

SOMMAIRE

EDITO

ACTUALITE

La permanence des soins

Interview **JL. BARON**

Comité de Développement Durable
en Santé (C2DS)

Interview **Olivier TOMA**

LA VIE DES ETABLISSEMENTS

L'Hospitalisation à Temps Partiel
(HTP) en psychiatrie : **exemples à
Nîmes et Montpellier.**

EN BREF

L'automédication (1)

La question de l'automédication en France continue de faire débat. Un sondage CSA/CECOP sur « Les Français et l'automédication » commandité par la Mutualité française et présenté lors d'un colloque à Paris intitulé « L'automédication : recul ou progrès ? » montre que « près de 7 français sur 10 (67%) portent un jugement positif sur l'automédication ». 47% des personnes interrogées considèrent qu'il s'agit d'une « façon de faire normale », 20% allant jusqu'à la qualifier de « comportement citoyen ». Une nette majorité (62%) déclare pratiquer l'automédication « souvent » ou de « temps à autre ».

Automédication (2)

L'Académie nationale de pharmacie a pour sa part estimé que permettre l'accès direct par un patient à certains médicaments en officine serait une "imprudence préjudiciable à la santé publique". Elle affirme que "toute modification des conditions de dispensation, en particulier l'hypothèse d'un libre accès des consommateurs au médicament, constituerait une imprudence préjudiciable à la santé publique, compte tenu des habitudes instaurées de longue date dans notre pays".

ÉDITO



« **Ensemble, agissons !** » En ces temps de campagne présidentielle, cela pourrait sonner comme un slogan politique, voire comme une vieille antienne électorale. On sait ce qu'il advient généralement des slogans, une fois passée la période électorale. Certes, je sors moi aussi d'une récente élection qui m'a porté à la présidence de la Fédération régionale de l'hospitalisation privée en remplacement d'Olivier Debay. Mais je vous le dit une nouvelle fois : « Ensemble, agissons ! » Et vite.

Bien entendu je souhaite que mon action s'inscrive dans la continuité de la stratégie actuelle de la FHP-LR, au sein d'une démarche dynamique, forte, consensuelle et partagée par l'ensemble des acteurs, à commencer par vous, médecins. Mais deux événements récents, en apparence anodins, m'ont convaincu de l'urgence qu'il y avait à agir.

Le premier est directement lié à la campagne présidentielle. Et cette étonnante faculté qu'ont les hommes politiques à ne pas entendre les revendications qui les dérangent ou qui ne les intéressent pas. A l'occasion de leur visite dans notre région, nous avons questionné les candidats, leur avons fait part de nos vives inquiétudes quant à l'avenir de notre secteur hospitalier privé. Pas de réponse. Des directeurs d'établissements ont demandé audience à leurs députés, leur ont remis des documents, ont de nouveau manifesté leur désarroi. Chiffres officiels à l'appui, nous avons à chaque fois rappelé l'efficacité de notre secteur privé qui, dans notre région comme dans le reste du pays, réalise 50% de l'activité hospitalière et ne pèse que 30% des dépenses de l'Assurance Maladie. Et toujours ce même silence en guise de réponse.

Le deuxième événement est consécutif à des propos que j'ai tenus dans des médias à l'occasion de mon élection. Aux journalistes venus m'interroger, j'expliquais mon incompréhension face à l'apparente obstination des pouvoirs publics à nous imposer des sacrifices sans équivalent en comparaison de ceux demandés au secteur public. FO Santé, plus prompt à répondre que nos candidats à la présidentielle, fustigea notre sentiment « d'inégalité de traitement » financier entre le public et le privé, tout en niant une nouvelle fois notre participation pour moitié à l'activité hospitalière de notre région.

Face à une classe politique atone et des syndicats hospitaliers démagogues, et face aux attaques incessantes de la FHF, je rappellerai la détermination de notre syndicat régional à sauver nos établissements dont 30% sont aujourd'hui déficitaires. Dans le cadre de l'enveloppe accordée au titre du plan Hôpital 2007, les 85 cliniques privées ont dû se partager 9 millions d'euros sur les 196 attribués à la région. Il n'en sera pas de même pour la prochaine enveloppe qui doit être attribuée d'ici peu. Et pour cela, « Ensemble, agissons » !

Lamine GHARBI
Président de la FHP-LR

ACTUALITÉ

L'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour améliorer la gestion des risques

Dans son programme de travail publié en début d'année, la Haute Autorité de Santé (HAS) expliquait que 2007 « sera celle du déploiement opérationnel des médecins et des équipes médicales des spécialités dites « à risque ». Elle insistait surtout sur son souhait de voir se développer l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) des médecins, que la HAS veut également étendre à l'ensemble des professions de santé (sages femmes, masseurs kinésithérapeutes, biologistes, pharmaciens, infirmières...). Que la HAS fasse ainsi de l'EPP une priorité, montre l'importance de cette démarche récente née en 1999 et rendue obligatoire par décret en avril 2005.

Pour comprendre réellement l'EPP et en saisir pleinement les enjeux, il faut remonter aux origines de la certification. La certification des médecins et des équipes médicales est un dispositif volontaire de gestion des risques. Ce dispositif d'accréditation trouve son fondement dans le projet RESIRISQ, développé à l'initiative des médecins libéraux en vue d'apporter des réponses à la hausse des primes d'assurance en responsabilité civile médicale.

CPOM

La signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des hôpitaux et des cliniques du Languedoc-Roussillon est en bonne voie a indiqué l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). La commission exécutive de l'ARH a voté en faveur de la signature de la grande majorité des CPOM, soit 162 sur un total de 165 établissements. La signature des CPOM marque le début d'une nouvelle phase qui se caractérisera par la "réactivation" des conférences de territoire pour "accompagner" la mise en œuvre de ces contrats, explique Alain Corvez. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (Oqos) sont en effet "d'abord des objectifs de territoire" et constituent un "enjeu d'animation territoriale et de travail en complémentarité".

Assurance Maladie

Le ministre de la santé a annoncé fin mars que le déficit du régime général de l'Assurance Maladie avait atteint 5,9 milliards d'€ en 2006, soit 200 millions de moins que les 6,1 milliards d'€ prévus dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2007. Au total, les comptes du régime général font apparaître un déficit de 8,7 milliards d'€, alors que la LFSS pour 2007 prévoyait un déficit de 9,7 milliards d'€. "L'année 2006 marque une accélération du retour vers l'équilibre des comptes sociaux", a indiqué le ministère. Sur trois exercices, "la branche maladie apporte la contribution la plus importante à l'amélioration de la situation financière", avec un déficit passant de 11,6 milliards en 2004, à 8 milliards en 2005 et 5,9 milliards en 2006.

Accréditation

La Haute autorité de santé (HAS) a mis en ligne la charte d'engagement devant être signée entre un médecin ou des médecins d'une équipe médicale et l'établissement dans lequel ils exercent, dans le cadre de l'accréditation. "La charte, engagement mutuel, définit les règles de fonctionnement, de partage de l'information et de confidentialité nécessaires à la mise en œuvre de l'accréditation des médecins", explique la HAS. Le document doit être signé par le médecin, le représentant légal de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement (CME). Document disponible sur le site www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_476163

L'EPP pour améliorer la gestion des risques (suite)

Ces travaux ont permis de montrer qu'un dispositif de réduction des risques liés aux pratiques médicales pouvait être mis en œuvre sur le plan national. Pour les médecins, l'accréditation est une démarche volontaire, valable pour une durée de 4 ans. Elle s'inscrit alors dans un dispositif global de qualité des soins et d'amélioration des pratiques. Elle intègre en particulier les démarches, obligatoires celles-là, d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Cette EPP consiste à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles. Cette démarche est inspirée d'une démarche anglo-saxonne et se traduit par un double engagement des médecins : celui de fonder tout d'abord leur exercice clinique sur des recommandations, avant de mesurer et d'analyser dans un second temps leurs pratiques en référence à celles-ci.

Les modalités de mise en œuvre de l'EPP par les médecins ou les équipes médicales peuvent être nombreuses et diversifiées. Elles ne se limitent pas à des méthodes fondées sur la mesure a posteriori des écarts entre la pratique et un référentiel (audit). Elles peuvent inclure des approches qui permettent de mieux contrôler les processus de soins en plaçant l'évaluation au sein de la pratique quotidienne (chemin clinique, arbre de décision, revue de mortalité...) sans omettre les formes émergentes de pratique médicale évaluée dans les réseaux de soins, les maisons médicales ou même les dispositifs qui pourraient résulter de la négociation conventionnelle comme les contrats de bonne pratique.

Si tout le monde s'accorde à reconnaître l'intérêt d'une telle démarche, certains, comme le Dr Henri Anceau, président de la CME de la clinique St Michel à Prades (Pyrénées-Orientales) dénonce « le côté étatique de cette initiative, en opposition avec la pratique libérale de la médecine, la perte importante de temps médical, en raison des nombreuses réunions que cela impose, ainsi que la notion de défiance introduite avec cette EPP ». S'il admet volontiers « la bonne intention des pouvoirs publics » en imposant cette démarche, le Dr Anceau estime que « la recherche et les progrès techniques durant les 20 dernières années, à une époque où l'EPP n'existait pas, ont tout autant fait avancer la médecine et amélioré la pratique ». Un exemple parmi tant d'autres selon lui : la coelochirurgie. « La modification des médicaments pour l'anesthésie et l'utilisation des salles de réveil, explique-t-il, ont permis de diviser par dix la mortalité durant l'anesthésie ».

L'EPP, comment ça marche ?

L'ensemble des professions de santé est appelée à s'engager dans l'EPP et la formation continue. La HAS, au moyen d'organismes agréés, des commissions médicales d'établissement et des Unions régionales des médecins libéraux, place les médecins au cœur du dispositif chargé de conduire et d'animer la politique d'évaluation et d'amélioration des pratiques, organisée selon le mode d'exercice. Pour aider les professionnels à formaliser leur démarche d'Evaluation des Pratiques, la HAS diffuse toutes les informations sur son site www.has-sante.fr.

« L'EPP, un atout indispensable au service du patient »

Interview

Jean-Luc BARON, président de la CME de la clinique Clémentville à Montpellier, Secrétaire général de la Conférence nationale des présidents de CME

Quels sont les arguments qui ont prévalu lors de l'instauration de l'EPP ?

C'est à la fois la volonté d'améliorer la qualité des soins et l'argument médico-économique qui sont à l'origine de la mise en place de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles par les tutelles. En améliorant la qualité des soins, on réduit automatiquement les coûts. Cet argent ainsi économisé peut servir à autre chose, le patient restant bien entendu au centre des préoccupations des médecins.

L'EPP a donc pour but d'inciter les médecins à réfléchir sur l'exercice de leur profession ?

L'objectif initial est en effet de nous permettre, à nous médecins, de nous poser quelques instants afin de réfléchir, regarder, analyser l'exercice de notre profession. Certes, nous sommes tous bien formés et continuons à l'être en permanence, mais il était important à mes yeux d'avoir une telle démarche. Et je considère qu'aujourd'hui, l'EPP est devenu un atout indispensable au service du patient. La seule chose que l'on peut regretter, c'est le côté obligatoire de la démarche, alors qu'elle se faisait sur la base du volontariat à ses débuts en 1999.

Quoiqu'il en soit, les médecins conservent la haute main sur l'application de l'EPP.

Il était effectivement très important que les médecins en gardent la maîtrise. L'EPP ne devait en aucun cas échapper à la profession. Les textes ont été confiés aux CME, en collaboration avec les URML qui enregistrent et valident les travaux.

Qu'elles ont les modalités d'entrée dans cette démarche ?

Il existe trois modes différents. Si la spécialité du médecin est la spécialité dominante de la clinique, il sera intéressant pour lui de faire son EPP dans le cadre de la certification. Viennent ensuite les spécialités à risques (obstétrique, chirurgie...). Pour celles-là, la voie choisie est l'accréditation. Cette méthode de gestion des risques est basée sur la déclaration d'incidents ou de « presque incidents » à un organisme agréé sous couvert d'anonymat avec, en contrepartie de cette entrée dans le processus une prise en charge partielle de l'assurance en responsabilité civile. Enfin, les praticiens qui exercent une activité isolée peuvent se tourner vers un organisme agréé ou bien se regrouper entre professionnels et passer par les Unions régionales des médecins libéraux (URML).

Questions aux candidats

La FHP a envoyé un questionnaire aux candidats à la présidentielle pour les interpeller sur l'avenir de l'hospitalisation privée et publique. Le document comportait neuf questions portant non seulement sur les cliniques mais aussi sur le système hospitalier. Elle leur demande notamment d'"ouvrir un vrai débat sur la nécessaire réforme du système hospitalier". La FHP souhaite connaître l'opinion des candidats sur le fait que les "gouvernements successifs ont reconnu la place de l'hospitalisation privée dans le paysage hospitalier français" mais que leurs décisions "en matière de financement ou d'organisation de l'offre de soins semblent de fait viser à protéger l'hospitalisation publique".

Pénurie de médecins

Le syndicat MG-France a récemment présenté dans un document intitulé « Serez-vous encore soignés demain ? », 12 propositions pour interpeller les candidats à l'élection présidentielle sur la question de la pénurie de médecins généralistes. Alors que "les jeunes ne choisissent plus la médecine générale", et compte tenu des 2000 départs à la retraite par an, le président de MG France a estimé qu'il n'y aurait plus que 31000 généralistes en 2025, contre 55000 actuellement. Pour inverser cette tendance, le syndicat a formulé 6 propositions en valorisant notamment "la médecine générale auprès des étudiants dès le 2ème cycle avant le choix de leur carrière" et de donner "des moyens pour la filière universitaire de médecine générale".

Chirurgie

L'application stricte des seuils minimaux d'activité en chirurgie oncologique risquerait d'avoir des effets contraires aux objectifs recherchés, d'après plusieurs exemples cités par le président du réseau de Languedoc-Roussillon, le Pr Philippe Rouanet à l'occasion d'une journée de réflexion pluridisciplinaire organisée fin mars pour faire notamment un point sur les nouveautés organisationnelles en cancérologie. Il en ressort que pour la chirurgie du cancer du sein, 63% des établissements de LR ont une activité inférieure au seuil minimal (30 par an) et réalisent 11% de l'activité. Pour le digestif, un tiers des établissements sont en-dessous du seuil (30 interventions par an) et réalisent 6% de l'activité.

« 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. A quoi sert 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 OQS 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 vieillissant 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. Après 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 pouvoir jamais 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

Neuf équipes chirurgicales ORL européennes, dont une à la clinique Causse de Béziers et une autre au Centre hospitalier universitaire de Montpellier, ont réalisé le 23 mai dernier quinze interventions, selon des techniques différentes, pour traiter des pathologies de l'oreille. Ces opérations ont été retransmises en direct et simultanément dans quatre continents et ce pour la première fois grâce au système de visioconférence. Ceci a pu être possible grâce 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 Barcelone, 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,

« Amalgame »

La Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et le Syndicat des médecins libéraux (SML) ont vivement réagi à une enquête sur l'accès aux soins publiés en mars, en dénonçant un « amalgame » entre les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels et les « dessous de table » dont se plaignent certains patients. Selon cette enquête Ipsos menée pour le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), 8% des personnes interrogées déclarent avoir reçu des demandes de « dessous de tables » de la part de médecins au cours des 3 dernières années et deux sur cinq ont été confrontées à un dépassement d'honoraires.

Lettre SYNERGIES

Directeur de la publication
Lamine GHARBI

Responsable de la rédaction
Dominique TREZEGUET

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

Conception et réalisation :
SYMAPS

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

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 français 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 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. Victimes 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 que les originaux ».

Maison de l'Hospitalisation Privée ● 55 avenue Clément Ader ● 34174 Castelnau-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 (Castelnau-le-Lez et Perpignan)
CFA : Centre de Formation des Apprentis ● FCS : Formation Conseil Santé