

## Discours du Président

J.Claude Reignier

Le Mans qui vous accueille aujourd'hui, n'est pas une de ces glorieuses villes de l'Ouest pour lesquelles un congrès scientifique fait partie des routines de leur vie universitaire.

Grande, un peu lourde - les mauvais esprits diraient un peu gauche - notre ville est plus habituée à recevoir les visiteurs de sa foire-exposition, ou le monde de l'automobile, voire celui, plus coloré, des jeunes fanatiques de la moto que des personnages chargés de science et d'expérience. C'est donc pour elle un honneur qu'elle apprécie, et puisque l'âge et le sort m'ont désigné pour être le Manceau qui reçoit, je suis heureux de vous accueillir ici au nom de tous mes collègues chirurgiens orthopédistes locaux.

Cette inexpérience du Mans en matière de congrès n'a pas été sans peser quelque peu sur l'organisation de celui-ci : il n'y a pas encore ici d'endroit traditionnel pour cela ; et si, après avoir hésité entre le campus d'une jeune université et les voûtes d'une rotonde de foire, nous avons élu les murs de la Caisse Régionale du Crédit Agricole, c'est à la fois un symbole et une chance.

Un **symbole** parce que Le Mans est une vieille ville rurale ; elle reste réputée pour ses chapons, comme elle le fut jadis pour son chanvre et ses étamines, qui se vendaient jusqu'à Naples ; et si nous nous trouvons dans des locaux si neufs, si bien équipés, si confortables, qui appartiennent au monde agricole, c'est bien là le symbole d'une évolution que Le Mans et la Sarthe ont vécu avec dynamisme.

Une **chance** parce que nulle part ailleurs n'existe au Mans un local mieux adapté à ce genre de réunions, même si quelques-uns d'entre nous vont être un peu serrés aux heures d'affluence ; mais de cette chance, je remercie très chaleureusement, en notre nom à tous, Monsieur Moreau, directeur de la C.R.C.A., et tous les membres de son personnel qui ont accueilli avec une prévenante gentillesse les organisateurs de ce congrès.

Les titres du Mans à l'hommage des chirurgiens sont modestes ; il serait malséant de rappeler que l'automobile, que la famille Bollée y a mise au point, fournit un contingent sérieux de la clientèle traumatologique ; il serait de mauvais goût de redire le quolibet dont nous fûmes chargés lorsque la ligne de chemin de fer Paris-Brest, refusée par nos voisins du nord, dut décrire cette fameuse « scoliose » qui fut à l'origine de notre développement industriel.

Pourtant, parmi les personnages que ses monuments rappellent au souvenir du public, Le Mans a fait place à un chirurgien, place modeste, dans un coin de cour d'une Cité administrative. L'inscription nous apprend que « sa forte personnalité porta le nom de notre ville par delà les frontières » - sans préciser lesquelles. Mais elle nous dit aussi que ce Delagenière, né en 1858 et mort en 1930, fut un des promoteurs de la décentralisation chirurgicale, et il est juste que sa mémoire soit honorée dans cette société, qui se veut précisément facteur de diffusion de la bonne parole orthopédique, loin des centres et des académies.

Delagenière sut, en son temps, créer le type de ces cliniques privées provinciales, bien équipées, bien gérées, où se faisait une chirurgie instruite, intelligente, et non dépourvue d'audace... n'est-ce point là une leçon que nous avons à retenir, nous autres provinciaux ?

Pour le reste, quand on remonte dans l'histoire du Mans, on ne trouve point de génies, mais les misères et les tragédies qui jalonnent l'existence sans gloire de bien des villes d'autrefois : sièges et dévastations, plusieurs fois par siècle, jusqu'au douzième ; famines, pestes, incendies, émeutes sanctionnées par des amendes collectives. On y voyait pourtant du beau monde : la reine Mathilde, veuve de l'empereur Henri V, remariée à Geoffroy le Bel, y donna le jour au futur Henri II Plantagenêt, qui devint roi d'Angleterre et comte du Maine. Mais la chance ne lui sourit pas, et la veuve de son fils Richard, la reine Bérengère, revint demander, vaincue, la clémence de Philippe Auguste.

Ayant ainsi manqué sa carrière de capitale anglaise, Le Mans retourna, déçu à une vie de médiocrité. Ce fut une ville de petites gens ; de pauvres gens, même. Agricola Perdiguer, compagnon du tour de France en est encore frappé lorsqu'il y vient vers 1830 : « Ces campagnes sont riches et fécondes, écrit-il...pourquoi tant de pauvres, tant de mendiants ? »

Les riches étaient à la campagne, dans leurs châteaux et leurs manoirs ; et il n'y avait guère en ville, de gens aisés, que des fonctionnaires et des officiers, subalternes pour beaucoup, et qui, de surcroît, n'étaient là que pour peu de temps.

Puis vint le chemin de fer ; puis les Assurances ; puis l'usine Renault, et les autres, et, par étapes, ce gros bourg devint grosse ville, jusqu'à ne plus subir qu'avec quelque humeur la suzeraineté des capitales, ses voisines.

Quand le Président accueille sa société dans une ville aussi pauvre en titres de gloire, et que son discours vient après ceux d'illustres prédécesseurs, que peut-t-il dire, qui n'ait pas déjà été dit par quelque ancien ? J'ai relu vos discours, et je n'ai guère vu, en effet, de sujet qui n'ait été abordé : de la vie de notre société à celle de l'orthopédie, des problèmes de l'installation à ceux de la conception des bâtiments ; de la collaboration entre jeunes et moins jeunes, à l'ouverture aux spécialités connexes.

Il est un sujet, pourtant, dont nous parlons peu, bien qu'il nous occupe beaucoup, c'est celui de nos **malades**.

Or, il se trouve que nous partageons avec les plasticiens l'insigne et redoutable privilège d'inscrire notre geste de manière voyante, et durable, dans le schéma corporel de nos patients ; et cela n'est pas sans donner à notre spécialité, et à ceux qui la pratiquent, quelques caractères distinctifs.

Jean-Paul Escande le dit bien - non sans une pointe d'ironie vaguement jalouse - dans son livre sur les médecins : « Le chirurgien, c'est celui qui vous marque ; la douleur passe ; la cicatrice reste.... »

Mais la cicatrice, c'est finalement peu de chose. Une balafre abdominale peut bien cacher la disparition d'une vésicule enlevée, d'un estomac nuisible, si le malade va bien, il se retrouve normal, et oublie vite l'organe absent - les absents n'ont-ils pas toujours tort ? - S'il ne va pas bien, dyspeptique il était, dyspeptique il reste, et, sans doute avec des nuances, le schéma peut-il être appliqué à une grande part de la chirurgie viscérale.

S'il s'agit de cancer, on pardonnera beaucoup au chirurgien agressif dont l'audace aura donné au malade sa chance de vivre encore un peu, même si c'est un peu mal. Et s'il ne vit pas, c'est la faute du cancer.

Pour nous, le risque vital est en règle tellement exclu que c'est à peine si nous le craignons, attachés que nous sommes à l'évaluation du risque fonctionnel.

Et pourtant ce risque est là, bien réel. Qui de nous n'a, je ne dirai pas sur la conscience, mais sur le cœur, telle mort subite et inattendue, d'un opéré de la hanche, ou de bien moins que cela, qui fait une embolie massive ? Il n'y avait pas eu d'incidents opératoires ; les suites immédiates n'avaient rien comporté de plus que les petits désagréments habituels, et nous avons été rassurants, encourageant l'opéré à franchir sans crainte ces débuts douloureux ; et cent fois, mille fois, nous avons eu raison d'être rassurants, jusqu'au jour où le drame brutal vient nous rappeler que nous n'avons jamais le droit d'être tout à fait rassurés.

Nous sommes tous des chirurgiens prudents - Dieu sait s'il faut l'être de nos jours ! - et nous aurons dit au malade, à sa famille, le jour de consultation, qu'il n'y avait pas de chirurgie sans risques ; c'est tellement rituel que c'est presque une phrase de couverture ; et pourtant songeons-nous chaque fois à tout ce qu'elle recouvre ?

Pas toujours peut-être car pour nous, ce qui est au cœur du problème, c'est bien le risque fonctionnel. C'est lui qu'il faut évaluer, expliquer au patient, et assumer avec lui.

Nous faisons, puisque telle est sa définition, de la chirurgie orthopédique et réparatrice. L'orthopédie, disait Jean Mallet, c'est d'abord l'art de faire pousser les enfants droits. Et l'orthopédie de l'enfant est un premier aspect très particulier de notre activité.

Nous devons, là, savoir nouer une sorte de relation triangulaire, examinant l'enfant, mais dialoguant avec sa mère ou ses parents, inquiets, exigeants, parfois documentés, mais qui n'abordent le problème que par enfant interposé, avec tout ce que cela suppose de difficultés de compréhension.

Cet interlocuteur, placé entre nous-mêmes et l'objet de nos soins, il va falloir, d'entrée de jeu, nous en faire un partenaire, sous peine de risquer d'en faire un obstacle. Il nous demande une réponse qui, d'emblée, dessine pour son enfant les contours d'un avenir dont il s'est déjà fait une image, mais que nous sommes seuls à connaître avec plus ou moins de certitude ; mais que de toute façon, il faudra faire accepter ; qui viendra nous démentir ou nous conforter ; et qui gardera pour longtemps la trace de notre action.

Est-ce assez dire avec quel soin il nous faut recueillir les éléments qui permettront de guider cette action et de la justifier quoi qu'il arrive ? Tel nourrisson, qui ne marche pas encore, mais qui se tient de travers, est-il en train de commencer une scoliose grave ? Est-il un dystonique ? Faut-il renforcer l'angoisse de la famille, au risque de se faire dire, plus tard, qu'on a été trop pessimiste ? Faut-il la bercer d'illusions apaisantes, au risque d'être - plus tard - « celui qui n'a pas vu » mais qui aurait dû voir ?

Il y a là une épreuve de vérité : on ne peut pas toujours savoir ; et il faut avoir assez de persuasion pour faire comprendre pourquoi l'on ne peut pas savoir ; quel est l'enjeu du doute ; et pourquoi il est essentiel de revoir l'enfant. Ce dialogue ne permet pas de jouer un personnage ; seul compte le poids de la vérité.

Or, pour qui connaît le risque lourd des anomalies évolutives, le poids des traitements commencés trop tard, les inconvénients d'une chirurgie qu'un traitement orthopédique précoce aurait évitée, il y a là matière à une réflexion sur nos responsabilités, qui donne toute sa gravité à ce premier examen de l'enfant.

À l'âge adulte, c'est autre chose. Le dialogue est alors direct ; cette hanche qu'on nous adresse appartient à un cultivateur de 50 ans, qui a une petite ferme, pas de personnel, qui mène son tracteur et coltine lui-même ses sacs d'engrais. Cette autre est celle d'un retraité paisible. Cette autre encore est la première détériorée chez une mère de famille nombreuse, dysplasique bilatérale et qui n'a pas 40 ans... Appliquons-nous la recette à la hanche,

matérialisée par son image radiographique ? Ou poserons-nous en termes clairs, avec le malade lui-même, les coordonnées du problème, en mettant les possibilités techniques en regard des exigences de vie, présente et prochaine, du patient.

J.P. Escande, déjà cité, disait : « C'est quand il examine, que le chirurgien est le plus grand ». Et c'est bien dans ce dialogue, où nous allons convenir avec le malade lui-même de son avenir, que nous jouons l'essentiel de notre partie. Nous sommes, au plein sens du mot, des chirurgiens de la personne, parce que notre geste n'a pas, pour seule signification, d'enlever ou de réparer un organe caché, mais de rétablir avec plus ou moins de perfection une fonction qui restera présente dans le champ de conscience du sujet.

Alors, si nous voulons que notre geste soit accepté, assumé par le patient, il faut le lui avoir expliqué ; l'avoir convaincu que c'était le meilleur possible ; lui avoir montré que cette colonne, cette hanche réparées auraient leurs exigences et imposeraient quelques servitudes. Il faut avoir fait du malade un partenaire, et non un objet.

C'est là, sans doute, un des premiers points par lesquels le chirurgien orthopédiste diffère de beaucoup de ses collègues viscéraux : l'importance, en dehors de tout problème d'urgence, donnée à l'examen ; le temps passé à l'indication opératoire.

Ceux d'entre nous qui travaillent avec des chirurgiens viscéraux ont été tentés parfois, sans doute, d'envier la simplicité de leurs consultations : les malades arrivent, envoyés, triés, étiquetés, par leur médecin traitant : généraliste, gastro-entérologue, pneumologue... on confirmera bien sûr, ou on écartera l'indication opératoire ; on opère et c'est là qu'on jouera l'essentiel de son rôle. Puis, après, s'il faut revoir le malade, ce n'est bien souvent que pour savoir s'il survit... Ce tableau schématisé est sans doute une caricature un peu chargée. Mais serions-nous de vrais orthopédistes si nous ne posions pas nous-mêmes, jusqu'au détail de la technique, la totalité de nos indications opératoires ?

Or cette décision entre ostéotomie ou prothèse, traitement orthopédique ou chirurgical, ce choix entre toutes les possibilités techniques, aucun médecin, sauf exception admirable, ne nous le suggère seulement. C'est à nous seuls qu'il appartient de décider, puis d'exécuter.

Chacun de nous, dans l'exécution, a son style propre. Il y a encore des artistes de génie qui, sans viseurs ni mesures font, du premier jet, la bonne coupe, le bon montage. Ils ont de la chance, avec leur génie. Mais je crois bien que j'offrirais plus volontiers mes os aux artisans consciencieux qui cherchent à comprendre et à contrôler leur travail, pour pouvoir le reproduire, et éventuellement l'enseigner. Cela est vrai d'ailleurs pour toutes les spécialités, et si nos gestes ont des modèles variés, de la couturière à l'ajusteur, ils ont tous pour vertu première l'humble méticulosité qui en fait la perfection.

La peau fermée, pourtant, nous n'avons pas fini notre travail. Après avoir décidé, puis exécuté, il nous faut maintenant suivre et contrôler, et l'orthopédiste retrouve ici ses différences. Nous savons tous que seul, le contrôle régulier, sans complaisance, de nos résultats, peut nous dire si notre indication fut bonne, et notre technique adéquate.

Il s'agit en fait de savoir si nous avons rempli le contrat ; c'est là presque une ascèse, mais c'est elle sans doute qui, dans notre relation avec le patient, et dans l'opinion que nous nous faisons de nous-mêmes, nous apporte le plus de joies. La joie, bien sûr, du beau résultat, reconnu et apprécié. Mais celle aussi, plus amère mais humainement non moins profonde, de la déception technique assumée par un malade qui nous garde sa confiance parce qu'il avait d'emblée compris les risques du pari, et qu'il sait que nous avons joué le jeu honnêtement avec lui.

Il n'est pas possible, je crois, d'être longtemps à l'aise dans une peau d'orthopédiste, si l'on n'est pas capable d'établir ce type de relation avec la plupart de ses malades, et c'est encore une exigence particulière de l'orthopédie.

Certains pourraient voir, dans cette prise en charge du malade, un excès ; un véritable abus du pouvoir médical. Je crois qu'ils ont tort, car ce pouvoir est partagé. C'est bien en agissant ainsi que nous le partageons le mieux avec le patient. Il nous faut, de plus, savoir le partager avec le reste de l'équipe soignante. Je ne pense pas que nous puissions ignorer toujours, superbement et sans risques, les avis des infirmières, des kinésithérapeutes, des ortho-prothésistes, des assistantes sociales.

Il nous faut, enfin, le partager avec ceux de nos confrères qui sont concernés par les mêmes problèmes ; certes, les traumatisés sont, au départ, notre lot exclusif. Mais en orthopédie froide, combien de fois côtoyons-nous le pédiatre, le rhumatologue, le neurologue, le médecin physique, le radiologue, et savons-nous, chaque fois, faire jaillir du dialogue la lumière qu'il peut nous apporter,

Or, il est étonnant, pour le moins, de voir chacune de ces spécialités vivre sagement - comme la nôtre souvent d'ailleurs - entre ses frontières, sans chercher tellement à visiter les pays voisins. On voit ainsi des orthopédistes opérer des neuropathies dont ils ne connaissent pas l'évolutivité ; des neurologues décider seuls de l'avenir orthopédique des infirmes moteurs cérébraux ; des pédiatres hésiter entre la prudence excessive et le dirigisme abusif. Nous sommes peu informés des secrets de la rhumatologie, et nos amis rhumatologues nous le rendent bien. Quant à l'appareillage, combien d'entre-nous s'y sont intéressés vraiment ?

Et pourtant, c'est la chance de la vie de province, de permettre des contacts directs, entre gens qui se connaissent, et qui connaissent les mêmes malades ; et non plus seulement entre gens de haut niveau qui ne connaissent que les mêmes questions. Et c'est la chance de nos Sociétés de province, que de pouvoir donner à ces contacts leur accomplissement, et leur fécondité, parce que leurs dimensions ne sont pas assez grandes pour que les fonctions ou les titres arrivent à masquer les personnes.

Ces privilèges de la vie de province ; ces avantages des Sociétés de province, il est spécialement important que nous en prenions une claire conscience, au sein de notre Société d'Orthopédie de l'Ouest, au moment, précisément, où celle-ci va franchir une nouvelle étape de son évolution.

Elle est née du plaisir qu'ont eu à se retrouver, pour travailler ensemble, quelques orthopédistes, chirurgiens régionaux ; et son premier succès vint du sérieux du travail qu'on y faisait, dans une ambiance de confiante camaraderie.

C'est ainsi qu'à la génération des fondateurs s'est jointe, dans le même esprit, la génération suivante, celle des actuels quinquagénaires. Cette arrivée de troupes fraîches ne pouvait se faire sans qu'on créât une certaine discipline, et qu'on parvint à des réunions moins informelles. Ce fût la tâche des bureaux successifs, animés par des secrétaires efficaces et méthodiques, auxquels il convient de rendre hommage et d'attribuer le mérite de l'essor actuel de notre Société.

L'arrivée des générations suivantes, grossies par la poussée de la démographie médicale, et structurées par la réforme hospitalo-universitaire, vient renouveler les données du problème, et faire qu'on ne peut plus le résoudre comme on le ferait dans un simple club d'amis.

Il ne faut pas, pourtant, que la Société d'Orthopédie de l'Ouest perde les traits qui font son originalité, et, je dirai, son charme. Nous aurons à chercher comment adapter nos structures à l'évolution d'une situation qui remet en question et les gens et les places. Je crois essentiel que, dans cette recherche, nous ne perdions de vue à aucun moment les caractères qui nous marquent et marquent notre travail : la primauté donnée aux personnes sur les fonctions ; aux travaux sur les signatures ; aux échanges sur les professions de foi ; aux comptes-rendus modestes sur les bulletins de victoire.

Le tournant que nous avons à prendre devra être pris lentement pour être négocié en sécurité, pour laisser place aux nécessaires corrections de trajectoires, pour laisser aux expériences utiles le temps d'être jugées.

Peut-être faudra-t-il préciser nos frontières, revoir nos règles d'admission ; étudier certains regroupements par villes, ou par centres d'intérêt. L'essentiel sera que cette évolution soit entreprise dans l'esprit d'honnêteté et d'exigence intellectuelle, de liberté d'échange et d'ouverture, d'amicale courtoisie aussi, qui a toujours caractérisé la vie de notre Société. A ce prix, on peut être certain que ce tournant ne sera pas un virage fatal, mais un nouveau départ vers un nouvel et fécond avenir.

Je souhaite que cette réunion mancelle, fidèle à cet esprit, soit une étape utile - et si possible agréable - de cette évolution souhaitée.

Jean-Claude REIGNIER