, Mr Berger m'a immédiatement mis en contact avec la directrice des ressources humaines du laboratoire d'accueil (OBI/SVI). C'est finalement cette personne qui a fait le lien entre le département d'immigration australien et moi-même.

En plus de trois dossiers détaillés, que nous avons rempli de notre côté, et la traduction



Vu des quais de Melbourne (Southbank) avec l'Eureka Tower (plus haute tour d'Australie) au premier plan et la Rod Laver Arena en arrière-plan à gauche, lieu du mythique Australian Open

officielle de mes diplômes, elle a « appuyé » ma candidature à chaque fois qu'il a fallu et elle-même dû joindre une demande spécifique sous la forme d'un emploi temporaire.

En ce qui me concerne, plusieurs moments de solitude ont été assez pénibles dans les mois précédant le départ... Le premier a été un examen clinique assez détaillé, une batterie de sérologies et des clichés radiographiques prescrits et menés par un médecin employé par le département d'immigration australien à Paris. L'autre a, bien sûr, été un examen d'expression et de compréhension écrites et orales d'anglais (le « fameux » IELTS version académique) avec un niveau moyen minimal de 6 sur 9 requis pour mon visa, afin de mettre le pied sur le sol australien.

En même temps, une étape cruciale a été de faire un budget prévisionnel de l'année à venir et de « trouver » des fonds ! Cette étape a été particulièrement difficile et déconcertante. En effet, comment évaluer la dépense moyenne hebdomadaire d'une famille française dans un pays dont le niveau de vie et les prix à la consommation précis sont inconnus mais de toute façon élevés ?

Heureusement, soutenus par mes pairs, la SOFCOT, avec l'attribution d'une bourse de voyage d'étude, puis par l'administration hospitalière française et le développement professionnel continu, boucler le budget a été possible quelques jours avant notre départ en y ajoutant une part non négligeable de fonds personnels !

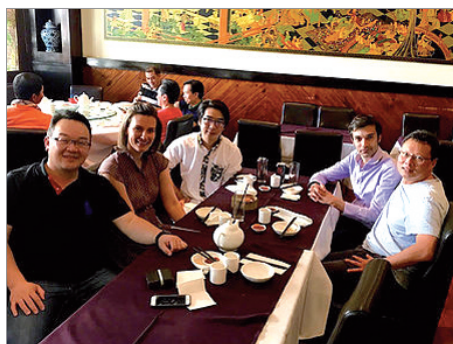
Enfin, sur le plan scientifique, le pragmatisme anglo-saxon a permis de proposer et de financer un projet de développement et de mise au point d'un modèle animal des altérations survenant dans le muscle strié squelettique à la suite des lésions des tendons fléchisseurs et de faire une pré-soumission au comité d'éthique local avant mon arrivée sur place. Ce projet m'était directement destiné et mon but était de le mener à bien au terme de l'année passée au sein du laboratoire.

2. Le voyage et l'arrivée avec l'installation sur place

Trois avions et 30 heures de voyage plus tard, nous sommes arrivés à l'aéroport international Tullamarine de Melbourne avec quelques difficultés pour savoir s'il fallait avancer ou reculer nos montres !

Pour faire simple, nous avons déménagé 3 fois avant de trouver un logement suffisamment grand, dans un quartier adéquat et sans avoir à déboursier 4 000 AU\$ par semaine ! Le tout en essayant de s'adapter au mode de vie local pour les transports, l'alimentation, la recherche d'un établissement d'accueil pour les enfants, le tout en anglais (plus l'accent australien) bien évidemment !

Véritable parcours du combattant en fait ! Mais nous n'avions pas voulu réserver un logement à distance sans avoir eu une connaissance, même limitée, de la ville et de son organisation.



L'équipe de recherche année 2016-2017 avec, de gauche à droite : le Pr Eugene Ek (Melbourne Orthopaedic Group), le Dr Emma Raey (UK), Xin Zhang (PhD student, Université de Melbourne), moi-même et le Dr Stephen Tham (VHSA)



Un bon exemple du pragmatisme et du civisme australien... Affiche issue du Royal Australasian College of Surgeon Building, Spring Street, East Melbourne

Le laboratoire O'Brien Institute (OBI) of Microsurgery / St Vincent's Institute of Medical Research (SVI), Hand and Wrist Biomechanics Laboratory est une grosse structure affiliée à l'université de Melbourne et regroupe plus de 300 chercheurs travaillant dans des domaines variés tel que la biomécanique et la modélisation informatique, la senescence tissulaire, le diabète, l'hypertension artérielle, le bioengineering et la réparation tissulaire, la néo-angiogenèse, le système lymphatique et le tissu adipeux et leur capacité de réparation ou de fournir des cellules souches. Des liens de collaboration forts existent avec plusieurs autres laboratoires de recherche de la ville, en particulier sur la pathologie musculo-tendineuse.

L'arrivée au laboratoire est très codifiée et l'environnement ultrasécurisé avec des caméras dans toutes les pièces et un registre nominatif à signer à l'entrée et à la sortie de l'immeuble. Chaque nouveau-venu commence par être photographié par le service de sécurité (qui est, en fait, une succursale de la police de la ville) qui autorise par la suite l'accès aux deux immeubles de recherche via un pass magnétique strictement personnel. La directrice des ressources humaines m'a alors fait visiter les différentes structures et présenté les équipes de recherche : animalerie et son personnel, laboratoire de biologie moléculaire et de culture cellulaire avec ses *lab-assistants*, les amphithéâtres et les salles de réunion, de même que la structure hospitalière limitrophe : l'ensemble de l'hôpital St Vincent, secteur public et secteur privé (dans deux immeubles différents).

La visite se poursuit par un entretien avec l'ancien et l'actuel directeur scientifique du laboratoire (les Pr Wayne Morrison et Ramin Shayan, respectivement) qui précisent bien que toute la recherche effectuée au sein du laboratoire doit rester dans le laboratoire... Signature de reconnaissance de propriété scientifique et intellectuelle opposable à l'ap-pui.

Enfin, la classique « formation en sécurité » durant un après-midi clôture la prise de contact et la découverte des locaux.

Pour finir, le jeudi qui suit mon arrivée, au cours du staff clinique hebdomadaire, je fais la rencontre du groupe VHSA, Victorian Hand Surgery Associates, composé de 7 chirurgiens de la main, d'âges variés mais très solidaires et avec une grande cohésion.

L'accueil a été très chaleureux et bienveillant, le tout accompagné d'un flegme et d'un caractère très formel non sans rappeler les origines britanniques de mes *supervisors* ! Par ailleurs, les fellows français sont particulièrement rares au sein de l'institution et l'accent français très apprécié !

3. L'organisation du travail au cours de l'année

Mon poste était dévolu spécifiquement à un travail de recherche et en particulier à mener à bien un projet de développement d'un modèle animal chez le lapin, de lésions chroniques des tendons fléchisseurs avec évaluation des conséquences musculaires à la fois histologiques mais aussi au niveau moléculaire. Ce programme, lourd et demandant beaucoup de temps et d'investissement à mettre en place au sein des équipes du laboratoire, n'a finalement laissé que peu de place à une activité clinique classique.

J'ai pu, néanmoins, aller au bloc et en consultation assez régulièrement afin de garder un lien avec la clinique.

Au laboratoire, l'organisation reposait sur un fonctionnement en équipe de recherche, chacune ayant sa spécificité. Pour ma part, je faisais partie du groupe « adipose research » présidée par le Pr Wayne Morrison. Une grande réunion de laboratoire avait lieu tous les mardis de 10h30 à 11h30 pour faire le point sur le fonctionnement général du laboratoire et exposer les avancées des équipes à tour de rôle. À mon arrivée dans le laboratoire, j'ai pu exposer les résultats de ma thèse puis, au cours de l'année écoulée, discuter des expérimentations et des résultats que j'avais obtenus au sein de l'équipe. L'audience était toujours très attentive et les critiques bienveillantes et constructives.

Par ailleurs, une collaboration immédiate avec les autres chercheurs et les assistants de laboratoire s'est mise en place du fait de la nécessité absolue de demander de l'aide et une assistance lorsqu'on utilise quoi que ce soit pour la première fois dans le labo. C'est un moyen simple d'éviter tout problème technique qui peut être rapidement dangereux pour l'ensemble du personnel présent, mais aussi de créer du lien humain et surtout d'être au courant du sujet et de l'avancée des travaux des autres équipes ! Il est effectivement particulièrement préjudiciable, au sein d'un laboratoire, d'avoir un cloisonnement entre chercheurs ou entre équipes

avec une concurrence qui devient rapidement déloyale, en particulier concernant les financements...

Du côté de l'hôpital privé, un staff meeting du groupe VHSA avait lieu tous les jeudis de 7h00 à 8h00. Ce staff était l'occasion de parler des dossiers difficiles, des échecs opératoires ou encore de voir des patients en consultation commune. Un bilan de l'activité de chaque chirurgien était également présenté une fois par mois au cours d'un de ces meetings. De même, une fois par mois, j'exposais à l'équipe chirurgicale l'avancée de mon projet à l'occasion d'une de ces réunions.

4. Mon projet de recherche

Dès mon arrivée, conscient du temps limité que j'avais pour mener à bien les choses, j'ai voulu rapidement rentrer dans le vif du sujet.

La première étape a été de batailler avec le comité d'éthique du St Vincent's Hospital pour un projet d'expérimentation animale.

Il s'agit d'un dossier assez lourd avec la justification, dans les moindres détails, du nombre d'animaux dont j'avais besoin, de la race choisie, de leur bien-être, de leur nourriture, de l'espace dont ils avaient besoin et, bien sûr, de la façon dont nous allions mener les gestes techniques avec les doses et les modes d'administration des drogues antalgiques, le tout en l'absence de stress pour les animaux et sous la surveillance d'un vétérinaire ! L'acceptation du projet a été particulièrement difficile d'autant plus que l'Institution avait récemment fait l'objet d'une critique très sévère de la part des défenseurs de la cause animale, tout puissants localement... J'ai dû personnellement défendre le projet auprès du comité d'éthique et être présent sur place !

L'accord éthique obtenu, la commande des animaux a alors pu être passée auprès de plusieurs fournisseurs spécialisés dont un situé en Australie du sud (Southern Australia, SA). Le voyage en avion des lapins a sensiblement alourdi la facture et le délai d'obtention !

De façon synthétique, le but de la recherche était d'évaluer les altérations potentielles dans le muscle fléchisseur commun profond (FCP) des doigts à la suite de la section de son tendon avec un délai de une à plusieurs semaines. Pour chaque groupe expérimental, un groupe contrôle lui était associé, qui subissait juste une simulation avec une incision cutanée (*Sham procedure*).

Trente-deux animaux ont donc été utilisés, 4 lapins dans chaque groupe, avec une euthanasie sous anesthésie générale par Pentobarbital à l'issue du délai prévu. Le prélèvement du muscle FCP en entier m'a permis une analyse macroscopique avec mesure du volume, du poids et de l'importance de la rétraction par rapport aux groupes contrôles. Par la suite, l'évaluation de l'expression génique des facteurs de transcriptions adipo-géniques et myogéniques m'a permis de mieux caractériser le profil évolutif de la réaction musculaire à la disparition des contraintes mécaniques de traction par section tendineuse complète. Enfin, l'histologie et l'immunohistochimie ont permis d'évaluer les changements en termes de surface de section musculaire, de proportion de fibres musculaires lentes et rapides, de production de graisse, et de nombre de cellules souches musculaires ou cellules satellites. La quasi-totalité des expérimentations a été menée



Entrée du St Vincent's Hospital Public



Immeuble historique et entrée du St Vincent's Hospital Private

par moi-même, avec l'aide d'assistants de laboratoire à la partie initiale du projet.

Parallèlement à ce projet de recherche fondamentale, j'ai eu le privilège de revoir en consultation beaucoup de patients au sein de l'équipe VHSA, et ainsi de produire et poursuivre plusieurs études de recherche clinique débutés dans l'équipe et nécessitant un coup de pouce final avant publication.

5. Activités annexes et climat

Melbourne est une ville de près de 5 millions d'habitants, très étalée et, surtout, avec une qualité de vie proche du niveau idéal. Les Australiens sont très relax mais à la fois très « pro » avec beaucoup de pragmatisme et d'efficacité. Nous avons pu apprécier, entre autres, les espaces verts immenses qui sont disséminés dans toute la ville, les aires de jeux pour enfants tout aussi immenses et les multiples restaurants de cuisine asiatique (Malaisie, Vietnam, Japon, Chine, etc.).

Les deux plus grandes différences, par rapport à la France, restent le civisme exacerbé des Melbourniens qui est une surprise plus qu'agréable et le climat extrêmement changeant qui rend complètement fou ! Comme disent les australiens : *if you don't like the weather, just wait !* De plus, nous avons quitté la France à la fin de l'hiver pour retrouver l'hiver austral ! La consolation a été d'enchaîner deux été à notre retour en France.

Nous avons aussi pu apprécier l'État de Victoria (le plus urbanisé d'Australie) en voyageant sur la côte sud (*Great Ocean Road*, magnifique), dans les parcs naturels qui entourent Melbourne (*Mornington Peninsula*, *Philip Island*, *The Grampians*, *Wilson Promontory*) mais aussi la Tasmanie, avec ses paysages à couper le souffle.

Bien sûr, ce voyage nous aura permis de nous perfectionner en anglais. Les multiples rencontres professionnelles et la découverte d'une autre culture et d'une autre façon de travailler ont été très riches. Tout cela contrebalance les efforts quotidiens indispensables pour supporter l'expatriation, le coût de la vie très élevé durant une année avec des revenus plus faibles que d'habitude et une forme de déracinement qui reste heureusement provisoire !

Conclusion

Cette année aura été exceptionnelle à tous les points de vue. L'association d'une année de recherche, dans un laboratoire étranger de haut niveau scientifique, et d'une activité clinique plus légère, le tout en famille, a été un excellent compromis. La bienveillance et le soutien des chirurgiens et des chercheurs qui nous ont accueillis ont fait le reste.

Tout ceci n'aurait pas été possible sans l'aide de mes pairs et de la SOFCOT.

Je les en remercie tout particulièrement.

J'encourage tout spécialement mes collègues à réaliser cette expérience hors du commun.

Guillaume BACLE

BOURSE SOFCOT 2016-2017

Une année à la Mayo Clinic

**Department of Orthopedic Surgery
Mayo Clinic, Rochester, MN**

Matthew P. Abdel, M.D., Daniel J. Berry, M.D.

Par **Nicolas REINA**, Toulouse, Boursier SOFCOT

Nous lisons dans ces colonnes, depuis de nombreuses années, les périples de plusieurs fellows à Rochester. D'abord, où est-ce ? Dans le Minnesota, dans le *MidWest*, au nord des États-Unis. Cette géographie éloignée et ses hivers rigoureux font de cette petite ville un endroit particulier et dont l'environnement de lacs et de nature est très agréable. *Minnesota Nice*, tout le monde a cette phrase facile pour caractériser le caractère scandinave et accueillant des habitants, comme pour s'excuser d'être loin de tout.

La première constatation est bien là, Rochester est bien au milieu de nulle part, perdu dans le Minnesota, mais on apprend vite que cet isolement est, d'une part, relatif, Minneapolis étant à un peu plus d'une heure et, d'autre part, a permis de créer ce qu'est la Mayo Clinic. De nombreux centres accueillent des fellows aux États-Unis ou ailleurs, et certainement avec des États faisant plus rêver que le Minnesota. Mais passer une année dans cette référence de la médecine et de l'orthopédie, rencontrer les noms derrière les techniques ou les publications est, en fait, accessible.

La Mayo Clinic est un temple de la médecine, une ville organisée autour de l'hôpital (60 000 employés sur 114 000 habitants à Rochester) créé il y a 130 ans par deux frères, William et Charles, et des sœurs de St Francis.





Charles H. Mayo et William J. Mayo devant le Mayo building

La recherche et l'activité clinique

J'ai rencontré le Dr Matthew Abdel par l'intermédiaire du Pr Sébastien Parratte.

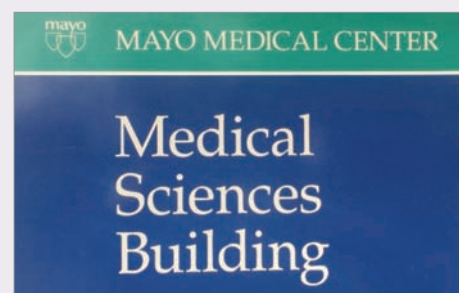
Les relations de mon chef de service, le Pr Chiron, avec le Dr Berry permettant de valider cette possibilité, j'ai décidé donc de passer un an dans le laboratoire du Dr Abdel et dans le service de *Hip & Knee Adult Reconstruction*. Je succède à Anthony Viste et Matthieu Ollivier, pour lesquels l'expérience a été également très riche.

L'objectif est double, échanger sur le plan clinique les méthodes et techniques sans la contrainte des gardes et de la routine hospi-

talière, et participer à diverses études cliniques et fondamentales.

Sur le plan de la recherche clinique, une évaluation mensuelle des travaux par le Dr Berry permet un jalonnement de l'année. Mes sujets se concentrent sur la chirurgie prothétique de la hanche et du genou. Plusieurs projets sont initiés simultanément. Parmi les études menées, j'ai pu montrer que l'alignement coronal des implants fémoraux non cimentés pour les PTH, sur un large échantillon, n'a montré aucune différence clinique et de survie chez les patients en dehors de la norme de 3° autour de l'alignement neutre. De façon similaire, les pa-

tients en dehors de cette zone théorique de sécurité, présentaient des résultats identiques dans les PTG de révision. J'ai pu, également, étudier l'effet de l'instabilité prothétique sur les PTH de révision. La dégradation dramatique de la courbe de survie des PTH de révision après un épisode de luxation montre l'importance de la prise en charge et la prévention d'une telle complication. Cet aspect clinique était complété par la possibilité d'aller au bloc opératoire et en consultation librement, en tant qu'observateur.

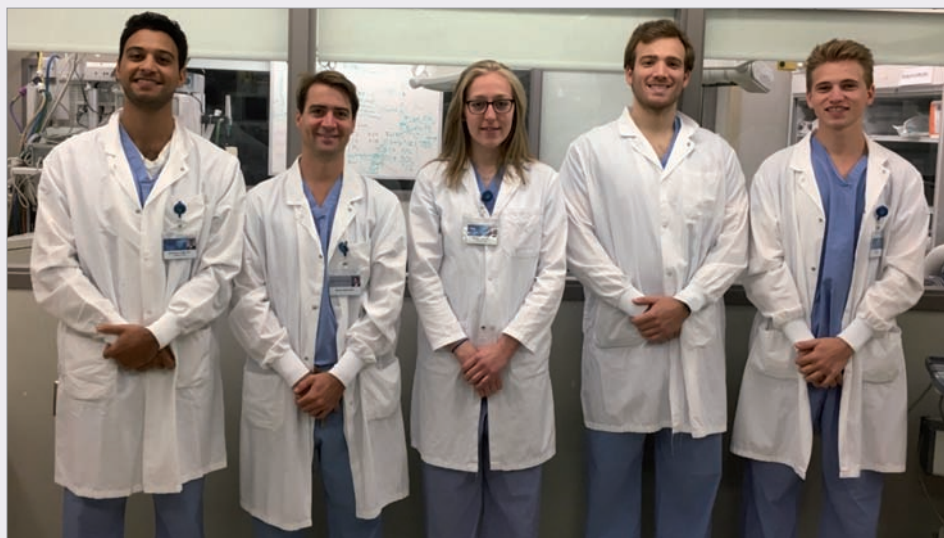


Sur le plan fondamental, mon intérêt principal reposait sur l'arthrofibrose postopératoire. Les données pilotes du laboratoire *Host Variation Lab* ont permis d'identifier 13 gènes impliqués chez les patients atteints d'arthrofibrose après prothèse totale de genou par rapport à un groupe apparié de patients sans arthrofibrose postopératoire. Les myofibroblastes semblent être la cellule effectrice clé, atteignant un pic d'activité à 2 semaines post-opératoires. Les données préliminaires indiquaient des résultats optimistes pour le celecoxib *in vivo* sur la prolifération des fibroblastes. Un modèle de lapin permanent de fibrose du genou a permis d'élaborer un projet de recherche translationnelle. J'ai donc mené les interventions comparatives afin de créer un modèle d'arthrofibrose permanent et d'étudier, sur 24 semaines, l'effet de différentes voies d'administration et dosages sur plus de 100 individus. Plusieurs research fellows étaient dédiés au travail de laboratoire et le tout financé par des fonds de généreux donateurs. Mon rôle, en tant que *Visiting Scientist*, était la réalisation des interventions chirurgicales d'après notre modèle animal et le management de l'équipe, étant le plus sénior du groupe.

Parallèlement, nous avons conduit une étude sur l'homme avec une évaluation clinique et des profils génétiques comparatifs afin de déterminer des facteurs de risque de survenue de cette complication.



Avec Sébastien Parratte (au centre) et Matt Abdel (à droite) à Stillwater, MN, en 2014



L'équipe du Host Variation Lab pour les expérimentations animales (de gauche à droite, Christopher Salib, moi-même, Meagan Tibbo, Joe Robin, Carter Jones, et les absents, Will Trousdale, Jon Nesbitt et Travis Turner)

Le modèle Mayo Clinic

Dirigé vers le patient et la recherche, le système Mayo rappelle ses valeurs sur intranet, dans l'hôpital et même sur les murs de la ville : *Respect, Integrity, Compassion, Healing, Teamwork, Innovation, Excellence, Stewardship*. Derrière la dimension slogan, il s'agit de fédérer les médecins et le personnel. Tout commence dès la journée d'intégration où tous les nouveaux employés écoutent l'histoire de la famille Mayo et de l'hôpital, les valeurs, les projets à venir. Le sentiment de groupe est fort et stimulant et favorise les échanges avec des équipes internationales, ADN du modèle.



Les conseils de bien-vivre de la Mayo Clinic

Il s'agit d'un système organisé, avec un grand sens du service patient. *The needs of the patient come first*, dit la brochure. Des volontaires sont partout disponibles dans les différents bâtiments pour aider ou renseigner les patients. Des ascenseurs sont réservés aux patients. Les parkings les plus proches de l'hôpital sont interdits aux employés.

Certains diront que ce sont des Anglo-Saxons, ils ne sont pas latins, le modèle n'est pas transposable en France. C'est certainement en partie vrai dans un pays où les piétons ne traversent pas quand le signal est rouge, même à 5 h du matin ! Mais le respect de l'institution est permis à tous les niveaux par la considération que chacun reçoit en échange. Le bien-être des internes, des fellows avec un suivi régulier et des évaluations par des entretiens est la règle.

La gestion des données et des hommes

L'importance de la littérature scientifique dans la formation permet de sensibiliser les internes, dès la faculté de médecine, à la gestion des données. Ce précieux matériel est exploité grâce à l'entretien du registre institutionnel des prothèses de la Mayo depuis 1969. Plusieurs personnes travaillent pour le service d'orthopédie à temps complet pour retrouver et traiter les données patients, les registres d'implants et les évaluations cliniques. Les données sont hautement sécurisées, les accès également. Les patients sont

recontactés par des attachés de recherche pour une évaluation régulière clinique. Cela fait réfléchir à l'utilisation et à l'optimisation des fonds de recherche liés aux points SIGAPS redistribués à nos institutions.

Mais la différence principale réside, en fait, en amont, dans le processus de recrutement des médecins. L'admission dans un programme d'internat est faite après une processus d'interview mélangeant analyse du CV, nombre de publications et évaluation de la personnalité du candidat. Un interne a récemment été recruté car il jouait auparavant en pro chez les Green Bay Packers ! Cela montre la nécessité de construire son CV sur le long terme et crée une compétition importante. Il est fréquent de commencer son internat avec une dizaine de publications ou après un an de recherche. Cela crée aussi une compétition entre les centres qui s'arrachent les meilleurs internes chaque année.

Un an, un halloween, un *Thanksgiving*, l'AAOS en Californie et un *spring break*. On rencontre une nouvelle culture et on se fait de nouveaux amis. Les enfants parlent anglais. Mais déjà, nous voilà revenus en famille dans notre beau pays. Plein d'idées et d'envie. Une belle expérience.

Remerciements

Dans la perspective d'un séjour à l'étranger, la préparation est capitale. La bourse de la SOFCOT est nécessaire car les budgets des universités ne permettent pas de telles expériences. Merci également à mes Maîtres les Professeurs Chiron, Bonneville et Mansat de m'avoir encouragé dans ce sens mais surtout de m'avoir permis de revenir. Merci à Matt Abdel, aux Docteurs Berry, Pagnano, Trousdale et les autres membres de l'équipe d'orthopédie. Je rajouterais, prosélytisme oblige, que le Collège des jeunes orthopédistes peut aider dans l'organisation de ce type d'aventure, par des contacts ou des conseils administratifs ou logistiques.

Enfin, si l'objectif est clairement universitaire ou du moins professionnel, un tel voyage se fait en famille. La clé de l'équilibre est certainement là. C'est donc ma petite famille que je remercie le plus pour avoir permis cette expérience.

Nicolas REINA

Toutes les annonces de congrès ainsi que les offres et demandes d'emploi actualisées sont consultables sur le site de la SOFCOT : www.sofcot.fr

3-4 novembre 2017

> Munich, Allemagne

**ESSKA-ESMA - 1st Open Meeting
Stop sports injuries - Back to sports**

Holiday Inn Munich
esma-conference@intercongress.de
<http://esma-conference.org>



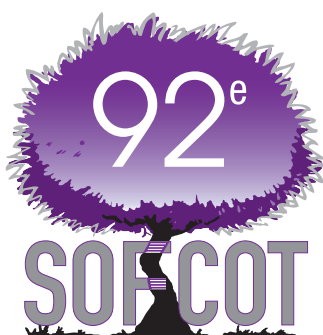
6-9 novembre 2017

> Paris, France



**92^e réunion annuelle
de la SOFCOT**
Paris, Palais des Congrès
SOFCOT - 56 rue Boissonade
75014 Paris

92^{ème} congrès de la Société Française de Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
sous la Présidence des Professeurs
Christian Delaunay (CNP-SOFCOT) et
Paul Bonneville (AOT)
Organisation : EVENTIME
contact@eventime-group.com
sofcot@sofcot.fr
<http://www.sofcot-congres.fr/fr/>



17-18 novembre 2017

> Rosemont, USA

**AAOS Wrist and Elbow Arthroscopy and
Related Procedures
American Academy of Orthopaedic
Surgeons**

OLC Education and Conference Center
9400 West Higgins Road, Ste 100
Rosemont, IL 60018, United States
customerservice@aaos.org
<https://www.aaos.org/calendar/event/?productid=9235993&ssopc=1>

24-25 novembre 2017

> Vienne, Autriche

**EPOS BAT Advanced Course
Fundamentals of Pediatric Spine
Deformities**

Orthopaedic Hospital Speising, Vienna, Austria
sanni.hiltunen@efort.org
<http://www.epos.org/meetings-courses-eventsepos-annual-meetingepos-annual-meeting/epos-bat-educational-program/advanced-courses>

6-9 décembre 2017

> Marseille, France



**Congrès 2017 de la
Société Francophone
d'Arthroscopie (SFA)**

Palais des Congrès - Marseille
Chanot
Parc Chanot, Rond-Point du Prado, 13009 Marseille
claire.bellone@mcocongres.com
<http://congres.sofarthro.com/fr/>

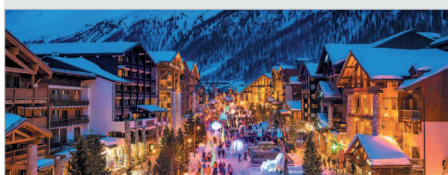


14-18 janvier 2018

> Val d'Isère, France

7th Advanced Course on Knee Surgery

Centre de congrès Henri Oreiller, Val d'Isère
Surgery for unicompartimental arthritis
Difficult primary TKA
Multiligament injuries Update on cartilage repair
N. Gravelleau, F. Kelberine, P. Landreau, S. Lustig
kneecourse@valdisere-congres.com
<http://www.kneecourse.com/valdisere/>



21-23 janvier 2018

> Paris, France

Journées Cicatrisations 2018

Palais des Congrès de Paris
inscriptions@cicatrisations2018.org
<https://www.cicatrisations2018.org>



26-27 janvier 2018

> Francfort, Allemagne

Focus on Arthroplasty

Hilton Frankfurt City Centre
anne.roetsch@intercongress.de
<http://focus-arthroplasty.com>

31 janv. - 4 fév. 2018

> Canyons Resort, USA

**19th Annual AAOS/AANA/AOSSM Sports
Medicine Course
American Academy of Orthopaedic
Surgeons**

customerservice@aaos.org
<https://www.aaos.org/calendar/event/?productid=10368227&ssopc=1>

1-3 février 2018

> Paris, France

Paris International Shoulder Symposium

Le Méridien Etoile
contact@paris-shoulder-symposium.com
<http://www.paris-shoulder-symposium.com/en/>



1-3 février 2018

> Mexico City, Mexico

**6th ICRS Surgical Skills Course
International Cartilage Repair Society**

office@cartilage.org

<https://cartilage.org/icrs-surgical-skills-course-mexico-city/>

12-15 février 2018

> Scottsdale, USA

**11th Annual Multidisciplinary Transoral Surgery for Head and Neck Cancer
Mayo Clinic School of Continuous Professional Development**

mca.cme@mayo.edu

<https://ce.mayo.edu/otorhinolaryngology/content/11th-annual-multidisciplinary-transoral-surgery-head-and-neck-cancer-2018>

2-7 avril 2018

> La Réunion, France

**38^{es} Journées d'Orthopédie Outremer (JOO)
17^e Congrès de l'Association des Orthopédistes de Langue Française (AOLF)**

St Gilles de la Réunion

madinortho@chu-martinique.fr

contact@meetingoutremer.com

<https://www.jo-o.org>



6-7 avril 2018

> Paris, France

International Symposium Institut de la Main - Wrist Arthrosis

Fédération Française de Football

contact@symposium-institutdelamain.com

<http://www.institutdelamain.com/symposium-wrist-arthritis-state-6-et-7-avril-2018--124-12.html>



9-12 avril 2018

> Macao, Chine

**14th ICRS World Congress
International Cartilage Repair Society**

office@cartilage.org

<https://cartilage.org/icrs2018-world-congress-macao/>

19-20 avril 2018

> Rome, Italie

**2nd World Arthroplasty Congress 2018
European Knee Society (EKS) and the International Congress for Joint Reconstruction (ICJR) in collaboration with the European Hip Society (EHS)**

wac2018@medicongress.com

<http://www.wac2018.org>



20-21 avril 2018

> France

GERAUM

Réunion de Printemps du GETRAUM

<http://www.getraum.fr>

25-27 avril 2018

> Bordeaux, France

17th Spinal Surgery Symposium course & workshop

Cité Mondiale de Bordeaux Chartrons

Institut de la Colonne Vertébrale ICV

icv33@free.fr

<http://www.icv-bordeaux.fr/flyer-cours2018.pdf>

17th SPINAL SURGERY SYMPOSIUM course & workshop

25-26-27 of april 2018

Guest of honor
Pr Cédric BARREY

Wednesday 04/25
Cité Mondiale - Congress Center
Morning :
Revision Surgery in Spine
Afternoon :
Cases discussion

Thursday 04/26
Bordeaux University
cadaver lab
Morning and afternoon :
workshop on 8 fresh frozen cadavers

Friday 04/27
Pellegrin Hospital
Administrative Meeting Rooms
Morning : two live surgeries

Speakers (official language english)

O. Gille	I. Obeid	M. Blangis
J.M. Vital	J.-C. Le Huec	L. Boissière
V. Pointillart	C. Damade	T. Cloché

Organization Committee
Institut de la Colonne Vertébrale
Dr Ibrahim OBEID
secretariat mail : icv33@free.fr

In association with
The Spinal Pathology Department
Unit of Pr Vital
CHU Pellegrin - Bordeaux

www.icv-bordeaux.com

9-12 mai 2018

> Glasgow, UK

18th ESSKA Congress

Scottish Event Campus Exhibition, Glasgow

anne.roetsch@intercongress.de

<http://esska-congress.org>



7-9 juin 2018

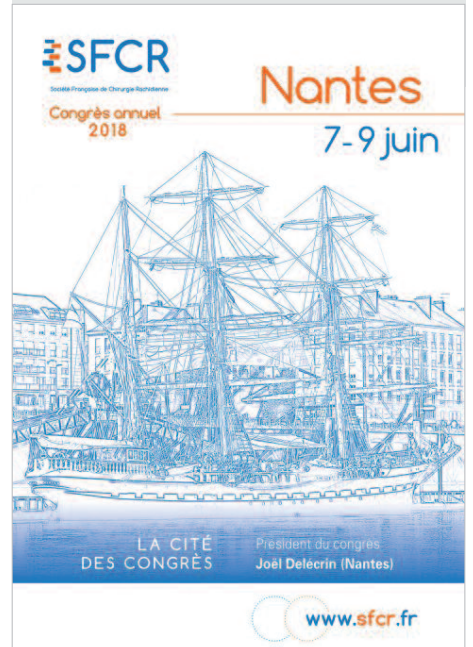
> Nantes, France

Congrès annuel de la Société Française de Chirurgie Rachidienne (SFCR)

La Cité des Congrès, Nantes

secretariat@sfcfr.fr

<http://www.sfcfr.fr>



21-22 juin 2018

> Fribourg, Allemagne

Schulthess Clinic Academy: The Spine

sabrina.mutter@intercongress.de

<http://schulthess-clinic-academy.com>

