

SOMMAIRE

ÉDITO

ACTUALITÉ

La permanence des soins, décrite par certains, indispensable pour tous

Interview **Pr Bernard GUERRIER**

Interview **JP ORTIZ**

Réélu à la présidence du Sympop

LA VIE DES ÉTABLISSEMENTS

L'ostéointégration, 1^{ère} chirurgicale française à la **Polyclinique Saint Roch**, à Montpellier

EN BREF

Elections à la FHP

La FHP-LR a organisé le 29 mai dernier un débat entre les trois candidats à la présidence de la FHP : **Ken Danis**, président sortant, **Jean-Loup Durosset**, président de la FHP Rhône-Alpes et **Gérard Angotti**, président de la FHP Aquitaine. Les trois candidats ont planché au Mas des Brousses pendant plus de deux heures et devant un parterre fourni de directeurs de cliniques. Lors de ce débat, animé par Lamine Gharbi, président de la FHP-LR, ils ont expliqué quels seraient leurs engagements pour la défense de l'hospitalisation privée s'ils étaient élus à cette fonction. Ils ne sont aujourd'hui plus que deux candidats, après le retrait de Gérard Angotti et son ralliement à Jean-Loup Durosset. Verdict, le 28 juin.

La FHP s'affiche

La FHP a lancé mi-mai une campagne nationale d'affichage pour valoriser l'accueil et l'efficacité des cliniques. Cette campagne, qui se symbolise par 2 affiches distribuées aux 1250 cliniques privées de France, vise à « mieux faire connaître les atouts de l'hospitalisation privée, expliciter ses spécificités, témoigner du professionnalisme et de l'implication de ses personnels ». L'hospitalisation privée souhaite « affirmer publiquement et avec fierté la réussite de son modèle ».

ÉDITO



Tout juste nommée ministre de la santé, Roselyne Bachelot a visité, le 5 juin dernier, la clinique Claude Bernard, à Metz. Dit comme cela, cette information, surtout vue depuis les rives de la Méditerranée, semble des plus banales. Mais à y regarder de plus près, cette visite, suffisamment rare pour être soulignée, est intervenue 5 jours seulement après que Roselyne Bachelot ait accordé audience à notre président national, le Docteur Ken Danis.

Subitement, on se prend à rêver. Doit-on voir dans la conjonction de ces deux événements rapprochés un signe tangible de reconnaissance du secteur privé ? Doit-on interpréter cela comme un premier pas vers la reconnaissance tant attendue de notre secteur hospitalier privé, devenu aujourd'hui incontournable et tellement maltraité ?

On voudrait y croire. Mais l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) est là pour nous ramener à la réalité en publiant récemment la répartition de l'enveloppe Migac 2006 (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) pour la région Languedoc-Roussillon. Et à la lecture de ces chiffres, la réalité du terrain est cruelle. Sur une enveloppe globale de 185,7 millions d'€, les 85 cliniques privées de la région ont perçu en 2006, 2,8 millions d'€, soit 1,6% de la somme totale. Le public, avec 162 millions d'€, rafle 92% de l'enveloppe. Les établissements mutualistes récupérant quant à eux les 6,4% restant.

On ne retiendra que quelques exemples, parmi les plus flagrants, pour illustrer cette différence de traitement qui conduit à cet écart surréaliste : dans les MIG, les missions d'intérêt général, on trouve par exemple un financement pour les coordinateurs régionaux d'hémovigilance, structure qui suit, entre autre mission, la traçabilité du sang lors d'éventuels incidents dans les établissements de santé. Il ne viendra à l'idée de personne de remettre en cause cette structure. Mais a-t-elle besoin des 1,5 million d'€ annuels qui lui sont alloués ? Pourquoi n'existe-t-il aucun financement des équipes mobiles de lutte contre la douleur dans le privé alors que le public a perçu 1,1 million d'€ ? Et que dire de toutes les missions transversales, les Clin, les Clud, les CME et autres comités du médicament que vous, médecins, assumez quotidiennement en sus de votre métier sans la moindre reconnaissance tarifaire, ni la moindre indemnisation ? Tant de questions et pas de réponse. Alors, vous comprendrez que lorsque notre ministre rencontre, 3 semaines seulement après sa prise de fonction, notre Président Fédéral, l'on se mette à rêver. Un jour viendra où cette injustice s'arrêtera ! Nous voulons y croire.

Lamine GHARBI, Président de la FHP-LR

ACTUALITÉ

La permanence des soins, une organisation complexe, décrite par certains, indispensable pour tout le monde.

« Allo, le centre 15 ? ». A l'heure de la fermeture des cabinets médicaux, à l'heure où les médecins généralistes rentrent chez eux après une longue journée de travail, le 15 est devenu un réflexe pour tous. Un relai essentiel afin d'assurer ce que l'on appelle la permanence des soins (PDS). Cette permanence des soins est une organisation de l'offre de soins libérale et hospitalière mise en place afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmées exprimées par les patients. Ce système, qui permet de maintenir à la fois la continuité et l'égal accès aux soins pour tous sur l'ensemble du territoire après 20h00, a été entièrement réorganisé par décret, en avril 2005.

Or, voilà qu'à peine deux ans après avoir été totalement repensée, cette PDS est aujourd'hui fortement critiquée. L'Inspection générale des affaires sociales (Igas), chargée par l'ancien ministre de la santé Xavier Bertrand, d'évaluer la pertinence de cette réorganisation la juge « inefficace », « mal assurée », « trop complexe » (cf encadré, page 2). Les médecins libéraux sont montrés du doigt pour leur soi-disant désengagement, de plus en plus évident selon certains. **Pascal Delubac**, directeur de la **clinique Saint Pierre**, à Perpignan, trouve pour sa part le système de garde « trop astreignant, pas assez rémunéré et pas assez sécurisé ». « A Perpignan, dit-il, les médecins n'osent plus se déplacer dans certaines zones ». Pour lui, le constat est sans appel : la permanence des soins doit de nouveau être réorganisée notamment autour du réseau des urgences tel que prévu par le décret de mai 2006. Ce décret permettra « de mutualiser les moyens existants en orientant les malades vers les prises en charge adéquates. Mais pour cela il faut une volonté politique forte et des moyens financiers ». Dubitatif, il s'interroge : « Mais y-a-t-il une véritable volonté politique ? ».

La FHP répond à la FHF

La FHP et la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée (CNPMEHP) ont répondu dans un communiqué aux critiques des représentants du secteur public sur le manque d'implication des cliniques dans la permanence des soins (PDS). La FHF vient de demander à la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) des évolutions juridiques permettant d'inscrire l'accueil non programmé et ses contraintes de PDS dans les autorisations des établissements de santé, afin d'impliquer plus fortement l'hospitalisation privée. La FHP et la CNPMEHP rappellent que 122 des 622 unités d'urgence sont implantées dans des cliniques. « Les autorisations sollicitées par les cliniques sont bien supérieures mais 7 (Pézenas, Lodève, Céret, Clémentville, Sète, Lunel, Nîmes) ont été refusées par les autorités notamment sous la pression de l'hospitalisation publique ».

La FHP-LR rencontre ses usagers

Les représentants de la FHP-LR ont rencontré le 11 juin dernier à la Maison de l'Hospitalisation Privée à Castelnaud Le Lez, les représentants des usagers des cliniques privées de la région ainsi que les représentants des associations. La réunion s'est tenue en présence d'Olivier Toma, directeur de la clinique Champeau à Béziers et pilote de cette opération, de Lamine Gharbi, président de la FHP-LR, de Pascal Delubac, vice-président et de Jean-Louis Bonneton, membre du bureau. 26 personnes représentant 20 associations ont participé à cette réunion. Prochaine rencontre, le 24 septembre.

Installation des médecins

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) lancera en septembre un nouveau service d'accompagnement et d'aide à l'installation des médecins libéraux. « L'objectif est de simplifier et de moderniser nos relations avec les professionnels de santé, notamment pour faciliter leur installation (...) et de leur donner une information rapide et efficace ». Les médecins pourront rencontrer un conseiller afin de les aider à choisir leur lieu d'installation. L'assurance maladie proposera au praticien de réaliser une étude de marché sur la zone géographique dans laquelle il envisage son installation, en lui fournissant des données complètes, à partir de l'outil C@rtoSanté pro.

La permanence des soins (suite)

Si **Jean-Paul Ortiz**, néphrologue à la **clinique Saint Roch**, à Cabestany (Pyrénées-Orientales) et président du Syndicat national des médecins de l'hospitalisation privée (Symhop), estime que « la PDS en ville ne fonctionne pas si mal que ça », beaucoup de choses doivent malgré tout être revues. « L'hospitalisation privée, explique-t-il, est devenue un acteur incontournable. Nous réalisons 15% des urgences, c'est nouveau et cela témoigne de la richesse et du positionnement de nos établissements. On fait de tout désormais dans les cliniques : des urgences, mais aussi du social, du lourd... Autant de choses qui ne sont plus l'apanage du public. Mais lorsque l'on compare nos systèmes de garde, il y a 30 ou 40 personnes rémunérées à l'hôpital et seulement 2 chirurgiens et un anesthésiste dans ma clinique qui a pourtant reçu l'an passé 30 000 personnes aux urgences. Tant qu'on ne rémunérera pas les astreintes, dit-il un brin fataliste, les choses ne s'amélioreront pas ».

Fataliste mais pas résigné, ce syndicaliste passionné et très actif propose : « La PDS pourrait prendre le relais dans une ville après minuit, pour ce que l'on appelle la nuit profonde jusqu'à 8h00 du matin et être reportée vers les urgences hospitalières, à la condition express qu'il y ait d'une part une entente avec les médecins généralistes et d'autre part que le report sur les établissements de santé se fasse tant vers les cliniques privées que les hôpitaux publics ».

Un peu plus loin, à Céret, petite ville lovée au pied des Pyrénées, **Jocelyne Barbier**, directrice de la **clinique Le Vallespir**, parle de la PDS en des termes très élogieux. « Sans elle, assure-t-elle, on n'existerait probablement plus ». Des routes sinueuses, pas d'autoroute, aucune autre ville ou village à moins de 35 km, ici, le terme de « clinique verte » prend tout son sens. Officiellement, la clinique n'a pas les autorisations nécessaires pour se doter d'un véritable service d'urgences. Mais compte tenu de sa situation géographique excentrée et isolée, l'établissement reçoit chaque année depuis 2005 une enveloppe appelée « fond de réseau » destinée à assumer la PDS et les urgences. De quoi s'acheter du matériel d'urgence. De quoi également rémunérer du personnel, 5 en tout. Grâce à ça, l'activité ne cesse depuis de s'accroître. 2100 personnes accueillies en urgences en 2003, au démarrage, 5400 en 2005, 6480 l'an passé. « Au début, les gens ne nous connaissaient pas. Maintenant ça y est. La dynamique est lancée. La PDS fonctionne parce que nous l'avons mise en place. Passé 20h00, croyez-moi, le Centre 15 est bien content de nous trouver, pour conditionner les patients et éventuellement les envoyer ailleurs ». Un hic ! La subvention versée depuis 2005 doit s'arrêter en 2008. « Sans elle, pas d'urgences et sans urgences plus de clinique », prévient Jocelyne Barbier. « Mais je vais me battre », lance-t-elle.

L'lgas, un rapport qui fait du bruit

Dans son rapport de mars 2006, l'Inspection Générale des affaires sociales (IGAS) estime que « l'organisation des soins est inachevée » et ce « malgré les avancées apportées par le décret d'avril 2005 ». L'lgas écrit même que « le dispositif s'est déployé sur quasiment l'ensemble du territoire mais sa fiabilité n'est pas assurée » et souligne que des « difficultés apparaissent tant dans l'organisation de la régulation qu'au plan de la disponibilité d'intervenants de terrain ». Elle pointe « l'empirisme de cette organisation » et critique le « caractère volontaire » de la participation à la permanence des soins. Elle estime enfin que « cette organisation, trop complexe, doit être simplifiée ».

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000321/index.shtml>

« Rendre les gardes obligatoires ? Impensable »

Interview

Pr Bernard GUERRIER, chef du service ORL à l'Hôpital Guy de Chauliac, à Montpellier et président du Conseil de l'ordre des médecins de l'Hérault.

Quel jugement portez-vous sur la permanence des soins dans votre département ?

La permanence des soins est organisée par secteur et, il faut bien le reconnaître, il y a des inégalités, parfois importantes d'un secteur à l'autre. Ces disparités sont relativement faibles dans les zones urbaines et sont très souvent le fait de problèmes humains. Dans les zones rurales, les difficultés viennent de l'éloignement géographique des patients sur un secteur donné, ainsi que du problème de la démographie médicale, difficultés accentuées dans notre région au cours de la période estivale. Rares toutefois sont les plaintes de patients dénonçant un dysfonctionnement. Certains maires nous appellent parfois. Mais lorsque nous nous rendons sur place, on s'aperçoit que le système fonctionne bien. De toute façon, quoiqu'on fasse en France, les gens ne sont jamais contents.

Vous estimez donc que cette permanence des soins, fortement décriée dans un rapport de l'lgas en mars 2006, fonctionne correctement sur une ville comme Montpellier ?

C'est vrai que dans une ville telle que Montpellier, la permanence des soins est compliquée à mettre en place. Elle doit s'articuler autour de différents acteurs : SOS Médecin, qui a mis en place un quadrillage de la ville, auquel il faut ajouter le système des gardes dans les cliniques privées via leurs services d'urgences, au nombre de quatre dans cette ville avec Saint-Jean, Saint-Roch, Le Millénaire et la clinique du Parc (à Castelnaud Le Lez), sans oublier bien entendu le système de garde aux urgences de l'Hôpital. Sur le papier, la permanence des soins a été bien pensée. Seulement trop de gens se rendent encore directement aux urgences pour de la « bobologie », ce qui déstabilise l'ensemble du dispositif. Ces personnes devraient être prises en charge dans d'autres structures, libérales notamment, plutôt que dans les urgences d'hôpitaux ou de cliniques. Il faut rappeler que la permanence des soins n'est pas la prise en charge des urgences. Il s'agit d'organiser le suivi des soins lorsque les médecins de ville ont terminé leur journée.

Pensez-vous qu'il soit opportun, comme le suggère l'lgas dans son rapport, de mettre fin au système de volontariat dans la permanence des soins ?

Il y a peu, les gardes étaient obligatoires. Sous la pression des médecins généralistes, l'article 77 du code de déontologie a été modifié et base désormais le fonctionnement sur le volontariat, les médecins ne voulant pas être corvéables. Et il semble impensable de revenir sur cet acquis qui remettrait en question le système libéral. Pour que cette permanence fonctionne, les patients doivent jouer le jeu.

Les contours de la VAP

Les contours des missions d'intérêt général (MIG) en psychiatrie prises en compte pour la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) ont été précisés le 1^{er} juin lors des 7^{èmes} rencontres de l'information médicale en psychiatrie de Mirecourt (Vosges) et sont soumis à concertation. Le groupe de travail sur les MIG a élaboré une subdivision en quatre catégories : permanence des soins ; interventions hors champ de la psychiatrie ; coordination, prévention, expertise ; prise en charge et structures spécifiques. Le calendrier prévisionnel d'application de la VAP n'a pas été évoqué, mais la DHOS a indiqué qu'elle prévoyait une application au mieux en 2010.

Assurance Maladie (1)

L'Assurance Maladie prépare un plan d'économies d'1 milliard d'€ comprenant des mesures touchant l'ensemble des professionnels de santé, l'assurance maladie, le médicament et les dispositifs médicaux. Le Comité d'alerte a averti les pouvoirs publics pour la 1^{ère} fois depuis sa création en 2004 d'un "risque sérieux" de dépassement de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) 2007 de 2 milliards d'€ obligeant l'assurance maladie à soumettre dans le délai d'un mois des mesures susceptibles de limiter le dérapage. Concernant les professionnels de santé, des "décotes tarifaires" visant notamment les radiologues permettraient d'économiser une centaine de millions d'euros. Pour ce qui est des patients, l'assurance maladie envisage un dé plafonnement du forfait de 1 € (actuellement limité à 50 € par personne et par an), ce qui rapporterait entre 100 et 200 millions d'euros.

Assurance Maladie (2)

Les médecins libéraux refusent d'être la cible des mesures de redressement qui seront proposées d'ici fin juin par les caisses nationales d'assurance maladie face au risque de dérapage de l'Ondam. "Cette situation était hélas prévisible compte tenu de l'inadéquation entre le niveau de cet Ondam et les besoins réels", a souligné la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). La CSMF croit savoir que sur les 2 milliards d'€ de dépassement, 300 millions d'€ concerneraient les honoraires libéraux.

« Les médecins doivent rester indépendants et libéraux »

Interview

Jean-Paul ORTIZ, président du Syndicat national des médecins de l'hospitalisation privée (Symhop).

Vous venez d'être réélu à la présidence du Symhop. Quel est le rôle de ce syndicat ?

Le Symhop est né de la volonté de rassembler des spécialistes de différentes spécialités médicales ayant une partie significative de leur activité en clinique et qui, de fait, partageaient des soucis identiques à ceux qui y travaillaient à temps complet. Concrètement, le Symhop s'occupe par exemple des questions de contrat et de redevance, ou encore des problèmes liés à la nouvelle réglementation sur les OQOS et les SROS qui ont un impact direct sur l'activité des médecins. Le Symhop s'intéresse également de très près à la permanence des soins, aux CME, aux CLIN, aux problèmes de la responsabilité civile médicale...

Le Clin, le CLUD, le Comité du médicament, la CME... les médecins n'y perdent-ils pas leur latin avec toutes ces instances ?

C'est effectivement un réel problème. D'autant que toutes ces instances sont obligatoires, non rémunérées et empiètent de plus en plus sur le temps médical. Ce qui n'est pas très compatible avec le paiement à l'acte. Cela va forcément impliquer l'émergence de nouveaux modes de rémunération, sur des bases forfaitaires. Un médecin libéral pourrait très bien être rémunéré à la fois à l'acte, de façon prépondérante, et aux forfaits, pour la partie non rémunérable à l'acte. Cela existe déjà, avec par exemple les gardes, qui sont rémunérées au forfait. C'est vers ce modèle que la médecine doit tendre car le paiement à l'acte ne correspond plus aujourd'hui à l'activité médicale. En veillant toutefois à ce que les médecins restent indépendants et libéraux.

Vous faites de la lutte pour l'indépendance des médecins une de vos priorités, parce que cette indépendance est aujourd'hui menacée ?

En quelque sorte. La DHOS a clairement défini deux acteurs pour l'hospitalisation privée : le directeur de la clinique et le médecin. Or il n'est pas très logique de constater que le directeur signe seul un objectif quantifié sur lequel il n'a aucune prise. Il s'engage pour autrui. Les médecins voudraient être cosignataires sur tous ces sujets médicaux qui relèvent directement de leur compétence. C'est la cohabitation du gestionnaire et du médecin qui a fait le succès de l'hospitalisation privée, l'a rendu efficace et dynamique.

Pourquoi êtes-vous si inquiets de l'arrivée massive de grands groupes financiers ?

L'hospitalisation privée était depuis son origine aux mains des médecins qui exerçaient dans les cliniques. Et ces cliniques étaient gérées sur la base d'une logique médicale. Les nombreuses restructurations de ces dernières années ont nécessité une vraie professionnalisation de la structure. C'est à ce moment là que sont apparus les grands groupes, avec des projets économiques au détriment de projets médicaux. Cette situation est préoccupante. Si on veut maintenir une qualité de soins dans nos cliniques, il faut veiller à ce que les soins restent l'objectif n°1. Je plaide depuis longtemps pour une nouvelle gouvernance au sein de nos établissements, qui intégrerait les médecins. Auprès des tutelles, il faut que la clinique soit certes représentée par son directeur, mais également par le président de la CME. Il y a encore beaucoup à faire pour que les médecins trouvent la place qui leur revient.

LA VIE DES ÉTABLISSEMENTS

L'Ostéointégration, une 1^{ère} chirurgicale française à la Polyclinique Saint-Roch (Montpellier)

Le Dr Richard Brannemark est venu de Suède transmettre sa technique chirurgicale au Dr Marion Bertrand. Une grande première nationale qui représente un espoir pour tous les amputés.

Marta Battle, une jeune et jolie espagnole de 35 ans, comme son nom ne l'indique pas, est venue spécialement de Barcelone à Montpellier, le 7 juin dernier, pour témoigner. Au 4^e étage de la Polyclinique Saint Roch, et devant un parterre de journalistes et de médecins, elle a ce jour là remonté légèrement sa robe bleue dévoilant cette prothèse de jambe qui a changé sa vie. Elle s'est ensuite servie de ce qui ressemble à une sorte de goupille, que lui a tendu son mari, l'a insérée dans la prothèse, qui s'est aussitôt détachée. Car Marta est amputée de la jambe gauche depuis son accident de moto, en 2002. Par la suite, entre 2002 et 2005, Marta a usé 21 prothèses. Rien n'y a fait. Gènes, douleurs, irritations : sa vie est restée un enfer. « Je ne croyais jamais pouvoir remarcher », dit-elle. Jusqu'au jour où elle apprend l'existence d'une nouvelle technique : l'ostéointégration.

Lorsque l'amputation est inévitable, le chirurgien doit couper l'ensemble des tissus - os, muscles et peau. Il laisse alors un moignon sur lequel sera fixée la prothèse. Mais cet appareillage est parfois mal supporté si ce moignon est trop court ou difforme. Ce qui est le cas de Marta Battle. L'alternative est alors venue d'une famille suédoise, les Brannemark. Premier acte, en 1965 : le père, chirurgien dentiste met au point un implant dentaire qui permet de fixer une fausse dent dans la gencive.

1^{ère} mondiale à la clinique Causse

Neuf équipes chirurgicales ORL européennes, dont une à la clinique Causse de Béziers et une autre au CHU de Montpellier, ont réalisé le 23 mai, 15 interventions, selon des techniques différentes, pour traiter des pathologies de l'oreille. Ces opérations ont été retransmises en direct sur 4 continents et ce pour la première fois grâce au système de visioconférence et à un pont technologique, basé à Vanves, en banlieue parisienne. Ce dispositif a permis un partage des connaissances avec plus de 4 000 chirurgiens, parmi lesquels des chirurgiens israéliens, saoudiens et palestiniens, mais aussi de Hanovre, de Manchester, de Padoue... répartis dans 34 salles de conférence à travers le monde. Cette initiative de téléchirurgie à l'échelle planétaire a, selon le Dr Robert Vincent, chirurgien de l'oreille à la clinique Causse, « l'avantage de créer une synergie au sein de la communauté médicale désireuse de faire bénéficier de ces thérapies au plus grand nombre ».

Le secteur privé et la Recherche

Le secteur privé emploie seulement 53% des chercheurs en France (105 000, contre 93 000 pour le public), selon les premiers résultats de l'observatoire de l'emploi scientifique, derrière l'Allemagne et l'Angleterre. Conformément à la loi de programme pour la recherche (avril 2006), un observatoire de l'emploi scientifique destiné à améliorer l'information et à éclairer les perspectives d'emplois a été créé. Il montre que la part du secteur privé reste en France relativement faible. Alors qu'aux États-Unis, le secteur privé emploie 80% des chercheurs.

SYNERGIES

Directeur de la publication
Lamine GHARBI

Responsable de la rédaction
Dominique TREZEGUET

Ont collaboré à ce numéro :
Cécile Beltran, Lamine Gharbi,
Christian Guichard

Conception et réalisation :
SYMAPS

Impression :
JF Impression

Abonnement (en cours)
N° de CPPAP (en cours)
ISSN (en cours)

Tirage : 5 000 ex

L'Ostéointégration, une 1^{ère} chirurgicale française à la Polyclinique Saint-Roch (Suite)

Deuxième acte, 25 ans plus tard : le fils, **Richard Brannemark**, chirurgien orthopédique, transpose la technique sur les os des bras et des jambes. Le principe est simple : plutôt que d'adapter une prothèse classique sur le membre mutilé, il s'agit de l'ancrer directement dans l'os grâce à un implant en métal. Cette technique laisse l'articulation du dessus libre, donc plus mobile. Elle permet un prolongement plus naturel et plus confortable que les prothèses classiques. Six mois plus tard, lorsque les cellules ont consolidé l'installation, une seconde intervention consiste à préparer l'implant à recevoir la prothèse. Trois mois supplémentaires de rééducation permettront aux patients de réapprendre à marcher.

Opérée à Göteborg en 2005, Marta fait aujourd'hui partie de la centaine de patients du monde entier ayant bénéficié de cette technique. Après avoir longtemps opéré dans son propre pays, le **Dr Richard Brannemark** a décidé d'exporter cette méthode à l'étranger, vers l'Angleterre, puis l'Australie et l'Espagne (l'an passé). Assisté du **Dr Marion Bertrand**, cette intervention a été réalisée en France le 7 juin dernier, à la Polyclinique Saint Roch, à Montpellier, pour ce qui restera une 1^{ère} nationale.

L'ostéointégration est une intervention lourde, contraignante, qui s'adresse donc à une minorité de patients, ceux qui ne supportent pas les prothèses classiques ou qui ne peuvent pas en porter. Il s'agit d'une très bonne solution pour les amputations du bras ou encore du pouce. Mais pour bénéficier d'une ostéointégration, il faut aussi répondre à plusieurs critères : être en bonne santé pour supporter les interventions et avoir des os de bonne qualité pour que l'implant soit bien fixé. Car, à la différence des prothèses classiques, la charge porte cette fois sur l'ensemble du squelette.

Le diabète ou les maladies des vaisseaux, comme l'artérite, ne permettent donc pas de subir cette intervention. Car cette technique a une limite de taille : le risque élevé d'infections à cause de la pièce intermédiaire, la tige qui relie la prothèse à l'implant osseux. Un risque redouté par les chirurgiens car l'infection du moignon peut nécessiter une autre amputation, plus large encore. Il faut donc bien peser les risques et les bénéfices de l'ostéointégration. Ce qui explique le peu de patients opérés à ce jour.

Marion BERTRAND, Chirurgien orthopédique à la Polyclinique Saint-Roch

C'est une histoire d'amitié entre les familles Bertrand et Brannemark qui est la l'origine de cette 1^{ère} chirurgicale. Le père de Marion Bertrand, dentiste, avait fait la connaissance du père de Richard Brannemark, également dentiste en Suède, l'inventeur des implants dentaires. Lorsque le fils, Richard, adapta cette technique aux membres supérieurs et inférieurs, c'est tout naturellement que la fille de M. Bertrand, Marion, s'intéressa à cette technique. Mais la route qui a mené à cette 1^{ère} chirurgicale fut longue. Le Dr Bertrand s'est rendue à plusieurs reprises en Suède « en repérage », puis en Espagne. Elle a participé à des séminaires, avant de présenter un rapport il y a quelques mois au congrès national des orthopédistes et faire une publication dans les Annales de l'Académie nationale de la chirurgie.

Aujourd'hui, les 10 premiers opérés feront l'objet d'une étude minutieuse. Ils sont inclus dans un protocole de recherche biomédicale « en collaboration avec le CHU et les universitaires ». Il s'agit de démontrer que cette technique, actuellement non remboursée par la Sécurité Sociale, est efficiente. « Jusqu'ici, explique **Patrick Ducros**, orthopédiste, le système d'accroche des prothèses faisait qu'un amputé était obligé de changer de prothèses en même temps que son corps évoluait. Là, parce que l'ancrage se fait désormais sur le squelette et non plus sur le moignon, le patient n'aura plus à changer de prothèse. Vous vous rendez-compte l'économie que cela représente ? »

Les honneurs du 20h00 de France 2.

Cette 1^{ère} chirurgicale française a fait l'objet d'une importante couverture médiatique. Invités à participer à une conférence de presse, dans l'heure qui a suivi la fin de la première opération, la presse régionale a bien entendu répondu présente, comme la presse nationale.

Une équipe de **France 2** a passé 2 jours à Montpellier et a diffusé un reportage le mercredi 13 juin, dans le journal télévisé de 20h00 (www.france2.fr).

France 5 a également envoyé une équipe de reporters et diffusé un sujet le 13 juin dans « Le Magazine de la santé », www.france5.fr, rubrique santé.

Marie-Christine, première française.

Cette montpelliéraine de 50 ans a été la 1^{ère} française opérée. Amputée d'une jambe il y a plus de 20 ans, elle attendait beaucoup de cette opération. Victime de douleurs permanentes, elle n'a jamais pu se séparer de ses béquilles malgré son appareillage. « Lorsque je vois les résultats obtenus, je rêve les yeux ouverts », disait-elle juste avant son opération. **Frank Ridao**, biterrois de 35 ans, fut le 2^{ème} patient français à être opéré le lendemain. Huit autres opérations sont programmées.

« Cette technologie est encore difficile, explique le Dr Brannemark, mais dans un avenir proche on pourra aller avec des prothèses contrôlées par le cerveau... Les pièces détachées feront aussi bien que les originaux ».

Maison de l'Hospitalisation Privée • 55 avenue Clément Ader • 34174 Castelnaud-le-Lez Cedex
Tél. : 04 99 51 22 35 • Fax : 04 67 64 39 64 • direction@fhp-lr.com

La MHP regroupe les organismes de formation de l'Hospitalisation Privée des métiers de la santé :
Institut de Formation en Soins Infirmiers et Aides Soignants : IFSI et IFAS (Castelnaud-le-Lez et Perpignan)
CFA : Centre de Formation des Apprentis FCS : Formation Conseil Santé