



**Infections nosocomiales, responsabilité du praticien  
et information du patient :**

**Le risque médical  
*en chirurgie orthopédique :***

***Le cas des infections du site opératoire***

## **DOSSIER DE PRESSE**

Janvier 2007

---

**Contact Presse : BV CONSEIL Santé**

Bernard Vallet - Laurent Mignon - Olivier Bordy

Tél : 01 42 68 83 40 – Fax : 01 42 68 10 55 - e-mail : [bvconseil@bvconseil.com](mailto:bvconseil@bvconseil.com)

## SOMMAIRE

---

### **1 - Médecin-patient, un dialogue possible**

---

**Par le Docteur Philippe Beaufile**

Membre de la SOFCOT

*Hôpital de Versailles*

### **2 - Le risque médical en chirurgie orthopédique**

---

**Par les Docteurs Emmanuel de Thomasson\* et Christian Delaunay\*\***

Membres de la SOFCOT

*\*Institut Mutualiste Montsouris (75) \*\*Clinique de l'Yvette (91)*

### **3 - Le paradoxe de l'augmentation des plaintes et ses conséquences possibles sur la qualité des soins**

---

**le Docteur Christian Delaunay**

Membre de la SOFCOT

*Clinique de l'Yvette (91)*

### **4 - Préparer l'avenir ...**

---

**le Professeur Jacques-Yves Nordin**

Ancien Président de la SOFCOT

*Hôpital de Bicêtre*

## Infections nosocomiales, responsabilité du praticien et information du patient :

### Le risque médical en chirurgie orthopédique

**La chirurgie orthopédique est, après l'ophtalmologie, la chirurgie la moins pourvoyeuse d'infections nosocomiales. Paradoxe, c'est aussi la spécialité la plus souvent poursuivie devant les tribunaux. Une des conséquences de cette situation est la désaffection des étudiants en médecine pour cette pratique. Si la situation perdure, le nombre de chirurgiens compétents et aptes à opérer pourrait diminuer drastiquement, tandis que les besoins de la population, plus active et/ou vieillissante, seront toujours plus nombreux.**

#### *Chiffres clefs*

- En 2001, 2 062 chirurgiens orthopédistes qualifiés Français ont réalisé 1,23 millions d'interventions (Enquête Cemka-SoFCOT, 2004). Ainsi, tous les 10 ans, 20% de la population française est opérée par un chirurgien orthopédiste.

- L'enquête nationale de prévalence (ENP) 2006 des infections nosocomiales (IN) qui vient d'être communiquée par l'INVS a recensé une prévalence de 5,4% d'IN dans la population des patients hospitalisés en France à un jour donné, parmi lesquelles 14% étaient des infections d'un site opératoire (ISO), toutes spécialités chirurgicales confondues.

- Simultanément, la surveillance nationale menée par le Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN-période 1999-2004) indiquait que la chirurgie orthopédique et traumatologique était l'étalon de référence, avec un taux global d'Infection du Site Opératoire (ISO) de 0,9%, le plus bas de toutes les disciplines chirurgicales invasives répertoriées (ophtalmologie exclue)

- Malgré cela, et paradoxalement, chaque année un orthopédiste français a 30% de risque d'être l'objet d'une plainte, dont la majorité pour infection nosocomiale. Ce qui signifie que la carrière d'un chirurgien orthopédiste libéral serait émaillée en moyenne de 13 à 22 plaintes !

## Médecin-patient, un dialogue possible

**Docteur Philippe Beaufiles**

Président du 80<sup>ème</sup> congrès de la SOFCOT  
Hôpital de Versailles

Un véritable séisme...Au tournant des années 90, l'affaire du sang contaminé, premier drame dans lequel des médecins étaient montrés du doigt et accusés d'avoir été les vecteurs d'une maladie mortelle a ébranlé durablement la relation de confiance entre le corps médical et la population. Dans les années qui ont suivi, un établissement a été mis en cause suite à la contamination de patients par le xenopi lors d'interventions sur le rachis. Si cette affaire n'a pas entraîné de décès, elle a mis en évidence des pratiques inappropriées dans la chaîne de stérilisation.

Elle a par ailleurs conduit à la création de la première association de victimes d'infection nosocomiale, le LIEN, (Lutte, Information, Etudes des maladies Nosocomiales) dont l'objectif est la défense des droits des patients. Ces événements ont eu pour effet positif, une meilleure connaissance de l'hygiène et la mise au point de protocoles précis pour une prise en charge adaptée des patients infectés, mais ils ont également eu comme effet pervers une focalisation parfois abusive et irrationnelle sur les infections nosocomiales : le chiffre de 800 000 contaminations annuelles circule volontiers sur le Net ou dans les media, ce qui ne manque pas de renforcer la suspicion des patients vis-à-vis du corps médical.

De son côté, la société dans son ensemble évolue vers un monde de l'image et du spectacle. La mise en scène de l'émotion est souvent plus importante que les faits.

Cette même société est de plus en plus intolérante au moindre désagrément. Elle refuse la part de fatalité inhérente à toute vie. Tout malheur se doit d'avoir une cause, un responsable, voire un coupable. Si on est encore loin d'une judiciarisation des relations sociales « à l'américaine », la multiplication des procès pour des motifs pour le moins étonnants, (procès contre la météorologie nationale pour n'avoir pas su prévoir un orage !) suggère une transformation en profondeur du contrat social.

### *Eviter les incompréhensions*

- Enfin le développement d'Internet est lui aussi à double tranchant. D'un côté, il permet d'aider les patients à mieux connaître les pathologies dont ils souffrent. De l'autre, le meilleur comme le pire se côtoient sur la toile. Et surtout cette pléthore d'informations (souvent contradictoires) entraîne parfois des incompréhensions majeures de la part des patients ; incompréhensions qui sont sources d'attentes magiques ou au contraire de peurs injustifiées. Le colloque singulier entre le médecin et le patient, moment essentiel de la relation entre un malade et son thérapeute est alors dévalué face à cette masse d'informations supposées « objectives ».

La chirurgie orthopédique est l'exemple le plus parlant de cette dégradation de la relation patient-médecin puisque la spécialité est à la fois la plus « attaquée » et également une des plus en pointe dans la lutte contre les infections nosocomiales. La « sinistralité » (nombre de dossiers ouverts auprès des assurances suite à la plainte d'un patient) est en augmentation constante. Une situation d'autant plus étonnante que malgré un accroissement du nombre d'interventions pratiquées (environ 1,3 millions par an), avec un élargissement des indications d'interventions à des patients à risque (4<sup>ème</sup> âge), le nombre d'accidents lui, est en diminution.

# Les risques en chirurgie orthopédique

## Docteur Emmanuel de Thomasson

Membre de la SOFCOT

Institut Mutualiste Montsouris (75)

## Docteur Christian Delaunay

Membre de la SOFCOT

Clinique de l'Yvette (91)

Les risques en chirurgie orthopédique et traumatologique sont multiples (anesthésie, accidents thromboemboliques...), **mais la raison principale des poursuites est représentée par les infections nosocomiales. Ainsi à l'Assistance Publique (AP-HP), ces dernières comptent pour la moitié des ouvertures de dossier.** Est-ce pour autant un risque majeur dans cette discipline ? Loin s'en faut. Une étude menée au Royaume Uni en 2002 sur 7.150 patients opérés pour une prothèse totale de hanche montre **que 13% de ces interventions sont responsables de réhospitalisation dans l'année suivante pour cause de complications.** Sur ce total, les **infections nosocomiales ne comptent que pour 0,8 % contre 4% environ pour des luxations, 5 % pour des phlébites ou des embolies.**

### Fréquence des infections nosocomiales (toutes spécialités confondues)

<b>fracture peropératoire :</b>	1,00 %
<b>Lésions nerveuses :</b>	0,10 %
<b>Descellement et reprise dans l'année :</b>	0,40 %
<b>Luxations :</b>	3,90 %
<b>Mortalité dans les 3 mois (hors complications infectieuses) :</b>	0,69 %
<b>Infection justifiant reprise :</b>	0,80 %
<b>Phlébites :</b>	4,00 %
<b>Embolie pulmonaire :</b>	0,80 %
<b>Réadmission à l'hôpital :</b>	13,1 %

*J Arthroplasty 2002 – 1.200 patients randomisés à partir de 7.151 patients suivis à 1 an*

De même, comparées à d'autres spécialités, la chirurgie orthopédique et traumatologique est une des moins pourvoyeuses d'infections du site opératoire (ISO). **La toute dernière étude 2006 du Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN) à l'échelon du territoire national conclue qu'elle est responsable d'un taux d'ISO de 0,9%, contre 3,1% en chirurgie digestive et jusqu'à 7,4% en chirurgie de transplantation.**

### Fréquence des infections du site opératoire selon la spécialité (par ordre croissant)

Spécialité chirurgicale	Fréquence des ISO (Base nationale 1999 – 2004)
Chirurgie ophtalmologique	0,3%
<u>Chirurgie orthopédique et traumatologique</u>	<b><u>0,9%</u></b>
Neuro-chirurgie	1,4%
Chirurgie cardio-vasculaire	1,7%
Chirurgie urologique	2,8%
Chirurgie digestive	3,1%
Polytraumatologie	7,2%
Transplantation d'organe	7,4%

Ces chiffres eux-mêmes sont extrêmement variables selon le type d'intervention et surtout selon l'état de santé du patient avant son intervention. C'est pourquoi il n'est pas étonnant que la fréquence des infections du site opératoire soit plus élevée chez les polytraumatisés (atteintes polyviscérales, état de choc et pertes sanguines, fractures souvent graves et ouvertes donc d'emblée contaminées, longs séjours en réanimation, etc ...) où chez les patients transplantés qui sont sous des thérapies réduisant leurs défenses immunitaires, les rendant plus sensibles aux agents infectieux.

L'impact de l'état de santé général du patient et du type de chirurgie sur son risque de voir survenir une infection au décours de son intervention chirurgicale est bien mis en évidence par la comparaison des ISO pour la même intervention selon la classe à laquelle appartient le futur opéré dans le système NNIS (National Nosocomial Infection Survey), en 4 stades de 0 (parfait état général, intervention de moins de 2 heures, chirurgie parfaitement aseptique) à 3 (tares viscérales graves compromettant le pronostic vital, interventions longues, chirurgie en milieu déjà infecté).

C'est de ce fait en chirurgie programmée que les taux d'ISO sont les plus bas, du fait de la préparation possible des patients à l'acte opératoire permettant leur éventuelle sélection. Dans l'étude RAISIN-2006, pour les poses de prothèses de hanche par exemple, le risque infectieux est de 1,7% pour le patient sain (NNIS 0) mais il atteint 2,9% chez les patients en état de fragilité (diabétique, insuffisants vasculaires, corticothérapés, etc ...classés NNIS 2 et 3).

### *L'orthopédie, pionnière en matière de lutte contre l'infection...*

L'infection a toujours été une priorité absolue en chirurgie ostéo-articulaire **car l'os se défend mal contre les germes. Des précautions techniques maximales doivent impérativement être prises lors des interventions. Il n'est donc pas étonnant que la chirurgie orthopédique ait souvent été précurseur dans le domaine de l'hygiène :**

- Dès les années 70, à la suite de John Charnley, (1972), des salles aseptiques dédiées à la chirurgie orthopédique, sous « bulle » ou à flux laminaire (air pulsé pour repousser les germes) ont été créées. Les tenues, elles aussi, ont été étudiées pour limiter au maximum le risque infection ; ainsi, **le port de deux paires de gants superposés lors des interventions est une spécificité de la chirurgie orthopédique.** Ce progrès permet de réduire de moitié le risque infectieux (qui passe de 5 à 10% dans les années 60 à 3 à 5% la décennie suivante).
- **A la même époque, l'intégration d'antibiotiques au ciment chirurgical a été mise au point en Allemagne**
- Quelques années plus tard, une véritable révolution a vu le jour : l'antibioprophylaxie péri-opératoire. C'est au sein des équipes de chirurgie cardiaque et de chirurgie orthopédique que cette méthode est née. En France, dès 1977, une enquête épidémiologique a confirmé le bien fondé de l'antibioprophylaxie. (travaux du GETPIA, 1975-1977). Elle a montré que sur une même intervention, le taux d'infections s'élevait à 3,3% sans antibioprophylaxie contre 0,9% avec cette méthode.

### *Une profession sinistrée....*

Ces précautions ont donc permis de diminuer de façon importante les infections nosocomiales. En particulier l'antibioprophylaxie. Peut-on aller plus loin ? En l'espace de 20 ans, le taux d'infections nosocomiales postopératoires en chirurgie orthopédique n'a plus baissé. Compte tenu de l'augmentation des interventions sur des patients fragiles, le risque infectieux est même en discrète augmentation. Quelles que soient les précautions prises par les chirurgiens, il est donc probable que l'on arrive désormais aux limites du possible. Si bien qu'aujourd'hui, **l'essentiel des accidents survient sans faute de la part du chirurgien.** Dans ce contexte, la multiplication des procédures juridiques à l'encontre des

praticiens est alarmante. Elle risque de « sinistrer la profession » et par voie de conséquence, retentir sur le long terme en décourageant les vocations. Une situation qui ne peut qu'être très préjudiciable à l'ensemble de la population.

### ***La faute et l'aléa***

Qui dit plainte, accident, suggère qu'il y a eu une faute de la part du médecin. Dans les faits, les infections nosocomiales comme les **autres risques chirurgicaux surviennent fréquemment sans faute**, c'est à dire malgré le respect de tous les protocoles préconisés. On parle alors **d'aléa thérapeutique**, c'est à dire d'un événement **advenant du fait du hasard** et éventuellement **favorisé par l'état de santé général du patient avant l'opération** (âge, déficiences immunitaires, affections graves associées, obésité, etc ...). **Ainsi, le risque de survenue d'une infection du site opératoire en chirurgie orthopédique et traumatologique se voit multiplié par 9 (de 0,5 à 4%) selon que l'opéré soit classé à risque nul (NNIS=0) ou à risque maximal (NNIS=3).**

## Le paradoxe de l'augmentation des plaintes et ses conséquences possibles sur la qualité des soins

**Docteur Christian Delaunay**  
Membre de la SOFCOT  
Clinique de l'Yvette (91)

Le paradoxe est là : **le risque médical baisse tandis qu'en parallèle, les plaintes augmentent...** Ainsi, entre 1994 et 2004, le nombre de plaintes au sein de l'APHP a été multiplié par 5. L'orthopédie-traumatologie est particulièrement visée puisque 35 % de ces contentieux concernent notre domaine, contre 65 % pour l'ensemble des 20 autres spécialités présentes dans les CHU parisiens ! Même si le nombre de condamnations ne semble guère bouger, cette multiplication des ouvertures de dossier auprès des assureurs est pour le moins alarmante.

Ainsi, hors CHU, les deux principaux assureurs encore présents sur le marché, le GAMM et François BRANCHET, qui couvrent les risques des 2/3 des chirurgiens orthopédistes français (1510 en 2003), ont un taux annuel d'ouvertures de dossier de 30%. C'est-à-dire que pour 100 praticiens affiliés, une trentaine feront l'objet d'une plainte dans l'année, de la part d'un patient. La situation devient quasi intenable pour les chirurgiens orthopédistes du privé, dont le taux de plaintes atteint 43% en moyenne (de 37% à 62%). Ces chiffres prennent tout leur sens lorsqu'on les compare à d'autres disciplines :

- Médecine générale : 2,4 %
- Anesthésistes : 11,6 %
- Chirurgiens (toutes chirurgies confondues hors orthopédie) : 14,3 %...

Plus étonnant encore : au GAMM, les chirurgiens esthétiques ont près de deux fois moins d'affaires (38%) que les orthopédistes libéraux (62%). Aujourd'hui, **un chirurgien orthopédiste libéral peut craindre d'être attaqué de 13 à 22 fois au cours de sa carrière.**

### *Apprendre à informer...*

Pourquoi ? **La faute en incombe sans doute partiellement aux médecins eux-mêmes et à leur discipline. L'information du patient n'a pas été leur fort.** Adeptes du « lève toi et marche » les orthopédistes voient chaque jour de petits miracles s'opérer sous leurs mains. Une situation peu propice à l'autocritique. Les orthopédistes se sont eux-mêmes mis sur un piédestal, laissant entendre à leurs patients que « tout irait bien ». Or aucune chirurgie ne peut réussir à 100 %... et quand un patient n'est pas préparé à l'échec, il admet difficilement la survenue d'une complication.

Par ailleurs, ces praticiens ont sans doute pâti de leurs propres compétences : représentant la chirurgie la plus « propre », la plus consciente des risques d'infection, ils n'ont pas su anticiper le besoin d'information de leurs patients sur les infections nosocomiales. Enfin, les chirurgiens orthopédistes interviennent sur une « **fonction** » et non sur une maladie où le pronostic vital est en jeu. On accepte mieux un accident en cancérologie ou en cardiologie qu'en orthopédie ! Et les séquelles fonctionnelles ne sont pas mortelles mais elles gâchent toute une vie !

Le contexte de notre pratique a également changé. Le regard des patients sur leur médecin et sur leur maladie s'est modifié.. La jurisprudence, puis la Loi n'ont été que la consécration de cette tendance. **Le premier « retournement de situation » a eu lieu avec l'arrêt Hedreul (25 février 1997) qui stipule**

**que c'est désormais au médecin de prouver qu'il a informé son patient des risques encourus** et non plus au patient de prouver que le praticien a commis une faute. Puis est **arrivée la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner, qui officialise la notion d'aléa thérapeutique**. Son avantage : il n'est plus nécessaire qu'un praticien soit condamné pour que son patient soit indemnisé. Ses inconvénients : une recrudescence des plaintes (en l'espace de 3 ans, à l'APHP, elles ont augmenté de 98%) et un effondrement du système d'assurance en place : dès juillet 2002 les plus gros assureurs du marché ont menacé de se retirer ou ont pratiqué des augmentations de primes pouvant aller jusqu'à 600%. 700 cliniques se sont trouvées menacées de ne plus être assurées... Or sans couverture, impossible de pratiquer la chirurgie !

### *Un avenir sombre...*

Et aujourd'hui ? La loi Kouchner a été partiellement réaménagée ce qui a permis de remettre temporairement le système de garanties sur les rails. Par ailleurs, nous sommes encore loin de la situation américaine, où tout acte médical comporte le risque d'une mise en examen.

- parce que les urgences sont exclues du cadre de cette Loi.
- parce que les avocats français sont interdits de publicité et de racolage et qu'en conséquence, ceux qui se sont lancés dans le droit des patients sont plutôt des professionnels efficaces et bien informés.
- Parce que nous demeurons dans une culture où la parole donnée, l'oral, ont plus de valeur que l'écrit.
- Enfin parce que le code Napoléon qui fonde l'essentiel de notre législation relève d'une autre logique que le droit anglo-saxon et nous préserve de certaines dérives.

Néanmoins la situation demeure inconfortable. Ses principales conséquences :

- **De plus en plus de chirurgiens pourraient, au nom d'un principe de « sur-précaution », cesser de pratiquer les actes réputés comme dangereux et fortement pourvoyeurs de risques, donc de plaintes.** Ils préféreront alors confier les patients à des équipes spécialisées ce qui ne manquera pas d'allonger les délais de prise en charge de ces derniers.
- **Les recrutements sont en chute libre, ce qui aboutit à la non-pourvoyance de nombreux postes, notamment dans les hôpitaux généraux.** Pour faire tourner les services de traumatologie (essentiels pour gérer dans l'urgence les accidents), il est de plus en plus fréquemment fait appel à des praticiens formés à l'étranger. Leur niveau de compétence doit être évalué par la profession à la même aune que celui des chirurgiens formés dans les universités françaises.
- **Le prix à payer augmente pour le patient :**
  - Dépassement d'honoraires de plus en plus fréquents et de plus en plus élevés dans le privé pour faire face à l'accroissement des charges, en particulier des primes d'assurance. (Ces dépassements s'expliquent par le fait que, bien qu'un accord eut été signé par l'ancien ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, les Pouvoirs Publics n'ont pas honoré leur promesse de réévaluation de 25% des honoraires chirurgicaux pour l'ensemble des chirurgiens conventionnés, tout secteur cofondu, bloqués depuis 15 ans).
  - Désengagement progressif des mutuelles complémentaires.

L'avenir est alarmant. D'ici 10 ans qui opérera ? Quand on sait qu'aujourd'hui, dans certaines villes moyennes, il faut déjà compter entre 6 et 12 mois d'attente !

# Préparer l'avenir...

**Professeur Jacques-Yves Nordin**  
Président de la SOFCOT  
Hôpital de Bicêtre

La pratique généralisée de loisirs à risque, le vieillissement de la population, ont entraîné au fil des décennies une augmentation exponentielle des interventions orthopédiques et traumatologiques. **Un risque majeur se profile si rien n'est entrepris : une carence en chirurgiens orthopédistes et traumatologistes à l'heure même où la population aura encore plus besoin de spécialistes de cette discipline.** Aujourd'hui, déjà, la situation n'est pas parfaite. Si Paris et certaines régions ne souffrent pas encore d'un manque de spécialistes, dans d'autres, nombre de services ne fonctionnent que grâce à des médecins étrangers appointés « à titre provisoire »... Du « provisoire » régulièrement reconduit, faute d'une autre solution.... Ce soutien venu de l'étranger ne saurait suffire à combler les déficits qui ne manqueront de se creuser au fil des ans. Par ailleurs, ces médecins ont souvent suivi des cursus plus courts que les chirurgiens français qui ont derrière eux environ 15 ans d'études après le baccalauréat. Si certains d'entre eux se révèlent excellents, d'autres ont obtenu, dans leur pays, des diplômes dont le niveau est inférieur :

- Il importe donc de **mettre en place des formations** et de **renforcer les évaluations** de ces praticiens, pour être certains de ne pas offrir à nos concitoyens une chirurgie au rabais.
- Il faut également innover et trouver d'autres voies pour favoriser **le recrutement d'orthopédistes français et leur formation.**

À défaut, nous nous retrouverons avec une médecine à deux vitesses (les chirurgiens n'auront pas tous le même niveau de qualification) et des inégalités flagrantes.

## **Des réponses pour la compétence : la Formation Médicale Continue**

- Cette FMC a été mise en place depuis une dizaine d'années déjà. Mais il n'existait pas d'organisme précis pour la dispenser. La SOFCOT a donc déposé un dossier pour devenir un organisme de référence en la matière. La certification devrait advenir d'ici peu ce qui amènerait sans doute la **SOFCOT a devenir la première société savante pourvue d'une telle accréditation.**

**Des réponses pour la démographie. Pour pallier le risque de déficit en médecins traumatologues et orthopédistes, il convient de :**

- **Rendre de nouveau attractive la profession et enrayer la dérive actuelle qui conduit à une multiplication des plaintes.**
- **Susciter des vocations féminines.**
- **Favoriser le recrutement de médecins étrangers.**

**Quelques pistes pour atteindre ces objectifs :**

- **Modifier les conditions d'exercice et instaurer une rémunération adaptée afin d'attirer de jeunes médecins vers cette carrière.** En parallèle, la mise à niveau des médecins étrangers exerçant dans les structures hospitalières s'impose.
- Entretenir des **relations apaisées avec les patients et leurs associations** afin que le chirurgien ne se retrouve pas en permanence à la merci d'un procès. La clef de ces relations : une information transparente sur nos pratiques. L'information des patients est un élément crucial trop longtemps négligé. **La journée grand public, organisée le 7 novembre dernier, lors du congrès de la SOFCOT**, a ainsi vocation à rapprocher les patients de leur chirurgien. Par ailleurs, **le développement de Persomed**, devrait aider les chirurgiens, en amont d'une opération, à donner les informations les plus justes mais aussi les plus compréhensibles par le patient. Ces fiches techniques, que le médecin peut délivrer à son patient, ne remplacent pas le colloque singulier ; elles visent à formaliser les avantages et les inconvénients de chaque intervention et permettent au médecin de mieux faire comprendre pourquoi il propose à son patient telle ou telle opération.

Nombreux sont encore les patients qui ne souhaitent pas ou ne demandent pas à être informés. C'est donc au médecin que revient la responsabilité de faire comprendre à son futur opéré, le rôle et l'importance de cette information préalable.

- Adapter notre métier, notre environnement de travail, afin que les femmes puissent concilier vie familiale et pratique de la chirurgie. Aujourd'hui 60 % des étudiants en première année et 70% en deuxième de médecine sont des femmes. Mais ces dernières ne représentent que 3 % des chirurgiens. Dans notre spécialité, on les retrouve principalement en chirurgie de la main et en chirurgie infantile. La pénibilité du travail et les efforts physiques qu'il demande peuvent décourager les vocations féminines. La profession ne peut devenir attrayante pour elles qu'à deux conditions : une prise en compte de leur situation de mères de famille (avec notamment des possibilités de flexibilité plus grande de leur emploi du temps, des récupérations...) et une évolution vers le développement d'outils d'aide à la chirurgie (robots...). L'arrivée des femmes dans ce métier serait en outre une chance car elles apporteraient leur regard et leur sensibilité sur notre pratique.

**Nous devons donc restaurer la confiance de la population en jouant avec elle la transparence.** Nos patients et leurs proches ne doivent pas douter de nos objectifs prioritaires qui sont :

- la prévention des risques inhérents à la pratique des actes de notre discipline chirurgicale par une évaluation permanente de la qualité de nos soins avec le projet Orthorisk ; nous avons obtenu du gouvernement et de la Haute Autorité de Santé qu'un décompte clair des accidents soit réalisé. Dans un proche avenir, il nous sera possible de communiquer aux patients une information fiable sur la fréquence des complications susceptibles de survenir au décours d'une intervention.
- le maintien d'une chirurgie orthopédique et traumatologique française d'excellence à la hauteur de sa réputation internationale, accessible à tous quels que soient leurs moyens sur l'ensemble du territoire national afin de ne pas voir se développer une chirurgie à 2 vitesses.