

Pardonnez-leur...

et cætera

Denis Latune

Chirurgien orthopédique
dans un hôpital de « province »

Denis Latune

Pardonnez-leur... et cætera

© Denis Latune, 2025

ISBN numérique : 979-10-405-7940-3

Librinova”

www.librinova.com

Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l’auteur ou de ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Préface

Ce récit témoigne du métier de soignant médecin-chirurgien-orthopédiste que j'ai exercé jusque dans les années 2020.

Je parle de l'époque qui a vu les soins se travestir, sous l'emprise de l'administration, en une accumulation d'actes techniques et comment alors, le monde de la santé y perdit son âme, en s'affranchissant, dans sa logique comptable, de l'humanisme tout simplement.

Humanisme qui par essence est en dehors de la nomenclature des actes tarifés et aurait pu disparaître s'il n'y avait eu la plupart des soignants pour en être les gardiens, dans le peu d'espace qui leur restait.

Récit donc, des gestes façonnant les opérations dont la réalisation et les résultats ont initié mes réflexions et attitudes plus ou moins consensuelles et qui sont, elles aussi, le propos du récit.

Certaines de ces réflexions peuvent heurter la sensibilité de quelques professionnels de l'Administration : je présente mes excuses par avance à ceux qui pourraient en être blessés, puisque dans cette histoire c'est l'individu qui prime et n'a de compte à rendre qu'à lui-même.

Parmi les multiples intervenants à l'hôpital, il est des standardistes capables de lâcher leur costume de standardiste et endosser celui de soignant, conscients de passer des appels à des malades ou à leur famille angoissée, comme c'est le cas dans tous les autres services, où des agents peuvent aller bien au-delà du simple profil de poste pour lequel ils ont été embauchés.

À l'inverse, il peut y avoir des soignants ou des médecins à « tendance administrative », pour qui la consigne est la règle avant tout, fût-elle au détriment du malade.

Le bon soignant contre le méchant administratif reste une image schématique. Encore qu'il faille bien finir par choisir son camp lorsqu'on est en face du malade.

Le récit se veut être le condensé d'une journée de vingt-quatre heures, fictive mais réaliste quant à son déroulement et aux patients concernés : leur nombre, leurs pathologies et leurs prises en charge.

De nombreuses digressions s'ajoutent au volet strictement opératoire. Ce sont plus des témoignages, bruts, vécus, présentés comme une peinture naïve plutôt

qu'une analyse objective du rapport Soignant /Administration au sens large.

Il s'agit finalement de deux histoires intriquées et intimement liées.

La description des opérations au cours de ces 24 heures en est le fil conducteur, passant du programme « réglé » au cours de la journée, à la garde chirurgicale la nuit.

Au cours de, ou entre, ces opérations s'immiscent différents épisodes, différentes « histoires » retraçant la vie à l'hôpital, telles l'administration hospitalière, les fonctions de chef de service, des déboires personnels assimilés à un accident de travail, la formation de chirurgien, la particularité d'être chirurgien des hôpitaux publics, le partage avec mes collègues internationaux, le rapport avec le médico-légal, une expérience d'expertise d'un patient plaignant et quelques épisodes exotiques d'Afrique ou d'ailleurs.

Enfin sous la rubrique « *C'est comment qu'on freine *?* », j'évoque un sujet autre que la chirurgie mais qui y est intimement lié : notre bonne Sécurité Sociale.

Mon récit témoigne seulement d'une expérience particulière, dans un hôpital particulier, sans « caractère universel » mais constitue quand même une des particules élémentaires de la nébuleuse de la santé publique.

Les codes suivants faciliteront la lecture du récit :

- **En gras**, la copie de mails et courriers originaux : à ne pas prendre comme preuves ou quelconques accusations ou justifications mais plutôt comme point de départ de mes réflexions.
- **Le signe °** renvoi aux explications des termes techniques ou autres (voir page 114)
- **Le signe*** signale des références à différents écrits ou, dans la majorité des cas, à des chansons qui constituaient souvent l'arrière fond sonore de la salle d'opération et qui, en quelques mots, traduisent et résument ma pensée du moment (voir page 118).
- **Les passages en italique** décrivent des techniques chirurgicales potentiellement fastidieuses, mais pouvant presque constituer le début de « tutos-pour- s'opérer- soi-même » dans un avenir débarrassé de tout soignant. En

particulier pour les opérations de traumatologie comme les enclouages ou disjonctions pubiennes décrites vers la fin.

En effet l'énorme changement de la prise en charge des patients de plus en plus livrés à eux même en une seule génération de médecins me fait imaginer que des opérations simples techniquement comme l'enclouages soient effectuées par des robots (ce qui a déjà été expérimenté) sous le contrôle du patient lui-même ou d'un tiers faisant suite à un diagnostic et une conduite à tenir menée par l'Intelligence artificielle. Le vide pérenne que constituent les déserts médicaux, la pénurie de soignants, l'empathie toute relative dans la prise en charge des malades avec des rendez-vous à 3 à 6 mois et des attentes de plusieurs heures (parfois le tour du quadrant) sur les brancards des urgences ouvre une brèche dans laquelle les nouveaux "docteurs" pourraient bien proposer des plateaux techniques de réparation de tel ou tel organe.

Première opération de la journée : la prothèse de hanche

Comme tous les jours, j'arrivais dans mon bureau vers 8 h moins le quart. Après m'être changé et avoir enfilé ma blouse, je commençais par ouvrir ma boîte mail avant de descendre au bloc pour attaquer le programme « réglé » qui concerne les opérations prévues de longue date.

Quelques jours plus tôt, j'avais envoyé un courriel à la direction, dans lequel je faisais part de ma décision de démissionner de mes fonctions administratives. Cela, plus dans le but de faire pression que par simple dépit.

C'était quitte ou double : soit le directeur temporisait et entendait les arguments motivant ma décision (mais cela faisait quand même ma 3ème démission depuis que j'étais chef de service, et la pression espérée s'effritait fatalement), soit il la validait sans état d'âme...

Ce que confirmait sèchement son mail dans lequel **«il prenait acte de ma démission de mes fonctions de chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique »** et qu'il adressait en copie au président de la Commission médicale d'établissement (CME), au chef de pôle°, à la directrice des affaires médicales.

J'allais donc « quitter la chefferie » !

Malgré tout, j'espérais que le jeune « chef de clinique » pressenti pour me remplacer et recruté récemment, viendrait me parler avant d'accepter cette fonction, afin qu'une fois encore, l'on puisse négocier avec la Direction le problème récurrent de la prise en charge des pathologies médicales des patients hospitalisés dans le service de chirurgie orthopédique.

C'était tout l'objet du psychodrame qui avait motivé ma démission.

En effet, quelques jours plus tôt, j'avais posté sur l'intranet° à tous les administratifs et tous les médecins de l'hôpital, ce texte :

DEPART TRAGIQUE DE L'HOPITAL, UN MORT

(à la manière du journal Hara Kiri, qui, au lendemain de la mort du Général De Gaulle titrait : **BAL TRAGIQUE À COLOMBEY, UN MORT**)

Suivaient ces quelques lignes :

Une patiente de 58 ans, hospitalisée depuis une quinzaine de jours dans le service d'orthopédie, est décédée hier, suite à des problèmes médicaux non diagnostiqués.

Le « départ tragique » en question était celui du Dr N, médecin généraliste vacataire dans le service, qui avait été mis à la retraite forcée quelques jours plus tôt.

La fonction de ce médecin était justement le diagnostic et la gestion des pathologies médicales qui se compliquaient et devenaient de plus en plus étrangères pour nous les chirurgiens, essentiellement concentrés sur nos opérations au fil des années qui s'écoulaient.

Ce médecin avait été mis au courant de sa mise à la retraite anticipée par une simple note de service, seulement quelques jours avant son départ, alors même que son contrat courait jusqu'à l'année suivante et qu'il comptait bien rester encore. Mise à la retraite sans au revoir ni merci. Et c'est lui-même qui nous avait annoncé son « remerciement » 10 jours avant le drame, sans que la Direction des ressources humaines (DRH) ait jugé bon de nous prévenir.

Et pendant ce temps-là, on filme !

Mon courriel succinct se terminait ainsi. En effet cet événement se passait au moment même où le service Communication de l'hôpital réalisait un film à l'aide de vidéastes professionnels.

Le film traitait des suites et de la durée d'hospitalisation des patients opérés de prothèses de hanche, dans le cadre de la RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie. Autrement dit, comment faire rentrer les opérés à leur domicile le plus rapidement possible après leur intervention, et si possible le soir même ! Très « tendance » à ce moment-là.

L'idée était de montrer le film aux consultants candidats à la prothèse de hanche, pour les rassurer, et pour faire de la « pub » pour l'hôpital, comme tout le monde.

Mon petit article adressé au microcosme de l'hôpital n'avait plu à personne, ni aux administratifs, ni aux médecins, sauf au docteur en question et à l'infirmière qui s'était occupée de la patiente tout le matin, puis était venue m'annoncer son décès, pendant mes consultations, des larmes plein les yeux.

Ainsi le directeur prenait acte sans plus, de ma démission de chef de service. Grosse déception mais rien à dire, et trop tard pour les regrets. Voir plus tard

pour les suites à donner.

Pour l'instant, ce lundi matin à 8 heures, il faut mettre de côté ses états d'âme et « opérer la prothèse »... Ou, plus respectueusement, opérer la dame qui souffre d'une coxarthrose^o et lui implanter une prothèse totale de hanche.

Je descends directement au bloc en empruntant l'ascenseur des patients en lits, ouvrant sur le long couloir, encore désert à cette heure-là, préférant ne croiser personne. J'ai besoin de faire progressivement le vide, laisser tout au vestiaire. J'échange très peu avec les collègues et les infirmières pour éviter de me déstabiliser. Froid, ours... Cela dépend aussi du malade et de l'opération, mais souvent je ne dis pas grand-chose... J'essaye quand même de décrocher un mot d'encouragement pour la patiente allongée sur la table d'opération. Elle aussi a emprunté ce même chemin, elle est rentrée la veille. Quand on est opéré le lundi, on rentre le dimanche en fin d'après-midi. Le repas familial avec les petits enfants lui a à peine changé les idées, elle a fini de remplir la liasse des documents obligés, les décharges diverses, la personne de confiance, les directives anticipées. Elle avait accepté par avance la survenue de complications, toujours possibles, que j'avais évoquées avec elle, sans bien toujours les comprendre comme les inégalités de longueur, les luxations, les infections. Elle avait confiance, mais toutes ces paperasses avaient fini par entamer le peu de sérénité qu'elle était arrivée à se fabriquer. Elle avait préparé sa valise et en rangeant sa brosse à dent dans la trousse de toilette, n'osait pas s'imaginer la remettre sur la tablette de retour chez elle comme si rien ne s'était passé !

Et moi parfois, avant de rentrer dans l'arène, je ressentais presque autant d'appréhension qu'elle ! La chirurgie orthopédique c'est de la chirurgie fonctionnelle. À l'inverse d'un patient qui se présenterait avec un couteau planté « en plein cœur », si ça se passe mal et qu'il meurt, intuitivement, on l'admet. Mais pour cette opération, aucun enjeu vital, juste des raideurs et des douleurs à la hanche, aux plis de l'aîne, traitées souvent avec succès, au début, par de simples antalgiques.

Alors, se mettre dans l'idée d'ouvrir la cuisse pour y mettre une prothèse...

Il faut être certain que la patiente n'aura plus mal après, qu'elle retrouvera une bonne mobilité, qu'elle ne se luxera (déboîtera) pas la hanche, qu'elle ne s'infectera pas, qu'elle ne boîtera pas, etc., etc....

Le classique « *ça va bien se passer* » qu'annonce rituellement l'IADE (Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat) à la patiente en lui installant sa perfusion, repose bien un peu aussi sur mes épaules... et je n'en suis jamais sûr, moi, que « *ça va*

bien se passer » quand je commence une intervention ! Comme le sportif avant le départ, il y a toujours un peu d'appréhension avant de se sentir « libéré » et affronter l'épreuve en pleine capacité.

Ok, ok, ok, pour l'instant, sortir de tout ça, se reconcentrer pour reprendre le cours de l'opération*.

L'installation du malade sur la table d'opération

D'abord, je commence par réinstaller le malade : il manque toujours un petit quelque chose à la façon dont l'interne et l'aide-soignant l'ont calé sur les appuis...

Le malade doit reposer sur le côté sain, le bassin sur la tranche, parfaitement vertical, sans bascule, ni en avant, ni en arrière. Ainsi, le cotyle° se positionne automatiquement par rapport au plan frontal du bassin (dont on ne voit que le dos), orientant son centre dans l'axe d'un repère, généralement un angle de la salle d'opération.

De nos jours, les jeunes chirurgiens se guident avec la CAO (Chirurgie Assistée par Ordinateur) genre de « GPS » : grosso modo, on suit la flèche ! Mais moi, j'en suis encore à suivre la carte (dans ma tête !) avec des repères extérieurs, pour l'orientation du cotyle° !

Et de toute façon, le prix de la CAO étant celui d'une grosse (très) grosse cylindrée, pour l'instant, ce n'est plus du tout à l'ordre du jour dans notre hôpital. Le but étant de se repérer dans l'espace, parce que dedans (dans le patient), c'est tout petit, on apprécie mal la position de l'implant, et une orientation trop en avant ou trop en arrière de la cupule cotyloïdienne° détermine en grande partie la stabilité ou l'instabilité de la future hanche.

Puis je cale contre ma main les deux genoux de l'opéré(e) l'un sur l'autre, jambes fléchies, pour repérer la longueur des cuisses l'une par rapport à l'autre, dans le but d'avoir une référence pendant l'opération afin de ne pas trop rallonger ou raccourcir le membre opéré. Méthode encore un peu artisanale, il est vrai.

Une fois le patient installé, pendant que l'aide-soignant(e) prépare le malade, je me plante devant les radiographies pour me mettre dans la tête le morphotype, c'est à dire la « forme » du squelette. On ne coupe pas de la même manière le col d'un longiligne que celui d'un trapu *même si avant, dans le bureau, on a fait tranquillement un petit planning (un plan, en français), une stratégie, en