

DISCOURS DU PRESIDENT

Mes chers collègues, mes chers amis,

Merci d'être venus à Orléans. Cela me fait grand plaisir de vous recevoir.

C'est un honneur d'être le président d'une société dynamique et conviviale dont le congrès annuel est la deuxième manifestation orthopédique par ordre d'importance qui se déroule dans l'hexagone.

Le président d'une société savante est par définition intérimaire. Ce côté intérimaire m'est particulièrement agréable car il me permet de construire mon discours sans aucune arrière-pensée électorale.

De par mon nom, je suis originaire du centre de la France. De par mon père, je suis devenu parisien. De par l'orthopédie, je me suis rapproché de mes origines.

Je me suis installé à Orléans il y a vingt ans. Associé avec Jacques Nègre, nous avons parcouru ensemble toute une évolution fantastique de l'orthopédie. Nous avons eu ensemble souvent une grande amitié. Comme dans tous les couples nous avons eu quelques orages. Venant de deux écoles orthopédiques différentes, il y a toujours eu entre nous deux une grande estime professionnelle réciproque à tel point que je n'ai pas hésité à confier il y a dix ans une de mes articulations à Jacques Nègre qui a d'ailleurs eu l'élégance de me rendre la pareille quelques années plus tard.

Mon arrière grand-père était un petit cultivateur auvergnat déjà touché par la récession économique. Mon grand-père a immigré à Paris où il est devenu fonctionnaire de police. Mon père est devenu médecin.

Cette ascension sociale a justifié que je sois envoyé à l'école libre confessionnelle. Là j'ai appris les contraintes d'appartenir à un groupe et les règles du groupe qui vous impose ses directives. J'ai connu l'intolérance de certains prêtres, mollahs, scribes et pharisiens. Ces hypocrites qui, comme le dit Matthieu, dans son évangile ;, chapitre XXIII, versets 2 et 4 : « Quand ils jeûnent prennent une mine défaite. Qui disent et ne font pas... Qui lient de pesants fardeaux et les mettent sur les épaules des gens et refusent eux-mêmes de les toucher du bout des doigts ». Dès cette époque j'ai décidé de n'appartenir à aucun groupement ni politique, ni syndical, ni religieux et j'ai difficilement adhéré à un groupe professionnel.

L'enseignement dont nous sommes tous issus est la chose la plus importante de la République. Il est fondamental que l'école développe la liberté de penser et qu'elle ne nous fasse adhérer à aucun clan. L'enseignement confessionnel propose par essence une vision du monde subjective. C'est pour cela que nous, intellectuels et scientifiques, croyants ou non croyants, nous devons affirmer notre défiance envers tout enseignement orienté. Ceci est aujourd'hui encore plus d'actualité qu'hier avec la montée des intégrismes de tous bords que nous redoutons tous.

Ensuite, j'ai fait mes études de médecine où j'ai eu la chance de faire le parcours exceptionnel de l'internat de Paris. Ce sont probablement les années les plus enrichissantes de ma vie professionnelle. Le brassage des personnes et des idées est irremplaçable dans la formation d'un jeune chirurgien. Pendant ces années d'internat et de clinicat j'ai rencontré des maîtres et des collègues venant d'horizons différents qui m'ont apporté des expériences différentes et toujours enrichissantes, seule façon de former l'esprit critique.

J'ai côtoyé des maîtres de grand renom, deux restent et resteront toujours gravés dans ma mémoire car ils ont formé ma pensée orthopédique.

Robert Méary, décédé trop tôt. C'était l'enseignant né, avec ses lunettes remontées sur le front il nous a appris l'importance du dossier. Ceux qui l'ont bien connu se rappelleront toujours les séances du soir où il déplaçait sur le sol vingt dossiers de la même pathologie avec une iconographie annuelle suivis pendant plus de dix ans.

Jean Cauchoix, qui me fait l'honneur d'être présent parmi nous, d'une rigueur extrême et d'une exigence absolue pour ses collaborateurs mais aussi pour lui-même avait le même goût du dossier qu'il a développé de façon exemplaire à l'Institut Calot à Berck dont il a fait un des premiers centres mondiaux du traitement de la scoliose.

Monsieur Cauchoix, comme tous ses élèves le savent et ils sont nombreux ici, a toujours été un homme ouvert aux idées nouvelles. Quel patron de renommée internationale, à l'heure du mandarinat absolu qu'il pratiquait sans arrière-pensée, aurait permis à un chef de clinique d'ostéosynthéser une fracture de l'extrémité inférieure du fémur par vis plaque de R. Judet (alors qu'il était lui-même promoteur d'un matériel d'ostéosynthèse qui évidemment avait le monopole dans son service). Merci, Monsieur, de m'avoir permis de faire ceci et d'avoir fait seulement une grimace lorsqu'on vous a montré la radio de contrôle.

Vous nous avez appris à respecter la propreté du champ opératoire. Vous nous avez appris aussi à condamner tout excès manuel que font certains en espérant que la main vienne réduire une fracture que le raisonnement ou l'esprit a mal analysée. Malheureusement pour ceux-ci, la chirurgie n'est pas un métier manuel.

Ce sommet de la technique opératoire a abouti au « no touch ». Il a peut-être fait sourire quelques-uns. A l'heure de l'arthroscopie, ils sont bien obligés de revoir leur attitude.

Enseigner la chirurgie ne consiste pas à inculquer à l'élève des gestes qu'il répétera tel « un singe mimant son maître » ou des techniques qui seront obsolètes dix ans plus tard. Le but de l'enseignement, c'est d'apprendre au jeune chirurgien à choisir la technique qui se fera dans dix ans et ainsi à ne pas devenir un vieux chirurgien à l'âge adulte. Merci, Monsieur, de nous avoir ouvert l'esprit.

J'ai appris la chirurgie par le biais du « compagnonnage » interne, chef de clinique, assistant, patron. Probablement grâce à la diversité des services dans lesquels j'ai été et grâce au contact avec des collègues variés, cet enseignement a été, je pense, suffisant aux orthopédistes de ma génération.

Le concours de l'internat tel qu'il existait a été progressivement aboli à partir des années 1968. On lui a préféré la quantité à la qualité et la masse à l'élitisme. Officiellement, on lui a reproché l'absence du contrôle des connaissances au cours de la formation. Le Collège d'Orthopédie a été créé. C'est sûrement un progrès car il a associé à l'enseignement pratique donné dans les services, un enseignement théorique général qui a manqué aux gens de ma génération. Il a aussi permis la reconnaissance de notre activité orthopédique comme une spécialité à part entière.

Lorsque le Collège a été créé, le bureau a demandé à certains chirurgiens en pratique libérale, dont moi-même, de faire partie du Collège, donc de l'enseignement avec la possibilité d'être terrain de stage. Quelques années plus tard, alors que mon seul rôle consistait à payer une cotisation annuelle, j'ai demandé ma radiation. Certains d'entre nous, chirurgiens privés, ont pu, grâce à leur qualité de travail personnel, acquérir dans certains domaines une compétence et une notoriété incontestables qui n'ont rien à envier à nos collègues universitaires.

Si le CHU doit rester la base de la formation du futur chirurgien, il peut être aidé par certains hôpitaux régionaux bien structurés qui sont souvent plus fournis en chirurgie courante. Il y a aussi d'excellents collègues libéraux qui peuvent être formateurs dans des techniques très précises et de pointe. Ceux qui ont quelque chose à dire ou à transmettre devraient pouvoir le faire de façon officielle.

L'orthopédie moderne est marquée par trois révolutions exceptionnelles : l'ostéosynthèse, les prothèses articulaires et l'arthroscopie.

Le savoir orthopédique n'a jamais été hexagonal. Il a toujours été mondial. L'ostéosynthèse (plaque, vis, clou, fixateur externe) est européenne. Le Papineau est canadien. La prothèse de hanche scellée originelle est anglaise. Le sans ciment est français. Les prothèses du genou modernes sont américaines. L'arthroscopie est née au Japon, l'arthroscopie chirurgicale s'est développée aux Etats-Unis. La prothèse uni-compartimentale originelle est californienne. Elle a été livrée aux chiens à New York. Elle a été récupérée en Europe. Elle a été ramenée aux U.S.A. La chimionucléolyse a été découverte et abandonnée aux Etats-Unis. Son innocuité et son efficacité ont été prouvées en Europe. Elle retranscend l'Atlantique. Ces exemples peuvent être multipliés à l'infini.

La connaissance orthopédique fait le tour du monde en six mois. Les voyages, les échanges et congrès internationaux sont indispensables au développement de notre spécialité.

Tous les livres doivent être internationaux. Un livre réservé à la seule clientèle nationale, donc de diffusion réduite, n'a ni les moyens de sa publication et encore moins de sa mise à jour.

Le temps n'est pas loin où les Congrès Européens et Américains d'Orthopédie, seront les deux messes annuelles obligées du savoir.

Faire passer un message autrement qu'en anglais est actuellement impossible. On peut s'en plaindre. Force est de le constater. L'anglais est devenu la langue orthopédique internationale. L'orthopédiste français doit connaître l'anglais, le lire de façon courante mais aussi le parler. Le bilinguisme est le seul moyen de communiquer avec nos collègues étrangers et de diffuser nos idées et nos innovations. La défense de la **culture française** passe par la pratique de **l'anglais**. Ceci n'est pas un abandon de la langue française. En effet il est nécessaire de garder son identité qui passe par la langue natale qui elle seule permet d'exprimer nos pensées dans toutes ses nuances

Les sociétés d'orthopédie sont caractérisées par le sérieux de leurs études, certaines sont rétrospectives, les meilleures sont randomisées et prospectives, les groupes sont homogènes, le recul est suffisant. On connaît ainsi le devenir des interventions que l'on propose et l'on peut choisir les méthodes qui ont fait leur preuve.

Est-ce pour cela que les orthopédistes, qui sont à priori des médecins logiques, n'hésitent pas à implanter, et je dirai même de préférence aux sujets les plus jeunes, des prothèses au devenir inconnu ou dont les résultats ne sont connus qu'à court terme, tels que les ligaments artificiels, les anneaux vissés et maintenant l'hydroxyapatite.

Il est facile de crier : « La médecine coûte cher ». Mais la médecine guérit et augmente la durée et le confort de la vie. Nous savons tous, quelles que soient les ressources du pays, qu'il y a une limite dans les dépenses de santé que la société ne peut dépasser.

Il est facile de déclarer que le comportement des médecins est inflationniste par des prescriptions d'exams et de soins inutiles. Ces dérives, si parfois elles existent, restent marginales dans le prix de la santé publique. Elles permettent de masquer les vrais problèmes que nos gouvernants veulent rejeter sur les médecins. Actuellement, en haut lieu, on voudrait laisser croire que les médecins sont les seuls responsables des dépenses.

Si nous voulons continuer à soigner tout le monde selon les progrès de notre art, la population étant vieillissante, il est impossible de limiter les dépenses de santé. La maîtrise des coûts de santé passe obligatoirement par la limitation des soins.

Doit-on poser un pacemaker ou un clou-plaque à un malade âgé, grabataire, souffrant d'une maladie d'Alzheimer ? Personnellement je répondrais non. Mais ce n'est pas à nous, médecins, de choisir ceux à qui nous donnerons les soins et ceux à qui nous les refuserons. Les médecins ont été fabriqués par la nation pour que ceux-ci soignent la société sans distinction de milieu social ou du type de pathologie. C'est au gouvernement de prendre ses responsabilités et de nous aider dans ce choix difficile. C'est un problème essentiel sur lequel il est urgent que médecins et politiques se réunissent pour essayer d'établir un début de consensus pour une meilleure **utilisation des soins**.

Dans l'agglomération orléanaise, il y a dix-sept chirurgiens pratiquant exclusivement la chirurgie de l'appareil locomoteur. Ils sont répartis dans cinq sites différents, trois cliniques, deux hôpitaux. Ne serait-il pas logique que ces dix-sept chirurgiens dont la vocation est identique soient réunis dans un même lieu. Il est permis de rêver.

Revenons à la réalité. Il y a quinze ans, les chirurgiens orthopédistes privés orléanais ont tenté de se rapprocher et de s'installer ensemble. Certaines pressions ont fait que cet effort a été vain. J'en parle rarement car je considère que c'est le regret de ma vie professionnelle. Si un senior peut donner des conseils aux plus jeunes, essayez de faire des cliniques orthopédiques comme ceci a été réalisé dans plusieurs villes de l'Ouest.

C'est non seulement l'avenir mais c'est une nécessité pour notre chirurgie. Toute une série de moyens diagnostiques et thérapeutiques ont révolutionné tous les chapitres de la pathologie de l'appareil moteur ; il est apparu des sous-spécialités basées soit sur une articulation soit sur une technique. De nombreux jeunes collègues s'installent actuellement avec une étiquette d'hyper-spécialiste. Que ce soit une bonne ou mauvaise chose, on peut en discuter. De toute façon, les U.S.A. nous ayant précédé, l'évolution est inéluctable.

Il est donc logique de réunir dans un même lieu ces chirurgiens complémentaires qui utiliseront un plateau technique commun.

Quel est l'avenir de la Société d'Orthopédie de l'Ouest ? Avec la prévalence de l'anglais dans les congrès scientifiques, avec l'apparition de sous-spécialités ou sociétés filles qui ont leurs réunions propres, avec la création du Congrès Européen d'Orthopédie, il est à craindre que l'impact du Congrès de la S.O.F.C.O.T. diminue. Il restera en langue française et n'attirera plus les étrangers. Il restera multi-spécialiste, chaque sous-spécialité ne trouvera pas toujours ce qu'elle désire. Le nombre des orthopédistes étant grandissant dans notre pays, il réunira des chirurgiens qui ne se connaissent pas et n'ont aucun intérêt à se rencontrer.

A l'opposé, une Société Régionale bien structurée réunit des hommes qui travaillent les uns à côté des autres. Ceux-ci apprendront à mieux se connaître et à s'apprécier et ainsi à moins se critiquer. Progressivement, ils prendront plaisir, comme je l'ai fait moi-même, à se retrouver chaque année dans un cadre différent.

Le niveau scientifique, qui est la base de nos réunions, doit rester de qualité. Si les travaux des membres de la S.O.O. doivent rester la base du Congrès et ceci est facile car nous avons dans l'Ouest beaucoup de chirurgiens de haut niveau, il nous faut constamment l'apport de sang neuf et contestataire qui nous empêchera de nous endormir sur quelques lauriers acquis. Cet apport a toujours existé. Ce sont les membres associés non régionaux dont certains sont illustres, le Professeur Merle d'Aubigné, le Professeur Postel, le Professeur Duparc et la liste est loin d'être limitative. Les plus anciens doivent être remplacés par des membres plus jeunes, soigneusement choisis en fonction de leur amitié avec certains membres de la S.O.O., en fonction de leur convivialité et de leur qualité professionnelle. Messieurs qui êtes ici, je vous en remercie.

Pour ceci, il faut qu'à la tête de la S.O.O. il y ait des éléments dynamiques comme l'ont été ou le sont Jean Castaing, Jean Mallet, Jean Lannelongue, Jean-Claude Rey, Olivier de Soria, sans oublier les membres du bureau et du comité de lecture ainsi que les présidents successifs qui ont fait de la S.O.O. la Société que vous connaissez aujourd'hui.

Gérard Pouget

