



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE

L'orthopédie, un choix[☆]

Orthopedic surgery: A choice

P. Jouffroy

Fondation hôpital Saint-Joseph, hôpital Saint-Joseph, 75014 Paris, France

Reçu le 19 mai 2021 ; accepté le 26 mai 2021

Disponible sur Internet le 6 juillet 2021

MOTS CLÉS

Orthopédie ;
Choix ;
Femme ;
Cotyle ;
Transmission ;
Chef de service

Résumé L'orthopédie n'est pas a priori une discipline attrayante pour une femme. Liée à la cancérologie, la rhumatologie, la pédiatrie et l'infectiologie ainsi que de très près à la radiologie, son histoire française est due à trois écoles parallèles, compétitrices et créatives. Le dynamisme de l'école Judet peut contaminer une femme pour son goût de l'innovation : la chirurgie du cotyle et du bassin représente une véritable aventure tant chirurgicale que radiologique en raison des progrès considérables de l'imagerie. Devenir chef de service est un autre choix, inspiré par les modèles que sont les patrons, pour mener de front l'enseignement, la transmission et la responsabilité.

© 2021 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de l'Académie nationale de médecine.

KEYWORDS

Orthopedic surgery;
Choice;
Woman;
Acetabulum;
Teaching;
Head of department

Summary At first glance, orthopedic surgery is not an attractive specialty for a woman. Linked to oncology, rheumatology, pediatrics and infectious diseases, and very closely associated with radiology. Its French history originates from three parallel, creative and competitive schools. The energy of Judet's school was very appealing for a woman with her taste for innovation: pelvic and acetabular surgery was a real adventure both surgical and radiological with the considerable progress of imaging. To become department head is another choice, inspired to me by my mentors who taught me responsibility, management and teaching at the same time. © 2021 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of l'Académie nationale de médecine.

La vie est faite de chemins qui s'offrent à vous, et de bifurcations dans lesquelles on prend la voie de droite ou celle de gauche, rarement en toute connaissance, parfois au pif,

et souvent après une réflexion plus ou moins bien menée, plus ou moins bien guidée.

L'orthopédie possible quand on a réussi le concours de l'internat des hôpitaux de Paris, et qu'on décide de se consacrer à la chirurgie est une forme de choix ouvert. La discipline n'a pas bonne réputation, les orthopédistes sont vus comme des brutes, aux grosses paluches, ne sont pas réputés pour leur intelligence. Après tout, mettre deux

[☆] Séance du 15 juin 2021.

Adresse e-mail : jouffroy@ghpsj.fr

bouts d'os en face l'un de l'autre ne doit pas demander beaucoup d'effort intellectuel. Ce sont plutôt les parents pauvres, pas comme les chirurgiens cardiaques qui sauvent des vies. On ne court pas après l'orthopédie, les externes y sont martyrisés à tenir des jambes, quant aux femmes, fort peu s'y frottent, les ciseaux et les marteaux les font fuir, la spécialité reste un bastion masculin.

Choisir l'orthopédie est une toute autre histoire, que les hasards des rencontres peuvent éclairer. Il existe en orthopédie des relations fortes avec la médecine.

La cancérologie avec les tumeurs primitives et les métastases, la rhumatologie et ses maladies inflammatoires destructrices d'articulations, la pédiatrie où soigner les enfants ressemble à un devoir.

Mais surtout, plaie de l'orthopédiste, l'infection. Au point que les secteurs septiques de nos services sont souvent exilés au plus loin, changement d'étage à Bichat, changement de bâtiment à Saint Louis, changement d'hôpital à Lyon. Et pourtant quelles pathologies attrayantes, et pour les deux parties. Depuis que notre ami le staphylocoque sensible à la pénicilline a pris ses cliques et ses claques pour nous laisser ses copains les SARM et autres BLSE quelle bataille ! Chirurgicale pour évincer la plus grosse part de l'inoculum et médicale pour adapter la sensibilité, les dosages et les durées des traitements antibiotiques chez des patients souvent fragiles.

Et enfin la radiologie dont les liens intimes avec l'orthopédie et le potentiel d'évolution représente un fantastique intérêt.

Voilà comment l'orthopédie peut malgré tous ses défauts prétendus, parvenir à séduire une femme, fut-elle la première interne de tous ses patrons.

Ensuite il faut que les orthopédistes eux-mêmes mettent de leur pour la passionner, ce qui n'est pas une évidence.

Le génie de l'orthopédie française vient du fait que dès sa naissance, trois écoles bien différentes se sont d'emblée affrontées, chaque école défendant son opinion, chaque école décrétant que les autres avaient tort, chaque école expérimentant les solutions que les autres n'avaient pas tentées. Nous étions loin du consensus, plutôt dans une guerre froide, avec une ignorance crasse de la lucidité probable du voisin. Cette division a permis de tout essayer.

Première école : Cochin, ou Merle d'Aubigné [1,2], l'école des rigoureux, des sérieux, des sages, parfois un peu trop austère.

Deuxième école : les Strasbourgeois, Arsène Grosse et Ivan Kempf [3], les inventeurs du clou verrouillé rejoints par Gilbert Taglang [4], un truc génial pour réparer les fractures des os longs et les fameuses fractures pertrochantériennes si longtemps mal ostéosynthésées avec du matériel inadéquat qui venait des deux autres écoles. Un peu loin de Paris.

Troisième école : l'école Judet. Celle de 4 idées par semaine dont au moins une de bonne, le problème étant de savoir ce qu'on allait faire des trois autres. Robert Judet [5,6], ce génie initiateur de tant de techniques, de la prothèse de hanche au vissage pédiculaire en passant par les fractures du cotyle et celle du calcaneum. Tout intéressait cet ébéniste de talent qui a laissé les meilleurs instruments de son atelier dans les si nombreuses boîtes nécessaires à cette chirurgie.

Un enthousiasme d'école peut embarquer à son bord, une femme avide d'aventures surtout si les continuateurs sont

des personnalités exceptionnelles. Raymond Roy Camille [7], Emile Letournel [8], Thierry Judet [9], Patrick Mamoudy [10], Philippe Léonard [11], Jean-Claude Brunet [12]... Ils ont chacun attrapé du maître les tics de langage et l'utilisation des instruments.

Le premier visse tous les pédicules de toutes les vertèbres [13], le second tourne autour du bassin avec ses clichés de trois quarts et plonge dedans pour réparer l'irréparable [14], le fils de l'incontournable père invente la prothèse de cheville [9], ceux-là se consacrent âprement à l'infection ostéo-articulaire [10,11], et le dernier enseigne et transmet la voie antérieure de hanche qui reste longtemps une *private joke* parisienne jusqu'à ce qu'on s'aperçoive que c'est la seule voie d'abord anatomique et qu'elle permet de garder les patients une nuit là où on les hospitalisait 15 jours.

Cette spécialité qui s'adresse à tous, les femmes et les hommes, les enfants et les adultes, les vieux les jeunes, les pauvres les riches, les grands et les petits offre un panorama permanent de la société française dans toute sa variété. Comment ne pas s'intéresser à toutes ces vies, à leurs écarts accidentels ou naturels, comment ne pas vouloir les réparer, fut-ce au prix de gardes bien remplies, de nuits blanches et de semaines de 12 jours.

L'orthopédie pour la vie, c'est aussi le choix d'une discipline qui bouge, qui avance, n'a raté aucun progrès. Ni l'arthroscopie ni l'interventionnel. On développe, on se spécialise parfois à l'excès jusqu'à devenir l'homme ou la femme de la main droite. Mais on peut choisir la diversité. Et le progrès : faire de la chirurgie du bassin et du cotyle sous contrôle d'acquisition tridimensionnelle et de navigation infra rouge et prouver par des études qu'on opère mieux les patients dans ces conditions, que les résultats sont meilleurs à court et à long terme [15]. Profiter des avancées inimaginables de l'imagerie et des ordinateurs qui nous permettent de jouer avec pour révolutionner les lectures des fracas les plus difficiles, se transporter dans le 3D au fur et à mesure qu'il apparaît quand on a eu la chance de faire une thèse sur les premiers scanners dans les fractures du cotyle on se doit de rester toujours à l'affût des nouvelles technologies de la radiologie [16].

Dans l'orthopédie l'aventure pouvait ressembler à la chirurgie du cotyle. Parce qu'Emile Letournel ne s'occupait pas uniquement d'infections ostéo-articulaires. Il connaissait la musique et ne laissait en place que les tissus vivants, ne rechignait jamais sur le dernier coup de curette que lui proposait son instrumentiste au bout de trois heures de chirurgie, il faut, disait-il, que les aides en aient assez de la curette et du lavage. Il pratiquait aussi cette extraordinaire chirurgie du bassin et du cotyle, avec une intelligence magnifique, très particulière, très spécifique, un cerveau 3D alors qu'il n'avait que des documents plans. Une capacité unique à voir dans l'espace que la chirurgie acharnée l'avait aidé à peaufiner et une rigueur de chaque instant pour reconstruire l'anatomie qui lui était si chère.

Pas très communicant en revanche, taiseux, mais d'autres, dans d'autres disciplines, Iradj Gandjback [17] en particulier avaient alimenté tous les principes de la chirurgie : anticipe, sois toujours quatre gestes en avance sur le geste que tu exécutes qui est terminé dans ta tête, ça demande pas d'être adroit la chirurgie ce qu'on te demande c'est de faire bien un geste que tu répètes 250 fois, avance, avance, si tu ne canules pas l'aorte je vais canuler les caves

en même temps que toi : le son et l'image... Si bien que quand on a que l'image Letournel on reconnaît la manière qui est la même dans l'anticipation, le cerveau qui fait obéir la main, et parfois, quand la main va trop vite, qu'il faut reprendre un peu d'avance, on change de gants.

Voilà comment l'intelligence d'un homme peut embarquer une femme dans une vie chirurgicale à laquelle elle n'était a priori pas promise. Tant qu'à faire de la chirurgie autant que ce soit difficile, que pas grand monde ne comprenne, que peu nombreux sachent faire, et tant pis si ça prend des années, si la *learning curve* c'est 50 malades et qu'il n'en vient que 10 à 12 par an, et qu'il faudra toute une vie de chirurgien pour qu'on vous en envoie de toute la France. Quand on a trente ans et qu'on s'attaque à ça on se demande comment il se fait que tout le monde ne soit pas au courant. Mais voilà la chirurgie ce n'est pas la star académie, il faut trente ans pour voir la reconnaissance arriver.

Le féminisme n'a rien à voir avec la chirurgie, personne ne doute de la capacité des femmes à faire ce job, elles l'ont prouvé. C'est un combat universel, qui lutte contre les inégalités insupportables qui touchent les femmes partout dans le monde, et dans le milieu chirurgical. Choisir quand on est une femme d'être chirurgien, c'est accepter d'être un emblème pour les autres femmes. C'est savoir entendre de curieuses paroles et ne pas s'y arrêter, continuer malgré les mesquineries et les grossièretés, qui sont un pain quotidien.

Un patient qui vous hèle dans un couloir : madame ? vous êtes secrétaire ? une autre qui coupe le téléphone quand vous entrez dans sa chambre : je raccroche voilà l'infirmière. Les copains de sous-colle qui vous promettaient une place à l'accueil dans leur future clinique. Un collègue qui se lave les mains à côté de vous et se demande à haute voix ce qu'une femme peut bien faire dans ce métier, un chef de clinique qui vous avertit lors de votre première garde où vous n'en menez pas large qu'il préfère les femmes avec lesquelles il se couche que celles avec lesquelles il se réveille et que vous réveillez pour une malheureuse qui s'est avortée toute seule et se vide de son sang. Un patron qui vous dit que si vous voulez être chirurgien vous ne serez pas une femme accomplie. Un interne qui vous propose de donner votre utérus à la science en vous voyant arriver deux jours après votre accouchement pour saluer vos patients le jour de Noël. Un chef de clinique qui vous demande lors d'un prélèvement de cœur si par hasard vous ne voudriez pas vous faire sauter sans savoir ni qui vous êtes ni de qui vous êtes l'épouse parce que c'est surtout ça dont il a honte encore trente ans après.

Choisir quand on est une femme d'être orthopédiste c'est choisir d'être la seule femme parmi les chirurgiens pendant longtemps, puis enfin de partager avec des plus jeunes, rares encore et enfin de voir arriver régulièrement des internes filles se mêler aux garçons et assumer leurs tâches avec souvent une rigueur accentuée. Et trouver que c'est un profit d'être 4 femmes dans un service d'orthopédie : la chef de service, une chef de clinique et deux internes. 23 % ! Victoire par rapport aux 6 % nationaux.

Rien de tout cela n'empêche de vouloir diriger les affaires. Chef de service : un autre choix. Existents des modèles et des anti-modèles, les deux sont formateurs. Celui-là est méchant, agonise son personnel, ses internes,

terrorise tout le monde, il faut éviter les mines anti-personnelles à chaque pas, défendre son pré carré. N'imiter jamais, en rien.

Christian Cabrol [18] en revanche, célèbre pour ses colères et ses engueulades avec sa femme, adoré par son personnel qui se mettait en quatre pour lui, premier arrivé, dernier parti, et au fond d'une gentillesse et d'une attention inespérées, on peut assumer l'autorité et la tendresse à la fois, ce n'est pas interdit. La chirurgie c'est difficile hurlait-il, les malades c'est fragile ! Répète, les malades c'est fragile ! On t'a pas demandé d'être brillante ! On t'a demandé d'être besogneuse, t'a compris ? Besogneuse !

Raymond Roy Camille avec son grand parapluie ouvert au-dessus de tous ses élèves, du moment qu'on était chez lui on savait tout faire, on bénéficiait de sa confiance illimitée. Il pouvait même décider qu'une femme allait dorénavant faire la chirurgie du cotyle dans son service !

Emile Letournel pour reparler de lui, tenant tout dans sa main ne déléguant rien, pas même l'affûtage des broches de Steinmann. Imiter le chirurgien, pas le chef.

Marcel Bombart [19] maniaque du staff du matin, vérifiant tous les dossiers un par un, au-dessus de ses lunettes en demi-lune, la visite du service faite tous les jours par un senior : l'ordre préserve les choses, conserve la mémoire et économise le temps...

Hervé Olivier [20] enfin, modèle de droiture et d'honnêteté, chaleureux cependant malgré sa raideur.

Modèles et anti-modèles, observer tous les jours, tous ces hommes et se préparer à être chef de service à sa manière, en y mettant une énergie farouche car l'accession à la responsabilité n'est jamais conquise, il faut tous les jours prouver qu'on en est digne.

Associer toutes ces données dans le disque dur pour devenir une cheffe de service, exemplaire, enseignante, afin de distribuer à tous à toutes ce qui a été reçu, y compris à des jeunes femmes à qui il faut donner l'envie et le besoin de faire, la confiance en soi. Les chefs de clinique, les internes, les externes, et tous les enfants des classes de troisième qui veulent faire des stages à l'hôpital, les amies des enfants, les petits enfants, tout ce monde en devenir à qui il faut dire à quel point la chirurgie est un beau métier.

Décider sciemment de ne pas laisser la terre brûlée quand on s'en va, former des jeunes plus brillants que soi, pour transmettre la chefferie, donner le relai avant de ralentir puis d'arrêter de faire cette profession hors du commun qui convient parfaitement à une femme, mère de famille, présidente de CME pendant l'épidémie de Covid, multi-tâches comme toutes les femmes, exigeante et jamais persuadée que la réussite lui soit due.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Biau DJ, Brand RA. Robert Merle d'Aubigné, 1900–1989. *Clin Orthop Relat Res* 2009;467:2–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s11999-008-0571-2>.

- [2] Merle D'Aubigné R. Surgical treatment of non-union of long bones. *J Bone Joint Surg Am* 1949;31A:256–66.
- [3] Kempf I, Grosse A, Beck G. Closed locked intramedullary nailing. Its application to comminuted fractures of the femur. *J Bone Joint Surg Am* 1985;67:709–20.
- [4] Kempf I, Grosse A, Taglang G, Favreul E. Le clou gamma dans le traitement à foyer fermé des fractures trochantériennes. Résultats et indications à propos d'une série de 121 cas. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1993;79:29–40.
- [5] Lagrange J. Robert Judet (1909–1980). *Int Orthop* 1982;6:69–70, <http://dx.doi.org/10.1007/BF00267818>.
- [6] Judet R, Siguier M, Brumpt B, Judet T. La prothèse sans ciment porométal de Robert Judet. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1978;64(Suppl 2):14–21.
- [7] Roy-Camille R, Saillant G, Gagna G, Mazel C. Transverse fracture of the upper sacrum. Suicidal jumper's fracture. *Spine (Phila Pa 1976)* 1985;10:838–45, <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-198511000-00011>.
- [8] Judet R, Letournel E. *Les fractures du cotyles*. Paris: Masson; 1974.
- [9] Bonnin M, Gaudot F, Laurent J-R, et al. The Salto Total Ankle Arthroplasty: Survivorship and Analysis of Failures at 7 to 11 years. *Clin Orthop Relat Res* 2011;469:225–36, <http://dx.doi.org/10.1007/s11999-010-1453-y>.
- [10] Zeller V, Lhotellier L, Marmor S, et al. One-Stage Exchange Arthroplasty for Chronic Periprosthetic Hip Infection: Results of a Large Prospective Cohort Study. *J Bone Jt Surg* 2014;96:e1, <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.L.01451>.
- [11] Zeller V, Ghorbani A, Strady C, et al. Propionibacterium acnes: an agent of prosthetic joint infection and colonization. *J Infect* 2007;55:119–24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2007.02.006>.
- [12] Lagrange J, Letournel E, Brunet JC, Benazet JP. [Total knee arthroplasty using the "L.L." rotatory prosthesis (author's transl)]. *Chirurgie* 1981;107:205–10.
- [13] Roy-Camille R, Benazet JP, Desauge JP, Kuntz F. Lumbosacral fusion with pedicular screw plating instrumentation. A 10-year follow-up. *Acta Orthop Scand Suppl* 1993;251:100–4, <http://dx.doi.org/10.3109/17453679309160135>.
- [14] Letournel E. Acetabulum fractures: classification and management. *Clin Orthop Relat Res* 1980;151:81–106.
- [15] Rizkallah M, Sebaaly A, Melhem E, et al. Clinical impact of intraoperative cone beam tomography and navigation for displaced acetabular fractures: a comparative study at medium-term follow-up. *Int Orthop* 2021;45:1837–44, <http://dx.doi.org/10.1007/s00264-021-05076-4>.
- [16] Riouallon G, Sebaaly A, Upex P, et al. A New, Easy, Fast, and Reliable Method to Correctly Classify Acetabular Fractures According to the Letournel System. *JB JS open access* 2018;3:e0032, <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.OA.17.00032>.
- [17] Mohammadi S, Bonnet N, Leprince P, et al. Reoperation for false aneurysm of the ascending aorta after its prosthetic replacement: surgical strategy. *Ann Thorac Surg* 2005;79:147–52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsur.2004.06.032> [discussion 152].
- [18] Cabrol C. Problèmes éthiques et sociaux posés par la greffe d'organes. *Bull Acad Natl Med* 1992;176:1097–107 [discussion 1107-10].
- [19] Bombart M. Fractures de la jambe : diagnostic et principes du traitement. *Rev Prat* 1989;39:2718–24.
- [20] Olivier H, Augereau B, Duparc J. [Knee arthroplasty using the Freeman-Swanson total prosthesis]. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1978;64(Suppl 2):121–4.