

Mariama Kaba

La Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie au tournant du nouveau millénaire

L'Institut des humanités en médecine édite
BHMS, Bibliothèque d'Histoire de la Médecine
et de la Santé.

BHMS comprend trois collections :

- Bibliothèque d'histoire de la médecine
et de la santé
- Sources en perspective
- Hors-série

BHMS publie des travaux, essais et documents
relatifs à l'histoire de la médecine et des sciences
de la vie, de l'Antiquité à l'époque contemporaine.
BHMS entend ainsi encourager un dialogue
interdisciplinaire et transversal entre sciences
humaines, médecine et sciences du vivant.

Ses publications, expertisées par des spécialistes
internationalement reconnus.e.s, s'adressent aussi
bien aux chercheuses et chercheurs, universitaires
et professionnels.e.s concernés.e.s, qu'à un public
élargi, soucieux d'alimenter sa réflexion sur les
questions les plus actuelles à partir d'études
et de documents historiques.

éditions
BHMS

Hors
série

Table des matières

Cet ouvrage paraît en version allemande
aux éditions Schwabe
Publié avec l'appui de swiss orthopaedics
à l'initiative du Professeur Alain Farron

Direction Vincent Barras
Responsable éditoriale Alba Brizzi
Composition Claire Goodyear
en utilisant une conception de icona, Bâle
Relecture Mylène Pétremand
Coordination fabrication Alain Berset
Diffusion promotion Médecine et Hygiène / Georg

Crédits images © swiss orthopaedics
À l'exception de :
Fig. 8 et 9 © archives privées Andreas Burckhardt
Fig. 11 © BCU Lausanne
Fig. 12 et 13 © archives privées Pierre Hoffmeyer

ISBN 978-2-940527-09-0
ISSN 1664-9915

© 2020 Éditions BHMS

Éditions BHMS
c/o CHUV
Institut des humanités en médecine
Av. de Provence 82
CH-1006 Lausanne

T. +41 21 314 70 50

bhms@chuv.ch
www.chuv.ch/bhms

Remerciements	8
Introduction	9
Une Société médicale parmi d'autres: rappel des origines	11
Les premières Sociétés d'orthopédie: des chirurgiens aux chirurgiens orthopédistes	11
De la SICOT à l'Association libre des orthopédistes suisses	13
Âge d'or et désillusions de l'orthopédie suisse	15
L'organisation de la SSOT: la tête et la base	19
La tête de la Société	19
La présidence: un système d'alternances multiples	19
Honneur et charge de travail	21
Les membres du comité	25
Du secrétariat à la direction	27
Les commissions et les groupes d'experts	32
La base de la Société: les membres et leur assemblée	37
Le congrès annuel, lieu d'échanges et manne financière de la Société	38
Réseaux et collaborations	45
Les groupes régionaux et associés	45
Les relations internationales et l'EFORT	48
Tensions entre orthopédie et chirurgie générale: l'enjeu de la traumatologie	53
Les réseaux d'intérêts professionnels	58
FMH, Union et FMS: des intérêts divergents entre généralistes et spécialistes	58
De la FMS à la fmCh: l'enjeu des tarifs médicaux	60
Rationalisation des coûts de la santé et mesures tarifaires	65
Le temps de la rationalisation: <i>managed care</i> et montée en puissance des assurances	66
La défense tarifaire s'organise	72
Dans le domaine ambulatoire: du GRAT au TarMed	72

Le tarif hospitalier des SwissDRG	78	Honoraires justifiés ou excessifs? Éviter les scandales	163
Insoluble TarMed et droit d'ingérence de la Confédération	81	Relations médecin-patient: informer et comprendre	165
La formation des orthopédistes: entre régulation et qualité	85	L'Ombudsman, médiateur entre le patient et le corps médical	167
Pléthore ou pénurie?	86	Les relations avec les médias	169
Planification de la formation et introduction de l'examen de spécialiste	90	Fais bien les choses et parles-en!	171
La formation à l'heure de la libre circulation des personnes: de nouveaux concepts	95	Communiquer et soigner l'image: les bulletins d'information	171
Adaptation de l'examen de spécialiste et réseau de formation	103	L'appartenance identitaire de la SSOT-swiss orthopaedics	173
La formation continue et son diplôme obligatoire	105	Faire entendre sa voix dans la société civile	176
Des <i>fellowships</i> au lieu de certificats de capacité: un modèle pionnier	107	La relève et les défis de l'orthopédie	179
Formation approfondie et traumatologie: un nœud gordien	109	L'orthopédie est-elle en péril?	179
Certificats de capacité et formations approfondies: l'acceptation	112	L'orthopédie dans la médecine en quelques chiffres – et la relève féminine	184
La qualité avant tout: les mesures d'évaluation internes et externes	115	De quelques défis à venir	189
Prise de conscience et morosité	115	Hyperspécialisation et formation	187
Économicité et qualité: indication, EBM et éthique médicale	118	La cohésion dans la qualité	189
Les contrôles externes: une qualité en tension	123	Pour conclure	193
Le second avis médical: obligatoire ou facultatif?	123	Annexes	195
Le <i>case load</i> : un cas complexe	127	Liste des abréviations	195
Le <i>Swiss Medical Board</i>	130	Bibliographie	197
L'auto-contrôle comme assurance de qualité	134	Sources primaires	197
Le registre national des implants: nécessaire mais complexe ...	134	Littérature secondaire	200
Une première phase lancée: le registre hanche et genou	134	Brèves biographies des présidents et des directrices depuis 1992	201
Une deuxième phase ajournée: les registres épaule, coude et rachis	143	Congrès annuels et thèmes principaux de la Société depuis 1992	204
La <i>checklist</i> et le <i>MinimalDataSet</i> : des «blockbusters»	144	Liste des présidents depuis la création de la Société	208
La ré-certification: entre réticences et bonne volonté	147		
Du Q-monitoring à l'Académie qualité	152		
Le label « <i>swiss orthopaedics</i> »: l'excellence dans la qualité	153		
Voyages et prix scientifiques: les outils d'émulation	156		
Voyager et apprendre: les bourses d'étude	156		
Booster la qualité de la recherche: les Prix	158		
Politique professionnelle et relations publiques	161		
Les conflits d'intérêt potentiels	161		
Les industriels: partenaires ou lobbys?	161		

Remerciements

La Société suisse d'orthopédie et de traumatologie-swiss orthopaedics a souhaité rappeler par ce livre ce sur quoi elle fonde ses valeurs et ses missions. C'est une responsabilité que j'ai accepté avec un grand intérêt, tant le sujet de la spécialité présentée – près d'une personne sur quatre consulte pour un problème de l'appareil locomoteur chaque année – et les questionnements sur le système de santé suisse sont d'actualité. Aborder ces aspects à travers l'histoire d'une Société de discipline médicale particulièrement active, voire proactive, s'est présenté comme une occasion unique d'éclairer, à l'aide du passé, les enjeux de la médecine d'aujourd'hui.

Je tiens donc à exprimer mes vifs remerciements à l'ensemble des membres de swiss orthopaedics qui m'ont confié la réalisation de ce livre ambitieux. Je salue en particulier le professeur Alain Farron qui, du temps de sa présidence à la Société, m'a sollicitée pour ce projet, ainsi que la directrice Rita Zahnd qui m'a apporté son soutien pour diverses démarches. Grâce à la disponibilité de toutes et tous, j'ai pu accéder avec une grande liberté aux archives de swiss orthopaedics, conservées à l'Hôpital Balgrist de Zurich et à la Direction de Grandvaux.

J'adresse aussi toute ma reconnaissance aux présidents et directrices qui ont bien voulu m'entretenir sur leurs expériences vécues au sein de ce qui fut, de 1992 à nos jours, la SSO puis la SSOT et swiss orthopaedics : un grand merci à Messieurs les Docteurs Heinz Bereiter, Josef Emil Brandenberg, Andreas Burckhardt, Bernhard Christen, Claudio Dora, Luzi Dubs, Michel Dutoit, Alain Farron, Christian Gerber, Pierre Hoffmeyer, Roland Peter Jakob, Bernhard Jost, André Kaelin, Jürg Knessl ainsi qu'à Mesdames Catherine Perrin et Rita Zahnd. Leurs contributions ont permis de révéler des pans d'histoire parfois oubliés des sources écrites, et d'éclairer de leurs différents points de vue des événements particuliers. Leurs regards sur le présent et l'avenir de leur spécialité a également apporté une touche vivace à ce récit, qui est donc aussi tourné vers les défis futurs de l'orthopédie suisse.

Pour leur grande disponibilité, je tiens également à remercier les professeurs Thomas Böni, Alain Farron, Pierre Hoffmeyer et Beat Rüttimann, membres de swiss orthopaedics, qui ont assumé la relecture méticuleuse des manuscrits français et allemand du livre.

Ma gratitude va également vers l'Institut des humanités en médecine (CHUV-Université de Lausanne) qui a soutenu ce projet et assuré le suivi de la production du livre. Je remercie notamment le professeur Vincent Barras, directeur de l'Institut ainsi que Madame Alba Brizzi, responsable éditoriale. Leur collaboration avec les coordinateurs des versions française et allemande, respectivement Alain Berset, Thomas Hirt et Annina Clavadetscher a été une étape clé dans la réalisation de cet ouvrage.

Enfin, j'adresse un chaleureux merci à ma famille, pour son soutien sans faille et son intérêt pour mes travaux.

Introduction

Actuellement, la Suisse compte 46 disciplines médicales, dont une vingtaine de Sociétés de spécialisations chirurgicales et de médecine invasive¹. Parmi ces dernières figure la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie (SSO-SSOT)², dont on peut considérer qu'elle est l'une des mieux organisées, probablement la plus combative. Sans doute parce qu'elle défend une pratique médico-technique de pointe, mais non vitale, extrêmement répandue dans nos sociétés et relativement onéreuse. Les spécialistes du domaine se consacrent en effet aux maladies de l'appareil locomoteur (ou troubles musculo-squelettiques)³, lesquelles « font partie des affections les plus répandues en Suisse et génèrent, outre une dégradation de la qualité de vie, la majorité des coûts médicaux directs et indirects », indiquent les autorités suisses en charge de la santé⁴.

Étant au service d'une discipline très concurrencée et parfois controversée dans ses indications – méthodes conservatives *versus* méthodes opératoires –, la SSOT a donc de bonnes raisons d'être organisée et combative, en particulier dans le contexte de la politique sanitaire suisse et de la montée en puissance des sous-spécialisations chirurgicales des trois dernières décennies. Comment la SSOT a-t-elle évolué dans ce contexte mouvant de la politique sanitaire et du secteur médical suisses ? Quelles attentes se sont réalisées ou sont restées lettres mortes ? Quels défis sont encore à venir ? Telles sont les questions qui seront développées dans ce livre, à travers de nombreux thèmes et éléments de contexte depuis les années 1990 jusqu'à nos jours.

Deux autres ouvrages ont déjà paru qui relatent la création et les premiers développements de la Société : Hans Debrunner en a retracé les 25 premières années, de 1942 à 1965, dans un livre qui fut suivi d'une autre publication couvrant

- 1 On se réfère ici aux Sociétés de spécialisations faisant partie de la fmCh (*Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica*) qui, depuis 2004, regroupe 21 Sociétés de disciplines médicales et trois Associations de médecins. (FMCH, *Statuts fmCh 2018* (en ligne, www.fmch.ch/fmch/).
- 2 Conformément à la période mentionnée, les abréviations « SSO » (avant 2006) ou « SSOT » (dès 2006) sont employées dans ce livre ; le terme « Société » permet parfois d'éviter des redites. Le sigle « swiss orthopaedics », qui apparaît en 2013 pour la communication courante, ne figure que dans les citations.
- 3 La notion de « maladies de l'appareil locomoteur » englobe toutes les affections touchant l'appareil locomoteur actif (musculature, tendons, gaines tendineuses, bourses séreuses et fascias) et passif (squelette, articulations, ligaments, cartilages et disques intervertébraux) ; ces affections sont fréquemment associées à des douleurs et à une mobilité réduite. (OFSP, *Maladies de l'appareil locomoteur*, dernière modification 07.11.2018 (en ligne).
- 4 OFSP, *Maladies de l'appareil locomoteur*, *op. cit.*

les années 1967 à 1992, éditée par Hermann Fredenhagen, Urs Romer et Beat Rüttimann. La présente étude poursuit sur cette lancée à partir de 1992 en se fondant, comme pour les précédents ouvrages, sur des sources écrites mais aussi sur des témoignages.

Parmi les sources ont été dépouillés les rapports annuels de la SSO-SSOT, les procès-verbaux de ses assemblées générales et ses bulletins d'information, ou encore des études sur des aspects spécifiques de l'orthopédie suisse. Pour les entretiens ont été interrogés les quatorze présidents qui se sont succédés de 1992 à 2018, ainsi que l'ancienne et l'actuelle directrices de la Société. À travers divers thèmes et contextes spécifiques à la période couverte, le livre fera ainsi dialoguer les sources administratives et les témoignages plus personnels des présidents et directrices.

Historiquement, la reconnaissance académique de la discipline orthopédique et l'essor des Sociétés d'orthopédie ne peuvent se concevoir sans la chirurgie, avec laquelle l'orthopédie entretient une relation paradoxale. En effet, l'orthopédie et la chirurgie sont à la fois complémentaires, puisque l'on parle aujourd'hui de chirurgien orthopédiste; elles sont aussi conflictuelles, dans les tensions persistantes entre l'orthopédie et la chirurgie générale, entre autres. En début de livre sera rappelée l'origine de cette relation équivoque, puis divers chapitres présenteront les principaux thèmes et éléments de contexte ayant configuré la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie telle qu'elle existe aujourd'hui.

Une Société médicale parmi d'autres : rappel des origines

Dès le début du 19^e siècle, dans le contexte de partage des connaissances et d'émulation scientifique, favorisé par l'essor des sociétés savantes, les médecins se rassemblent au sein d'organisations dont l'activité principale est la tenue de réunions scientifiques¹. Les premières sociétés médicales voient le jour, tandis que, durant la même période, sont fondées les Facultés de médecine au sein des Universités de Zurich (1833), de Berne (1834), de Genève (1876) et de Lausanne (1890), accompagnant le processus de professionnalisation du corps médical.

Dans le sillage de la Loi fédérale de 1877 sur les professions médicales, qui subordonne désormais la pratique de la médecine à l'obtention d'un diplôme fédéral décerné par une université, est créée en 1901 la *Foederatio Medicorum Helveticorum*, ou Fédération des médecins suisses (FMH). Dans ce contexte, la chirurgie de la fin du 19^e siècle se caractérise par sa prépondérance dans la mise en place du modèle hospitalo-universitaire moderne, et se trouve omniprésente dans l'enseignement et la pratique orthopédiques qui n'est alors pas une discipline à part entière². Par rapport à l'ensemble du domaine médical, l'ascension de la chirurgie est notable à travers la multiplication des revues et des sociétés qui lui sont destinées, et qui sont à la fois l'ancrage et la caution de la discipline.

Les premières Sociétés d'orthopédie : des chirurgiens aux chirurgiens orthopédistes

Ainsi, l'Allemagne, qui a porté le nouveau modèle scientifique et médico-chirurgical en Europe, ouvre la voie avec quatre journaux dédiés exclusivement à la chirurgie, et fonde sa première Société nationale de chirurgie en 1872. Ce modèle essaimera aux États-Unis, dont la Société nationale émerge en 1880 suivie de trois revues de chirurgie, et sera copié en France (1882), en Italie (1883), aux Pays-Bas (1902). La Suisse crée sa Société de chirurgie en 1913. Parallèlement à ce réseau de

¹ « Sociétés savantes », *DHS* (en ligne).

² Sur le développement du modèle hospitalo-universitaire en Suisse, voir l'exemple vaudois particulièrement détaillé dans Pierre-Yves Donzé, *L'ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840–1960)*, 2007.

chirurgiens émerge celui des chirurgiens orthopédistes, qui gagnent en visibilité par le biais des mêmes procédés – et souvent des mêmes protagonistes. Les États-Unis est le premier pays à créer une association nationale d'orthopédie en 1887, l'*American Orthopaedic Association*, qui sera suivie par une société similaire britannique (1894) puis allemande (1901). Entre-temps sont parues de nombreuses revues, vitrines des sociétés qu'elles contribuent à faire connaître³.

Durant la même période, des échanges transnationaux sont favorisés par l'essor des transports – chemin de fer et bateau à vapeur. Jusqu'alors, et depuis la création des premières sociétés et académies savantes datant du 16^e siècle déjà, la tendance était restée à l'isolement national pour des raisons de tradition et d'autorité, de difficultés à voyager et, jusqu'à un certain point, pour des raisons de barrières linguistiques. À la fin du 19^e siècle, les sociétés nationales s'ouvrent à l'internationalisation, propice à l'acquisition de nouvelles perspectives et à la formulation d'une opinion générale en médecine. De plus en plus, les revues nationales ajoutent aux contributions de leurs membres celles des collègues de l'étranger.

Surtout, comme l'a relevé l'historien Thomas Schlich, l'âge d'or de l'internationalisme médical, qui prendra fin avec le premier conflit mondial, voit l'avènement d'une véritable « culture du voyage chirurgical », qui vient compléter les échanges d'informations diffusés à travers les manuels, revues et objets chirurgicaux. L'argument phare de cette transhumance transnationale, qui atteint un pic entre les années 1890 et 1910, est la nécessité de voir les chirurgiens au travail dans d'autres lieux afin de « capturer la dimension tacite du travail chirurgical », de collecter de visu les informations qui assureront le succès des nouvelles méthodes⁴. Ces réseaux, auxquels viennent s'ajouter les congrès internationaux, vont fortement contribuer à l'intercommunication entre les médecins de différents pays et accélérer l'évolution de la médecine.

Ainsi lors du 10^e congrès international de médecine qui se tient à Berlin en 1890, les principaux représentants de la chirurgie orthopédique se réunissent pour la première fois en une section spéciale, séparée de la chirurgie générale. Les praticiens de cette section spéciale se partagent entre les « médecins-chirurgiens » et les « chirurgiens orthopédistes », témoignant d'une spécialisation émergente, mais dont la désignation n'est pas encore reconnue par tous⁵. Quoi qu'il en soit,

3 Sur ce sujet et ce qui suit, voir Mariama Kaba, *Une histoire de l'orthopédie. L'Hôpital orthopédique de la Suisse romande dans le contexte international (18^e-21^e siècle)*, 2018, 64–65.

4 Thomas Schlich, « "One and the same the world over". The international culture of surgical exchange in an age of globalization (1870–1914) », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 71/3, 2016, 268–270.

5 Dans sa comparaison entre les États-Unis et l'Angleterre de la première moitié du 20^e siècle, l'historien Roger Cooter montre par exemple que si la spécialisation en orthopédie permet de plus en plus aux chirurgiens américains de se positionner dans un marché libéral très compétitif, les chirurgiens anglais, en revanche, se maintiennent dans une pratique de généralistes – avec développement spécial – pour ne pas risquer de voir s'échapper la clientèle privée. L'orthopédie

les premières sociétés de chirurgie orthopédique, qui essaient à partir de la fin du 19^e siècle, contribuent fortement à consolider la discipline – ou sous-discipline – dans un marché médical en plein essor. Au-delà des transmissions de connaissances, ces réseaux de médecins spécialisés actionnent le levier psychologique de l'appartenance de groupe nécessaire à l'organisation des spécialisations. Et plus le réseau s'élargit à l'international, plus il cautionne et justifie l'existence des spécialistes et de leurs pratiques.

De la SICOT à l'Association libre des orthopédistes suisses

Aussi, une première Société orthopédique à dimension internationale est-elle planifiée en 1914, mais reportée en raison de la guerre. Finalement constituée en 1929 par un groupe d'orthopédistes de renom, elle se nomme Société internationale de chirurgie orthopédique. Cette Société internationale inclura explicitement la traumatologie lors de l'assemblée générale de son troisième congrès qui se tient à Bologne en 1936, se dénommant désormais Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie (SICOT). À noter que le rapprochement entre orthopédie et traumatologie n'est alors pas universellement admis et aura ses détracteurs tout au long de l'histoire de l'orthopédie⁶.

C'est dans le giron de la SICOT que naît le premier groupement des orthopédistes suisses, bien après la fondation de la Société suisse de chirurgie (1913) et même après celle de la Société suisse de la médecine des accidents (1912). Dans le cadre de la constitution de la Société internationale de chirurgie orthopédique de 1929 se rencontrent le Genevois Alfred Machard, médecin-chef de la Clinique orthopédique de Pinchat, le Zurichois Richard Scherb, médecin-chef à l'Hôpital orthopédique Balgrist, et leur homologue de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande à Lausanne, Placide Nicod. Ils se retrouvent à nouveau en 1931 à Paris lors du premier congrès de la SICOT, avec d'autres collègues helvètes.

Les débuts de la Seconde Guerre mondiale viennent freiner ces premières impulsions de regroupement national suisse, mais les échanges se poursuivent par correspondance, sur l'initiative de Hans Debrunner, alors privat-docent d'orthopédie à l'Université de Zurich⁷. Celui-ci estime que les orthopédistes suisses doivent pouvoir créer leur propre organe national, qui serait

est d'ailleurs encore peu valorisée en Angleterre, car considérée comme relevant d'affections infantiles émanant des couches défavorisées. (Roger Cooter, *Surgery and Society in Peace and War. Orthopaedics and the Organization of modern Medicine (1880–1948)*, 2014, 38–39).

6 Sur ce sujet et ce qui suit, voir Mariama Kaba, *Une histoire de l'orthopédie, op. cit.*, 95–96. Aussi Hans Debrunner, *Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie*, [1969].

7 Hans Debrunner (1889-1974) présidera la SSO de 1951 à 1955. Il est nommé professeur extraordinaire (1948) puis professeur ordinaire *ad personam* d'orthopédie (1958) à la Faculté de médecine de Bâle, avant la création de la clinique universitaire d'orthopédie dont la première chaire reviendra

l'interlocuteur des diverses instances du pays (facultés, autorités politiques, sociétés des médecins, assurances).

C'est finalement en septembre 1941, à la Clinique orthopédique de Pinchat à Genève, que tout se joue en présence des membres du comité suisse de la SICOT, à savoir Hans Debrunner (Zurich), Marcel Dubois (Berne), Eugen Hallauer (Zurich), Charles Martin-du Pan (Genève), Placide Nicod (Lausanne), Richard Scherb (Zurich) et Charles Scholder (Lausanne), ainsi que deux membres nouvellement admis, Max-René Francillon (Zurich) et Adolphe Perrot (Genève); il manque le Genevois Alfred Machard, décédé en 1931, qui avait été membre de la délégation suisse au premier congrès de la SICOT. Lors de leur rencontre, ces spécialistes décident de créer une Association libre des orthopédistes suisses (*Freie Vereinigung Schweizer Orthopäden*). En cette période troublée par le second conflit mondial, il est alors préféré, à la création d'une société, celle moins formelle d'une association libre qui se conçoit comme un groupement amical, auquel les orthopédistes doivent se sentir libres d'adhérer.

Les statuts de cette association sont signés lors de sa première session, qui se tient en novembre 1942 à Lausanne, à l'Hospice orthopédique de la Suisse romande, sous la présidence de Richard Scherb. Les statuts stipulent que l'association a pour but « de grouper les orthopédistes suisses pour l'étude de questions scientifiques et professionnelles et de représenter les intérêts professionnels des orthopédistes suisses » (art. 1.1). Ouverte à « tout médecin suisse possédant le diplôme de spécialiste en orthopédie » (art. 2.2), l'association regroupe alors 20 des 29 titulaires du diplôme d'orthopédie fraîchement introduit.

En effet, la FMH a mandaté en 1929 un groupe de travail chargé de réfléchir à la question de la réglementation des spécialisations, en collaboration avec les sociétés cantonales de médecine et les sociétés de spécialistes déjà existantes. Le titre de « spécialiste FMH » est introduit en 1932 pour une quinzaine de branches, dont la chirurgie et l'orthopédie. Ce titre permet aux médecins de contrôler la fragmentation du marché des soins et de réduire l'accessibilité à certains types de prises en charge. Le titre FMH délimite aussi la base de la formation des spécialités. Pour l'orthopédie sont alors prévues deux années d'orthopédie et deux années de chirurgie⁸.

Le contexte des années 1930 est propice à la reconnaissance formelle de l'orthopédie en tant que spécialité FMH. À cette période se mettent en place, pour les jeunes médecins suisses, les premiers séjours de formation aux États-Unis qui, avec le développement des activités de recherche, contribuent à l'essor de

à George Chapchal (1964). Sur la biographie de Hans Debrunner, voir Maric Dejan & Margrit Wyder (éds), « *Der Orthopädie verschrieben* ». Hans Debrunner (1889–1974). *Artz-Dozent-Schriftsteller*, 2014.
 8 Pierre-Yves Donzé, *L'ombre de César*. *op. cit.*, 73–74; « Auszug aus dem Protokoll der Schweizer. Ärztekammer vom 28. Juni 1931: Regelung der Spezialistenfrage », *Bulletin des médecins suisses-Schweizerische Ärztezeitung* 36, 1931, 500–501.

spécialités chirurgicales. C'est dans ce contexte qu'est créée en 1931 à Lausanne la première chaire d'orthopédie de Suisse confiée à Placide Nicod, suivie par les chaires de Zurich occupée par Richard Scherb (1946), de Genève confiée à Willy Taillard (1962), de Berne remise à Maurice Müller (1963), et de Bâle occupée par George Chapchal (1964)⁹.

Âge d'or et désillusions de l'orthopédie suisse (2^e moitié du 20^e siècle)

À partir des années 1960, l'orthopédie suisse rayonne au niveau international, grâce à l'essor de l'Association suisse pour l'ostéosynthèse (AO). St-Gall se démarque alors comme un lieu phare de ce secteur, où Maurice Müller, Martin Allgöwer et Hans Willenegger ont tissé un solide réseau fait de liens à la fois professionnels et amicaux, entretenus entre les protagonistes de l'AO d'une part, et le secteur industriel d'autre part¹⁰.

- 9 Placide Nicod (1876-1953) est médecin directeur de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande de 1905 à 1948. Il sera privat-docent (1913-1931) puis professeur extraordinaire d'orthopédie (1931-1947) à la Faculté de médecine de Lausanne.
 Richard Scherb (1880-1955) est médecin-chef et directeur de la clinique universitaire d'orthopédie de l'Hôpital Balgrist de 1918 à 1950. Il est privat-docent en orthopédie (dès 1921), professeur titulaire (1930), puis extarordinaire (18946-1950) de l'Université de Zurich.
 Maurice Edmond Müller (1918-2009) est médecin-chef à l'Hôpital Balgrist avant de devenir chef de clinique à l'Hôpital cantonal de St-Gall en 1960, où il transforme le service de chirurgie orthopédique en orthopédie-traumatologie. Parallèlement, il obtient la première chaire ordinaire d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil locomoteur à l'Université de Berne (1963), puis il dirige la clinique universitaire de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de l'île à Berne (1967-1980). Il préside la SSO de 1968 à 1971.
 Willy Taillard (1924-2011) est chef de clinique au service d'orthopédie infantile du Kinderspital de Bâle. Il obtient la première chaire extraordinaire d'orthopédie de la Faculté de médecine de Genève (1962), puis occupe la même chaire devenue ordinaire en 1968. Il dirige alors la clinique d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève.
 George Chapchal (1911-1999) est responsable de la première chaire d'orthopédie à l'Université de Bâle (1964-1970) et il fonde la clinique universitaire d'orthopédie à Bâle. Avant lui, Hans Debrunner avait été nommé professeur *ad personam* pour l'enseignement de l'orthopédie à Bâle (voir plus haut à la note 7 page 13).
- 10 L'AO se développe dans les années 1950 grâce aux liens professionnels et amicaux de treize membres fondateurs, soit le noyau formé par l'initiateur Maurice Müller (Zurich; voir aussi plus haut à la note 9 page 15), Martin Allgöwer (Coire), Hans Willenegger (Liestal), Walter Bandi (Interlaken) et Robert Schneider (Grosshöchstetten), qui sont rejoints par Ernst Baumann (Langenthal), Walter Schär (Langnau i.E.), Walter Stähli (St. Imier), Fritz Brüssatis (Zurich), René Patry (Genève), August Guggenbühl (Grenchen), Willy Hunziker (Belp) et Walter Ott (Rorschach). En 1960, l'AO lance son premier cours d'ostéosynthèse à Davos qui, avec le développement de l'instrumentation, devient une référence mondiale en la matière. (Sur l'histoire de l'AO, voir Thomas Schlich, *Surgery, science*

Il est alors évident, durant cette seconde moitié du 20^e siècle, que la chirurgie fait partie de l'orthopédie, mais elle n'est pas tout. Pour de nombreux orthopédistes d'alors, la méthode conservatrice constituée d'appareillages et de thérapies physiques et rééducatives garde toute son importance. Mais la question demeure quant à la délimitation des compétences et des champs d'activités. Car nombreux sont les professionnels qui gravitent autour du patient souffrant d'affections de l'appareil locomoteur : orthopédistes, rhumatologues, radiologues, neurologues, pédiatres, plâtriers, physiothérapeutes, ergothérapeutes sont autant d'acteurs de la chaîne des soins.

Aussi, les débats sont-ils vifs entre les spécialités dont les champs se recourent. Les orthopédistes et les rhumatologues sont-ils complémentaires ou concurrents dans le traitement des articulations ? Et que dire des tensions constantes entre les orthopédistes et les chirurgiens généraux à propos de la traumatologie ? La pertinence du terme même d'orthopédie (du grec *orthos*, droit, et *paidion*, enfant) est régulièrement débattue car, historiquement, « rendre l'enfant droit » n'est de loin plus la mission initiale et exclusive de l'orthopédiste¹¹. Mais la question est tranchée dans les années 1970 au moment où s'impose le titre FMH de « chirurgien orthopédiste » qui vient remplacer l'ancienne dénomination FMH d'« orthopédiste » : le terme « orthopédie » doit être maintenu à tout prix, car il est désormais acquis dans le langage courant. Et une certitude persiste à laquelle tous les spécialistes de la branche se raccrochent : l'orthopédie s'occupe d'un système, l'appareil locomoteur. L'Association libre des orthopédistes suisses est la détentrice et l'ambassadrice de cette conviction, dans un contexte en profonde mutation.

Afin d'asseoir cette certitude, l'Association change de nom en 1963 pour devenir la Société suisse d'orthopédie (SSO), adoptant des statuts officiels à l'instar d'autres sociétés médicales qui gagnent en importance numérique et en autorité. La SSO lance aussi en 1971 la publication de son premier bulletin d'information, vitrine de ses activités auprès de ses membres et de l'extérieur. Car la médecine d'après-guerre entre dans sa période la plus faste, marquée par un essor sans précédent de techniques et d'appareils médicaux, ainsi qu'une pression sociale inédite en faveur de l'hospitalisation pour toute une série de conditions de la vie humaine, de la naissance à la mort. Des années 1950 à 1980, les hôpitaux connaissent plusieurs phases de modernisation, favorisées par la participation accrue de l'État au financement des investissements et frais d'exploitation¹². Accumulant les succès dans le développement de l'ostéosynthèse et l'industrie des implants prothétiques, la Suisse se place

en tête des nations qui rivalisent dans le domaine de la médecine de pointe. C'est l'âge d'or de l'orthopédie.

Or, cette expansion atteint ses limites et, dès les années 1970, la hausse des coûts met à mal le système de santé suisse, incitant les cantons à développer des modèles de gestion visant à assurer un meilleur rendement médical. Tant les autorités politiques que les assureurs développent des moyens de contrôle pour tenter de maîtriser cette évolution, avec des répercussions directes sur le premier maillon de la chaîne des prestataires, les médecins. Dans le milieu des années 1980 débutent les discussions entre la FMH et les partenaires tarifaires sur la refonte du tarif médical au plan national dans le cadre du projet GRAT (pour *Gesamtrevision Arzttarif* – Révision globale du tarif médical). Avec la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), votée par le peuple suisse en 1994 et entrée en vigueur en 1996, la liste des prestations remboursées aux patients par les caisses est uniformisée à l'échelle du pays. Dans ce contexte, les Sociétés médicales assument le rôle de représentant de l'ensemble de la corporation médicale face aux autres acteurs – et financeurs – du système de santé : les autorités politiques et les assureurs¹³.

Dès lors, la SSO est amenée à participer activement aux sujets toujours plus nombreux de politique de santé et de politique professionnelle qui vont l'occuper dès les années 1990. Ce d'autant que la patientèle figure en nombre dans son domaine spécifique qu'est l'orthopédie et la traumatologie de l'appareil locomoteur.

and industry. *A revolution in fracture care (1950–1990)*, 2002 ; Jean-Pierre Jeannet, *Leading a Surgical Revolution. The AO Foundation – Social Entrepreneurs in the Treatment of Bone Trauma*, 2019).

11 Sur ces débats, voir Mariama Kaba, *Une histoire de l'orthopédie*, op. cit., 171–172.

12 Voir Pierre-Yves Donzé, *Histoire des politiques hospitalières en Suisse romande*, 2017.

13 *Ibid.* ; OFSP, *Ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie*, Berne, 13 juin 2014, 3–6 (en ligne).

L'organisation de la SSOT : la tête et la base

À l'heure actuelle, la SSOT sert près de 1'000 membres à travers des missions qui se sont adaptées à l'actualité sociale, politique et médicale. À la tête de ces changements se trouve le comité de la Société, aidé d'organismes constitués ou restructurés au fil du temps, et toujours soutenu par la base que représentent les membres de la Société. Avant d'aborder les missions et leur contexte, il vaut la peine de s'attarder sur la configuration de celles et ceux qui sont à l'origine des mutations de la SSOT.

La tête de la Société

Au sein d'une Société scientifique ou professionnelle, il est d'usage de nommer à sa tête un président qui chapeaute un comité et représente, à l'interne comme à l'externe, les membres de ladite Société. Mais ce qui est particulier à chaque Société est le mode de recrutement de cette « tête » et les missions particulières qui lui sont assignées. Il s'agit de tenir compte d'un certain nombre de variables qui, dans le cadre d'une Société médicale suisse sont le multilinguisme, l'organisation académique et hospitalière propre au fédéralisme du pays, le nombre de praticiens et le bassin de population concernés par la discipline médicale de la Société, les injonctions politiques et économiques ayant trait au système de santé national. Tout ou partie de ces facteurs contribuent à la réflexion sur l'organisation de la SSOT.

La présidence : un système d'alternances multiples

Dans les années 1990, au vu de l'accroissement démographique des patients orthopédiques et des injonctions socio-politiques à l'égard de l'organisation sanitaire du pays, la SSO ressent la nécessité de s'organiser de façon plus systématique. Cela se perçoit d'abord dans la durée du mandat de la présidence du comité, pour laquelle un système de tournus biennal sur six années est mis en place : le même médecin est nommé en tant que vice-président (deux ans), puis président (deux ans) et enfin *past*-président (deux ans). On peut ainsi considérer que la présidence dure six ans au total, avec deux années plus intenses en tant que président à part entière.

Les avis sur ce système de tournus biennal de la présidence sont partagés. Certains apprécient la durée de deux ans, d'une part en raison du temps investi

qui est important et, d'autre part, en raison du pouvoir que cela confère et des abus qui pourraient survenir sur une période trop longue : « Dès lors que les jeux de pouvoirs s'installent et se pérennisent, il y a un risque de ne plus prendre les bonnes décisions », explique Bernhard Christen, qui estime qu'il est donc judicieux que d'autres personnes prennent le relais et apportent d'autres points de vue, tout en poursuivant les projets en cours¹. C'est aussi l'avis de Pierre Hoffmeyer, qui estime que la présidence doit être maintenue à deux années, car davantage serait trop long – « cela nourrit l'ego », évoque-t-il –, mais une seule année serait trop court. Surtout, selon lui, « on est vraiment président après son premier congrès annuel : c'est là où on connaît les gens, on comprend les processus et les choses commencent à bien fonctionner »².

Pour Alain Farron, la présidence de deux années est beaucoup trop brève. « On court après les événements sur le plan opérationnel, mais c'est quasiment impossible de mettre en place de grands projets », estime-t-il. Pour plus d'efficacité, il suggère l'organisation suivante :

« Sur les six ans au comité, il serait peut-être plus utile d'en passer quatre avant la présidence, d'abord comme 2^{ème} vice-président durant deux ans, puis comme 1^{er} vice-président durant les deux années suivantes, en terminant avec les deux années de présidence. Ainsi, les projets peuvent être lancés durant les quatre ans qui précèdent le mandat de président. De tels systèmes existent dans d'autres pays, comme aux États-Unis. »³

Comme dans d'autres domaines propres au fédéralisme suisse, les dimensions géographique et linguistique entrent aussi en jeu dans le système d'alternance des présidents : « On est environ un quart de Romands et trois quarts d'Alémaniques ; donc tous les trois à quatre mandats, on sollicite un Romand », explique Alain Farron⁴. Par ailleurs, le choix du président s'effectue selon le principe de l'élection indirecte, comparable à celui des élus du gouvernement suisse : « Il faut savoir que les présidences de la SSO se passent un peu comme les élections des Conseillers fédéraux à Berne : ce sont des élections non ouvertes, et il y a proposition d'un candidat », relève André Kaelin, qui se souvient d'ailleurs du fait rare d'un candidat à la présidence de la SSO qui, au milieu des années 1980, n'avait pas été retenu⁵. La provenance institutionnelle des présidents est aussi un critère de sélection, afin qu'il y ait une représentativité alternée des différents établissements et secteurs d'activité : médecins provenant de services universitaires (hôpitaux A) ou d'hôpitaux non universitaires publics ou privés (B ou C), ou installés en cabinets privés.

1 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014). Certains entretiens et sources étaient originellement en allemand et ont été traduits en français dans les citations.

2 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

3 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

4 *Ibid.*

5 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

Cette stratégie des alternances multiples dans la sélection des présidents a souvent été soulignée par ces derniers : « Je suis arrivé à un moment où il y avait besoin d'un universitaire francophone », note André Kaelin⁶. « J'étais alors le candidat de la périphérie [en cabinet privé], comme plus tard l'ont été Knessl, Brandenburg puis Christen », explique Luzi Dubs. Selon ce dernier, le système des tournus a toutefois généré, durant plusieurs années, un effet de répétition peu optimal : « On avait décidé qu'un président serait romand puis deux seraient suisses-allemands ; mais, selon la répartition entre clinique A (universitaire), clinique B ou C (non universitaire) et périphérie (cabinet privé), c'était toujours un Romand qui était le représentant de l'académique »⁷. Cette situation change à partir de l'année 2011, qui voit succéder au professeur Pierre Hoffmeyer (Hôpitaux Universitaires de Genève) le professeur Christian Gerber (Hôpital Balgrist de Zurich). Mais de l'avis de Luzi Dubs, l'augmentation progressive du nombre de professeurs de cliniques universitaires en Suisse, qui se répercute à la tête de la SSOT, n'est pas à l'avantage de tous :

« Avant, il y avait une bonne distribution à la présidence de la Société et cela a donné l'occasion d'être en discussion avec tous les niveaux de nos membres. Mais cela a changé depuis quelques années : il y a trop d'académiques à présent, on a perdu la périphérie. Quand il y a seulement des professeurs, la base est négligée. »⁸

Honneur et charge de travail

Des critères plus subjectifs pèsent aussi dans le choix d'un président. Ici entrent en jeu les relations au sein du réseau professionnel et la volonté de s'investir à la tête d'un comité. La plupart des présidents témoignent de leur appartenance antérieure à diverses activités, dans lesquelles ils se sont fait connaître et apprécier. Bernhard Jost le rappelle :

« J'étais actif dans différentes commissions et groupes de la Société, et on m'a fait confiance »⁹.

Or, la multitude des tâches effectuées par les présidents génère un certain nombre d'heures supplémentaires et de mises à niveau des connaissances, qui varient selon des contextes très divers. Pour le premier président de notre période, Andreas Burckhardt, les années 1992-1998 ont été les années les plus intéressantes de sa carrière : « J'ai pu stimuler d'autres personnes, et il y avait une très bonne

6 *Ibid.*

7 Entretien avec Luzi Dubs (président 1998-2000).

8 *Ibid.*

9 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

ambiance dans le comité», note-t-il¹⁰. Mais c'est aussi une période où il faut compter avec des ressources limitées. Dans les premiers temps, les présidents doivent employer leurs propres secrétaires pour les tâches dédiées à la Société, aidées ponctuellement par le secrétaire et membre du comité de la SSO André Gächter. L'ordinateur n'est pas non plus à l'ordre du jour: « Il fallait adresser toutes les lettres à la main », rappelle Andreas Burckhardt¹¹. André Kaelin estime également que la présidence n'a pas été des plus faciles:

« C'était une période où il n'y avait pas de secrétariat permanent. On était alors un peu des présidents de milice. En plus, c'était un moment où le service d'orthopédie pédiatrique [dirigé par André Kaelin] prenait de l'ampleur aux HUG »¹².

La présidence est donc perçue comme un investissement personnel important, mais elle apporte aussi une expérience enrichissante: « J'ai reçu autant que j'ai donné à la Société, dans le sens où ça a été un bel échange. Exigeant au niveau travail dans les années de comité, mais en échange on recevait une espèce de reconnaissance, parce qu'on était actif à la SSO », relève André Kaelin¹³. Cette dichotomie charge de travail/marque d'estime est relevée par la plupart des présidents, à l'instar de Bernhard Jost qui le résume ainsi:

« Il n'était pas question de refuser la présidence. C'est un honneur et une charge à la fois »¹⁴.

Les tâches du président sont concomitantes de l'actualité socio-politique, dont les problématiques de santé se traitent à tous moments. Il s'agit donc d'assurer un suivi permanent, une sorte de veille: « Il n'y a pas vraiment un temps fixe, mais cela représente environ presque un jour réparti sur la semaine et parfois le week-end. Il y a certes des vacances, mais il faut toujours faire attention à ce qu'on ne loupe rien », déclare Bernhard Jost¹⁵. À l'instar de son prédécesseur, le président Claudio Dora consacre une heure chaque lundi matin pour s'entretenir par téléphone avec la directrice de la SSOT, Rita Zahnd, afin de régler les affaires courantes. « Le plus difficile à gérer sont les invitations qu'il faut assumer. Si on doit passer toute une journée pour une session, on ne peut pas se partager pour faire son travail. Sinon, on peut gérer la présidence avec une bonne organisation », précise Claudio Dora¹⁶.

Heinz Bereiter se souvient aussi que, durant ses deux années de présidence, de nombreux week-ends ont été consacrés au travail effectué avec le comité en dehors des heures effectives. Il rend attentif au fait que la conciliation de la présidence

avec la tenue d'une pratique en cabinet est particulièrement difficile¹⁷. La charge de travail du président a donc un autre impact selon son environnement et son statut professionnels, comme l'explique Alain Farron:

« Pour les médecins venant d'un hôpital public, qui sont salariés, cette charge est en partie financée par le revenu. Mais pour les personnes venant du privé, la charge financière est conséquente: car le médecin doit tenir son cabinet et doit mettre entre parenthèses une partie de son activité pour la présidence. »¹⁸

Le président est certes dédommagé par un montant s'élevant à CHF 20'000 par année, durant les deux ans de présidence, mais cette somme ne couvre pas l'ensemble du travail effectué, selon Alain Farron. Il rejoint en cela les propos de Bernhard Christen, du secteur privé, qui établit une estimation chiffrée approximative:

« Le temps investi doit bien dépasser la somme de CHF 100'000 – soit quatre fois plus que le montant annuel reçu pour le mandat de président. C'est pourquoi les présidents venant du privé sont peu nombreux: cela arrive tous les quatre ou cinq ans »¹⁹.

Dans les faits, sur les quatorze présidents des années 1992 à nos jours, ils n'ont été que quatre à provenir de la pratique privée, soit Josef Brandenburg, Bernhard Christen, Luzi Dubs et Jürg Knessl. Mais aucun n'a regretté de s'être impliqué dans cette fonction. Josef Brandenburg estime qu'il a tant reçu de la SSOT, qu'il était obligé de donner quelque chose en retour²⁰. La présidence apporte un gain personnel qui, de l'avis de Bernhard Christen, dépasse les dépenses:

« Avec la présidence, on monte sur l'échelon supérieur, y compris en tant qu'orthopédiste en cabinet. On est davantage reconnu et les sollicitations sont plus nombreuses, par exemple pour donner un avis secondaire. L'impact est beaucoup plus important, pas seulement sur la vie professionnelle politique, mais aussi sur la vie professionnelle médicale. Une présidence de Société est une chance qui n'arrive qu'une fois dans la vie. Ce n'est pas une évolution, c'est un saut! On se retrouve dans des conditions totalement différentes. »²¹

En effet, durant la présidence, de nombreux contacts sont établis aux niveaux national et international. Cette situation inédite est riche en enseignements, comme le rappelle Heinz Bereiter:

10 Entretien avec Andreas Burckhardt (président 1992-1994).

11 *Ibid.*

12 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

13 *Ibid.*

14 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

15 *Ibid.*

16 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

17 Entretien avec Heinz Bereiter (président 2000-2002).

18 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

19 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

20 Entretien avec Josef E. Brandenburg (président 2006-2008).

21 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

« On rencontre les politiques, les assurances, les groupes de spécialistes qui sont dans le système de santé suisse : on les connaît mieux, ainsi que leurs points de vue. On a une compréhension du tout, cela aide à connaître le système à fond. »²²

L'avis est partagé par la plupart des présidents, comme Alain Farron :

« C'est une occasion unique de voir comment les Sociétés fonctionnent, et cela permet de créer des liens professionnels et personnels dans le domaine »²³.

Bernhard Christen a notamment apprécié l'ouverture nationale que permet la présidence de la SSOT, qui donne la possibilité d'entrer en discussion avec les professeurs et les chefs des cliniques de Suisse, et de connaître aussi des membres en cabinets privés inconnus jusqu'alors. « En principe, on finit par connaître presque tous les orthopédistes de Suisse », commente-t-il²⁴. Heinz Bereiter est toutefois moins optimiste lorsqu'il s'agit d'évoquer l'impact de la SSO dans les discussions émanant de ces rencontres formelles ou informelles, en particulier en matière de politique professionnelle :

« En tant que président de la SSO, on a une influence indirecte pour agir, mais ce n'est pas évident de se faire entendre ; car les décisions sont souvent déjà prises par les groupes plus influents : les politiques, les assurances, la FMH. On se bat un peu contre des moulins à vent. »²⁵

Aussi perçoit-il certaines contradictions dans les décisions des développements politiques et institutionnels par rapport aux avantages légaux accordés à la SSOT.

Quoi qu'il en soit, la Société tente de promouvoir la représentativité de l'orthopédie suisse y compris à l'étranger, et ce dès la vice-présidence, puisque la personne à cette fonction est parfois amenée à remplacer le président pour les sollicitations extérieures. Ainsi, vice-présidents, présidents et *past*-présidents participent aux grandes rencontres internationales des orthopédistes, telles que le congrès de l'*American Academy of Orthopaedic Surgeons* (AAOS), la réunion de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT), ou encore le congrès de l'*European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology* (EFORT)²⁶. Dans les années 1990, ces événements sont aussi l'occasion d'apprécier l'héritage de l'orthopédie suisse à l'étranger, comme le relève André Kaelin :

« La représentation de la SSO à l'étranger, c'était toujours des moments très chaleureux. On sentait que l'orthopédie suisse apportait quelque chose en dehors du pays au

niveau scientifique, quelque chose de solide. Par l'AO qui était important, mais pas seulement. Tout le monde avait été à Davos pour l'AO, mais il y avait aussi certains Suisses partis à l'étranger qui étaient productifs ; des gens qui avaient été bien formés avaient travaillé dans les services qu'ils visitaient à l'étranger. »²⁷

L'orthopédie suisse des années 1990-2000 n'est toutefois plus celle des décennies précédentes. Pour Christian Gerber, la SSOT en tant que telle n'est plus le lieu où l'aura scientifique de l'orthopédie suisse peut se déployer. Ce qui explique que l'investissement au sein de la présidence ou du comité a pu désintéresser certains « grands patrons » du domaine :

« Depuis les années 1950, l'orthopédie suisse était celle qui faisait foi dans le monde. Elle générait la plus importante force, avec l'influence de l'AO, surtout dans la chirurgie de la hanche, et un peu dans celle du rachis en traumatologie osseuse. La Suisse avait révolutionné l'orthopédie avec le traitement des fractures, grâce à Maurice Müller puis Bernhard Weber, patrons de l'orthopédie-traumatologie à St-Gall, et plus tard grâce à Reinhold Ganz, patron du service de chirurgie orthopédique universitaire à Berne, qui a fait les contributions de loin les plus importantes sur la chirurgie de la hanche durant ces vingt dernières années. Or, le fait que Bernhard Weber et Reinhold Ganz²⁸ aient refusé d'entrer dans le comité est symptomatique d'un changement dans la Société. »²⁹

De fait, dans la nébuleuse médicale internationale des deux dernières décennies, l'orthopédie suisse brille sans doute de façon plus modeste et la SSOT se préoccupe de thématiques plus controversées qu'autrefois.

Les membres du comité

C'est au sein du comité, dirigé par le président, que se discutent les principales thématiques concernant la SSOT. Outre les rencontres du comité au nombre de cinq par an, puis six dès 2016, c'est lors de la retraite annuelle, qui se tient généralement à l'automne, que se décident les projets pour l'année à venir, ensuite proposés aux membres en assemblée générale.

À l'image de la présidence de la SSOT, le comité se compose de membres à dominante alémanique et romande, comme l'explique Bernhard Christen :

27 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

28 Bernhard Weber (concepteur d'une nouvelle prothèse totale de hanche rotatoire) et Reinhold Ganz ont tous deux succédé à Maurice Müller comme professeurs d'orthopédie et médecins-chefs : Weber dès 1963 à la chaire universitaire et à l'Hôpital cantonal de St-Gall (1967-1986), Ganz dès 1981 à la chaire universitaire et à la clinique universitaire de chirurgie orthopédique de Berne (1981-2004).

29 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

22 Entretien avec Heinz Bereiter (président 2000-2002).

23 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

24 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

25 Entretien avec Heinz Bereiter (président 2000-2002).

26 « Rapport 1996 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 65, 1997, 5.

« Comme dans de nombreux autres domaines, le bilinguisme suisse est un aspect non négligeable dans la composition de la SSOT. Ainsi, les membres du comité sont majoritairement alémaniques et romands. »³⁰

Un membre provenant du Tessin intègre le comité en 2018, « ce qui n'est pas arrivé depuis de nombreuses années », relève Bernhard Christen ; deux ans plus tôt, une femme rejoignait pour la première fois le comité³¹.

En 2007, certains membres du comité démissionnent après plusieurs années d'engagement. À cette occasion, le comité décide de proposer une réforme en son sein, en intégrant parmi ses membres les présidents des commissions de la Société. Par cette réforme, le comité espère augmenter l'efficacité du travail et rendre plus rapide l'acheminement des informations³². Par ailleurs, par rapport aux années 1990, la période des années 2000 connaît des préoccupations plus complexes en matière de politiques professionnelle et de santé qui démobilisent un certain nombre de candidats, comme le relève Christian Gerber :

« À cette époque, un certain malaise s'était installé au sein de la SSOT, qui était très passive. Elle ne s'imposait plus, des membres ne participaient plus aux réunions annuelles, en particulier les académiciens, car on avait le sentiment que la SSOT s'intéressait surtout aux problèmes tarifaires et à la politique. »³³

Afin de dynamiser la tête de la Société, Christian Gerber, nommé président de la SSOT en 2010, impose deux conditions au sein du comité : d'une part, limiter à 10 ans la durée de fonction des membres du comité et, d'autre part, qu'au moins un membre du comité soit remplacé à la fin de chaque période législative (2 ans)³⁴. Cette réorganisation permet aussi d'éviter le maintien d'un certain pouvoir aux mains des mêmes, comme l'explique Christian Gerber :

« Lorsque je suis arrivé en tant que président dans le comité, il y avait cinq ou six membres qui étaient au comité depuis plus de dix ans. J'ai proposé que toute personne qui devient *past-président* doit ensuite sortir du comité. Car si la SSOT doit vivre, il faut que les jeunes puissent avoir le potentiel d'entrer dans le comité et de le diriger. Cela a aussi montré aux membres que la Société voulait continuer à se développer. »³⁵

Les statuts sont modifiés en conséquence.

30 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

31 « Assemblée générale, 2 juin 2016 : Élections Comité », *swiss orthopaedics, focus* 3, 2016, 8.

32 « RA du président (J. E. Brandenburg) », *Bulletin SSO* 77, 2008, 32.

33 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

34 « Révision des statuts », *SSOT-Bulletin actuel* 2, 2011, 21.

35 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

Du secrétariat à la direction

C'est en 1990 que la SSO décide, après approbation des membres en assemblée générale extraordinaire, de créer un secrétariat permanent, qui se concrétise deux ans plus tard par l'engagement de Barbara Bühlmann et l'inscription de ce secrétariat dans les nouveaux statuts de la Société. Responsable à Berne d'une société privée, *Congress and Business Services*, Barbara Bühlmann est également active pour d'autres Sociétés médicales. L'existence d'une adresse permanente du secrétariat de la SSO à Berne, au siège de la société privée de Barbara Bühlmann, allège l'administration de la Société. La nouvelle secrétaire apporte un soutien dans l'organisation des cours de formation et des examens, puis par la suite dans celle du congrès annuel³⁶.

Mais il reste une part importante de tâches administratives qui incombent au président, secondé par son propre personnel. À la fin des années 1990, Luzi Dubs, qui peut compter durant sa présidence à la SSO sur « une équipe de secrétaires bien motivées et efficaces » provenant de sa pratique privée, relève que du côté des établissements hospitaliers du secteur public, le soutien administratif du président est de moins en moins garanti³⁷. « Les secrétaires de mon cabinet ont travaillé près de 40%, non payées, pour la SSO, et il n'y avait pas d'e-mail à l'époque. Je savais que mon successeur, Heinz Bereiter, n'avait pas cette possibilité dans son infrastructure, et Barbara Bühlmann ne pouvait pas tout faire et s'occupait surtout des congrès. Nous sommes donc allés en direction d'une professionnalisation du secrétariat », explique Luzi Dubs³⁸. C'est ainsi qu'à la fin de sa présidence, en 2000, la SSO envisage un développement structurel sans précédent avec la création d'un secrétariat général dirigé par une personne qui lui est entièrement consacrée. Le contexte du tournant du 21^e siècle justifie particulièrement cette nouvelle organisation, comme le mentionne le président dans le *Bulletin SSO* de l'époque :

« Les exigences du point de vue temps et contenu ont connu une croissance telle durant ces deux dernières années que notre pur système de milice a été fortement mis à l'épreuve. [...] Sans oublier que la créativité nécessaire pour intégrer les nouvelles préoccupations et les nouveaux sujets ont exigé l'apport de nouvelles ressources. La conclusion de contrats bilatéraux avec l'Union européenne impliquera par ailleurs, à l'avenir, de nouvelles tâches pour les sociétés médicales. »³⁹

Michel Dutoit, devenu à cette époque vice-président de la SSO, participe au processus de sélection pour le futur poste de secrétaire générale : « Il fallait une

36 « Assemblée générale SSO 1992 Lausanne : Secrétariat permanent de la SSO », *Bulletin SSO* 56, 1992, 53 ; « Rapport 1992 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 57, 1993, 5 ; « SSO-Secrétariat », *Bulletin SSO* 57, 1993, 42 ; « Rapport 1997 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 66, 1998, 7.

37 « Du secrétariat à la gestion (L. Dubs) », *SSO actuel* 9, 2000, 1.

38 Entretien avec Luzi Dubs (président 1998-2000).

39 « Du secrétariat à la gestion (L. Dubs) », *SSO actuel* 9, 2000, 1.

personne formée pour la politique professionnelle, car le travail du comité devenait multifonctionnel ; cela devenait du management », explique-t-il⁴⁰. La responsabilité du secrétariat général nouvellement créé est finalement confiée à Catherine Perrin, Docteure en Lettres, qui a notamment été la cheffe du département de la formation postgraduée et continue de la FMH. Également engagée auprès des Sociétés médicales d'urologie, de cardiologie et de chirurgie plastique, son expérience de plusieurs années dans le domaine de la santé sur le plan fédéral et corporatif en fait la candidate idéale dans cette période de transition que vit la SSO. La présence de Catherine Perrin dans les commissions importantes de la santé doit lui permettre d'initier auprès d'elles une véritable politique d'information, tout en coordonnant le travail de la SSO. Barbara Bühlmann garde la main sur l'organisation du congrès annuel et les questions relatives aux cours de formation continue⁴¹.

Catherine Perrin prend ses fonctions à l'automne 2000 à temps partiel (d'abord à 40%, puis à 50%), sous la nouvelle présidence de Heinz Bereiter qui succède à Luzi Dubs. Le siège de la SSO se déplace dès lors de Berne à Montreux, au domicile de la nouvelle directrice. Celle-ci a pour tâche de conseiller le comité dans l'ensemble des activités de la SSO : elle se charge des projets ordonnés par le comité, représente le comité et la SSO selon les besoins, dirige le secrétariat et traite les dossiers concernant principalement la profession⁴².

L'arrivée de Catherine Perrin coïncide avec la propagation, dans le nouveau millénaire, de l'internet. À la SSO comme ailleurs, les principaux échanges et prises de contacts se font désormais par courrier électronique, si bien que les affaires courantes sont traitées d'une manière plus rapide. En 2001, la Société débute la mise en route opérationnelle de sa nouvelle politique d'information aux institutions du domaine de la santé⁴³. Les responsabilités de la nouvelle directrice s'en trouvent accrues, comme elle le détaille :

« À côté de l'organisation des congrès, le mandat de Barbara Bühlmann avait surtout consisté à établir des procès-verbaux ou à convoquer des personnes, sur demande du comité. Mon mandat comprenait davantage de responsabilités : je dressais les ordres du jour du comité, préparais les dossiers, fournissais les bases pour le travail du président du comité, qui était mon principal interlocuteur, ainsi que, dans un deuxième temps, les présidents des commissions. J'ai aussi beaucoup œuvré pour intensifier les relations au niveau de la politique de santé, avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la FMH, les chefs d'établissement de formation postgraduée. »⁴⁴

40 Entretien avec Michel Dutoit (président 2002-2004).

41 « Du secrétariat à la gestion (L. Dubs) », *SSO actuel* 9, 2000, 1 ; « Nouveau siège administratif (H. Bereiter) », *SSO actuel* 10, 2000, 1.

42 « La gestion de la SSO dans les mains de Mme le Dr Catherine Perrin (L. Dubs) », *SSO actuel* 9, 2000, 2.

43 « Nouveau siège administratif (H. Bereiter) », *SSO actuel* 10, 2000, 2.

44 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

L'expérience venant, Catherine Perrin peut aussi répondre directement à des sollicitations des membres de la Société, afin de soulager le comité. « Cela a beaucoup changé la gestion du travail courant », relève l'ancien vice-président d'alors, Michel Dutoit. Quant à Heinz Bereiter, premier président ayant travaillé avec Catherine Perrin, il résume ainsi l'apport de cette nouvelle fonction :

« C'était plus professionnel ; car la SSO était devenue plus grande et il fallait améliorer ses liens avec les autres Sociétés de spécialistes. On avait besoin d'un point de chute. »⁴⁵

Catherine Perrin arrivant à l'âge de la retraite, une nouvelle directrice doit être trouvée. Sous la présidence de Bernhard Christen, le comité de la SSOT fait appel à un chasseur de tête. Des seize dossiers considérés comme valables pour le poste, trois sont présentés au comité. La personne retenue, Rita Zahnd, est nommée à l'automne 2013. Durant plusieurs mois et tout en poursuivant ses tâches auprès du président Bernhard Christen, Catherine Perrin accompagne Rita Zahnd pour la former aux nouveautés de son poste, puis lui passe le flambeau à l'été 2014⁴⁶. Après quinze années dédiées à la SSOT, Catherine Perrin tire un bilan positif de cette expérience :

« J'ai trouvé très gratifiant de pouvoir répondre à tous, d'avoir la confiance des présidents, jusqu'aux assistants qui m'ont souvent sollicitée, parfois pour des petites choses. Il est vrai qu'en tant que directrice, j'étais la mémoire de la SSOT, et on s'est souvent beaucoup appuyé sur moi. »⁴⁷

La deuxième directrice, Rita Zahnd, est propriétaire d'une société de consulting, *MC Service*. Cette petite structure, qui dispose d'une assistante, compte aussi sur un réseau de services pour effectuer diverses tâches, telles que l'organisation de manifestations ou des activités comptables. Orientée dans le commerce et le *marketing*, Rita Zahnd apporte de nouvelles perspectives de gestion à la SSOT, qui est son premier client dans le domaine médical : « Le monde des disciplines médicales était alors tout nouveau pour moi, c'était intéressant de relever ce défi. En retour, j'apportais une vision un peu plus "marché" à la Société qui, finalement, se gère un peu comme une entreprise », relève la directrice⁴⁸. Un accord est passé entre Rita Zahnd et la SSOT qui devient son client principal. Car le travail ne manque pas, comme elle le rappelle :

« La directrice travaille étroitement avec le président, le comité, les commissions, les établissements de formation postgraduée, tous les orthopédistes, les assistants en formation postgraduée, les instances officielles (FMH, fmCh, OFSP etc.). Il faut faire

45 Entretien avec Heinz Bereiter (président 2000-2002).

46 « Éditorial – RA 2012-2013 (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 6, 2013, 2 ; « Bienvenue et adieu », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 17 ; Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

47 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

48 Entretien avec Rita Zahnd (directrice depuis 2014).

preuve de flexibilité car, en fonction du calendrier de la SSOT, il y a des moments plus denses que d'autres lors des pics d'activité qu'il faut gérer (période des examens, retraite annuelle, etc.).»⁴⁹

Rita Zahnd commence son activité de directrice au même taux que celui de Catherine Perrin, à savoir 50%, mais ce taux s'avère rapidement insuffisant au vu des modifications engendrées par les nouvelles conditions de travail. Aussi, dès la fin de sa première année d'activité en tant que directrice et avec l'assentiment du président d'alors, Alain Farron, le comité accepte-t-il d'augmenter son taux, qui passe de 50% à 75% – il est actuellement de 80%. C'est que le passage de l'ancienne à la nouvelle directrice représente un changement de générations à plusieurs niveaux, comme l'explique Rita Zahnd :

« Le temps dans lequel on vit a beaucoup changé de façon générale, et pour les Sociétés médicales en particulier. La digitalisation, les nouvelles techniques de l'information ont accéléré les choses. Ce qui était admis autrefois, comme par exemple le fait qu'on attendait deux à trois semaines pour obtenir une réponse à une demande transmise par courrier postal, n'est plus possible : il faut avoir réagi avant le surlendemain. »⁵⁰

À cette exigence de réactivité s'ajoute l'augmentation du nombre de thèmes pour lesquels la SSOT est sollicitée : « Au-delà du calendrier de la SSOT, il y a des demandes et des projets qui ont tendance à se multiplier et ils sont de plus en plus urgents. On attend de tous de la réactivité. Il ne suffit plus que le comité se réunisse quatre fois par an pour traiter de tous les aspects. Il faut contacter les membres du comité, leur soumettre des informations, n'oublier personne. Les choses ont augmenté de façon exponentielle », rappelle Rita Zahnd, qui s'adapte au gré des besoins et de l'évolution de la SSOT : « Il a fallu être plus systématique, pour gérer de plus grands volumes (séances, dossiers, examens) » explique-t-elle. Cela va jusqu'aux sollicitations des médecins assistants, dont elle a parfois l'impression, comme Catherine Perrin avant elle, d'être un peu leur « maman » :

« On ne sait pas, alors on m'appelle, pour tout. Lorsque ça tombe sur des périodes très chargées, ça a parfois un petit côté agaçant, mais c'est aussi une richesse de contact et un retour gratifiant pour la Société : ça prouve que cela fonctionne chez les orthopédistes. »⁵¹

De par la diversité de cette activité, plusieurs noms seront donnés à la fonction occupée par Catherine Perrin puis Rita Zahnd : secrétaire générale, directrice administrative ou directrice, pour les francophones ; *Geschäftsführerin* ou *Leiterin der Geschäftsstelle*, pour les germanophones. Rita Zahnd relève la grande indépendance dont bénéficie ce statut :

49 *Ibid.*

50 *Ibid.*

51 *Ibid.*

« Étant seule dans cette fonction, on forme aussi celle-ci par sa propre personnalité, ses méthodes, les outils choisis ». ⁵²

La directrice rappelle d'ailleurs qu'elle a une voix consultative sur tous les aspects traités au sein de la SSOT, mais n'a aucun pouvoir décisionnel. Sa mission est de veiller, avec le comité, à ce que les grandes décisions prises soient suivies. Une discussion hebdomadaire avec le président, en général par téléphone, suffit pour régler les affaires courantes. « S'il y a besoin de plus de contacts, on augmente les échanges par mails ou téléphone, et je consulte d'autres experts externes », précise Rita Zahnd. Si bien que la marge de manœuvre de la directrice est assez large, comme elle en témoigne :

« Je ne vais pas consulter le comité ou l'assemblée générale pour chaque petite affaire à régler. Je prends des décisions qui s'imposent par rapport aux directions prises au sein de la Société. Je n'ai pas de pouvoir décisionnel, mais dans les faits, je prends 50 décisions par jour... »⁵³

Du fait du tournus biennal des présidents, avec lesquels la directrice est en contact régulier, la stabilité de son statut est essentielle pour la Société, notamment lors du passage d'une présidence à l'autre. « Avec les membres du comité, je veille à ce qu'on garde une certaine ligne. L'important, c'est qu'on reste tous d'accord sur l'orientation et la manière de communiquer avec et sur la SSOT », souligne Rita Zahnd. La directrice apprécie d'ailleurs le système de tournus biennal des présidents qui, selon elle, permet un renouvellement et un dynamisme à la tête de la Société. Outre le fait que, à titre privé, cela lui donne l'occasion de connaître différentes personnalités, elle relève l'avantage général de la diversité qu'offre ce système :

« Depuis mon entrée en fonction, j'ai eu affaire à un président de cabinet (Bernhard Christen), d'hôpital universitaire (Alain Farron), d'hôpital cantonal (Bernhard Jost), de clinique de type privé (Claudio Dora). On traite généralement des mêmes thèmes, mais chaque président apporte des nuances selon son vécu, ce qui permet que plusieurs aspects soient représentés au sein de la Société. »⁵⁴

À cela s'ajoute le fait que lors des échanges au sein de la Société, chaque personne peut s'exprimer dans sa propre langue : « Cela fait partie des valeurs que swiss orthopaedics désire préserver et soigner », commente la directrice.

52 *Ibid.*

53 *Ibid.*

54 *Ibid.*

Les commissions et les groupes d'experts

Afin d'améliorer la qualité, qui est à l'ordre du jour dans la décennie 1990 à 2000, le comité de la SSO s'appuie sur des sous-groupes de spécialistes, au sein desquels diverses questions relatives à l'orthopédie sont discutées au gré des nécessités. Le comité compte en particulier sur des commissions, créées dans les années 1980, qui subissent une importante réorganisation durant la décennie qui suit. Andreas Burckhardt, président en 1992-1994, s'en souvient :

« Les commissions existaient déjà, mais elles n'avaient pas de devoirs strictement définis : on leur a alors établi un cahier des charges, avec révision des statuts. »⁵⁵

Ces modifications concernent la commission Intérêts professionnels, qui promeut notamment un groupe de travail sur la qualité, duquel naîtra la commission Qualité et Méthodologie. La commission Planification de l'orthopédie, qui se préoccupe de réguler le nombre des orthopédistes en Suisse, aura quant à elle une existence éphémère, à l'inverse de la commission Formation continue, toujours d'actualité. Faisant suite à la nouvelle réglementation FMH de 1992 sur la formation postgraduée des médecins, une commission Formation postgraduée est aussi créée au sein de la SSO, suivie deux ans plus tard par la commission Examen pour la mise en place de l'examen de spécialiste de fin de formation exigé par la réglementation FMH. À la même période, la nouvelle LAMal, votée en 1994 et entrée en vigueur en 1996, impose de nouveaux modèles tarifaires, pour lesquels la SSO met en place une commission GRAT, laquelle, lors du passage au TarMed (pour Tarification médicale suisse), devient la commission Honoraires et Tarifs⁵⁶.

Au tournant des années 1990-2000, les discussions sur la déontologie et le professionnalisme médical s'intensifient. Les conditions-cadres en hôpitaux sont plus complexes, la sous-spécialisation en orthopédie conduit à la fragmentation des intérêts, la structure de la garantie de la qualité devient plus exigeante. Pour faire face à ces enjeux, le comité de la SSO met en place deux nouveaux outils : la *task force* et les groupes d'experts, lesquels s'ajoutent aux anciens groupes de travail qui se réunissent occasionnellement pour régler des questions ponctuelles. Au moment où la sous-spécialisation gagne en importance, de tels groupes deviennent une nécessité. Andreas Burckhardt témoigne des changements depuis la période de sa présidence du début des années 1990 :

55 Entretien avec Andreas Burckhardt (président 1992-1994).

56 « Rapport 1993 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 59, 1994, 5 ; « Bericht über die Tätigkeit der Kommission für Weiterbildung 1992/93 (P. E. Ochsner) », *Bulletin SSO* 57, 1993, 13-14 ; « Rapport 1996 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 65, 1997, 3 ; « Délégations, Commissions et Groupes d'experts », *PV de l'AG ord. du 1^{er} juillet 2010, St-Gall*, 3 (polycopié) ; « Groupes d'experts : composition » *Id.* 9 ; « Révision de statuts », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 19.

« Jusqu'alors, dans un hôpital comme à Olten [l'Hôpital cantonal de Soleure], un chef d'orthopédie faisait encore tout. Je faisais moi-même l'orthopédie pédiatrique jusqu'en 2001. Puis après mon départ, il y a eu séparation : on a eu besoin d'un spécialiste pour la pédiatrie, le genou, le coude, l'épaule, etc. Cela a d'abord surtout eu lieu dans les grandes cliniques. Le comité de la SSO a eu besoin de créer des groupes, notamment pour les expertises. »⁵⁷

Les groupes s'organisent dès l'année 2000 sous la présidence de Luzi Dubs puis celle de Heinz Bereiter, lequel peut compter sur l'aide de la nouvelle directrice Catherine Perrin. « Que la directrice soit arrivée a beaucoup aidé à solidifier la structure interne de la SSO et à introduire les groupes d'experts », note le médecin⁵⁸. Catherine Perrin confirme que son mandat a notamment consisté dans l'amélioration de la qualité des groupes de spécialistes, qui pour certains existaient déjà de façon informelle mais peu active avant leur restructuration des années 2000⁵⁹. Michel Dutoit, alors vice-président de la SSO, souligne l'impact de la pression extérieure sur cette nouvelle organisation : « Si cette pression n'avait pas existé, on n'aurait probablement pas été aussi actifs. Nous ne sommes pas meilleurs que les autres », commente l'orthopédiste⁶⁰. Mais il rappelle aussi que, en orthopédie davantage que dans d'autres spécialités médicales, les changements ont été spectaculaires à plusieurs niveaux :

« Les progrès de l'anesthésie et de la réanimation ont permis des interventions plus importantes et plus audacieuses sans majoration des risques, ce qui a augmenté le nombre de cas. L'élévation de l'espérance de vie a nettement fait augmenter le nombre de maladies dégénératives, de lésions traumatiques compliquées et de tumeurs. Les choses sont devenues plus complexes et les sources d'alimentation de l'orthopédie ont considérablement augmenté. »⁶¹

Les groupes d'experts confèrent ainsi une base plus structurée à la diversité orthopédique, en se répartissant une douzaine de sous-spécialités. Ce sont les groupes Hanche, Genou, Pied, Épaule/Coude, Rachis, Traumatologie (dès 2005), Orthopédie pédiatrique, Main et Rhumatologie (ces deux derniers groupes disparaissent dans les années 2000), Réadaptation (qui devient Orthopédie conservatrice et réadaptation vers 2010), Tumeurs, Infections (dès 2006) ; les groupes Médecine des assurances et Orthogériatrie-Traumatologie gériatrique sont les derniers arrivés, en réponse à l'évolution sociale et démographique. Les membres de la SSO, exerçant dans un contexte hospitalier universitaire ou non universitaire, font partie de ces groupes en fonction de leur activité et de leur intérêt. Il se réunissent au nombre de cinq

57 Entretien avec Andreas Burckhardt (président 1992-1994).

58 Entretien avec Heinz Bereiter (président 2000-2002).

59 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2013).

60 Entretien avec Michel Dutoit (président 2002-2004).

61 *Ibid.*

à dix membres au sein des groupes qui sont parfois interdisciplinaires⁶². Quant à la *task force*, qui n'existera que quelques années, elle est constituée de délégués de chacun des groupes d'experts et se réunit deux fois par an pour garantir un travail équitable au sein des groupes⁶³.

Le travail des groupes d'experts se consolide au fil du temps : les groupes se tiennent à la disposition des instances de la SSO, de ses membres, voire de toute structure institutionnelle, afin de répondre à des questions relatives à l'exercice de leur pratique orthopédique en Suisse. Ils peuvent aussi fonctionner, sur mandat de la SSO, en qualité d'arbitre pour des questions relevant de leur domaine. Ils traitent de problèmes divers relatifs à la tarification ou aux relations avec les partenaires industriels. En dernier lieu, toutefois, lors de requêtes ou de demandes de consultations faite par des organismes externes auprès des commissions ou groupes d'experts de la SSO, seul le comité est habilité à prendre position au nom de tous les membres de la Société⁶⁴.

À partir de 2006, le Comité attribue de nouvelles tâches aux groupes d'experts : ils deviennent responsables de l'organisation de la journée de perfectionnement qui a lieu traditionnellement à l'automne, devant tenir compte non seulement des aspects scientifiques mais aussi éthiques. À partir de l'année suivante, des sessions spéciales d'experts font partie intégrante du programme scientifique du congrès annuel de la SSOT. Les groupes d'experts ont ainsi l'occasion de faire connaître les nouveautés dans leur domaine ou encore d'informer les membres de sujets qui leur tiennent à cœur⁶⁵.

Ainsi, les groupes d'experts peuvent être amenés à proposer des publications scientifiques. En 2008, le groupe Infections initie un projet de livre sur la prise en charge des infections ostéo-articulaires. Cinq ans après le lancement de ce projet, dirigé par Peter Ochsner, l'ouvrage paraît sous le titre *Infektionen des Bewegungsapparates: Grundlagen, Prophylaxe, Diagnostik und Therapie*. Distribué à tous les membres de la SSOT dès sa parution fin 2013, une deuxième édition complétée est nécessaire l'année suivante pour pouvoir répondre à l'importante demande provenant des pays germanophones. Des exemplaires sont même commandés depuis la Nouvelle Zélande et l'Amérique du Sud. Une traduction anglaise électronique paraît en 2014, suivie l'année suivante par le livre en français,

62 Par exemple, le groupe Infections créé en 2006 se compose de six orthopédistes et de deux infectiologues. Il a pour but de conseiller rapidement les membres de la SSO, d'organiser une journée de formation –la première a lieu en novembre 2006– et d'établir une *checklist* des infections en orthopédie et traumatologie. (« Rapport des groupes d'experts : Infections (O. Borens) », *Bulletin SSO* 75, 2006, 56–57).

63 « Commissions, groupes d'experts et délégations », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 12 (fascicule) ; « Groupes d'experts, Task force, etc. (L. Dubs) », *SSO actuel* 8, 2000, 2–3.

64 « Rapport des groupes d'experts : Trauma (R. Peter) », *Bulletin SSO* 74, 2005, 57–58 ; « Communication externe – voie administrative : appel », *SSO actuel* 26, 2007, 5.

65 « Groupes d'experts : Appel pour adhérer à un groupe », *SSO actuel* 24, 2006, 5.

Infections ostéo-articulaires. Le livre est aussi édité en Chine en 2015 et en Russie deux ans plus tard⁶⁶.

Le succès international remporté par ce livre suisse témoigne d'une lacune dans le domaine de l'infection en orthopédie. Il s'explique aussi par le contexte de la judiciarisation croissante relative aux complications lors d'interventions chirurgicales. En effet, alors que les médecins parlaient du principe qu'une infection est une complication potentielle de toute intervention –sur cette base, des demandes d'expertises adressées à la FMH étaient généralement refusées–, dès les années 2014-2015, les juristes pointent du doigt les hôpitaux présentant des taux d'infection élevés, qui deviennent passibles de dédommagements. Hôpitaux et cliniques doivent dès lors multiplier les preuves que toutes les mesures ont été prises pour prévenir les infections⁶⁷. Des connaissances pointues dans ce domaine et, surtout, une documentation minutieuse du traitement de chaque cas individuel et de l'application de directives décrivant les mesures d'hygiène doivent permettre d'écarter les prétentions en responsabilité civile non fondées. « Sur le plan médical, une infection est et reste fondamentalement une complication fatidique et non une erreur médicale », déclare Josef Brandenburg, ombudsman de la SSOT auprès de la FMH en 2015⁶⁸.

De fait, les exigences de succès vis à vis des chirurgiens orthopédistes sont devenues particulièrement élevées. En 1996, selon une étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies et accidents de l'appareil locomoteur étaient la cause d'environ 20% des cas d'invalidité de par le monde⁶⁹. Dix ans plus tard, en 2005, la création du groupe d'experts Trauma de la SSO, qui mène une activité particulièrement intense, témoigne d'un intérêt grandissant des orthopédistes pour la traumatologie ostéoarticulaire. Cet engouement s'explique, d'une part, par les nouvelles possibilités thérapeutiques et techniques et, d'autre part, par la hausse démographique qui influe sur le nombre d'accidentés (de la route et des loisirs) et, partant, sur la modification de la couverture d'assurance suisse dans la prise en charge de patients traumatisés jouissant d'une bonne santé au moment de leur accident.

66 Peter E. Ochsner & Olivier Borens (éds), *Infektionen des Bewegungsapparates: Grundlagen, Prophylaxe, Diagnostik und Therapie*, 2013 ; Peter E. Ochsner & Olivier Borens (éds), *Infections ostéo-articulaires: Fondements, prophylaxie, diagnostic et traitement*, 2015 ; « Groupes d'experts : Infections (O. Borens) », *SSOT-Bulletin actuel* 1, 2010, 2 ; « Infections (O. Borens) », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 29 ; « Groupe d'experts infections (P. E. Ochsner, O. Borens) », *swiss orthopaedics, focus* 2, 2015, 27 ; Informations de Peter E. Ochsner.

67 « Message de l'ombudsman (J. E. Brandenburg) », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 22.

68 *Id.*, *swiss orthopaedics, focus* 2, 2015, 22.

69 Christopher J. L. Murray & Alan D. Lopez, *The global burden of disease*, WHO 1996, cité dans « The Bone and Joint Decade 2000-2010 for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders », *Bulletin SSO* 67, 1998, 19.

Ainsi, les groupes d'experts sont ceux à travers lesquels le comité de la SSOT prend le pouls des développements techniques en orthopédie et en traumatologie de l'appareil locomoteur. Comme en témoigne Alain Farron, « c'est moins en tant que président de la SSOT que comme président de groupes d'experts qu'on a affaire au volet scientifique : car c'est dans ces groupes que se réalisent certaines études, qu'il faut discuter de nouvelles méthodes et techniques de traitements »⁷⁰.

L'expertise dans le domaine médical devenant toujours plus exigeante, les critères d'admission pour les groupes d'experts le deviennent également. Dès 2008, il n'est plus possible de faire partie de plusieurs groupes d'experts, et il faut avoir été actif dans le domaine spécifique depuis cinq ans d'une manière prépondérante. Au printemps 2010, les présidents des groupes d'experts rencontrent le président de la SSOT pour réévaluer le rôle et la composition des groupes, qui sont appelés à fonctionner toujours plus activement au sein de la Société. Les groupes sont engagés notamment pour l'organisation des journées de formation et du congrès annuel, pour la rédaction des questions pour l'examen FMH, pour établir des *guidelines* et des recommandations de bonnes pratiques, ou encore pour donner un avis éclairé au comité sur des situations et des questions relevant de leurs domaines d'expertises. Ces groupes sont aussi amenés à avoir un rôle prépondérant comme ressources de compétence vis-à-vis des *Medical Boards*, nouvelles instances de contrôle externe alors en gestation⁷¹.

Dans les années 2010, le comité de la SSOT se voit confronté à une croissance importante des sollicitations venant de toute part, non seulement internes (de la part des membres de la Société) mais surtout externes (partenaires étatiques, assureurs, fournisseurs de prestations, médias, etc.). De plus en plus de tâches sont attribuées aux commissions de la SSOT et les groupes d'experts apportent un soutien scientifique régulier aux nombreuses sollicitations des partenaires qui demandent des réponses officielles pointues et rapides. Le comité décide de mettre en œuvre des mesures conduisant à une « professionnalisation » accrue de ses structures. L'une des mesures, valable dès 2016, est d'augmenter le taux d'activité de la directrice qui passe de 50 à 75%. D'autres mesures sont à l'étude telles que l'augmentation de la fréquence des réunions du comité et la création de groupes de travail spécifiques en fonction des besoins ponctuels⁷².

Catherine Perrin rappelle que la plupart des personnes actives dans les Sociétés de disciplines médicales le font bénévolement, « ou pour pas grand-chose ». Elle fait part de son admiration pour les médecins qui s'engagent dans la politique professionnelle, sur une base volontaire, et qui reçoivent en retour beaucoup de

70 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

71 « Groupes d'experts », *SSO actuel* 29, 2008, 7 ; « Critères à remplir pour l'admission dans un Groupe d'experts », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 sept. 2008, Bâle, 7* (annexe *SSOT actuel* 30 [2009]) ; « Politique sociétaire (P. Hoffmeyer) », *RA swiss orthopaedics 2010* (polycopié).

72 « RA 2014-2015 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus 2*, 2015, 4-5 ; « RA 2015-2016 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus 3*, 2016, 5.

critiques. « Il y a ceux qui aiment la politique, mais il y a aussi ceux qui s'investissent alors qu'ils auraient voulu faire autre chose », commente-t-elle⁷³. Par ailleurs, la SSOT doit pouvoir compter sur ses principales forces que constituent les membres.

La base de la Société : les membres et leur assemblée

La SSOT ayant une structure de type associatif, les décisions finales appartiennent à l'assemblée générale de ses membres. Le comité de la SSOT, qui en est le pouvoir exécutif, est d'ailleurs élu en assemblée générale par les membres, lesquels constituent la base et la raison d'être de la Société. Alors que cette dernière comptait vingt orthopédistes lors de sa création en 1942, cinquante ans plus tard, en 1992, elle compte 369 membres ordinaires, auxquels s'ajoutent 11 membres d'honneur, 45 membres extraordinaires (non orthopédistes), 28 membres libres et 9 membres correspondants, soit un total de 462 membres⁷⁴. Andreas Burckhardt relève que, du temps de sa présidence en 1992-1994, « la Société était encore petite ; on connaissait presque tous les membres—peut-être pas les plus jeunes »⁷⁵.

Peu avant, sous la présidence précédente de Jean-Jacques Livio (1990-1992)⁷⁶, Pierre Hoffmeyer, alors membre du comité, proposait de créer la catégorie des membres juniors : « Cette catégorie se destine aux jeunes en formation qui n'ont pas encore tous les critères pour être membres à part entière, c'est-à-dire soit des internes, soit des chefs de clinique en début de formation ou en fin de formation mais pas encore diplômés, qui pourraient être utiles à la Société », explique l'orthopédiste⁷⁷. Les nouveaux statuts de l'année 1992 intègrent donc la catégorie des membres juniors qui, dans un premier temps, peine à obtenir le succès escompté. Le président Andreas Burckhardt doit enjoindre les chefs des cliniques à informer et à inciter les assistants aînés et les chefs de clinique sur cette possibilité de rejoindre la SSO. En 1996, la Société passe la barre des 500 membres⁷⁸.

À partir des années 2000, le comité de la SSO promeut le recrutement de nouveaux membres de façon particulièrement active, afin de contrôler la qualité de l'orthopédie sur un marché médical toujours plus concurrentiel. Les exigences de la LAMal et la libre circulation des personnes motivent aussi cette politique de recrutement. Tout chirurgien orthopédiste pratiquant en Suisse et reconnu

73 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

74 « Rapport 1992 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 57, 1993, 7.

75 Entretien avec Andreas Burckhardt (président 1992-1994).

76 Jean-Jacques Livio est nommé, en 1978, directeur de l'Hôpital orthopédique de Lausanne et chef du nouveau Service d'orthopédie et de traumatologie créé en commun avec l'Hôpital cantonal vaudois, futur CHUV.

77 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

78 « Rapport 1992 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 57, 1993, 4 ; « Rapport 1996 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 65, 1997, 4.

comme non-membre est invité à adhérer à la Société et, en 2007, sous la présidence de Josef Brandenburg, le comité prie les groupes régionaux d'orthopédistes de ne plus accepter dans leur sein des non-membres et de les signaler au secrétariat de la SSOT⁷⁹.

En 2010, avec 604 membres ordinaires, la Société obtient une hausse de 6% par rapport à 2009, ce qui témoigne de sa croissance continue. À ces membres ordinaires s'ajoutent 199 autres membres (honoraires, juniors, d'honneur, extraordinaires et correspondants), soit 803 membres au total. En 2011, le comité de la SSOT adapte les statuts à la Loi sur les associations et fait figurer, parmi les changements principaux, le fait que les parrains qui recommandent les nouveaux membres pour l'admission doivent être membres ordinaires de la Société depuis au moins 5 ans⁸⁰. Cette nouvelle condition, qui fait partie de l'assurance qualité—le parrain doit être une personne connue de ses pairs et considérée comme intègre—, n'empêche pas la SSOT de voir le nombre de ses membres augmenter, au point de devenir la Société de spécialisation médicale la plus grande. L'année la plus récente (2018) comptabilise un total de 1'017 membres (dont 83 femmes), qui se partagent entre 742 membres ordinaires, 162 membres honoraires, 31 membres d'honneur, 60 membres juniors, 19 membres extraordinaires et 3 membres correspondants. Par ailleurs, la profession se féminise peu à peu: dans les années 1990, on comptait 1 à 2 femmes sur les 20 à 30 nouveaux membres adhérant annuellement à la Société, alors qu'elles sont 12 sur les 44 nouveaux membres élus en 2017-2018⁸¹.

Avec une cotisation annuelle de CHF 150 dans les années 1990, qui augmentera jusqu'au quadruple dans les années 2010⁸², les membres sont aussi l'une des deux principales sources de financement de la SSOT, la seconde source provenant des inscriptions au congrès annuel.

Le congrès annuel, lieu d'échanges et manne financière de la Société

Chaque année, durant quelques jours, la SSOT organise un congrès pour ses membres, qui s'y retrouvent entre professionnels de la branche de tout le pays. C'est l'occasion pour la « base » de la Société de prendre les décisions la concernant lors de l'assemblée générale, et de présenter des recherches ou découvrir celles

79 « RA du Président (J. E. Brandenburg) », *Bulletin SSO* 76, 2007, 40.

80 « Politique sociétaire (P. Hoffmeyer) », *RA swiss orthopaedics 2010* (polycopié); « Révision des statuts », *SSOT-Bulletin actuel* 2, 2011, 21.

81 *Bulletins SSO*, années 1990, 1995, 1996, 1997; « Élection nouveaux membres », *swiss orthopaedics, focus* 5, 2018, 7–18.

82 Depuis 2018, la cotisation d'un membre ordinaire de la SSOT se monte à CHF 800, dont CHF 160 sont reversés à la fmCh et CHF 300 au fonds des bourses.

des pairs lors de sessions scientifiques qui prennent diverses formes: conférences, communications libres, discussions de cas, symposiums, posters. La participation à ces présentations peut être comptabilisée dans l'enseignement postgradué et continu que suivent les participants, qui fréquentent aussi dans ce même but les congrès d'autres Sociétés nationales et internationales. Des cours obligatoires sont par ailleurs dispensés dans le cadre du congrès annuel de la SSO, tel que celui d'introduction à l'orthopédie technique destiné aux candidats au titre de spécialiste FMH en chirurgie orthopédique⁸³. L'ensemble confère donc une certaine importance à la manifestation qui est fréquentée avec assiduité.

En outre, depuis la fin des années 1980, le congrès annuel de la SSO propose deux thèmes principaux, l'un consacré à l'orthopédie et l'autre à la traumatologie, afin d'assurer une certaine variété des sujets. En 1992, par exemple, le congrès annuel qui se tient à Lausanne a pour thème orthopédique « les affections non-traumatiques de la colonne lombaire », tandis que le thème en traumatologie se consacre aux « lésions ligamentaires fraîches des membres inférieurs »⁸⁴. Des présentations spécifiques ont aussi lieu en collaboration avec des partenaires industriels, lesquels peuvent en outre exposer leurs produits dans un forum qui leur est réservé. La manifestation qui, depuis ces dernières années, se tient sur trois jours en juin dans l'un ou l'autre centre urbain du pays, est donc à la fois un lieu de réseautage professionnel et de formation scientifique.

Pendant plusieurs années, le congrès de la SSO s'organise avec les autres Sociétés de disciplines chirurgicales du pays au sein du congrès commun de l'Union des Sociétés chirurgicales suisses (ci-après l'Union), qui a lieu tous les quatre ans. Dans ce cas de figure, l'assemblée générale de la SSO a lieu séparément des assemblées des différentes Sociétés présentes. Lors du congrès commun de 1994 qui se tient à Lucerne, le thème principal, auquel toutes les Sociétés de disciplines se rallient, est « l'assurance qualité »⁸⁵. Deux autres congrès réunissant les Sociétés de l'Union auront lieu en 1998 et en 2002, dernière année de cette rencontre commune du fait de la dissolution de l'Union en 2006.

Il arrive aussi que, ponctuellement, le congrès de la SSO s'associe avec d'autres Sociétés médicales, suisses ou étrangères. Ainsi, le congrès de 1993 est organisé à Munich en commun avec les Sociétés allemande et autrichienne d'orthopédie. Le président d'alors, Andreas Burckhardt, se souvient d'avoir assumé seul la représentation de la SSO auprès des Sociétés soeurs, en ayant voyagé plusieurs fois entre Munich et Olten, tandis qu'il emploie sa propre secrétaire pour le reste de l'organisation avec l'aide du secrétaire de la SSO André Gächter. « La Société était

83 « Rapport 1997 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 66, 1998, 5; « Congrès 2015 », *swiss orthopaedics, focus* 2, 2015, 18.

84 Une liste des thèmes des congrès annuels de la Société de 1992 à 2019 se trouve en annexe.

85 « Kongress der Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 58, 1993, 58.

alors petite: il y avait environ 200 membres présents au congrès», note Andreas Burckhardt, qui relève aussi que les discussions informelles entre congressistes sont alors plutôt scientifiques et moins économiques comme elles le deviendront par la suite⁸⁶. En 1997, sous la présidence d'André Kaelin, c'est au tour de la Société belge de chirurgie orthopédique et traumatologique de se rapprocher de la SSO pour organiser un congrès qui se tient à Montreux. La manifestation remporte un certain succès avec une fréquentation de plus de 600 participants⁸⁷.

C'est dès l'année 1995, à la demande d'Harold Vasey⁸⁸ chargé de coordonner le congrès annuel à Genève, que la secrétaire de la SSO Barbara Bühlmann est mandatée pour organiser la manifestation. Harold Vasey commente ainsi le contexte qui pousse à déléguer cette tâche :

« Ce congrès était le quatrième à l'organisation duquel je participais depuis mon arrivée à Genève. Je mesure donc bien le changement de dimension de nos réunions annuelles. Nous avons désormais dépassé les possibilités d'un comité de milice. Même dans une clinique universitaire, le secrétariat, victime de réductions d'effectifs, ne peut plus prendre en charge la correspondance nécessaire. J'ai donc décidé, avec l'approbation du Président, de demander à Madame B. Bühlmann, directrice de *Congress and Business Services*, d'assumer l'administration du congrès. Madame Bühlmann, responsable du secrétariat de notre Société, me semblait la mieux préparée à cette tâche. »⁸⁹

Ainsi, au fil des congrès, le comité de la SSO concède de nombreux efforts afin d'améliorer la qualité de l'événement. En 1996, à Berne, on tente de limiter la durée du congrès à deux jours plutôt que trois (ou quatre lors de congrès communs), mais on reviendra rapidement aux trois jours habituels. Un questionnaire de satisfaction envoyé aux membres au début des années 2000 permet aussi au comité de modifier la structure de la manifestation sur la base des réponses obtenues. Dès 2005, le nombre de sessions parallèles est réduit afin d'assurer une plus grande fréquentation des participants aux différentes présentations, et la journée du samedi est supprimée: « Au congrès de la SSOT, il y a deux à trois sessions en parallèle. C'est beaucoup plus petit qu'au congrès de l'EFORT, où beaucoup d'événements se déroulent en même temps », précise Claudio Dora, qui entre en 2012 dans le comité de la SSOT en tant que secrétaire scientifique chargé de l'organisation du congrès annuel⁹⁰. Il seconde ainsi le président de congrès local qui, dès 2005, est nommé chaque année pour l'organisation effectuée sur place⁹¹.

86 Entretien avec Andreas Burckhardt (président 1992-1994).

87 « Rapport 1997 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 66, 1998, 4.

88 Harold Vasey (1930-2002) développe dans les années 1960 la traumatologie à la clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil locomoteur de l'Hôpital cantonal de Genève. Nommé professeur ordinaire d'orthopédie, il devient médecin-chef de la même clinique de 1989 à 1995.

89 « Réflexions sur le congrès de la SSO à Genève en 1995 (H. Vasey) », *Bulletin SSO* 64, 1996, 17.

90 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

91 « Congrès 2005 : Compte rendu (Th. Kehl) », *SSO actuel* 23, 2005, 2.

Le succès de la manifestation est au rendez-vous et nécessite une importante logistique. Avec près de 1'000 participants, le congrès de 2006 atteint un taux record. Le lieu de l'événement a peut-être attiré la communauté majoritairement masculine des orthopédistes, puisqu'il se tient dans le centre de formation de l'Armée suisse à Lucerne. À moins que ce ne soit l'un des thèmes principaux, particulièrement d'actualité et orienté pour l'occasion tant sur l'orthopédie que la traumatologie: « Le thème de la chirurgie minimalement invasive a rempli les auditoriums tout au long du congrès », relate le procès-verbal de l'assemblée générale⁹². Le comité de la SSOT relève par ailleurs qu'avec l'organisation de ce congrès très fréquenté, la Société a atteint ses limites étant donné que peu de centres peuvent accueillir des manifestations d'une telle envergure du point de vue des locaux et de la technique. On en vient à la conclusion que les congrès annuels ne pourront dorénavant s'organiser que dans quelques villes suisses répondant aux exigences en infrastructure. Afin de faire face à la logistique et de renforcer le professionnalisme de la manifestation, le congrès mandatera dès 2011 la firme ORGANIZERS⁹³.

L'afflux de participants au congrès ne doit pas pour autant empêcher que se maintienne une ambiance conviviale durant la manifestation. Dès le congrès de 2008 à Bâle, la séance d'ouverture et la soirée de gala sont revalorisées par l'invitation faite aux nouveaux membres d'y participer, ainsi que par l'intégration de la distribution des prix scientifiques. De plus, la manifestation réserve pour la première fois une vitrine à l'EFORT, avec un forum qui lui est consacré. Pour la première fois aussi, lors de ce même congrès, un manuel servant de guide d'organisation, élaboré par Thomas Kehl et Catherine Perrin, est appliqué⁹⁴. Autre exemple, à l'occasion du 75^e congrès annuel de 2015 qui se tient à nouveau à Bâle, un intermède musical est proposé par le *Swiss Orthopaedic Quartet* interprétant une composition de Mozart. Le quatuor réunit les trois orthopédistes Fritz Hefti (piano), Josef Brandenburg (viole) et Luzi Dubs (violoncelle), accompagnés du célèbre violoniste Ronny Spiegel qui dirige également les répétitions⁹⁵. « Après cette première collaboration musicale, nous avons eu d'autres projets pour notre groupe Quartet. Comme nous avons été, les trois orthopédistes, d'anciens fellows de l'ASG [*Austrian-Swiss-German Traveling Fellowship*], nous avons aussi joué en 2018 lors de la journée des 40 ans de l'ASG-*Fellowship* à Baden-Baden », commente Josef Brandenburg⁹⁶.

À l'échelle de chacune des présidences, les échanges avec d'autres collègues étrangers lors des congrès annuels sont perçus comme étant relativement modestes. Par rapport aux congrès orthopédiques d'autres nations, lorsqu'il est seul organisateur, le congrès de la SSOT reste en effet le plus souvent de taille

92 « Congrès 2006 : Compte rendu (Th. Kehl) », *SSO actuel* 25, 2006, 3.

93 *Ibid.*, 3-5; « Congrès 2012 », *SSOT-Bulletin actuel* 2, 2011, 28.

94 « RA du Président (J. E. Brandenburg) », *Bulletin SSO* 77, 2008, 33.

95 « Congrès 2015 », *swiss orthopaedics, focus* 2, 2015, 18.

96 Entretien avec Josef E. Brandenburg (président 2006-2008).

limitée, proportionnée à celle du pays. Mais cela n'a pas toujours été le cas : « Au tout début de la SSO, le congrès était très international. Lorsque Maurice Müller était président, tout le monde venait voir ce que les Suisses faisaient avec l'AO. Et à présent, il y a de temps en temps des gens qui viennent de l'étranger », observe Claudio Dora⁹⁷. Quant à André Kaelin, qui se souvient du congrès commun de 1997 avec la Société belge de chirurgie orthopédique qu'il avait eu à cœur d'organiser durant sa présidence, il estime aussi qu'il y a eu peu d'autres rencontres communes. Selon lui, si l'AO a été un élément porteur de l'orthopédie suisse autrefois, elle n'a pas eu l'impact souhaité sur la SSO :

« Il y a certes beaucoup d'orthopédistes suisses reconnus en Europe et dans le monde, mais pas la SSOT en tant que telle. Elle n'a pas eu le rayonnement qu'elle aurait pu avoir. Elle a été un peu éteinte par l'AO, qui était une force d'enseignement. En somme, la SSO se laissait "couler" là-dedans. On se disait : "L'AO est suisse, nous on est suisse, et cela va bien ainsi." »⁹⁸

D'autres présidents revendiquent la composante régionaliste du congrès de la SSOT, afin que soient privilégiés les échanges entre collègues de la Suisse dans une manifestation à budget modéré. C'est l'avis de Bernhard Jost :

« On préfère faire notre congrès seul, car c'est vraiment *notre* événement annuel et nous ne voulons pas le partager. C'est un revenu financier très important qui permet à la SSOT de vivre, ce qui n'a pas été le cas avec l'EFORT [le congrès commun de l'EFORT et de la SSOT qui s'est tenu en Suisse en 2016] : on y a récupéré un dixième de ce qu'on obtient en général en un an, et pour cela ça a été un congrès décevant. »⁹⁹

Alain Farron porte un autre regard sur cette expérience qu'il aurait souhaité voir se perpétuer :

« La collaboration avec l'EFORT en 2016 a été une réussite, c'était très positif car c'était une opportunité de s'ouvrir à d'autres. Mais elle ne s'est pas poursuivie de façon active, même s'il y a toujours un représentant de la SSOT au sein de l'EFORT. »¹⁰⁰

Aussi, Alain Farron regrette-t-il que la SSOT soit relativement fermée, en comparaison à d'autres Sociétés telles que la SOFCOT en France, qui reçoit chaque année des Sociétés d'orthopédie d'autres pays : « La SSOT n'invite pas les gens, on n'a pas comme d'autres Sociétés une quantité de présidents étrangers qui viennent à notre congrès annuel. C'est exceptionnel quand cela se produit », commente le médecin¹⁰¹. Bernhard Jost rappelle quant à lui que la Suisse a été en 2016 la nation

97 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

98 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

99 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

100 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

101 *Ibid.*

invitée de la *Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie-DGOU*, dans un congrès comptant près de 11'000 participants ; mais ce n'est pas l'ambition de la SSOT selon lui :

« Nous avons des thèmes principaux, pour lesquels nous pouvons inviter des pays référents, cela arrive parfois. Mais si on invite une Société spécialisée, cela fait une journée prise pour cette spécialité. On préfère donc rester entre orthopédistes de Suisse, ce qui permet aussi au congrès de remporter un grand succès, d'un haut niveau de qualité, il faut le reconnaître. »¹⁰²

Cette organisation à échelle modeste est aussi un gage de retombées financières pour la SSOT, qui peut capitaliser sur les inscriptions des membres venus se former au congrès, et celles des exposants venus y présenter leurs produits. Bernhard Jost le souligne dans un rapport annuel :

« Du point de vue financier [...] cet événement annuel constitue l'une de nos principales sources de revenus sans laquelle notre Société ne pourrait pas fonctionner avec autant de succès. »¹⁰³

Les congrès annuels de la SSOT offrent aussi aux partenaires industriels une importante visibilité dans le cadre des expositions de leurs produits (implants, appareils de chirurgie, etc.). « Par rapport à la taille du pays, le sponsoring constitue un très vaste et lucratif marché aux produits. Par comparaison avec d'autres délégations internationales de sociétés de produits orthopédiques, dans le marché très libéral de la Suisse, les prothèses et les implants se vendent parfois jusqu'à trois fois le prix où ils sont créés », relève Alain Farron¹⁰⁴. Claudio Dora, ancien secrétaire scientifique pour l'organisation des congrès, évoque l'attraction de ceux-ci auprès des partenaires industriels, mais pas uniquement :

« L'industrie veut y être présente, mais il y a aussi des orthopédistes étrangers. La SSOT leur loue la place dans le cadre d'une grande exposition où ils exposent sur des stands, qui sont parfois à deux étages. Tout le monde peut venir : un hôpital, s'il veut se présenter, le peut aussi, mais ce sont surtout les industriels qui sont présents. »¹⁰⁵

Par son organisation interne bien rôdée, le nombre important de ses membres et la vitrine qu'offrent les congrès annuels à l'orthopédie suisse, la SSOT est un acteur non négligeable dans le développement de la discipline. Elle n'est toutefois pas seule dans ce domaine, où participent aussi des groupes régionaux et des groupes de travail.

102 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

103 « RA 2016-2017 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus 4*, 2017, 2.

104 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

105 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

Réseaux et collaborations

Les groupes régionaux et associés

Les possibilités données aux médecins d'adhérer à divers groupes, associations ou sociétés bénéficient tant à leur formation continue qu'à la densification de leur réseau scientifique. Ainsi, outre la SSO qui défend leur discipline propre, les orthopédistes ont accès à des groupes régionaux qui constituent des sortes de sous-sections relativement autonomes et néanmoins reliées à la Société mère. Dans les années 2000, l'orthopédie suisse se mobilise au sein de groupements tels que les *Ostschweizerische Orthopädenvereinigung-OSO*, *Innerschweizer Orthopäden-ISO*, *Berner Orthopäden-BGO*, *Orthopäden Regio basiliensis*, *Aargauische Vereinigung orthopädischer Chirurgen-AVOC*, Groupement des orthopédistes vaudois-GOV, *Società orthopedica ticinese-SOTI*, Société genevoise de chirurgie orthopédique-SGCO, Association fribourgeoise des chirurgiens orthopédistes-AFCO, Groupement orthopédique valaisan, ou encore les *Zürcher Orthopäden*¹.

Des spécialistes de différents milieux professionnels se regroupent aussi autour d'une thématique particulière commune à leur champ d'activités. En 2002 est par exemple créée l'Association romande pour l'étude de la hanche (AREH), qui réunit des médecins spécialistes en chirurgie orthopédique, des ingénieurs de recherche et des partenaires industriels exerçant dans le domaine. Promouvant autant la chirurgie conservatrice que la chirurgie prothétique, l'AREH propose une bourse d'étude et, dès 2007, un prix décerné lors du congrès annuel de la SSOT².

Des groupes de travail transrégionaux sont aussi créés pour faciliter les échanges d'idées et les discussions en plus petit comité. Cette forme relativement souple dispense de la création d'une Société formelle, tout en pouvant bénéficier du soutien de l'une d'entre elles. C'est par exemple le cas du Groupe de travail de pédiatrie orthopédique, formé en 1992 par André Kaelin. Placé sous le patronage de la SSO, ce groupe réunit des confrères de la pratique libre ou de cliniques étatiques qui se consacrent tout ou partie à la pédiatrie orthopédique. Les sujets de discussion sont innombrables: le développement des mesures de réadaptation, les techniques de soins, les questions d'assurances, la formation postgraduée. Les réflexions se nourrissent aussi à travers les échanges avec d'autres groupements internationaux, tel que la *Pediatric Orthopaedic Society of North America* - POSNA³.

1 « Rapport des groupes régionaux », *Bulletin SSO* 75, 2006, 49-51; *Id.*, *Bulletin SSOT* 77, 2008, 45.

2 « Prix de l'AREH », *Bulletin SSO* 77, 2008, 80-81.

3 « PV de l'AG ord. du 19 juin 1992, Lausanne: Varia », *Bulletin SSO* 56, 1992, 55; « Gruppe für Pädiatrische Orthopädie (R. Brunner) », *Bulletin SSO* 56, 1992, 61.

L'existence d'un tel groupe de travail se légitime d'autant plus que l'orthopédie pédiatrique suisse, développée dans les années 1980-1990 par Fritz Hefti à Bâle et André Kaelin à Genève, n'est reconnue ni comme titre FMH, ni comme sous-titre de spécialiste. André Kaelin en rappelle l'origine pour Genève :

« Après des stages de formation en orthopédie pédiatrique en France et aux États-Unis, j'ai été nommé en 1987 médecin adjoint pour l'orthopédie pédiatrique à l'Hôpital cantonal de Genève, mais de façon assez particulière, puisque c'était au sein du service de chirurgie pédiatrique. »⁴

C'est progressivement qu'André Kaelin obtient aux HUG la création d'une unité d'orthopédie pédiatrique, qui reste d'abord dépendante de la chirurgie pédiatrique, avant de devenir en 2000 un service autonome sous sa responsabilité. Ainsi, bien que les racines de l'orthopédie plongent dans un passé dédié à l'enfance, l'immersion dans la chirurgie au tournant des 19^e-20^e siècles a progressivement fait passer cette origine en marge de l'orthopédie⁵. Si bien qu'en Suisse, l'orthopédie pédiatrique survit par la fusion avec la chirurgie pédiatrique. Mais elle n'a pas de titre reconnu, ce qui fait dire à André Kaelin que « pour l'instant, en Suisse, ça n'existe pas l'orthopédie pédiatrique »⁶.

La SSO ne cherche donc pas l'exclusivité auprès de ses membres, qu'elle encourage même à approcher d'autres Sociétés médicales suisses. En 1992, par exemple, le président de la SSO Andreas Burckhardt informe de la tenue, à Olten, du congrès de la Société suisse de médecine des accidents et maladies du travail, qui a pour thème principal les traumatismes de l'épaule. Il enjoint les membres de la SSO à participer à ce congrès et même à devenir membre de cette Société⁷.

Les membres de la SSO fréquentent aussi la Société suisse de chirurgie et médecine du pied (SFAS) qui, en 2005, est la plus grande des Sociétés associées de la SSO. L'effort principal de cette Société porte sur la formation continue qui remporte un certain succès auprès des diverses disciplines médicales concernées. Une femme est élue pour la première fois à la présidence de la SFAS en 2007 – fait assez rare pour être souligné. À cette même époque, la SFAS fait face à un nombre croissant de publications concurrentielles destinées au grand public, dont elle considère l'information comme étant tronquée et à visées davantage commerciales que médicales. Le comité de la SFAS prend position auprès des parties concernées pour tenter de juguler cette pratique, qui touche aussi les orthopédistes et d'autres

médecins. C'est aussi pourquoi la SFAS décide d'intensifier ses contacts avec la SSO et la FMH afin de trouver des solutions adéquates⁸.

Certaines sociétés, nouvellement créées dans les années 2000, se sentent partagées entre une volonté d'indépendance et la nécessité d'être soutenues par des sociétés mères. C'est le cas de la Société suisse de chirurgie du rachis (SSCR), dont les domaines d'activités sont communs à l'orthopédie et à la neurochirurgie. Présidée alternativement par période de deux ans par un membre issu de la spécialité orthopédique et issu de la spécialité neurochirurgicale, la SSCR veut créer un pont constructif entre ces deux disciplines, ainsi qu'avec tous les médecins prenant en charge les affections du rachis. Les activités principales sont les conférences scientifiques, la défense des intérêts spécifiques des chirurgiens du rachis et l'anticipation de problèmes qui pourraient se manifester lors de prises en charge de nouveaux traitements⁹.

Mais alors que chez certains voisins européens, on travaille à l'introduction d'un titre de spécialiste en chirurgie spinale, la SSCR plaide quant à elle pour le maintien de l'obtention initiale du titre principal d'orthopédiste ou de neurochirurgien, tout en essayant d'acquiescer plus d'autonomie. Ainsi, durant l'année 2006, elle mène des négociations avec l'Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (fmCh) afin d'en faire partie comme Société à part entière¹⁰. Cette situation peut sembler paradoxale, mais ne l'est pas nécessairement, comme l'explique André Kaelin, qui fut membre fondateur de la SSCR :

« La Société suisse de chirurgie du rachis est une sorte de Société intermédiaire, composée de neurochirurgiens et d'orthopédistes. Elle fait actuellement partie à part entière de la fmCh, et tente à présent de faire reconnaître un titre de chirurgie du rachis qui serait commun à la neurochirurgie et à l'orthopédie, ceci en relation avec les titres européens de chirurgie rachidienne qui existent déjà. »¹¹

En Suisse, la chirurgie du rachis se trouve ainsi dans une situation similaire à celle de l'orthopédie pédiatrique, qui toutes deux n'ont pas une reconnaissance de titre à part entière, à l'inverse d'autres pays comme l'Angleterre ou les États-Unis.

André Kaelin, qui a été parmi les fondateurs des sous-groupes orthopédie pédiatrique et chirurgie du rachis, s'accommode parfaitement de cette situation qu'il soutient même activement. S'il est à l'époque partisan des groupes de travail dans des domaines de sous-spécialités, il est en revanche contre le développement de Sociétés de sous-spécialistes :

4 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

5 Sur cette « transformation » de l'orthopédie, passant progressivement de l'enfant à l'adulte, et sur des comparaisons avec d'autres pays, voir Mariama Kaba, *Une histoire de l'orthopédie, op. cit.*

6 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

7 « PV de l'AG ord. du 19 juin 1992, Lausanne: Varia », *Bulletin SSO* 56, 1992, 55.

8 « Rapport des sociétés associées: Société suisse de chirurgie et médecine du pied (P. Rippstein) », *Bulletin SSO* 74, 2005, 63; *Id.*, *Bulletin SSO* 75, 2006, 59.

9 « Rapport des sociétés associées: Société suisse de chirurgie du rachis (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 76, 2007, 63-64.

10 *Ibid.*; « Société suisse de chirurgie du rachis (P. Moulin) », *Bulletin SSO* 75, 2006, 62-63.

11 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

« Si on avait développé de telles Sociétés très structurées, on aurait des orthopédistes du sport, de la hanche, du genou, du pied, de la pédiatrie. La SSO serait alors vidée de toute sa substance dans ces sous-spécialités. »¹²

André Kaelin appuie donc le vote contre la création de telles Sociétés et, partant, contre la reconnaissance de ces sous-spécialités en spécialités indépendantes, « pour que les orthopédistes continuent à se retrouver dans la SSO pas uniquement pour parler de finances », commente-t-il, en relevant toutefois le cas à part de la chirurgie de la main :

« Il y a eu une exception avec la chirurgie de la main, qui était séparée et reconnue comme Société associée— mais les choses étaient déjà *de facto* ainsi¹³. Elle a par la suite obtenu le titre FMH à part entière. »¹⁴

Dans le but de gérer le réseau toujours plus dense de ces groupements, le comité de la SSOT se dote dans les années 2010 d'un volet « *Networking* », présidé par Jacques Ménétreay. Ce volet a pour but d'entretenir des contacts étroits avec les groupes régionaux et d'experts, ainsi qu'avec les instances actives dans la politique professionnelle (FMH, fmCh). De plus, ce réseau est en relation continue avec les Sociétés nationales étrangères d'orthopédistes tels que l'AAOS, la SOFCOT, la *Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie* (DGOOC, auparavant DGOT), l'*Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie* (ÖGO), la *Bundesverband Ambulantes Operieren*-BAO¹⁵. À un niveau plus large, la SSO s'investit dans la création de la Fédération européenne des Sociétés d'orthopédie et de traumatologie, l'EFORT.

Les relations internationales et l'EFORT

L'EFORT prend naissance au début des années 1990, dans le contexte des négociations qui aboutissent à l'Espace économique européen (EEE)—auquel la Suisse n'adhère pas. Issue de la communauté des douze pays de l'EEE et initiée par les chirurgiens orthopédistes Jacques Duparc (France) et Michael Freeman (Angleterre), l'EFORT s'élargit d'emblée aux pays nordiques, à la Suisse et à l'Autriche, et reste également ouverte aux pays de l'Est. Son but avoué est d'égaliser les congrès de

l'AAOS, dont la notoriété confirme le leadership américain grandissant dans le champ orthopédique¹⁶.

Dès les préparatifs de l'EFORT, la SSO souhaite y prendre part. Le président de la SSO Jean-Jacques Livio, le vice-président Andreas Burckhardt et l'ancien président et orthopédiste de renom Erwin Morscher¹⁷ sont choisis pour faire partie de la première délégation des pays fondateurs de l'EFORT¹⁸. Andreas Burckhardt se souvient que l'événement occupe alors une part importante de son activité :

« Je suis probablement le seul, à la SSO, à avoir connu les tout débuts de l'EFORT, car le président de la SSO d'alors, Jean-Jacques Livio, m'a laissé la charge de faire plusieurs voyages, à Paris et à Munich, en tant que représentant de la Suisse pour la création de l'EFORT. »¹⁹

Andreas Burckhardt est présent lors de la première rencontre des membres fondateurs de l'EFORT à Turin à l'automne 1991, dans un centre de formation de la marque automobile FIAT. L'orthopédie suisse est alors bien positionnée au niveau international, avec des figures telles que Maurice Müller et Erwin Morscher.

Les statuts de l'EFORT sont définitivement adoptés à Munich en octobre 1992. Le mois suivant, à l'occasion du congrès français de la SOFCOT, le premier comité exécutif de la nouvelle Fédération européenne est formé. À la même époque, la SSO confirme officiellement sa volonté d'entrer dans cette Fédération. Alors nouveau président de la SSO, Andreas Burckhardt compare lui aussi l'EFORT à la célèbre AAOS, en rappelant les enjeux du projet européen pour la Société suisse :

« Si l'EFORT considère ses devoirs en matière de formation, décrits dans ses statuts, autant que l'AAOS aux États-Unis, cette société mérite sans aucun doute notre total soutien. »²⁰

Le congrès de l'EFORT participe donc à la formation des orthopédistes de la SSO, au même titre que les autres outils à disposition tels que les congrès annuels de la SSO ou les journées de perfectionnement.

Mais l'EFORT doit aussi permettre de densifier le réseau européen de la Suisse. Ainsi, à la suite du congrès annuel de la SSO de 1993 qui se tient à Munich en commun avec la *Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie* (DGOT) et l'ÖGO, la DGOT est intéressée à répéter l'expérience, tandis que l'ÖGO n'est pas encore décidée. La SSO, quant à elle, avance l'argument d'être une Société plurilingue et, de ce fait, de ne pas pouvoir s'engager trop fortement dans l'espace germanophone,

12 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

13 Le Groupe suisse d'étude de chirurgie de la main, créé dans les années 1960, se constitue en Société au début des années 1980. La spécialité obtient le titre FMH en 2007.

14 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

15 « Nouveau comité—nouveaux ressorts— nouvelles tâches (B. Christen) », *SSOT-Bulletin* actuel 5, 2012, 5.

16 Mariama Kaba, *Une histoire de l'orthopédie*, op. cit., 193–194.

17 Erwin Morscher (1929-2008) succède à George Chapchal à la chaire ordinaire d'orthopédie de l'Université de Bâle en 1971, et devient ainsi chef de clinique des trois sites de la clinique universitaire de Bâle (1971-1995). Il préside la SSO de 1982 à 1984. Sur Livio, voir plus haut à la note 75 page 37.

18 « PV de l'AG ord. du 19 juin 1992, Lausanne : Fédération européenne d'orthopédie EFORT », *Bulletin SSO* 56, 1992, 54.

19 Entretien avec Andreas Burckhardt (président 1992-1994).

20 « Rapport 1992 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 57, 1993, 6.

en plus du fait qu'elle organise déjà tous les quatre ans un congrès commun avec d'autres Sociétés, au sein de l'Union. De plus, la nouvelle Fédération européenne permet d'envisager une option plus favorable: «Nous croyons que les relations internationales devraient plutôt se lier au sein du congrès de l'EFORT», exprime le président de la SSO Andreas Burckhardt²¹.

L'EFORT permet d'ailleurs d'envisager d'unifier les formations entre orthopédistes européens dans le cadre d'une section ad hoc, l'Union européenne des médecins spécialisés (UEMS). La SSO délègue un observateur des statuts encore à créer de l'UEMS en la personne d'André Gächter, bientôt accompagné par Pierre-François Leyvraz. À l'instar des délégués des autres nations, ils obtiennent la fonction de partenaires à part entière dans les discussions qui portent sur le rôle, encore à clarifier, de l'UEMS dans l'harmonisation européenne de la formation postgraduée et continue²².

Au printemps 1993 a lieu la fondation officielle de l'EFORT lors de son premier congrès à Paris, qui se tiendra ensuite tous les deux ans. Aux côtés des initiateurs Michael Freeman et Jacques Duparc, le Suisse Erwin Morscher est nommé responsable du programme scientifique de la manifestation. La fréquentation des membres de la SSO est relativement élevée pour ce premier congrès qui réunit 3'375 participants au total. Quelques mois plus tard, Erwin Morscher est élu vice-président du comité exécutif de l'EFORT, qui tient son deuxième congrès à Munich en 1995. Deux ans plus tard, c'est sous la présidence d'Erwin Morscher que se tient le troisième congrès à Barcelone. De ce fait, dès les premières années, les congrès de l'EFORT comptent une importante présence suisse tant du côté de la présentation de travaux que de la participation en tant qu'auditeurs²³.

En 1999, ce sont 4'000 visiteurs qui se retrouvent lors du quatrième congrès de l'EFORT à Bruxelles. Cette même année, la Suisse est choisie comme lieu de visite par les *fellows* mis sur pied par l'EFORT. Sous la supervision de Roland Jakob, délégué de la SSO pour l'organisation des visites auprès des directeurs de cliniques A, le voyage commence à Genève et se termine à Zurich, en passant par Berne et Bâle. Ce sont près de 30 participants, provenant surtout des pays de l'Est, qui profitent de ce séjour. En échange, deux collègues suisses se rendent en Autriche avec le groupe pour y visiter les cliniques orthopédiques²⁴.

La Suisse se trouve à nouveau fortement impliquée dans l'EFORT au tournant des années 2010, lorsque Pierre Hoffmeyer est sollicité comme *Congress Chairman* de la Fondation européenne en 2009, avant d'en devenir vice-président puis président. Lors du 10^e congrès qui se tient à Vienne en 2009, la manifestation rassemble

déjà plus de 8'000 participants autour des thèmes scientifiques de l'époque que sont notamment le remplacement de l'articulation, l'ostéoporose—«la lutte contre l'ostéoporose s'accélère» prévient Pierre Hoffmeyer²⁵—, la chirurgie du rachis, la traumatologie et les préparations biologiques, les implants et les méthodes minimalement invasives. Lors du 13^e Congrès de l'EFORT qui se tient à Berlin en 2013, Pierre Hoffmeyer, qui est alors *past-président* de la SSOT, devient le deuxième président suisse de l'EFORT, quinze ans après Erwin Morscher²⁶. «Comme l'a dit un de mes collègues, ma présidence à la SSOT a servi de sorte de “galop d'essai” pour être ensuite président de l'EFORT durant deux ans», évoque Pierre Hoffmeyer²⁷.

L'investissement du nouveau président suisse dans l'EFORT est important. C'est que les tensions au niveau international sont fortes, comme le rappelle Christian Gerber:

«À cette époque, il y avait beaucoup de conflits entre l'EFORT et les Sociétés des spécialités internationales, comme la Société de chirurgie de l'épaule ou celle du coude. Pierre Hoffmeyer a œuvré pour aplanir ces conflits, et aussi pour faire venir l'EFORT à Genève.»²⁸

En effet, durant la présidence helvète de l'EFORT, il est décidé que le congrès de 2016 se tiendra en Suisse à Palexpo, le Palais des expositions et des congrès à Genève. Or, selon le calendrier prévu, la manifestation devrait avoir lieu environ deux semaines avant le congrès annuel de la SSOT. Cette situation soulève d'intenses discussions au sein du comité de la SSOT, qui arrive à la conclusion qu'un congrès commun avec l'EFORT serait la meilleure solution, laquelle est acceptée par les membres de la SSOT en assemblée générale²⁹.

Pour la SSOT, cette nouvelle collaboration avec l'EFORT permet un rapprochement significatif avec les instances de la Société sœur européenne, en particulier ses comités exécutif et scientifique, ainsi que ses structures administratives. En effet, cette organisation commune implique de mobiliser des ressources administratives autant que logistiques conséquentes: accords financiers, communication, choix des thèmes, attribution des conférences et des cours invités, finalisation des logos sont autant de sujets à coordonner, en tenant compte de la différence d'échelle entre la Société suisse et l'organisme européen. Durant les préparatifs, la collaboration est jugée satisfaisante par le président de la SSOT Alain Farron, qui déclare dans son rapport annuel de 2015:

25 «EFORT», *SSO actuel* 30, [2009], 6.

26 «Éditorial – RA 2011-2012 (C. Gerber)», *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 1.

27 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

28 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

29 «Congrès 2016: EFOR (lieu, date et thème)», *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 19 (fascicule).

21 «Rapport 1993 du Président (A. Burckhardt)», *Bulletin SGO* 59, 1994, 6.

22 *Ibid.*, 9; «Rapport 1992 du Président (A. Burckhardt)», *Bulletin SSO* 57, 1993, 7.

23 «Rapport 1993 du Président (A. Burckhardt)», *Bulletin SSO* 59, 1994, 6; «Rapport 1996 du Président (A. Kaelin)», *Bulletin SSO* 65, 1997, 5.

24 «EFORT – Fellowships (L. Dubs)», *SSO actuel* 4, 1999, 3; «EFORT», *Bulletin SSO* 68, 1999, 24.

« Swiss orthopaedics a sans doute aussi bénéficié de la grande machine bien rodée de l'EFORT, mais en parvenant à faire entendre sa voix. »³⁰

Aussi, la SSOT joue-t-elle un rôle actif dans l'élaboration du programme scientifique de ce congrès commun, en organisant et en prenant part, conjointement avec l'EFORT, aux nombreuses sessions invitées et sessions de communications libres. Ce faisant, la SSOT vit aussi son premier congrès international tenu en anglais³¹. Pour le président de la SSOT Alain Farron, c'est là une occasion toute particulière « pour affirmer et démontrer l'unité des orthopédistes et représenter l'orthopédie suisse à l'extérieur »³². Pierre Hoffmeyer partage cet avis, tout en ayant conscience des critiques émises par certains de ses collègues :

« On m'en veut un peu au niveau financier, car ça a fait perdre de l'argent à la SSOT. Mais l'EFORT est bien soutenue par les orthopédistes suisses qui, chaque année, y font 5 à 6% des communications. On y trouve une bonne représentation de la Suisse. »³³

Claudio Dora observe quant à lui que l'EFORT révèle des pratiques souvent hétérogènes entre les diverses nations représentées :

« Certains pays sont invités à présenter des conférences et le niveau n'est simplement pas le même. Ça sonne un peu élitaire mais c'est ainsi. »³⁴

De nombreux autres liens internationaux se tissent entre la SSOT et des groupes de divers domaines, qu'il serait fastidieux de détailler ici. On relèvera toutefois que la SSOT maintient ses relations avec la SICOT, dans le giron de laquelle elle était née en 1942 sous le nom d'Association libre des orthopédistes suisses; ou encore l'existence du congrès de la Société européenne pour la chirurgie de l'épaule et du coude-SECEC, créé par le chirurgien suisse de renom Norbert Gschwend³⁵ et le chirurgien français Didier Patte. Malgré l'importante implication des chirurgiens suisses depuis la fondation de la SECEC, son congrès n'aura eu lieu qu'une seule fois en Suisse, à Berne, en 1988. Trente ans plus tard, en 2018, le groupe d'experts suisses obtiendra, grâce aux efforts de son président Alexandre Laedermann, que l'événement se déroule à nouveau sur territoire helvétique, à Genève³⁶.

La SSO contribue donc à établir des liens entre l'orthopédie suisse et l'orthopédie étrangère, et entre diverses Sociétés ou groupements en Suisse, quand bien même

30 « RA 2014-2015 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus 2*, 2015, 4-5.

31 « RA 2015-2016 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus 3*, 2016, 2.

32 « 76^e congrès annuel swiss orthopaedics », *swiss orthopaedics, focus 3*, 2016, 21.

33 Entretien avec Pierre Hoffmeyer, (président 2008-2010).

34 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

35 Norbert Gschwend succède à Maurice Müller en 1956 comme médecin-chef à l'Hôpital Balgrist, où ses premiers assistants sont Bernhard Weber et Erwin Morscher. En 1960, il remplace le médecin-chef Eugen Hallauer, gendre de Wilhelm Schulthess, à la clinique privée du même nom à Zurich.

36 « Message de l'ombudsman (P. Hoffmeyer) », *swiss orthopaedics, focus 3*, 2016, 25.

les témoignages des présidents semblent partagés sur l'intensité de ces échanges, que ce soit lorsque sont évoqués les congrès annuels ou les réseaux de professionnels. Comme l'explique la directrice Rita Zahnd, la première préoccupation de la SSOT est de créer et sauvegarder les meilleures conditions possibles sur le territoire suisse pour ses membres; elle rappelle aussi que « la SSOT étant une des toutes grandes Sociétés de disciplines, sa gestion seule en est déjà assez complexe; avec les sous-spécialités, l'orthopédie devient aussi toujours plus pointue »³⁷. Cela n'empêche pas pour autant des collaborations avec d'autres groupements pour échanger sur des thèmes spécifiques, afin de trouver des solutions ou des compromis. « Ainsi des représentants de swiss orthopaedics participent à des groupes de travail interdisciplinaires quand cela fait du sens ou s'avère nécessaire. Ceci est notamment le cas au sein de la fmCh, de la FMH et pour les questions tarifaires », relève la directrice³⁸. Christian Gerber complète ainsi ce bilan :

« La SSOT est très ouverte, même si elle n'a pas de collaborations étroites avec d'autres Sociétés. Mais elle n'a pas non plus d'importants conflits. Il y a quelques conflits autour de la chirurgie du rachis, car les neurochirurgiens ont des intérêts proches de ceux des orthopédistes, et il y a des "conflits naturels" avec la Société suisse de chirurgie générale à propos de l'appareil locomoteur. »³⁹

Conflits naturels ou tensions historiques, il est un fait que la relation complexe de l'orthopédie suisse avec la chirurgie générale est une particularité de l'histoire des deux disciplines.

Tensions entre orthopédie et chirurgie générale : l'enjeu de la traumatologie

Il faut rappeler que le traitement des fractures de l'appareil locomoteur devient un enjeu important de l'orthopédie à la suite des guerres modernes de la première moitié du 20^e siècle. L'utilisation d'armes sophistiquées provoquant de nombreuses blessures non létales mais invalidantes mobilisent les médecins, également suisses, dans les pays en guerre. Chirurgiens et orthopédistes se trouvent en première ligne pour innover dans les techniques de réparation du corps des soldats et des civils victimes des conflits, qui s'ajoutent aux accidentés de l'industrialisation galopante. Il n'y a toutefois pas consensus entre les pays quant au rapprochement de l'orthopédie et de la traumatologie. Plusieurs écoles existent: l'Autriche et l'Allemagne développent des services de traumatologie centrés sur la notion

37 Entretien avec Rita Zahnd (directrice depuis 2014).

38 *Ibid.*

39 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

d'urgence plus que sur l'appareil locomoteur, et donc indépendants des services d'orthopédie; tandis que l'Angleterre et l'Italie regroupent les lésions traumatiques et non traumatiques de l'appareil locomoteur dans les services d'orthopédie. Quant à la France, elle crée des services de traumatologie du type allemand, mais tenus par des chirurgiens généraux qui dominent dans la chirurgie viscérale.

Or, si la « chirurgie générale viscérale » est encore à l'honneur en France à la fin des années 1970, il n'existe plus de groupes de chirurgiens généraux dans la plupart des pays européens et outre-Atlantique. C'est la fin de l'âge d'or de la chirurgie générale, qu'Yves Ternon a situé dans la première moitié du 20^e siècle. La chirurgie générale, note l'historien, « n'avait pas prévu qu'avec le progrès la forteresse serait démantelée de l'intérieur [...], son territoire s'ét[ant] étendu au-delà des limites contrôlables par un seul homme »⁴⁰. Chirurgie viscérale, cardiaque, spinale, vasculaire... La chirurgie a éclaté en diverses sous-spécialités, « et il ne reste plus grand-chose pour les chirurgiens généraux; ils tentent dès lors de prendre une partie de la traumatologie, et se disent "traumatologues" », commente Alain Farron⁴¹. C'est donc à partir de contextes variés que se développe la traumatologie, tantôt aux mains des orthopédistes, tantôt dans celles des chirurgiens généraux ou traumatologues⁴².

Le même constat peut être établi pour la Suisse. Du fait de la latitude laissée aux cantons et aux hôpitaux, divers systèmes se côtoient au gré des parcours individuels des chefs de clinique et/ou de l'influence des pays voisins. À Lausanne, Berne et Genève, la traumatologie fait partie de l'orthopédie, alors que Bâle et Zurich, à l'instar du voisin allemand, situent la traumatologie en dehors de l'orthopédie, à savoir dans les départements de chirurgie. St-Gall fait un peu figure de cas particulier puisque la traumatologie a toujours occupé une place de choix au sein de l'orthopédie, promue par Maurice Müller, leader de l'AO et médecin-chef à l'Hôpital du canton. Lorsqu'il se rend à Berne pour y exporter son savoir-faire, son successeur à l'Hôpital cantonal de St-Gall, Bernhard Weber – connu pour avoir introduit une classification des fractures de chevilles (types A, B, C)⁴³ –, continue sur la même voie.

Les avis divergent entre les orthopédistes eux-mêmes. Pierre Hoffmeyer dit regretter qu'en Suisse, « on continue à faire la différence entre "savoir qui fait de l'orthopédie et qui fait de la traumatologie" ; alors que ce qu'il faut c'est une spécialité ostéo-articulaire, musculo-squelettique, maladie-accident »⁴⁴. Pour Luzi Dubs, au contraire, la réunion orthopédie-traumatologie n'est pas une solution optimale, car « la traumatologie agit et pense de manière militaire (il faut limiter

40 Yves Ternon, « La fin du chirurgien généraliste », in: P. Aiach & F. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, 1994, 184-185.

41 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

42 Voir Mariama Kaba, *Une histoire de l'orthopédie*, op. cit., 94-95.

43 Sur Weber, voir aussi plus haut à la note 28 p. 51 et à la note 35 p.52.

44 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

la catastrophe), alors que l'orthopédie consiste à établir des plans à long terme, à "penser diplomatiquement". On ne peut pas faire les deux choses en même temps», estime le spécialiste. Il relève que depuis une décennie, l'Allemagne a créé la *Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie*-DGOU en instaurant l'intégration des deux spécialités au niveau national, « mais cela crée beaucoup de problèmes », relève-t-il⁴⁵.

L'hétérogénéité « typiquement suisse », qui caractérise l'ancrage disciplinaire et institutionnel de la traumatologie, constitue le fondement de débats souvent vifs entre orthopédistes et chirurgiens généraux, qui reviennent de façon récurrente. Ainsi, lorsqu'il prend sa fonction de président de la SSO en 1992, Andreas Burckhardt rappelle que les relations avec la chirurgie générale ont été une préoccupation de tous les présidents qui l'ont précédé, depuis au moins Louis Nicod (Lausanne) en 1965. L'époque est alors à une reconnaissance de l'orthopédie en tant que discipline indépendante dans les principales villes universitaires suisses: après les premières chaires extraordinaires à Lausanne (1931) et Zurich (1945), il faut en effet attendre les années 1960 pour voir se créer les chaires ordinaires à Genève, Berne, Bâle puis Lausanne (1973).

C'est aussi à l'issue de pourparlers entamés dans les années 1960 que s'impose le titre FMH de « chirurgien orthopédiste ». L'évolution du marché médical suisse nécessite alors une mise à jour des premières spécialisations FMH qui datent de 1931 et incluaient le titre d'« orthopédiste ». Dans les années 1960, la perspective d'une révision des spécialisations mobilise fortement les diverses Sociétés médicales, qui trouvent là l'occasion de faire valoir de nouvelles prérogatives. Ainsi, la Société suisse de chirurgie (SSC) lance en 1966 la proposition de créer une sous-spécialisation de la chirurgie, qui s'intitulerait « chirurgie de l'appareil locomoteur ». Les orthopédistes se sentent fortement menacés par cette proposition qui nourrit d'intenses débats au sein de l'Union et de la SSO. La SSC renonce momentanément à son projet, tandis que la SSO obtient que le titre de « chirurgien orthopédiste » s'impose dans le nouvel inventaire des désignations FMH, qui entre en vigueur en 1974⁴⁶.

Mais le débat sur les champs de compétence n'est pas clos et, lors du congrès de l'Union qui se tient en 1980 à Lugano, d'intenses discussions aboutissent à ladite « résolution de Lugano », qui reconnaît la traumatologie comme une « zone grise » laissée à l'appréciation des orthopédistes et des chirurgiens généraux. Cette position peu tranchée attise les désaccords entre les deux disciplines, qui tantôt s'ignorent, tantôt se disputent. « Dans les années 1980-1990, savoir si la traumatologie est dans l'orthopédie ou dans la chirurgie générale devient un thème récurrent », rappelle Josef Brandenburg⁴⁷.

45 Entretien avec Luzi Dubs (président 1998-2000).

46 Pour plus de détails, voir Mariama Kaba, *Une histoire de l'orthopédie*, op. cit., 169-172.

47 Entretien avec Josef E. Brandenburg (président 2006-2008).

Les discussions s'enflamment à nouveau lors de la parution en 1991 du *Guide de l'orthopédie Suisse* («*Leitbild der Orthopädie Schweiz*»). Mandaté par la SSO sous la présidence de Gottfried Segmüller (1987-1989)⁴⁸, ce manuel est rédigé par les membres de la commission Intérêts professionnels, Heinz Bereiter, Jürg Knessl et le président de la commission Fritz Hefti. «*Le Leitbild der Orthopädie* a été le premier ouvrage de synthèse posant les principales bases de la politique professionnelle de la SSO, encore valables aujourd'hui», relève Heinz Bereiter⁴⁹. Le document cautionne notamment l'ascendant de l'orthopédie sur la traumatologie de l'appareil locomoteur. Cette déclaration provoque une telle agitation que les présidents et vice-présidents des deux Sociétés, SSO et SSC, se rencontrent en urgence. Les chirurgiens proposent la création d'un titre FMH complémentaire en traumatologie, ce que la grande majorité des membres de la SSO refusent en assemblée générale⁵⁰.

En effet, la SSC, qui suit en cela le modèle du voisin allemand, a développé un projet de programme de formations approfondies (*Schwerpunkte-Program*), qui comprend quatre domaines chirurgicaux: chirurgie viscérale, vasculaire, thoracique et traumatologie. Inquiet de cette prise de décision, le président de la SSO Andreas Burckhardt s'exprime sur la position de la Société dans l'éditorial du *Bulletin SSO* de 1992. Il souligne que la SSO ne souhaite «en aucun cas nier la compétence des chirurgiens dans la traumatologie fraîche», mais qu'elle se tient à la «zone grise» telle que définie par l'Union en 1980 à Lugano; cependant, elle se réserve la traumatologie de l'appareil locomoteur, partant du fait que «plus de la moitié des affections chirurgicales concernent l'appareil locomoteur»⁵¹.

Suite à ces divergences, le comité de la SSO crée un groupe de travail Traumatologie qui, à l'automne 1992, rencontre à Olten le groupe de travail Appareil locomoteur de la SSC. Une autre discussion a lieu début 1993 à Wangs-Pizol (canton de St-Gall), lors de laquelle des tentatives sont faites pour délimiter les champs d'activité en matière de traumatologie de l'appareil locomoteur, en particulier ce qui relève exclusivement de la chirurgie orthopédique: s'il est notamment reconnu que les fractures ouvertes et blessures ouvertes des articulations peuvent être du ressort des deux disciplines, les orthopédistes se réservent en revanche ce qui relève des ostéotomies, alloplasties, problèmes chroniques et instables des articulations, difformités, tumeurs osseuses et infections chroniques. Les deux Sociétés se doivent de coordonner dans ce sens leur formation, et se mettent d'accord pour renoncer à un titre complémentaire FMH en traumatologie. Ces décisions

48 Gottfried Segmüller (1926-2000) pratique notamment à l'Hôpital cantonal de St-Gall, où il crée en 1972 la première unité de chirurgie de la main de Suisse. En 1986, il prend la responsabilité médicale de la nouvelle clinique de chirurgie de la main de St-Leonhard à St-Gall. Il préside la SSO de 1987 à 1989.

49 Entretien avec Heinz Bereiter (président 2000-2002).

50 «Rapport 1992 du Président (A. Burckhardt)», *Bulletin SSO* 57, 1993, 5

51 «Editorial (A. Burckhardt)», *Bulletin SSO* 56, 1992, 51.

sont consignées dans un document de consensus (*Konsenspapier*), qui doit être ratifié lors des assemblées générales des membres de chaque Société⁵².

Ce qui semble être un début de solution trouvée à la longue dispute entre chirurgiens et orthopédistes est attribué, selon le président de la SSO d'alors, Andreas Burckhardt, à un changement de génération qui aurait permis, notamment chez les chirurgiens, à repenser leur pratique et à reconnaître les prérogatives des chirurgiens orthopédistes. Le président de la SSO prévient toutefois qu'une telle solution nécessite du temps pour s'implémenter ainsi qu'une certaine latitude propre à la diversité typique de la Suisse:

«La traumatologie de l'appareil locomoteur sera prise en charge par les orthopédistes et/ou les chirurgiens selon ce que permettent les différents lieux et régions de Suisse où elle se pratique.»⁵³

Les présidents respectifs des deux Sociétés, Peter Matter pour la chirurgie et Andreas Burckhardt pour l'orthopédie, ne sont pas peu fiers d'être parvenus à un tel résultat, après tant d'années de dissensions. Mais la satisfaction est de courte durée, car l'accord des présidents échoue à convaincre les membres de leurs Sociétés respectives: du côté des chirurgiens généraux, la suppression de l'orthopédie élective de leur programme de formation postgraduée ne passe pas; quant aux orthopédistes, ils ne se mettent pas d'accord sur l'utilité d'un tel document. Il s'ensuit une nouvelle proposition au contenu allégé du document de consensus, présentée par la SSC, mais elle ne convainc pas la SSO qui propose de laisser la discussion en suspens⁵⁴. La SSC poursuit son projet de formation approfondie en Traumatologie.

L'existence d'une telle formation préoccupe également le président de la SSO qui succède à Andreas Burckhardt en 1994, Roland Jakob:

«Malheureusement, nous n'avons pour l'instant pas réussi à convaincre du fait qu'un tel programme conduit à une concurrence des spécialités chirurgicales déjà existantes, et qu'il renforce ainsi la tendance d'une expansion que nous devons tous absolument combattre.»⁵⁵

Le comité de la SSO indique à la FMH son veto contre la tendance aux formations approfondies. S'il n'arrive pas à les empêcher, Roland Jakob fait passer auprès de la Chambre médicale suisse, organe décisionnel de la FMH, qu'une spécialisation ne saurait être reconnue que si toutes les Sociétés de disciplines concernées par le programme se sont dites d'accord⁵⁶.

52 «Rapport 1992 du Président (A. Burckhardt)», *Bulletin SSO* 57, 1993, 5-6; «Konsenspapier zwischen der Schweiz. Gesellschaft für Chirurgie und der SGO», *Bulletin SSO* 57, 1993, 43.

53 «Rapport 1992 du Président (A. Burckhardt)», *Bulletin SSO* 57, 1993, 6.

54 «Rapport 1993 du Président (A. Burckhardt)», *Bulletin SSO* 59, 1994, 8.

55 «Rapport 1994 du Président (R. P. Jakob)», *Bulletin SSO* 61, 1995, 42.

56 «Rapport 1995 du Président (R. P. Jakob)», *Bulletin SSO* 63, 1996, 6; «Succès de la discussion sur la "Traumatologie" (L. Dubs)», *SSO actuel* 8, 2000, 1.

C'est dans la même lignée que s'inscrit le président suivant de la SSO, André Kaelin. En 1996, il souhaite lui aussi préserver l'unité de la spécialité orthopédique :

« Il existe en effet des zones de conflit entre les formations approfondies que désire-rait développer la Société suisse de chirurgie et les autres sociétés chirurgicales. Pour le moment, la Société suisse d'orthopédie a décidé de ne pas développer de formation approfondie pour les domaines qui sont couverts par le titre de spécialiste en orthopédie. En effet, le développement de formations approfondies trop nombreuses dévaloriserait le titre principal. »⁵⁷

La controverse autour d'une formation approfondie en traumatologie est loin d'être terminée, comme on le verra plus loin. Dans l'intervalle, d'autres questions professionnelles préoccupent la SSO, qui doit pouvoir compter sur des réseaux de défense des intérêts des médecins qui puissent peser auprès des principaux décideurs de la politique de la santé. Or, les intérêts des médecins divergent là aussi.

Les réseaux d'intérêts professionnels

FMH, Union et FMS : des intérêts divergents entre généralistes et spécialistes

Dans la défense des intérêts professionnels des praticiens suisses, la FMH est devenue un organisme incontournable. Porte-parole des médecins auprès des diverses instances politiques et sociales (pouvoirs publics, assurances, hôpitaux), elle intervient dans les années 1990 sur des sujets tels que la formation et les tarifs médicaux. Elle supervise et parfois réglemente ces domaines, en vue de coordonner voire standardiser les différentes pratiques.

Parallèlement à la FMH existe l'Union des Sociétés suisses de chirurgiens (Union), qui regroupe depuis 1974 les Sociétés suisses des spécialistes en chirurgie, chirurgie pédiatrique, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique et de rééducation, ainsi que l'urologie⁵⁸. Sur le modèle de sociétés déjà existantes (l'*American College of Surgeons*, le *Royal College of Surgeons* du Royaume-Uni ou encore l'Académie française de chirurgie), l'Union vise à coordonner les compétences chirurgicales sous la forme d'un autocontrôle collégial entre spécialistes. Les principales problématiques discutées concernent les cursus des formations prégraduées et postgraduées, les conditions de travail des chirurgiens

57 « Rapport 1996 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 65, 1997, 4.

58 En 1972, l'orthopédiste bâlois Hermann Fredenhagen, alors président de la SSO, souhaite régler à l'amiable le conflit qui perdure entre les orthopédistes et les chirurgiens généraux. Il peut alors compter sur l'appui du nouveau président de la Société suisse de chirurgie, Frédéric Saegesser, qui l'invite à discuter de la question des spécialisations avec le président de la Société suisse d'urologie, Ernst Zingg. Cette rencontre donne l'impulsion à la création de l'Union.

en hôpitaux, ou encore le contrôle de la qualité de la chirurgie. Malgré les tensions qui ne manquent pas au sein de l'Union, cette société a le mérite d'offrir un espace de discussion entre chirurgiens de tous bords. Elle propose aussi un lieu d'échanges scientifiques par le biais de ses congrès communs qui réunissent tous les quatre ans les Sociétés de spécialistes⁵⁹.

Au milieu des années 1990, des Sociétés de spécialités chirurgicales et de médecine intensive, dont la SSO, élèvent la voix contre la FMH, estimant que celle-ci ne défend pas suffisamment leurs intérêts face à ceux de la grande majorité des médecins non spécialisés (médecins de famille, médecins de premiers recours et médecins généralistes). De fait, face au 12'000 médecins non spécialisés représentés alors à la FMH, les spécialités chirurgicales toutes confondues comptent environ 2'000 membres—la chirurgie y est représentée pour environ 1'000 membres, alors que la SSO se situe entre 450 et 480 membres; restent les autres spécialités chirurgicales aux effectifs plus réduits. En comptant la modeste délégation du comité de la SSO et seulement deux orthopédistes à la FMH, les spécialistes de la branche représentent moins de 2% des voix au sein de la Chambre médicale⁶⁰. André Kaelin, qui fut président de la SSO dès 1996, se souvient de ce déséquilibre qu'il évoque en ces termes :

« À l'époque il y avait souvent des tensions avec la FMH, du fait de l'énorme représentativité des généralistes, internistes, pédiatres, psychiatres, face à la faible place laissée aux spécialités techniques chirurgicales. Nous représentions une portion congrue en termes de représentativité individuelle et de vote, alors que nous avions un poids institutionnel énorme : les spécialités chirurgicales font la majorité des activités techniques hospitalières, elles génèrent les principales infrastructures, les formations les plus longues, etc. On représentait donc beaucoup plus que nos quelques voix, et c'était difficile d'avoir du poids au sein de la FMH. »⁶¹

La situation devient particulièrement tendue lorsque s'intensifient les discussions sur la révision des tarifs médicaux exigée par la LAMal de 1996. Les médecins spécialistes, au nombre de 6'000 environ, en viennent à envisager la création d'un organe parallèle à la FMH qui leur permette de communiquer directement avec les instances concernées. Ils estiment avoir « une puissance suffisante pour se faire entendre à tous les niveaux : politiques, des assurances et de la FMH »⁶². Des démarches ont lieu pour formaliser ce nouvel organe qui ferait contrepoids aux prises de positions de la FMH. Annoncé d'abord sous le nom de *Foederatio Medicorum Incidentium*, il se révèle finalement en 1998 sous celui de *Foederatio Medicorum Scrutantium* (pour Fédération des médecins de thérapies invasives, FMS). La SSO en devient membre collectif.

59 Mariama Kaba, *Une histoire de l'orthopédie, op. cit.*, 171–172.

60 « Rapport 1996 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 65, 1997, 4.

61 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

62 « Rapport 1997 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 66, 1998, 3.

De la FMS à la fmCh : l'enjeu des tarifs médicaux

Membre de la commission Intérêts professionnels de la SSO dans les années 1990, Jürg Knessl représente les Sociétés chirurgicales de Zurich et Schaffhouse à la FMS lors de la fondation de celle-ci. Il s'en souvient comme d'une « pure organisation de lutte », fondée par le chirurgien Christoph Kraysenbühl et présidée par Jürg Ammann, « leader très actif », mais décédé rapidement. La FMS passe alors en d'autres mains⁶³.

Afin de répondre aux affirmations des experts de la révision tarifaire du GRAT, dont les résultats sont encore très incertains, la FMS mène une stratégie offensive en lançant une étude de productivité à laquelle les Sociétés de disciplines médicales sont appelées à participer. Selon les experts du GRAT, les cercles de spécialités chirurgicales et interventionnelles bénéficient d'une productivité qui s'élève à 85 %, ce qui attribue aux professionnels de ces milieux des « prestations de luxe », explique en 1998 le président de la SSO Luzi Dubs. Ce dernier enjoint les membres de la SSO à participer à la contre-étude de la FMS : une vingtaine d'orthopédistes se portent volontaires pour calculer leur taux horaire durant trois semaines. Luzi Dubs annonce les résultats : sa propre productivité, qui consiste dans la pratique privée et indépendante, s'élève à 53 %. Les chefs de cliniques devraient quant à eux se situer dans des valeurs oscillant entre 25 et 40 %⁶⁴. Pour le président de la SSO, de tels résultats, qui contredisent les experts du GRAT, annoncent « d'importants défis à relever [pour la SSO] qui oeuvre sur un terrain sensible. »⁶⁵

Au début des années 2000, les négociations sur le nouveau système de rémunération des médecins montent d'un cran supplémentaire avec l'annonce du TarMed. La FMS peine à faire face et est soumise aux critiques : trop grande, trop onéreuse (CHF 250 par membres). Par votation générale de ses membres, la SSC sort de la FMS en 2003, suivie par d'autres Sociétés dont la SSO, sonnante ainsi le glas de l'existence de cet organisme. La dissolution de l'Union suit quelques mois plus tard, le temps de mettre en place une nouvelle structure qui remplace à la fois la FMS et l'Union, soit un nouveau groupement faitier fédérant les Sociétés suisses de discipline médicale ayant une activité opératoire et invasive. Cette structure voit le jour en 2004 sous le nom de *Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica* (pour Association suisse des médecins avec activité chirurgicale, fmCh). En sus des Sociétés qui étaient déjà présentes dans la FMS et l'Union, la nouvelle fmCh compte, au moment de sa création, les anesthésistes, les ORL ainsi que les ophtalmologues et le groupement des chirurgiens de la main – soit seize Sociétés au total et près de

63 Entretien avec Jürg Knessl (président 2004-2006).

64 « Editorial (L. Dubs) », *Bulletin SSO* 67, 1998, 4 ; « Rapport 1999 du Président (L. Dubs) », *Bulletin SSO* 68, 1999, 19.

65 « Editorial (L. Dubs) », *Bulletin SSO* 67, 1998, 4.

15'000 membres. D'autres spécialistes tels que les gynécologues et les médecins réanimateurs la rejoindront plus tardivement⁶⁶.

Président de la SSO durant cette phase de mutations associatives, Michel Dutoit évoque ainsi ce changement :

« L'Union organisait un congrès tous les quatre ans, elle avait un secrétaire général, mais elle ne fédérait pas vraiment l'ensemble des Sociétés chirurgicales. Chacun tirait « à hue et à dia ». Puis il y a eu la FMS, qui était une sorte de transition avant la fmCh. Cette création fut voulue par les chirurgiens eux-mêmes en raison d'une Union peu performante dans la défense de leurs intérêts et de ceux d'autres « interventionnistes » face au reste de la communauté médicale. »⁶⁷

Ce point de vue n'est pas partagé par Pierre Hoffmeyer, qui regrette la disparition de l'Union :

« Lors des congrès de l'Union, on se réunissait tous ensemble, c'était vraiment un moment de communion : on collaborait pour des symposiums – j'en ai notamment co-organisé avec les plasticiens, sur le thème des lambeaux. Avec l'évolution de l'Union vers la fmCh, il y a eu beaucoup de discussions en assemblée générale sur les tenants et aboutissants de la nouvelle structure. »⁶⁸

Catherine Perrin, directrice lors de cette période de changement, en garde aussi un souvenir mitigé :

« Le passage de l'Union à la FMS puis à la fmCh a été un chapitre assez décevant. Alors que l'Union représentait une défense du domaine de la chirurgie avec un congrès tous les quatre ans, qui était énorme et assez intéressant, la FMS mise sur pied a eu peu de résultats. Puis est arrivée la fmCh qui a aussi connu des hauts et des bas. »⁶⁹

L'ancienne directrice espère que, grâce à l'actuel président de la fmCh Josef Brandenburg, l'association sera plus favorable à la SSOT.

De fait, contrairement à l'Union et davantage que la FMS, la fmCh se voit attribuer un mandat de politique professionnelle clairement défini : défense tarifaire, instauration d'un dialogue avec les politiques et les assurances, mise sur pied d'un programme de formation postgraduée et continue qui tienne compte des évolutions dans l'évaluation de l'activité médicale ; en bref, la fmCh doit garantir l'autonomie des activités, institutions et Sociétés disciplinaires de médecine

66 Eberhard Wolff, « À la croisée d'un réseau flexible. La Société suisse de chirurgie au fil du temps », in : H. Steinke, E. Wolff & R. A. Schmid (éds), *Incisions, nœuds et réseaux – Les 100 ans de la Société suisse de chirurgie*, 2013, 78–79 ; « PV de l'AG ord. du 23 sept. 2004, Montreux : Rapport du Président (J. Knessl) », *Bulletin SSO* 74, 2005, 12.

67 Entretien avec Michel Dutoit (président 2002-2004).

68 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

69 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

chirurgicale et invasive, aussi bien à l'interne qu'à l'externe. Membre fondateur de la fmCh, Michel Dutoit se souvient :

« J'ai toujours été intéressé par les relations professionnelles et je voulais comprendre comment cela fonctionnait de l'intérieur, à une époque où beaucoup de nouvelles choses se mettaient en place (évolution des données, des professionnels, des patients). Par exemple, les associations de patients n'existaient pas à cette époque-là et on a dû les intégrer. Il y avait aussi beaucoup de discussions avec les autres chirurgiens (généralistes, pédiatriques, etc.). Il fallait dialoguer. »⁷⁰

Situé à Zurich, le centre administratif de la fmCh se place sous la responsabilité de l'orthopédiste Peter Indra, nommé secrétaire général au printemps 2005. Il est remplacé l'année suivante par Markus Trutmann, ancien rédacteur en chef du *Bulletin des médecins suisses* et ancien collaborateur scientifique de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). La fmCh se dote aussi d'une structure de gouvernance dont le comité est présidé dès 2016 par Josef Brandenberg. À l'heure actuelle, les deux hommes occupent toujours leurs postes respectifs à la fmCh⁷¹.

À la même période où se crée la fmCh, la Chambre médicale de la FMH, dominée par la voix de l'Association suisse des médecins assistant-e-s et chef-fe-s de clinique (ASMAC), choisit comme nouveau président de la FMH le médecin Jacques de Haller, en refusant le candidat de la SSO Yves Guisan qui a longtemps figuré en tête de liste – « illustrant à nouveau le déséquilibre qui existe dans la Chambre médicale, balayant tout espoir de se faire entendre », relève le nouveau président de la SSO Jürg Knessl lors de l'assemblée générale de 2004⁷². Un rapport de la SSO faisant état de la situation conclut aussi que « la FMH est devenue un poids pour les sociétés de discipline médicale »⁷³. Un ultimatum est lancé : le président de la FMH a 100 jours pour mettre en œuvre les mesures qui assurent une meilleure représentativité des Sociétés chirurgicales au sein de la Chambre médicale, sans cela la SSO démissionnera de la FMH.

Les menaces de la SSO de quitter la FMH, ajoutées aux pressions d'autres Sociétés, sont prises au sérieux par la FMH, qui entreprend une réforme de ses structures. Jürg Knessl participe aux premières discussions en tant que représentant de la Suisse romande, des chirurgiens et de la nouvelle fmCh. Le président sortant

70 Entretien avec Michel Dutoit (président 2002-2004).

71 Eberhard Wolff, « À la croisée d'un réseau flexible », *op. cit.*, 79 ; « PV de l'AG ord. du 23 sept. 2004 : Rapport du Président (J. Knessl) », *Bulletin SSO* 74, 2005, 12 ; « La nouvelle UNION ou nouvel organisme », *Bulletin SSO* 74, 2005, 28 ; « fmCh », *PV de l'AG ord. de la SSO du 9 sept. 2005 à Zurich*, 9 (polycopié) ; « fmCh », *SSO actuel* 25, 2006, 10.

72 « PV de l'AG ord. du 23 sept. 2004, Montreux : Rapport du Président (J. Knessl) », *Bulletin SSO* 74, 2005, 12.

73 « Démission de la FMH : rapport », *Bulletin SSO* 74, 2005, 26.

de la SSO Michel Dutoit, devenu *past*-président, fait quant à lui partie du comité de pilotage qui œuvre à la réforme des structures de la FMH⁷⁴.

Mais les nouveaux statuts de la FMH tardent à venir. En 2005, Michel Dutoit s'en inquiète dans les lignes du *SSO actuel* : « On assiste au fil du temps à une dilution et à un affaiblissement progressif des buts incontournables à atteindre si l'on veut vraiment avoir une FMH dynamique et proactive »⁷⁵. Les nouveaux statuts sont attendus pour l'année suivante et la pression est palpable : « Si d'aventure cette réforme n'est pas mise sur pied en mai 2006, les chirurgiens cesseront de participer à cette tentative de réorganisation », martèle le médecin⁷⁶.

Lors de l'assemblée générale 2006 de la SSO, l'espoir revient : Michel Dutoit informe que la FMH a entrepris une réforme de ses structures en profondeur, qui a été entérinée fin 2005, suite à la menace de la SSO et d'autres Sociétés de démissionner. Le principal changement réside dans la dissolution de la Conférence des présidents de la FMH et la création d'une assemblée des délégués. Organe à la fois consultatif et décisionnel qui travaille en étroite collaboration avec le comité central de la FMH, l'assemblée des délégués regroupe les organisations faïtières et donc des groupes d'intérêts dont la représentation n'est pas forcément proportionnelle au nombre de leurs membres, dans un souci de permettre aux minorités de s'exprimer et d'être entendues. « Les activités chirurgicales doivent y être représentées par cinq délégués ce qui, avec les autres spécialités, laissent penser que leur minorisation par les spécialistes de premier recours et de l'ASMAC appartiendra au passé », lit-on dans le résumé de l'assemblée générale 2006⁷⁷. La SSO, forte de ses nouveaux liens avec la FMH et la fmCh, espère pouvoir faire face aux nombreux défis qui l'attendent en matière de politiques professionnelle et tarifaire.

74 « Rapport du Président (J. Knessl) », *Bulletin SSO* 74, 2005, 12 ; « La nouvelle UNION ou nouvel organisme », *Bulletin SSO* 74, 2005, 28 ; « RA du Président (J. Knessl) », *Bulletin SSO* 75, 2006, 35–37.

75 « Réforme des structures de la FMH : compte rendu (M. Dutoit) », *SSO actuel* 23, 2005, 5.

76 *Ibid.*

77 « PV de l'AG ord. du 22 sept. 2006, Lucerne : FMH : réforme des structures », *Bulletin SSO* 76, 2007, 21 ; « Rapport assemblée des délégués de la FMH (M. Dutoit) », *Bulletin SSO* 76, 2007, 74–75.

Rationalisation des coûts de la santé et mesures tarifaires

Au cours des années 1950-1990, les dépenses hospitalières en Suisse entrent dans une phase de croissance forte et ininterrompue, marquée par la construction de bâtiments qui s'adaptent aux principes de la médecine moderne: nouveaux équipements et multiplication des services suivent l'essor des spécialisations. La perspective est d'offrir à l'ensemble de la population en forte croissance un accès facilité aux techniques médicales modernes, sur la base d'un réseau d'établissements existants. Les collectivités publiques (cantons et communes) deviennent d'importants bailleurs de fonds des systèmes hospitaliers, dont la gouvernance est laissée à l'appréciation des dirigeants d'établissements¹.

L'essor des systèmes hospitaliers est aussi rendu possible par le soutien des caisses-maladie. Rappelons que jusqu'à la LAMal de 1996, le cadre légal est celui de la Loi fédérale de 1911 sur l'assurance maladie et accidents-LAMA, dont les deux principes de base sont l'affiliation volontaire de la population à l'assurance et des subventions fédérales aux caisses-maladie. Certains cantons adoptent aussi le principe de subventions publiques aux caisses, ainsi que l'encouragement de l'affiliation par le versement de contributions aux primes pour les personnes nécessiteuses. Pour les hôpitaux qui multiplient les conventions d'hospitalisation avec les assurances, ces mesures législatives assurent une clientèle rentable. Elles contribuent donc indirectement à soutenir la croissance du système hospitalier dans son ensemble, faisant des assurances un acteur essentiel de la politique hospitalière.

Durant la période de bonne conjoncture économique des trois décennies qui suivent la Seconde Guerre mondiale –les dénommées «Trente Glorieuses»– la tendance est donc à une entente cordiale entre milieu hospitalier, corps médical, État et assurances, qui regardent dans la même direction. Certes, des études sociodémographiques sont commanditées dès les années 1960 par quelques rares cantons pour évaluer les perspectives de l'essor du système de santé à long terme. Mais la nécessité de réorganiser le système hospitalier dans son ensemble se heurte aux dirigeants d'hôpitaux régionaux qui veulent assurer le maintien et le développement d'une infrastructure médicale de pointe dans leurs établissements, ainsi qu'au corporatisme des médecins qui craignent une mise en cause de leurs conditions de travail (honoraires et accès aux hôpitaux).

1 Sur ce sujet et ce qui suit, voir Pierre-Yves Donzé, *Histoire des politiques hospitalières*, op. cit., 96-107.

Suite à la crise pétrolière des années 1970, qui met fin aux trente années d'expansion économique, l'austérité s'installe en Europe, qui compte près de 30 millions de chômeurs en 1982 contre 10 millions en 1970. Protégée dans un premier temps des effets de cette crise mondiale, la Suisse fait bientôt face à un chômage en expansion. Même si les autorités fédérales sont moins interventionnistes que les gouvernements des autres pays européens, elles opteront comme eux pour des programmes de relance économique et d'aide aux plus démunis, qui répartissent différemment les budgets et cautionnent des contrôles plus invasifs.

Dans le domaine de la santé, le constat pour la Suisse est que les finances nationales ont du mal à suivre l'évolution des coûts : entre 1995 et 2000, le Produit intérieur brut augmente de 11 %, les coûts de la santé publique de 20%². La nouvelle Loi sur l'assurance-maladie (LAMal), acceptée par votation populaire en 1994 et entrée en vigueur deux ans plus tard, contraint les cantons à adopter une coordination du système de santé dans son ensemble, afin de mieux contrôler les coûts. La loi introduit aussi l'obligation pour la population suisse de s'assurer contre la maladie, et l'obligation pour les caisses de proposer des prestations et des primes identiques. L'ingérence de l'État et des assurances, jusque-là principaux bailleurs de fonds du secteur de la santé, devient dès lors plus grande. De nombreux moyens sont envisagés afin d'enrayer la hausse des coûts³.

Dans la perspective de rationalisation des années 1990, les approches managériales sont à l'ordre du jour dans la plupart des milieux administratifs, médicaux, sociaux et dans diverses entreprises. À noter qu'aux États-Unis, où la pratique médicale est plus concurrentielle qu'en Europe, les premiers travaux sur l'approche managériale ont été lancés dès les années 1950. En Suisse, c'est la LAMal de 1996 qui fournit l'occasion de généraliser certaines méthodes. Celles-ci sont âprement discutées et parfois combattues par les Sociétés de disciplines médicales, telles que la SSO.

Le temps de la rationalisation : *managed care* et montée en puissance des assurances

Il est indéniable que l'accès aux soins pour l'ensemble de la population vivant en Suisse passe par un système d'assurance toujours plus élaboré mais aussi très diversifié : multitude des caisses, rattachement individuel à l'assurance maladie et rattachement professionnel à l'assurance-accident – avec variantes –, système

2 « Évolution des indices des coûts de la santé publique et du Produit intérieur brut (PIB), 1995-2000 », Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

3 « Caisses-maladie » ; « L'aboutissement d'un projet séculaire : la révision totale de la loi sur l'assurance-maladie » ; « Maladie », *Histoire de la sécurité sociale en Suisse* (en ligne).

de primes et de franchises variables, paiement des factures médicales en tiers-payant *versus* tiers-garant, prestations de bases, semi-privées ou privées, etc. Pour les partenaires payeurs, ce système à la fois flexible et complexe doit être garanti par un rendement contrôlé et contrôlable. Si bien que la qualité des soins est définie selon des critères qui négligent parfois l'avis direct des médecins. Ceux-ci en viennent à pointer du doigt un déséquilibre entre, d'une part, la situation personnelle du patient et sa capacité de prise en charge et, d'autre part, les exigences d'économicité qui tendent à l'emporter sur des composantes plus humaines, telles que la qualité de la relation entre le médecin et le patient.

Pour le président de la SSO Roland Jakob, le milieu des années 1990 est qualifié de « temps de l'économisation et de la rationalisation », titre donné à son éditorial dans le *Bulletin SSO* de 1995. Sont mis en cause par le président la dépendance grandissante des hôpitaux envers l'administration et les cantons, ainsi que la pression des puissants groupes d'assurances pour que les hôpitaux et le corps médical s'accordent sur des tarifs fixes, selon le modèle américain du *case management*. « Si un hôpital ne se plie pas aux "opinions des assurances", des contrats sont passés avec d'autres cliniques », commente le président⁴.

Dans son discours d'investiture à l'assemblée générale de 1995, le président dénonce plus précisément les dérives du *managed health care* pour l'orthopédie suisse. Il critique le système de hiérarchisation établi au sein du corps médical suisse qu'il décrit comme suit : il y a d'une part le médecin de premier recours (*Grundversorger*), qui comprend les médecins généralistes, pédiatres et internistes pouvant couvrir un grand nombre de problèmes médicaux de la population et, d'autre part, il y a le médecin de dernier recours (*Hausarzt*), chez lequel le patient se rend pour un conseil personnel et avec lequel s'établit une relation de confiance ; par ailleurs, le système de santé dominant génère aussi un *Gatekeeper*, qui se résume à une pure relation contractuelle du médecin de premier recours avec une caisse pour laquelle il travaille en tant que prestataire de soins sous certaines conditions. Or, les caisses exigent du patient assuré qu'il se soumette à l'examen d'un médecin de premier recours pour tout problème électif de l'appareil locomoteur. Ce sont de plus les cantons, en concertation avec les caisses, qui décident qui sera habilité à être médecin de premier recours parmi les représentants des Sociétés médicales cantonales et de la Société suisse de médecine générale (SSMG)⁵. Roland Jakob estime que la SSO et le patient ont le droit de connaître la qualification et l'équipement du médecin de premier recours qui endosse cette tâche d'examineur-*Gatekeeper*.

4 « Éditorial "Zeit der Ökonomisierung und Rationalisierung" (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 60, 1995, 2.

5 En 2015, la SSMG se regroupe avec la Société de médecine interne (SSMI) pour devenir l'actuelle Société suisse de médecine interne générale (SSMIG).

Il met en particulier en doute l'existence d'une année de formation chirurgicale postgraduée dans le curriculum en médecine générale⁶.

Le président va plus loin en revendiquant pour l'orthopédiste le rôle de médecin de premier recours. Un sondage qu'il a mené parmi des collègues en pratique privée montre que seulement chaque quinzième à vingtième patient examiné en consultation orthopédique nécessite un traitement opératoire. Pour le président, ce choix rigoureux parle en faveur d'une retenue des opérations pratiquées, et reflète aussi le fait que de nombreux patients consultent l'orthopédiste comme médecin de premier recours. « Les rhumatologues ont demandé à être reconnus comme médecins de premier recours. Je ne vois pas pourquoi l'orthopédiste devrait être exclu des futurs avantages éventuels inhérents à cette fonction ? », énonce-t-il⁷.

En 1998, sous la présidence d'André Kaelin, la commission Intérêts professionnels de la SSO se préoccupe des « nombreux conflits générés par les compagnies d'assurances qui appliquent de manière trop stricte les règlements de la LAMal »⁸. Afin d'y faire face, le comité confie au vice-président Luzi Dubs la mise en place d'un groupe de travail spécialement axé sur le contrôle de la qualité, répondant en cela aux desiderata de la LAMal et, partant, des assurances. Cinq ans plus tard, en 2003, c'est la commission Honoraires et Tarifs qui prévient que « l'influence des assurances sur la formation médicale postgraduée et continue ainsi que sur l'assurance qualité augmentera énormément », limitant par cela l'autonomie des Sociétés de disciplines médicales⁹.

Afin d'optimiser le financement des soins générés par un système de santé toujours plus performant et donc coûteux, les assurances en sont venues à compenser les dépenses par un calcul des risques, qui s'en ressent dans l'augmentation des prestations d'assurances tant pour le patient que pour le soignant. Dans la pratique privée, en particulier, plusieurs médecins ayant une activité invasive, qui nécessite des techniques onéreuses, voient leurs primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle augmenter, quand leur contrat n'est pas tout simplement résilié. Les jeunes professionnels peinent quant à eux à s'installer dans certains secteurs de la médecine spécialisée, telle que la chirurgie plastique, ne trouvant pas d'assureurs pour les couvrir en cas de responsabilité civile. La fmCh parvient à une solution en 2005 par la signature d'un contrat cadre avec une société de courtage et un assureur, afin d'obtenir des primes financièrement supportables¹⁰.

Des tensions surviennent aussi entre assureurs et médecins concernant les informations médicales obligatoires des patients à fournir aux caisses. En 2006,

6 « Éditorial (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 62, 1996, 4.

7 *Ibid.*

8 « Rapport 1997 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 66, 1998, 5-6.

9 « Brève information à l'intention de l'AG extr. de la SSO du 29 mars 2003 », *PV de l'AG extr. de la SSO du 29 mars 2003*, Berne, annexe, 2 (polycopié).

10 « Éditorial (J. Knessl) », *Bulletin SSO* 74, 2005, 5; « Responsabilité civile professionnelle (Th. Kehl) », *SSO actuel* 23, 2005, 5-6.

la SSOT doit rappeler à ses membres que, lors de demandes de renseignements sous forme de rapports opératoires en cas d'accident, notamment pour la vérification de la facture, ils doivent remettre aux assureurs un certificat médical de prise en charge, mais non pas des extraits du dossier médical. L'année suivante, la SSOT annonce qu'une guerre s'est enflammée en ce qui concerne la remise des rapports opératoires aux caisses, qui touche tout le corps médical. La FMH empoigne le dossier afin de fournir conseils et avis de droit à ce sujet¹¹. Les mesures de contrôle deviennent donc plus drastiques et passent parfois en votation populaire, notamment lorsqu'assurances et gouvernement font alliance.

Ainsi à l'été 2008, le Conseil fédéral propose de soumettre un nouvel article constitutionnel intitulé « Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie ». Cet article vise notamment à supprimer la liberté de contracter¹², ce qui revient à laisser aux caisses-maladie le libre choix des prestataires dont elles remboursent les soins. La SSOT invite ses membres à voter contre cet article constitutionnel, suivant en cela les recommandations de la FMH qui publie un communiqué de presse. Elle y dénonce ce qu'elle considère être un « diktat des caisses », en expliquant notamment :

« Il est malheureusement à prévoir que les caisses n'admettraient plus que les médecins travaillant "à bon marché", ce qui ne peut se faire qu'en soignant surtout des patients en bonne santé et en renonçant à suivre des personnes âgées et des malades chroniques. Ces personnes resteraient sur le carreau. »¹³

Adhérent au même discours, qui rejoint celui de son lointain prédécesseur Roland Jakob, le président de la SSOT Josef Brandenburg dénonce lui aussi les risques de traitements inégalitaires entre médecins dans son éditorial du bulletin *SSO actuel* de 2008 :

« La suppression de l'obligation de contracter qui ne toucherait que les spécialistes concourt avec la proposition saugrenue de payer plus aux médecins de premier recours qu'aux spécialistes pour des prestations identiques. »¹⁴

C'est pour cette même raison que le président s'oppose à la proposition de la FMH de créer des réseaux ouverts de santé, qui visent à endiguer la hausse des coûts de la santé :

« Nous pensons que les propositions de la FMH sont dangereuses, car le politicien ne fera aucune différence entre le système proposé par la FMH, c'est-à-dire des réseaux

11 « Remise des rapports opératoires aux caisses », *SSO actuel* 25, 2006, 7-8; *Id.*, *SSO actuel* 26, 2007, 2.

12 La liberté de contracter est l'obligation pour les assureurs de rembourser tous les médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie.

13 « Voulez-vous renoncer à choisir librement votre médecin ? 1^{er} juin 2008 : NON au diktat des caisses ! », communiqué du Comité contre le démantèlement du système de santé, *SSO actuel* 28, 2008, annexe.

14 « Éditorial (J. E. Brandenburg) », *SSO actuel* 28, 2008, 1.

ouverts, et le modèle du *gate keeper* où seul le médecin de premiers recours endosse cette fonction et où le spécialiste n'aura aucun droit à la parole.»¹⁵

Les conflits d'intérêts, notamment tarifaires, entre spécialistes et généralistes restent une antienne du système de santé suisse.

La SSOT indique en outre à ses membres que l'article constitutionnel visant à supprimer la liberté de contracter prévoit aussi que les prestations hospitalières, dont les coûts sont jusqu'alors supportés en commun par les caisses, les cantons, les communes et d'autres institutions, ne seraient financées que par un seul organisme, tâche qui serait vraisemblablement attribuée aux caisses étant donné le manque d'infrastructure et de personnel pour assumer ce rôle du côté des communes et des cantons. Enfin, le nouvel article ne garantirait plus le financement des soins prodigués en dehors des hôpitaux, ce qui obligerait les patients, qui ne trouveraient plus de médecin admis par les caisses, de payer eux-mêmes les soins extrahospitaliers¹⁶. La votation sera finalement refusée par le peuple.

À la même époque, la SSOT s'insurge également contre certaines procédures souhaitées par l'Association des assureurs-maladie suisses (santésuisse) qui, à la demande des caisses-maladie, examine si les médecins travaillent selon le principe de l'économicité: « Les méthodes de cette organisation faïtière sont depuis longtemps sujettes à critique: les données dont elle dispose ne sont pas complètes, des critères importants d'évaluation restent lettre morte », lit-on dans le *SSO actuel*¹⁷. À l'automne 2008, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national décide que la procédure soit revue et qu'il soit tenu compte des arguments du corps médical. En réaction à cette critique et afin de calmer les esprits, santésuisse édite une brochure intitulée « Les évaluations d'économicité de santésuisse », qui doit permettre de ramener le débat sur un plan plus objectif et informer les médecins des différentes étapes du processus d'évaluation de l'économicité¹⁸.

La critique des coûts n'est pas unilatérale: en 2008, le président de la SSOT Josef Brandenburg s'offusque du salaire très élevé des responsables des assurances, citant pour exemple le responsable de la caisse Helsana dont le revenu s'élève à CHF 880'000 par an. « Les autorités fédérales sont au courant depuis longtemps. [...] Cela donne une mauvaise image de la gestion de la politique suisse », s'indigne Josef Brandenburg¹⁹. La Conférence des directeurs de la santé réagit en demandant qu'un tel salaire soit justifié.

Le contrôle qualité imposé par les assureurs s'étend à toute la population puisque, dès 2009, quiconque veut se faire soigner en Suisse doit présenter sa carte

d'assuré. Or, l'enregistrement sur la carte des données d'assuré et des données médicales, comme le souhaiteraient les assureurs, soulève débat: la FMH considère cette combinaison comme « extrêmement problématique » et refuse l'introduction de la carte sous cette forme. La SSOT n'est pas consultée à ce sujet mais soutient également ce point de vue²⁰. Au final, si la carte d'assuré devient obligatoire, les données restent à ce jour limitées.

Par ces mesures de contrôle, souvent impopulaires, et par les échecs répétés d'améliorer le financement de l'assurance de base obligatoire, les assureurs sont sous les feux de la critique. Des alternatives sont proposées par certains détracteurs qui parviennent jusqu'en votation populaire, telle la création de caisses cantonales sous forme de caisses uniques. Refusée par le peuple en 2003 et 2007, la caisse unique, sur laquelle la SSOT ne souhaite pas prendre position, est à nouveau soumise par référendum en 2011 sur l'initiative de cinq cantons de Suisse orientale²¹. La proposition est finalement rejetée, de même que celle proposée aux urnes en 2014.

Face aux diverses pressions, le président de la SSO en 2009, Pierre Hoffmeyer, veut quant à lui considérer différemment les rapports de force au sein du système de santé suisse. Selon lui, une bonne collaboration entre l'ensemble des praticiens doit prévaloir face aux desiderata des autorités, « sourde[s] aux soucis du corps médical et animée[s] essentiellement par un souci économique que ne partage pas, à l'évidence, le monde des patients actuels ou en devenir. ». Aussi faut-il soutenir le combat du président de la FMH Jacques de Haller, car, selon Pierre Hoffmeyer, « les médecins de premiers recours sont le tissu de notre organisation de santé et nos partenaires privilégiés dans la prise en charge de nos patients »²². Mais la SSOT reste attentive à d'éventuelles collusions jugées par elle inappropriées pour la défense des intérêts du corps médical: en 2011, le comité de la SSOT rédige une lettre ouverte au Président de la FMH, Jacques de Haller, qui se porte candidat au Conseil national. Via son président Christian Gerber, la SSOT fait part de ses craintes, estimant que le président de la FMH « doit représenter tout médecin nonobstant sa couleur politique »²³.

Afin de faciliter la communication entre praticiens et assurances, qui passe en premier lieu par une meilleure compréhension des modifications des bases légales (concernant par exemple l'assurance-accident), la commission Intérêts professionnels de la SSOT crée en 2015 un sous-groupe « Médecine des assurances » – devenu peu après un groupe d'experts à part entière –, placé sous la responsabilité de Luzi Dubs²⁴. Celui-ci souhaite établir un pont entre la SSOT et les assurances, et ainsi favoriser une langue commune entre les deux. Il explique ainsi la démarche:

15 « Managed Care », *SSO actuel* 27, 2007, 7.

16 « Article constitutionnel "Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie" », *SSO actuel* 28, 2008, 5.

17 « Procédure relative à l'économicité des prestations fournies », *SSO actuel* 29, 2008, 6.

18 *Id.*, *SSO actuel* 30, [2009], 5.

19 « Éditorial (J. E. Brandenburg) », *Bulletin SSO* 77, 2008, 5.

20 « Carte d'assuré », *SSO actuel* 27, 2007, 8.

21 « Éditorial – RA 2010-2011 (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 2, 2011, 1.

22 « Éditorial (P. Hoffmeyer) », *SSO actuel* 30, [2009], 1.

23 « RA SSOT 2010-2011 (C. Gerber) », 23 juin 2011, 2 (polycopié).

24 « Rapport du sous-groupe médecine des assurances (L. Dubs) », *swiss orthopaedics, focus* 3, 2016, 30–31.

« Les assurances décident de plus en plus quelles opérations peuvent être faites ou pas. C'est un point important, car de nombreux membres de la SSOT se plaignent qu'ils ne peuvent plus poser l'indication qu'ils souhaitent. Or, si les expertises se tournent de plus en plus vers les assurances et que les orthopédistes ne s'en occupent pas suffisamment, la SSOT sera dans la position d'exécutante, et c'est qu'on veut éviter à tout prix »²⁵.

La nouvelle LAMal de 1996 a instauré des rapports de force tranchés entre les différents milieux intervenant dans le champ de la santé : les médecins spécialistes se sentent en minorité décisionnelle et aspirent à être mieux entendus par les autorités et les compagnies d'assurance²⁶. La rémunération des prestations médicales – et donc des médecins – est un des principaux domaines qui va occuper le devant de la scène.

La défense tarifaire s'organise

Si la refonte du tarif médical au plan national se discute déjà au milieu des années 1980, jusqu'à la première moitié des années 1990, la question des tarifs médicaux n'est pas un sujet de discussion prédominant pour le comité de la SSO : « Les tarifs étaient alors tous cantonaux ; il n'y avait pas de tarif général pour l'ensemble de la Suisse », se souvient Andreas Burckhardt. La nouvelle LAMal de 1996, qui introduit notamment une unification des modèles tarifaires, vient changer considérablement la donne : « À présent, les tarifs sont prédominants dans les rapports de l'assemblée générale de la SSOT », relève l'ancien président²⁷.

Dans le domaine ambulatoire : du GRAT au TarMed

Pour répondre aux art. 43 et 46 de la LAMal de 1996²⁸, les premiers travaux sur la structure tarifaire uniforme s'organisent au sein d'un petit groupe, formé de la FMH et de la Commission tarifaire médicale des assurances fédérales des domaines accident, invalidité et militaire (CTM AA/AI/AM). L'intégration des assureurs dans ce projet appelé GRAT (pour *Gesamtrevision Arzttarif* – révision générale du tarif médical) va conférer à ceux-ci une influence déterminante sur les tarifs²⁹.

25 Entretien avec Luzi Dubs (président 1998-2000).

26 « Rapport 1994 du Président (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 61, 1995, 43.

27 Entretien avec Andreas Burckhardt (président 1992-1994).

28 Selon l'art. 43 al. 4 de la LAMal, ce sont les assureurs et les fournisseurs de prestations qui fixent par convention les tarifs et les prix. L'art. 43 al. 5 précise que la structure tarifaire s'applique à tous les fournisseurs de prestation concernés, qu'ils aient ou non conclu une convention ou y aient adhéré ou non. De son côté, le Conseil fédéral est chargé, en vertu de l'art. 46 al. 4, d'approuver les conventions tarifaires dont la validité s'étend à toute la Suisse. (OFSP, *Ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires*, op. cit.).

29 *Ibid.*

À l'instar des autres Sociétés chirurgicales, la SSO suit avec grande attention les développements du GRAT.

Dans un premier temps, les spécialistes médicaux collaborent à l'élaboration de la nomenclature. Mais dans le second semestre de l'année 1997, la première présentation du tarif chiffré provoque une levée de boucliers : les Sociétés de spécialistes s'opposent fermement aux propositions de la première version du GRAT, qui annonce notamment des tarifs revus à la baisse concernant les prestations techniques. Les discussions se poursuivent³⁰.

La question du tarif se politise davantage lorsqu'est soulevé le problème de la neutralité des coûts de la santé, qui fait intervenir dans le débat l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et la CDS. Rapidement, d'autres partenaires s'invitent à la table des discussions, à savoir l'organisation faîtière des caisses-maladie santésuisse et le représentant des hôpitaux suisses H+. Une direction générale du projet, une direction du projet et une *task force* sont créées, qui maintiennent les principales décisions sur le tarif au sein du même cercle restreint d'interlocuteurs.

Au début des années 2000, le GRAT laisse la place au TarMed (Tarif médical suisse), dont la gestion est confiée aux mêmes acteurs (FMH, H+, santésuisse et assureurs de la CTM AA/AI/AM), réunis sous le nouvel organe TarMedSuisse. Poursuivant l'objectif du GRAT, le TarMed vise à corriger les injustices des anciens tarifs en réduisant l'importance des actes invasifs et techniques au profit des prestations médico-intellectuelles. Il sert notamment un programme de stabilisation des coûts par cas, en attribuant une durée moyenne, le minutage, à chaque prestation médicale et à chaque prestation technique. Plus de 4'800 positions tarifaires sont ainsi définies.

Indirectement, le TarMed est aussi un moyen de contrôler que la médecine soit faite par le bon spécialiste, puisque les facturations des interventions qui ne correspondent pas au titre du spécialiste ne sont pas remboursées. Ainsi, avec TarMed sont introduits, de façon transitoire, les « droits acquis ». En résumé, la structure tarifaire TarMed, qui est un tarif à la prestation pour la facturation des prestations médicales, se fonde à la fois sur des paramètres médicaux (minutages, droits acquis, valeurs intrinsèques qualitatives³¹, etc.) et sur des paramètres de gestion (loyer, salaires du personnel non médical, prix des appareils, etc.)³².

Il s'avère rapidement que ce mode de faire privilégie les médecins de premier recours au détriment des disciplines chirurgicales. La SSO donne pour exemple

30 « Rapport 1997 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 66, 1998, 3.

31 La valeur intrinsèque qualitative (en allemand : *Dignität*) indique quels titres de formation postgraduée (titre de spécialiste, formation approfondie, attestation de formation complémentaire ou certificat d'aptitude technique) donnent le droit de facturer une prestation à la charge de l'assurance sociale. Les valeurs sont indiquées pour chaque prestation. (FMH, *Concept « valeur intrinsèque » TARMED*, version 9.0 (en ligne).

32 « Projet TarMed 2010 », SSO actuel 29, 2008, 4 ; « TarVision », *SSOT-Bulletin actuel* 3, 2011, 13 ; « Tarifs », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 10.

le fait que le TarMed fixe la valeur du point tarifaire à CHF 1, alors qu'il devrait être d'environ CHF 4 pour permettre aux orthopédistes de conserver leurs conditions d'alors. D'autres calculs portant sur les chiffres d'affaires basés sur le TarMed démontrent aussi que ce dernier n'est pas conforme aux principes de la gestion d'entreprise. Au nombre des désavantages du TarMed sont encore relevés une complexité grandissante des modalités techniques de facturation, ainsi qu'un système de contrôle—«digne d'un état policier», selon la SSO— découlant de la création de six commissions et de sanctions prévues dans le cadre du TarMed³³.

Pierre Hoffmeyer, alors actif dans le secteur public, se souvient de l'arrivée du nouveau tarif:

«Soudain, on ne pouvait plus facturer soi-même: alors qu'auparavant j'effectuais mes facturations seul, pour l'ambulatoire et l'hospitalier, le procédé est passé aux mains de l'administration. À Genève, quand le TarMed est sorti, tout le monde est monté aux rideaux. Il y avait des choses irréalistes. Par exemple, selon le point tarifaire, les prothèses de hanche étaient calculées pour être mises en une heure, alors qu'en général l'intervention durait de 1 heure 30 à 2 heures.»³⁴

André Kaelin confirme le phénomène en l'expliquant ainsi:

«Certains grands spécialistes d'un domaine (chirurgie de la hanche, du pied, etc.), qui ont fait partie des sous-groupes de travail de chacune des sous-commissions pour le TarMed, n'ont peut-être pas toujours réalisé qu'ils "plongeaient la tête sous l'eau" de ceux qui étaient moins spécialisés, en disant par exemple qu'une prothèse totale de hanche se met en 45 minutes, alors que normalement cela se fait en 1 heure - 1 heure 30. Et comme les tarifs étaient basés sur des durées chirurgicales, il y a eu des levées de bouclier. Il a donc fallu pondérer des éléments entre différentes branches de la spécialité, ce qui a pris beaucoup de temps; il y a eu des séances de comité très lourdes.»³⁵

Le TarMed doit entrer en vigueur au printemps 2003 dans les domaines de l'assurance accident, invalidité et militaire, et au début de l'année suivante dans celui de la LAMal. Tous les médecins conventionnés auprès des assureurs doivent adhérer à la convention tarifaire TarMed par déclaration écrite à la FMH³⁶. Or, l'introduction du TarMed est estimée «quelque peu précipitée» par le comité de la SSO, qui passe à l'offensive deux mois avant l'application du premier TarMed de 2003. Michel Dutoit, alors président de la SSO, se souvient de cette période particulièrement agitée:

«Les orthopédistes étaient farouchement opposés à l'introduction du TarMed. Il y en avait qui voulaient quitter la FMH, qui ne voulaient plus faire de factures, ni de certificats d'incapacité de travail. Ce fut une crise importante, qui a pris beaucoup de place dans mes activités de président de la SSO. Heureusement qu'il existait les courriers électroniques, que je recevais en masse, car sans eux ça n'aurait pas marché.»³⁷

Michel Dutoit peut alors compter sur la directrice de la SSO Catherine Perrin et ses connaissances de la politique médicale, car il est amené à rencontrer fréquemment le président de la FMH, Hans Heinrich Brunner:

«Il a fallu négocier les tarifs, les scruter, et dire par exemple qu'une appendicite coûte tant. Il y a eu des conflits assez vigoureux. Madame Perrin m'a bien épaulé pour gérer tout cela puisqu'elle avait travaillé à la FMH: elle connaissait les gens, comment ils fonctionnaient.»³⁸

Se basant sur le travail de la commission Honoraires et Tarifs nouvellement créée—en remplacement de la commission GRAT— et présidée par Josef Brandenburg, le président de la SSO Michel Dutoit rédige avec la directrice Catherine Perrin un document afin de marquer le désaccord de la Société quant au contenu de la nouvelle convention tarifaire TarMed. Les membres de la SSO sont convoqués à Berne au printemps 2003 en assemblée générale extraordinaire, lors de laquelle Michel Dutoit avertit que les orthopédistes font partie—«et cela est reconnu par la FMH», souligne-t-il— des Sociétés menacées, au même titre que les médecins consultants pour lesquels des structures tarifaires particulières seraient à l'étude. «Cette introduction traduit bien à mon avis l'inadéquation de l'application du TarMed qui se veut in fine un tarif unique et pour lequel des dérogations sont déjà en cours», commente le président lors de l'assemblée générale³⁹. La nécessité d'une voix unanime des membres de la SSO sur la question épineuse du TarMed est relevée à plusieurs reprises par le président. Le regard se porte notamment vers les médecins d'hôpitaux, moins directement visés par les menaces que les médecins en pratique privée, étant donné leur statut de salariés. «Mais leur tour viendra et il est également de leur devoir de manifester une grande solidarité avec leurs confrères», relève le président⁴⁰.

Le comité de la SSO recommande donc aux membres de ne faire aucune déclaration écrite à l'intention de la FMH ou d'une autre instance concernant la convention TarMed, et de ne transmettre aucune donnée à la FMH lors de son recensement sur la valeur intrinsèque (valeur des points/durées selon les types d'interventions). Ces données doivent être transmises directement au secrétariat

33 «Brève information à l'intention de l'AG extr. de la SSO du 29 mars 2003», *PV de l'AG extr. de la SSO du 29 mars 2009, Berne*, annexe, 1–2 (polycopié).

34 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

35 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

36 «Brève information à l'intention de l'AG extr. de la SSO du 29 mars 2003», *PV de l'AG extr. de la SSO du 29 mars 2009, Berne*, annexe, 3 (polycopié).

37 Entretien avec Michel Dutoit (président 2002-2004).

38 *Ibid.*

39 Lettre d'invitation à l'AG extr. 2003 de la SSO, envoyée par le comité aux membres, *PV de l'AG extr. de la SSO du 29 mars 2003, Berne*, annexe (polycopié); «Ouverture et approbation de l'ordre du jour (M. Dutoit)», *Id.*, 1 (polycopié).

40 *Ibid.*, 2.

de la SSO, qui se charge de donner mandat à la commission Honoraires et Tarifs pour élaborer, en collaboration avec les groupes d'experts et les groupes régionaux, un « tarif orthopédique » SSO fondé sur des principes d'économie d'entreprise. Le président de la commission Honoraires et Tarifs, Josef Brandenburg, rappelle aussi aux membres qu'il se battent pour leur survie et que le refus de la signature de la SSO de la nouvelle convention TarMed doit témoigner de leur ferme volonté de changement. Le but de l'action est d'obtenir l'accès direct aux négociations avec les assureurs sur les nouveaux tarifs⁴¹.

Sur la base de ces indications, 350 spécialistes en chirurgie orthopédique (70% des 509 membres ordinaires) décident de ne transmettre aucune donnée à la FMH et de ne pas signer le contrat TarMed. Avec la commission Honoraires et Tarifs dont c'est la première mission, une action est lancée contre les assurances nommée « P vor P » (pour *Patient vor Papier*), qui consiste à élaborer le tarif orthopédique. Pour ce faire, le président de la commission Josef Brandenburg réalise, durant une demi-année, le décompte des charges financières qui lui incombent dans sa propre pratique, en comparant ses anciens tarifs avec les futurs tarifs TarMed. Cette méthode permet d'évaluer à quel niveau se situent les pertes financières et conduit à la création d'un forfait médical, ou compensation des coûts de la pratique⁴².

Ce tarif est présenté aux membres de la SSO lors de l'assemblée générale ordinaire de l'automne 2003. Le tarif est accepté par les membres, qui adhèrent aussi aux recommandations du comité. Celles-ci sont alors rendues publiques par communiqué de presse aux médias, ainsi que sous forme de lettre adressée aux Sociétés de disciplines médicales chirurgicales et invasives, à la FMH, à la FMS, à l'Union, au CDS, aux partis politiques et aux organisations des patients. Cette attitude offensive de la SSO, alors inédite pour une Société de spécialisation, marque une victoire sur le TarMed, comme le relève Catherine Perrin :

« La SSO a fait une grève administrative, en cessant de fournir les indications pour les assurances. C'était une grève contre la FMH et les chirurgiens de premier recours. Nous avons eu gain de cause, car tout ce qui a été fait par les orthopédistes a été admis dans le TarMed. C'était un grand succès. »⁴³

Josef Brandenburg relève aussi la réussite du tarif orthopédique qui est resté en vigueur jusqu'à récemment : « mais il se termine avec les négociations actuelles », précise-t-il⁴⁴.

Comme prévu, le TarMed entre en vigueur en 2004, composé d'environ 4'500 positions correspondant à des prestations médicales évaluées par des points

41 « Convention TarMed; Discussion », *PV de l'AG extr. de la SSO du 29 mars 2003, Berne*, 3-5 (polycopié).

42 « TarMed: AG extr. », *SSO actuel* 18, 2003, 2; Entretien avec Josef E. Brandenburg (président 2006-2008).

43 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

44 Entretien avec Josef E. Brandenburg (président 2006-2008).

tarifaires. Mais plusieurs révisions du tarif national vont se succéder (RE I, RE II, RE III), car sa mise à jour ne trouve pas de consensus au sein de la commission des partenaires (FMH, H+, santésuisse, CTM AA/AI/AM). Lors de la troisième révision en 2005 (RE III), des retards et des refus de propositions de nouvelles prestations sont dénoncés, et des lacunes et erreurs apparues lors de l'application du tarif ne sont toujours pas corrigées. La procédure pour les demandes d'ajustements est compliquée. Il faut fournir une documentation conséquente, qui tienne compte de la littérature scientifique internationale. En 2006, Josef Brandenburg informe les membres de la SSO que la RE III ainsi que la mise à jour du tarif TarMed sont bloqués et que la SSO essaie, via la fmCh, de faire avancer les choses. Un succès sera obtenu dans la tarification des révisions des prothèses du coude, de l'épaule et de la cheville⁴⁵.

L'introduction du TarMed met donc la commission Honoraires et Tarifs de la SSO sous haute pression. Deux tâches importantes sont néanmoins résolues sans heurts : la « liste standard orthopédie » (tarif orthopédique) a été acceptée par la FMH, ainsi qu'une nouvelle convention tarifaire entre les médecins agréés de l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) et les assureurs fédéraux de la CTM AA/AM/AI, intégrant le Forfait par indication médicale (FIM); ce dernier est appliqué dès janvier 2007 à la satisfaction quasi générale⁴⁶.

Le tarif étant en constante évolution, il est possible d'y ajouter des prestations nouvelles, et tous les orthopédistes sont appelés à annoncer de nouveaux forfaits à l'ASMI. En collaboration avec l'ASMI, la CTM enrichit le catalogue des FIM. Ainsi, une vingtaine de nouveaux forfaits concernant les spécialistes en ORL, chirurgie de la main, chirurgie pédiatrique et orthopédie entrent en vigueur en janvier 2008 avec la nouvelle version du TarMed. Cette année-là, ce sont en tout 335 forfaits qui peuvent être facturés, parmi lesquels les interventions les plus importantes en orthopédie et en traumatologie. L'engagement de plusieurs membres de la SSOT et en particulier de Peter Burkart dans les négociations avec les assureurs de la CTM est salué. En revanche, la négociation de tels forfaits semble peu probable dans le cadre de l'assurance-maladie, et une reconfiguration du TarMed, même partielle, ne semble pas envisageable non plus⁴⁷.

L'année suivante, l'augmentation particulièrement haute des primes d'assurance-maladie prévues pour 2010 décide le Conseiller fédéral Pascal Couchepin à inviter les partenaires du secteur de la santé à une table ronde : sont présents la FMH, santésuisse, H+ et la CDS. Les propositions présentées par la FMH sont balayées

45 « Structure tarifaire TarMed (J. Brandenburg) », *SSO actuel* 23, 2005, 6; « PV de l'AG ord. du 22 sept. 2006, Lucerne: TarMed », *Bulletin SSO* 76, 2007, 17.

46 « Rapport: Commission honoraire et tarifaire (Ph. Cerutti) », *Bulletin SSO* 76, 2007, 49.

47 « Tarif forfaitaire FIM (P. Burkart) », *SSO actuel* 26, 2007, 2; *Id.*, *SSO actuel* 27, 2007, 3; « Rapport: Commission Honoraires et Tarifs (Ph. Cerutti) », *Bulletin SSO* 76, 2007, 49.

au profit de celles du ministre et de l'OFSP, qui proposent une taxe de consultation de CHF 30 ainsi qu'une diminution de la marge de bénéficiaire sur les médicaments vendus par les médecins. « Le ton monte, la pression augmente », diagnostique le comité de la SSOT dans le *SSO actuel*⁴⁸. Ce d'autant que, parallèlement, les tarifs médicaux sont aussi discutés au niveau hospitalier, avec le projet des SwissDRG.

Le tarif hospitalier des SwissDRG

Au milieu des années 2000, alors que l'avenir du TarMed est incertain, un autre mode de rémunération est négocié pour les prestations hospitalières en soins somatiques aigus, appelé SwissDRG. Nouveau bouleversement dans le système de santé suisse, cette tarification est établie sur la base de forfaits par pathologie ou « groupes de diagnostic » (*Diagnosis Related Groups* pour DRG), en lieu et place du forfait journalier usuel (facturation à la journée), en réglant de manière uniforme les tarifs hospitaliers sur la base de critères définis comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et le degré de sévérité. Inspiré d'un modèle de financement américain, ce système reporte la responsabilité financière de la prise en charge principalement sur les hôpitaux et les médecins, ces derniers étant incités, par les mécanismes de financement, à raccourcir la durée des hospitalisations. Le modèle DRG adapté par l'Allemagne est celui repris en Suisse qui figurera en 2012 à l'art. 49 de la LAMal⁴⁹.

Aux commandes du projet SwissDRG se trouvent les mêmes partenaires de TarMed Suisse (FMH, H+, santésuisse, CTM et CDS). Parallèlement, dès 2005, la fmCh met sur pied son propre groupe de travail, auquel participe Josef Brandenburg secondé bientôt par Philippe Cerutti, tous deux représentant la commission Honoraires et Tarifs de la SSO. Le maintien du libre choix du mode de traitement, l'indépendance vis-à-vis de l'industrie, la prise en charge des cas hors norme budgétaire, le mode de rétribution des médecins sont parmi les questions qui inquiètent les spécialistes en milieu hospitalier⁵⁰.

Par ailleurs, la question des coûts occupe le devant de la scène dans tous les domaines du système de santé suisse, y compris chez les praticiens du secteur privé. Tous sont sur la défensive. En 2006, par exemple, les cliniques privées genevoises refusent d'accepter les patients dépendant de la Loi sur l'assurance-accident, si bien que les orthopédistes genevois et leurs patients sont confrontés à des listes d'attente dans le seul hôpital public du canton. Pour faire face à cette situation, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident-CNA/Suva dévie

48 « La Table Ronde de CF Pascal Couchepin », *SSO actuel* 30, [2009], 5.

49 *SwissDRG* (en ligne); « SwissDRG (Ph. Cerutti) », *SSO actuel* 26, 2007, 4; « Tarifs: DRG », *SSOT-Bulletin actuel* 3, 2011, 13.

50 « Rapport: Commission Honoraire et Tarifs (Ph. Cerutti) », *Bulletin SSO* 77, 2008, 61.

certains cas vers la région frontalière française⁵¹. Le secteur médico-technique suisse, et avant tout les producteurs d'implants, sont confrontés quant à eux à de grandes difficultés du fait des discussions autour des coûts générés par l'introduction des DRG. Le représentant de l'industrie médico-technique en Suisse (FASMED) prépare une campagne visant à attirer l'attention sur les risques de perte de qualité avec les DRG: « Le patient a une chance sur deux de ne plus recevoir l'implant le mieux adapté. Il en résultera une baisse de la qualité des soins », commente en 2009 le comité de la SSOT⁵², qui s'est associé avec FASMED pour que les médecins puissent avoir le choix de l'implant indépendamment du remboursement⁵³.

Le tarif SwissDRG reprend pour modèle le système allemand DRG du catalogue des prestations, lequel propose plus de 7'500 positions pour les orthopédistes (et chirurgiens de la main). Le catalogue suisse est quant à lui basé sur la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) comptant près de 1'500 positions, un volume estimé trop limité et souvent mal adapté à la pratique, selon la commission Honoraires et Tarifs de la SSOT⁵⁴. La fmCh étudie des solutions pour que le remboursement des prestations médicales ne se fasse pas de façon linéaire lors de l'introduction du DRG prévu pour 2012. « Il s'agit d'une véritable lutte des prix et les sociétés de discipline médicale sont appelées à être vigilantes », prévient le président de la SSOT Josef Brandenburg lors de l'assemblée générale de 2008⁵⁵.

Dans ce débat tarifaire, les orthopédistes, bientôt suivis par les anesthésistes et les gynécologues, font figure de pionniers, avec leur version standard de « tarif orthopédique » mis à disposition de la FMH pour servir comme base de la déclaration de la valeur intrinsèque (point tarifaire). À l'automne 2008, toutes les prestations chirurgicales sont répertoriées dans le SwissDRG, ce qui produit un ajout de près de 3'700 positions. Le volume du traitement est désormais mieux représenté et plus différencié, tout en maintenant la systématique de base du catalogue CHOP⁵⁶.

Or, l'année suivante, Rolf Bartkowski, mandaté par la fmCh pour tout ce qui concerne les DRG, examine en détail le catalogue CHOP et les propositions qui sont traitées par l'Office fédéral des Statistiques (OFS), et il y relève des résultats consternants: des 1'190 propositions coordonnées par la fmCh et transmises à l'OFS, seules 136 sont intégrées correctement dans la CHOP. Les autres propositions sont soit intégrées de façon incomplète, soit inexistantes. « Une introduction du CHOP [...] dans la version actuelle aurait des conséquences désastreuses en vue de

51 « Rapports des groupes d'experts: Orthopédistes genevois SGCO (P.-A. Courvoisier) », *Bulletin SSO* 75, 2006, 45-47.

52 « FASMED », *SSO actuel* 30, [2009], 7.

53 « PV de l'AG ord. du 9 sept. 2005, Zurich: Commission Honoraires et Tarifs », *Bulletin SSO* 75, 2006, 14.

54 « Rapport: Commission Honoraire et Tarifs (Ph. Cerutti) », *Bulletin SSO* 77, 2008, 61.

55 « fmCh », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 sept. 2008*, Bâle, 4 (annexe *SSOT actuel* 30 [2009]).

56 « DRG du point de vue de l'OFSP », *SSO actuel* 29, 2008, 5-6.

l'introduction des SwissDRG », relève le comité de la SSOT⁵⁷. De fait, l'OFS manque de personnel et fait appel à Rolf Bartkowski pour lui venir en aide. « Ceci est une très bonne nouvelle, puisque Rolf Bartkowski défend les intérêts de la corporation chirurgicale », commente le comité de la SSOT⁵⁸.

À la veille de l'entrée en vigueur des DRG dans toute la Suisse, la nouvelle structure tarifaire pose problème : environ 8'000 nouveaux codes de procédures du catalogue CHOP font défaut, plus de 200 demandes de rétributions additionnelles sont encore en suspens, il manque un règlement transitoire, le financement des innovations n'est pas résolu, pas plus que celui des coûts de la formation postgraduée des médecins. De plus, la protection des données n'est pas réglée : la livraison systématique de toutes les données diagnostiques et thérapeutiques aux assureurs est considérée comme inacceptable par la SSOT⁵⁹. En 2012, année de mise en route des SwissDRG, le président de la SSOT Christian Gerber fait le constat que « des mesures inégales ont été appliquées et le procédé peut être qualifié de malhonnête »⁶⁰.

L'année suivante, on relève encore des incohérences dans le système des codes CHOP qui a été maintenu comme base des SwissDRG, mais qui n'est pas exempt de chevauchements. Des doublons persistent, ainsi qu'un manque de précisions dans les indications et, occasionnellement, l'impossibilité de séparer les codes opératoires et non opératoires. Pour le comité de la SSOT, il est évident que les codes CHOP doivent être révisés et que cela ne peut se faire qu'avec l'appui des Sociétés de spécialistes⁶¹.

En 2014, le remaniement des chapitres pour les révisions (ré-opérations) des prothèses de la hanche et du genou est terminé, après un investissement en temps qualifié d'énorme par le nouveau président de la commission Honoraires et Tarifs de la SSOT, Stephan Heinz. Josef Brandenberg est remercié pour son aide précieuse dans ce projet, mais rien n'est encore définitif. Une collaboration active de la Société, et donc de ses membres, est sollicitée pour que le projet soit réalisable. D'autres demandes peuvent par ailleurs être soumises par des hôpitaux ou des assurances, mais « la mise en œuvre, par contre, nécessite dans tous les cas l'expertise de notre société de spécialistes », rappelle Stephan Heinz⁶².

57 « DRG », *SSOT actuel* 31, [2009], 5.

58 *Ibid.*

59 « DRG », *SSOT-Bulletin actuel* 3, 2011, 13.

60 « Éditorial – RA 2011-2012 (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 2.

61 « Informationen zu SwissDRG », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 27.

62 « Swiss DRG », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 18 (fascicule).

Insoluble TarMed et droit d'ingérence de la Confédération

À l'aube des années 2010, les médecins doivent jongler avec quatre systèmes différents de tarification : le TarMed pour les prestations ambulatoires ; les DRG pour les forfaits hospitaliers ; le FIM réservé aux médecins agréés dans le cadre des assurances fédérales AA/AI/AM ; et enfin les tarifs « privés » pour les assurances complémentaires, dont l'harmonisation des montants, qui varient selon les régions et les cantons, semble difficile à réaliser⁶³. Dans cette configuration des plus complexes, la Confédération presse le groupe TarMedSuisse (FMH, H+, santésuisse, CTR) de trouver une solution commune en vue de la révision totale du TarMed prévue pour 2017. Le principe de l'autonomie tarifaire prévoit qu'il revient en premier lieu aux partenaires tarifaires de se mettre d'accord sur les tarifs. Mais sans proposition qui satisfasse tous les partenaires du groupe, le Conseil fédéral fera valoir sa compétence subsidiaire en imposant ses propres tarifs, comme le lui autorise l'art. 43 de la LAMal⁶⁴. Or, les tentatives de consensus n'aboutissent pas, le groupe se scinde et propose des solutions dissociées.

Ainsi, TarVision est le projet de révision du TarMed présenté conjointement en 2011 par la FMH et H+, qui réclament une nouvelle répartition des revenus en faveur des médecins de premiers recours, tout en invitant les Sociétés de disciplines médicales à revoir à la baisse les minutages des dix prestations les plus coûteuses. La SSOT et d'autres Sociétés refusent d'entrer en matière et s'en remettent à la fmCh pour négocier avec la FMH et définir des objectifs transparents relatifs à cette révision. Les assureurs souhaitent quant à eux que toute réévaluation d'une position tarifaire soit accompagnée d'une dévaluation d'une autre position. Aucun accord de collaboration ne réussit à être trouvé⁶⁵. Dans son rapport annuel de 2012, le président de la SSOT Christian Gerber estime que « le TarMed a avalé des millions sans pour autant avoir apporté une baisse des coûts ou une amélioration pour les patients »⁶⁶. Pour la première fois, en 2014, le Conseil fédéral fait valoir son droit subsidiaire en imposant un nouveau TarMed.

63 « Rapport : Commission Honoraires et Tarifs (Ph. Cerutti) », *Bulletin SSO* 77, 2008, 61.

64 Par l'introduction de la compétence subsidiaire comprise dans la LAMal (art. 43, al. 5bis), le Conseil fédéral peut procéder, dès 2013, à l'adaptation des structures tarifaires pour les tarifs à la prestation lorsque celles-ci ne sont plus appropriées et que les partenaires n'arrivent pas à s'entendre sur une révision. (OFSP, *Ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires, op. cit.*); OFSP, *Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie : Adaptation du tarif médical TARMED*, 18 oct. 2017 (en ligne).

65 « Éditorial – RA 2010-2011 (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 2, 2011, 1 ; « Révision de statuts », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 19 ; « TarVision », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 25.

66 « Éditorial – RA 2011-2012 (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 2.

Les discussions sur le TarMed se poursuivent néanmoins en vue de sa révision prévue pour 2017. Le Conseil fédéral veut y inscrire une réduction de 9% sur les interventions techniques, ce que la SSOT estime inacceptable. Le comité réagit en 2014 en envoyant une lettre au ministre Alain Berset pour dénoncer ce qu'il considère être une ingérence du Conseil fédéral. « La réaction de swiss orthopaedics montre que notre commission Honoraires et Tarifs est devenu un outil combatif », commente le président de la SSOT Bernhard Christen⁶⁷.

À la même époque et toujours en vue de la prochaine révision TarMed, les partenaires du groupe TarMedSuisse s'accordent sur l'idée d'améliorer la situation financière du médecin de premier recours pour les prestations médicales ambulatoires, un objectif qui, selon eux, n'a pas été encore atteint par les versions précédentes du TarMed. Cette annonce ravive un peu plus les tensions au sein du corps médical, y compris entre collègues d'une même discipline. Ainsi, à la SSOT, le président de la commission Honoraires et Tarifs Stephan Heinz doit rappeler aux membres qu'ils sont tous concernés par les problématiques relatives aux tarifs: employés dans les hôpitaux publics, médecins agréés dans des cliniques privées ou hôpitaux publics, membres indépendants dans des cabinets privés. Il lance un appel à ces différents groupes, leur demandant d'éviter de s'affronter pour des questions de tarifs, et d'unir plutôt leurs forces⁶⁸. Le comité de la SSOT rappelle qu'une épée de Damoclès est suspendue au-dessus de leur tête:

« Si la révision [totale du TarMed] n'aboutit pas, le Conseil fédéral risque de continuer à faire valoir son droit subsidiaire. Ceci ne sera pas à notre avantage. »⁶⁹

De nombreuses incertitudes subsistent donc quant à la nouvelle révision du TarMed qui, à deux ans de son entrée en vigueur début 2017, devient une préoccupation majeure du comité de la SSOT. Celle-ci a remis ses propositions de corrections du TarMed qui, ajoutées aux milliers de remarques des autres Sociétés de disciplines, sont analysées rapidement par la FMH. Ces propositions sont confrontées à de difficiles négociations avec les partenaires de la commission tripartite composée de la FMH, de H+ et de la CTM–santésuisse s'étant séparé du groupe⁷⁰.

Les principales discussions ont porté sur les temps opératoires moyens (incision-suture) ainsi que sur la détermination des gestes classés comme « petites interventions ». Mais les plus vifs débats ont concerné la suppression des valeurs intrinsèques quantitatives⁷¹, que la FMH prévoit de remplacer par un « facteur médical

67 « RA 2013-2014 (B. Christen) », *swiss orthopaedics, focus 1*, 2014, 3.

68 « TarMed », *swiss orthopaedics, focus 1*, 2014, 31; « Tarifs », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 17 (fascicule).

69 « Tarmed », *Id.*, 18.

70 « RA 2015-2016 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus 3*, 2016, 4.

71 La valeur intrinsèque quantitative est un paramètre de mesure servant à une tarification différenciée des diverses prestations du TarMed. (FMH, *Concept « valeur intrinsèque » TARMED*, version 9.0 (en ligne).

individuel ». Celui-ci vise à individualiser la facturation médicale ambulatoire en fonction de différents critères tels que la formation (spécialité, nombre d'années de formation, etc.), mais également selon les besoins de santé publique ou le lieu de pratique. Les cantons pourraient dès lors utiliser cet outil comme instrument de modulation de la densité médicale et valoriser la pratique dans certaines zones reculées. Or, cet ambitieux projet, encore très théorique, rencontre de nombreuses réticences, en particulier parmi les Sociétés de spécialistes interventionnels qui craignent que cet instrument serve à redistribuer les revenus entre médecins.

À l'hiver 2015-2016, la FMH met en place un groupe d'étude qui poursuit le travail de correction du TarMed, tandis que la fmCh crée l'Union tarifaire, dans laquelle s'engage la SSOT, afin de « faire entendre la voix des spécialistes interventionnels face à celle des psychiatres et médecins de premiers recours », explique le président de la SSOT Alain Farron⁷². À un an de la prochaine révision du TarMed, il s'agit de relever le défi d'un consensus tarifaire trouvé dans un délai extrêmement court: il est en effet prévu que, après validation de la nouvelle version tarifaire par l'assemblée des délégués de la FMH puis par la Chambre médicale, une votation générale des membres de la FMH ait lieu, pour une remise de la version révisée du TarMed au conseiller fédéral Alain Berset au début de l'été 2016⁷³.

Or, la Société suisse de médecine refuse le tarif révisé en votation générale, si bien qu'aucune proposition de solution acceptée par tous les partenaires tarifaires ne peut être présentée, comme l'exigeait le Conseil fédéral. Alors que l'Union tarifaire de la fmCh tente encore de constituer des forfaits de traitement dans le domaine ambulatoire, la FMH décide, après le résultat négatif de la votation générale, de procéder à un changement de stratégie en créant le projet TARCO, qui doit permettre de définir une solution consensuelle au niveau des médecins tout en maintenant également le concept des valeurs intrinsèques. Après quelques résistances du côté de la fmCh, les contrats pour TARCO sont finalement acceptés par les spécialistes⁷⁴.

Toutefois, et comme annoncé, le Conseiller fédéral Alain Berset réagit au fait que les médecins, les hôpitaux et les caisses-maladie n'ont pas été en mesure de s'accorder sur une révision: il fait usage au printemps 2017 de sa compétence subsidiaire pour la deuxième fois, pour présenter les nouveaux tarifs médicaux TarMed qui entrent en vigueur début 2018. Le Conseil fédéral s'attend à ce que ces mesures permettent d'économiser environ CHF 700 millions par an. À travers la nouvelle tarification, la Confédération fait notamment connaître la liste des opérations ambulatoires avant hospitalisations. Dans le domaine de l'orthopédie, seule l'opération arthroscopique des lésions du ménisque y figure. Le président de la SSOT Bernhard Jost considère cette seconde version « non appropriée comme

72 « RA 2015-2016 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus 3*, 2016, 4.

73 *Ibid.*, 3.

74 « RA 2016-2017 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus 4*, 2017, 2–3.

la première »⁷⁵. La SSOT, et en particulier sa commission Honoraires et Tarifs, prend position sur cette question en tant que Société de discipline médicale, mais aussi par l'intermédiaire de la fmCh et de la FMH⁷⁶.

La dernière version du TarMed est entrée en vigueur en janvier 2018, sous la présidence SSOT de Claudio Dora. Sous la responsabilité de Stephan Heinz, la commission Honoraires et Tarifs empoigne des questions toujours plus techniques et complexes. « C'est devenu une langue qu'on ne comprend plus et qui requiert des compétences que le président de la SSOT n'a plus forcément le temps d'acquérir », conclut le nouveau président Claudio Dora⁷⁷.

La formation des orthopédistes : entre régulation et qualité

Au printemps 2014, le journal alémanique *Berner Zeitung* publie et commente des statistiques de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le contenu de cet article et le fait qu'il soit retranscrit tel quel dans le rapport annuel de la SSOT en dit long sur la vision de la médecine diffusée par la presse suisse et relayée par les praticiens eux-mêmes :

« Toujours plus de médecins pour toujours moins d'habitants

Selon une statistique de l'OCDE, il y a en Suisse 24% plus de médecins en activité par habitant en moyenne que dans le reste des pays industrialisés. Nous avons 7% plus de médecins qu'en Suède, 10% plus qu'en Allemagne, 20% plus qu'au Danemark et 60% plus qu'aux États-Unis. En 1980, il y avait en Suisse 1 médecin pour 406 habitants. En 1990, il y avait 1 médecin pour 337 habitants et en 2011, 1 médecin pour 258 habitants. Dans aucun des pays connus, par rapport à la population, il n'y a autant de lits d'hôpital (soins aigus) qu'en Suisse.

Cette offre abondante a des conséquences : les Suisses vont plus souvent à l'hôpital, sont opérés plus souvent, passent plus de temps dans un lit de soins aigus et prennent plus de médicaments que la population d'autres pays avec un niveau de vie comparable, comme par ex. les Pays-Bas, la Suède ou encore la Norvège. Les Suisses, d'un niveau de vie et de milieu social comparables, ne sont ni plus sains ni se sentent mieux ni ne vivent plus longtemps que les Hollandais, Suédois et Norvégiens.

(*Berner Zeitung*)¹

Remettre en question le nombre de médecins par rapport aux bénéfices sanitaires d'une population touche à de multiples dimensions (sociales, économiques, politiques, médicales), dont la SSOT a particulièrement conscience dès les années 1990. Alors que le développement des techniques prothétiques est en croissance continue, la pression sur la hausse des coûts de la santé remet en question cette thérapie relevant du non-vital et coûteuse à court terme. Or, d'aucuns voient dans l'augmentation du nombre d'orthopédistes le double risque d'une concurrence incontrôlable pour les praticiens, qui s'alimente d'un pool de patients disposés à subir des interventions pas toujours justifiées. Une opinion combattue par d'autres, qui revendiquent la nécessité d'un nombre d'orthopédistes suffisant pour traiter les affections

75 « RA 2017-2018 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus* 5, 2018, 2.

76 *Ibid.* ; « RA 2016-2017 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 3.

77 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

1 « Toujours plus de médecins pour toujours moins d'habitants », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 31.

ostéo-articulaires en augmentation dans la population suisse. Entre le discours de la pléthore et celui de la pénurie, c'est la question de la régulation des médecins qui est ici posée, et qui potentiellement entrevoit une solution à travers l'outil de la formation. Laquelle est aussi l'occasion, pour les disciplines médicales telle que l'orthopédie, de consolider davantage son domaine d'activité.

Pléthore ou pénurie ?

Les discussions et mesures relatives au nombre de spécialistes en orthopédie reflètent les préoccupations médicales, mais aussi politiques et économiques de chaque période. Dès les années 1980, les pouvoirs publics invoquent la conjoncture économiquement défavorable pour mettre un frein à ladite « pléthore » médicale, mise en corrélation avec l'augmentation des coûts de la santé. Andreas Burckhardt observe qu'à l'époque, les avis sont partagés au sein des orthopédistes en fonction des intérêts :

« Certains disaient qu'il y avait trop d'orthopédistes; c'était le cas des spécialistes en ville qui avaient peur de la concurrence. D'autres estimaient qu'il fallait en former davantage pour qu'ils s'occupent aussi de la traumatologie; c'était par exemple la position d'Erwin Morscher. »²

Dès 1988, la Commission pour la formation continue et postgraduée de la FMH (CFCP) se penche sur un « concept d'évaluation de la formation continue et postgraduée », qui porte notamment sur l'établissement d'un examen cautionnant la formation de spécialiste. L'introduction d'un tel examen rend l'accès à une spécialité plus restrictif. Or, quatre Sociétés médicales spécialisées ont alors déjà introduit un tel examen, de leur propre initiative. Gottfried Segmüller, président de la SSO jusqu'en 1990, participe aux séances de la CFCP et de la Chambre médicale de la FMH afin que l'orthopédie puisse faire entendre sa voix sur le sujet de cette certification, tout en reconnaissant les réticences parmi certains membres : « Notre Société de discipline *peut* le faire également cette année, pour autant qu'elle le souhaite ! »³. Pour le président, il s'agit de se positionner en amont afin d'éviter de subir les décisions d'autrui – « Agir sous la pression ou anticiper » titre son éditorial dans le *Bulletin SSO* –, une attitude offensive que la Société est amenée à développer toujours davantage.

Les sujets de la pléthore, de la formation et de l'examen de spécialiste figurent parmi les principales préoccupations de la SSO du début des années 1990. Lors du

2 Entretien avec Andreas Burckhardt (président 1992-1994).

3 « Éditorial. "Zugzwang – oder Antizipation?" (G. Segmüller) », *Bulletin SSO* 51, 1990, 26–27. Souligné dans le texte.

congrès annuel de la Société de 1992, le président sortant Jean-Jacques Livio titre son discours « La pléthore », en rappelant que la préoccupation n'est pas nouvelle :

« Si, au niveau national, il n'a pas été possible d'introduire un *numerus clausus* pour les études de médecine, on ne peut guère prétendre que dans notre Société nous ayons mieux réussi. Et pourtant, Norbert Gschwend alors président [en 1974-1977], frappé par l'augmentation du nombre d'orthopédistes en formation, proposait des mesures qui auraient *pu et dû* être efficaces. Ces mesures ont été adoptées par l'assemblée d'alors, mais les effets sont restés modestes voire négligeables 18 ans plus tard. »⁴

Le président suivant, Andreas Burckhardt, poursuit sur la lancée, en posant en titre de son éditorial du *Bulletin SSO* la question suivante : « Combien la Suisse a-t-elle besoin de chirurgiens orthopédistes ? »⁵ La présidence se déroule alors sous l'égide de nouveaux statuts passablement remaniés, car il s'agit de répondre au nouveau règlement sur la formation postgraduée de la FMH édicté en décembre 1992⁶. À cet effet, le comité de la SSO a prévu de répartir les travaux sur la formation au sein de deux commissions désormais distinctes, la commission Formation continue et la commission Formation postgraduée⁷. La nouvelle formation postgraduée de la FMH propose notamment d'introduire des nouveaux titres de sous-spécialisation sur lesquels les Sociétés de spécialistes sont invitées à exprimer leur avis.

Ainsi, la SSO et la Société suisse de chirurgie refusent, dans une prise de position commune, de soutenir la demande de la Société de médecine du sport qui souhaite obtenir un tel titre. Les deux Sociétés expliquent que les blessures du sport et leur traitement relèvent entièrement de la compétence et des techniques de traumatologie des chirurgiens et orthopédistes. Le comité de la SSO n'exclut pas en revanche la possibilité d'une formation approfondie rattachée à la chirurgie ou à l'orthopédie qui permettrait d'acquérir une sous-spécialisation en traumatologie du sport. À noter que, dans le même temps, les deux Sociétés saluent la création de cinq autres titres FMH de sous-spécialités non chirurgicales, à savoir la médecine générale, la médecine interne, la pédiatrie, la médecine physique, ainsi que la santé et prévention⁸.

Avec près de 1'350 chirurgiens orthopédistes pratiquant en Suisse, et 147 nouveaux candidats s'étant présentés fin 1991 pour la formation postgraduée,

4 « "La pléthore". Discours du Président. Congrès de la Société suisse d'orthopédie, Lausanne, 18-20 juin 1992 (J.-J. Livio) », *Bulletin SSO* 56, 1992, 57. Souligné dans le texte.

5 « Éditorial. "Wie viele Orthopädische Chirurgen braucht die Schweiz?" (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 56, 1992, 50-52.

6 « Instructions concernant le nouveau programme de formation pour le chirurgien orthopédiste (P. E. Ochsner) », *Bulletin SSO* 60, 1995, 20.

7 « Rapport 1992 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 57, 1993, 4; « Rapport 1993 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 59, 1994, 5.

8 « Rapport 1992 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 57, 1993, 6; « Stellungnahme des Vorstandes zum Untertitel Sportmedizin (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 57, 1993, 47–49.

la limite semble être dépassée selon le comité de la SSO. Pour appuyer ce constat, le président de la SSO Andreas Burckhardt rappelle que le programme révisé de formation postgraduée pour le titre FMH en chirurgie prévoit de réduire drastiquement le nombre de chirurgiens, estimant qu'il dépasse largement ce qu'il devait être en proportion du nombre de patients; aussi, tout nouveau programme de formation proposé par la commission ad hoc de la SSO doit-il se faire en relation avec la chirurgie générale, et ce malgré – ou justement en raison – des dissensions qui existent au sujet de la traumatologie. Enfin, il ne fait aucun doute pour le président de la SSO que la réduction du nombre de candidats au titre FMH d'orthopédie se fera d'elle-même, dès lors que se mettront en place non pas des quotas, mais une disponibilité de places de formation en relation avec le nombre de patients et des besoins effectifs⁹.

La comparaison avec l'Europe, qui subit aussi des restrictions imposées dans le secteur de la santé, va dans le sens d'une régulation des orthopédistes selon le président Andreas Burckhardt et le vice-président Roland Jakob, qui co-signent fin 1992 une lettre adressée aux membres et recopiée dans le *Bulletin SSO*. On y lit que, selon les chiffres de l'UEMS, la population européenne reste stagnante et la morbidité – malgré le vieillissement – n'augmente pas aussi vite que le nombre d'orthopédistes. L'UEMS prévoit comme règle de base un chirurgien orthopédique pour 17'500 habitants. « Si nous ne comptons que les orthopédistes actifs chez nous [en Suisse], nous arrivons à un pour 19'000 habitants. Etant donné que nous partageons notre activité avec les chirurgiens généraux, dont plus de 50% s'occupent de l'appareil locomoteur, nous arrivons à 1 : 10'000 », relèvent les présidents de la SSO¹⁰.

Andreas Burckhardt et Roland Jakob craignent par conséquent qu'une croissance incontrôlée du nombre d'orthopédistes mette en danger la qualité des prestations, entraînant un élargissement des indications et l'augmentation des coûts. Afin de remédier à cette situation – « qui n'est pas défendable politiquement », énoncent-ils –, la solution passe par une réflexion sur le nombre des membres à former : au lieu des 25 à 30 nouveaux spécialistes par an tel que cela s'est présenté au cours des trois années précédentes, les présidents suggèrent une réduction des candidats à la formation passant à 15 par année, ce qui permettrait un équilibre entre les nouveaux spécialistes et ceux partant à la retraite. Dans ce but, le comité de la SSO charge la commission Formation postgraduée d'élaborer une conception de régulation numérique. Pour appuyer leurs dires, les présidents présentent la situation de l'un des pays voisins :

« Nous pensons utile de vous informer que la Société Française d'Orthopédie – la France comptant près de 60 mio. d'habitants – a décidé il y a deux ans de limiter le nombre

9 « Éditorial (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 56, 1992, 50–52.

10 « Planification du nombre d'orthopédistes (A. Burckhardt, R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 58, 1993, 59–60.

des spécialistes en formation de 100 à 75 personnes par an, et ceci dans un pays où [...] seuls les orthopédistes s'occupent de l'appareil locomoteur. »¹¹

Si bien que pour la Suisse, où la situation est différente, la régulation du nombre d'orthopédistes « ne peut se faire qu'en coopération avec les chirurgiens »¹².

Les inquiétudes portées sur la pléthore des médecins sont largement partagées au-delà de la seule SSO, comme l'évoque Roland Jakob devenu président de la Société en 1994 :

« Amenée par notre Société, la discussion sur le nombre des candidats au titre FMH et sur une limitation des places de formation postgraduée n'est plus un tabou, même pour la FMH. »¹³

En effet, la FMH vient alors de nommer une commission spéciale, sous-groupe de la CFCP, qui étudie la « démographie des spécialistes » en ce qui concerne leur nombre, jugé trop important. Cette commission spéciale mène une réflexion sur des possibilités compensatoires qui permettraient d'assurer les prestations en cas de régulation du nombre de formations postgraduées, telles que le développement des postes cadres, le remplacement d'un certain nombre de candidats FMH spécialistes par un FMH autre, le rallongement de la formation, la hausse des exigences du catalogue opératoire¹⁴ et du temps de formation, la réduction des lits. Au niveau européen également, la section orthopédique de l'UEMS consacre l'entier de sa journée annuelle au thème de la pléthore des orthopédistes – elle comptabilise en 1995 une sursaturation des orthopédistes de 40%. Le président de la SSO évoque aussi les difficultés des jeunes assistants à trouver des places de formation¹⁵.

11 *Ibid.*, 59.

12 *Ibid.*

13 « Éditorial "Zeit der Ökonomisierung und Rationalisierung" (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 60, 1995, 2–3.

14 Le catalogue opératoire impose un quota d'opérations par région anatomique, afin d'éviter aux candidats une formation unidirectionnelle. Toutefois, comme seul 2/5 des opérations sont imposées, le candidat peut s'investir davantage dans certains domaines en orthopédie élective, comme en traumatologie. (« Instructions concernant le nouveau programme de formation pour le chirurgien orthopédiste : Catalogue des opérations (P. E. Ochsner) », *Bulletin SSO* 60, 1995, 20).

15 « Rapport 1994 du Président (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 61, 1995, 41; « Rapport 1995 du Président (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 63, 1996, 5; « Éditorial "Zeit der Ökonomisierung und Rationalisierung" (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 60, 1995, 3.

Planification de la formation et introduction de l'examen de spécialiste

Afin de réguler le nombre de candidats à la formation d'orthopédiste, le comité de la SSO met sur pied en 1993 une commission Planification qui, en travaillant communément au programme de formation postgraduée avec la commission concernée, est chargée de présenter un « concept des orthopédistes ». À partir d'une enquête menée auprès des sites de formation postgraduée, ce concept doit proposer une nouvelle répartition des places de travail entre cliniques A, B et C. Mais la tâche est complexe car elle nécessite de considérer les statistiques des opérations des différents lieux de formations dont les approches varient de clinique en clinique, et de ce fait ne sont pas comparables¹⁶. Par ailleurs, le président de la SSO Roland Jakob évoque la nécessité de trouver un terrain d'entente sur ce sujet avec les chirurgiens généraux. Il souligne aussi qu'il faut faire primer la qualité et, dans tous les cas, anticiper :

« Nous espérons surtout que nous puissions faire cela sur libre décision et non sous le diktat des politiciens et des assurances. [...] Économiser oui, rationaliser oui, rationner de préférence pas... »¹⁷

La CFCP de la FMH n'est pas convaincue par la définition, jugée imprécise, des différentes catégories des places de formation postgraduée proposées par la SSO. Cette dernière craint que son programme ne soit dès lors pas agréé pour entrer en vigueur début 1995. Or, le contrôle de la formation doit être renforcé en vertu de l'assurance qualité exigée par la nouvelle LAMal. La réglementation sur la formation de la FMH est renouvelée et approuvée en 1995, si bien que les programmes de formation des disciplines doivent être retravaillés et présentés jusqu'en 1997-1998. Un point particulièrement disputé est la question du temps de formation¹⁸.

Conscient de l'attractivité de la profession, le président suivant André Kaelin exhorte les membres de la SSO à une « grande vigilance individuelle et collective » pour préserver le capital de « bonheur professionnel » de l'orthopédie, laquelle est décrite comme une « branche optimiste de la médecine »¹⁹. En effet, la SSO dépasse pour la première fois en 1996 les 500 membres, ce qui en fait un des plus grands groupes de jeunes spécialistes du pays. Le président s'en réjouit, mais prévient :

16 « PV de l'AG ord. du 1^{er} juillet 1993, Munich : Planungskommission Orthopädie », *Bulletin SSO* 58, 1993, 56 ; « Rapport 1993 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 59, 1994, 9.

17 « Éditorial "Zeit der Ökonomisierung und Rationalisierung" (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 60, 1995, 4.

18 « Rapport 1993 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 59, 1994, 7 ; « Rapport 1994 du Président (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 61, 1995, 42.

19 « Éditorial (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 64, 1996, 2.

« L'intérêt porté par les plus jeunes médecins à notre branche a pour conséquence que la moyenne d'âge des membres de la SSO est très basse et que la plupart d'entre nous vont exercer durant une période de plus de 20 ans encore. »²⁰

Or, l'année suivante, le président annonce les difficultés à aborder la question de la réduction du nombre de titres de spécialistes octroyés au sein des institutions :

« La mise en pratique de cette politique s'avère difficile, car les intérêts des services universitaires, des services hospitaliers et des médecins en pratique privée divergent. »²¹

Afin de poursuivre les efforts du comité pour réguler le nombre de diplômes de spécialistes octroyés, et répondant en cela à une attente plus large—André Kaelin déclare vouloir « concrétiser le désir des membres de la Société »²²—, une rencontre a lieu entre le comité et les directeurs des cliniques A. Il est alors décidé de lier le contrôle du nombre de diplômés à une augmentation de la qualité de la formation, et des postulats sont élaborés à l'attention des cliniques A et des hôpitaux périphériques. Un carnet de stage est également développé, et chaque centre de formation doit éditer son programme afin que les futurs candidats orthopédistes puissent en prendre connaissance et faire leur choix. Parmi les mesures prises pour assurer la qualité de la formation figurent des conditions de formation plus exigeantes à l'entrée et en cours de spécialisation, ainsi qu'un champ des connaissances étendues, incluant par exemple l'obligation de suivre un cours de radioprotection pour l'utilisation de radioscopie ou de radiographie pour le bassin et le rachis²³.

Le nouveau règlement de formation postgraduée FMH de 1992 impose aussi l'établissement d'un examen de spécialiste en fin de formation, sur le modèle de ce qui se pratique déjà en Amérique du Nord²⁴. A cet effet, la SSO met sur pied une troisième commission dédiée à l'examen de spécialiste, qui voit le jour en 1993 sous la responsabilité de Christian Gerber²⁵. Membre du comité puis président de la SSO dès 1996, André Kaelin résume les conditions d'obtention du titre avant que s'impose l'examen de spécialiste :

« Auparavant, pour obtenir le titre FMH en orthopédie, il fallait avoir les années de formation requises, remplir le catalogue opératoire, avoir sa thèse (donc devenir docteur), avoir suivi un cours d'orthèses et prothèses de l'APO [Association suisse pour l'étude des prothèses et orthèses] et il fallait avoir fait deux expertises. Il y avait aussi

20 *Ibid.*

21 « Rapport 1997 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 66, 1998, 4.

22 « Rapport 1996 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 65, 1997, 3.

23 *Ibid.* ; « Rapport 1997 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 66, 1998, 4.

24 Entretien avec Roland P. Jakob (président 1994-1996).

25 « Éditorial (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 59, 1994, 2 ; « Rapport 1996 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 65, 1997, 4-5.

une fois par an un cours de perfectionnement à Berne. On envoyait les documents et on recevait le FMH. »²⁶

À l'instar d'autres spécialités mettant sur pied l'examen de fin de spécialité, la SSO doit désormais en faire autant. La commission Examen créée à cet effet effectue un travail préliminaire, qui aboutit à la conclusion que l'examen de fin de spécialité doit consister en un examen théorique écrit de questions à choix multiples (QCM), un examen oral sur cas et un examen pratique de dissection.

En 1995 entre en vigueur le nouveau programme de formation postgraduée FMH. Celui-ci précise que six années au minimum sont demandées aux futurs spécialistes pour établir une solide formation de base. Parmi les principaux changements spécifiques aux orthopédistes figure la revalorisation de la traumatologie, dont la durée de formation passe d'un à deux ans. De plus, le catalogue des opérations exige un quota minimum pour certaines interventions, afin d'éviter aux candidats une formation unidirectionnelle. Quant au nouvel examen de spécialiste qui cautionne la formation en orthopédie et traumatologie, il a lieu pour la première fois à l'automne 1995 sous la forme de l'examen écrit et oral²⁷. Roland Jakob, alors président de la SSO, perçoit plusieurs avantages dans ce nouvel examen de spécialiste :

« Cet examen permettait de maintenir une qualité élevée de formation, tout en envisageant de limiter le nombre d'orthopédistes formés en Suisse qui passaient ainsi par la SSO. »²⁸

Pierre Hoffmeyer partage aussi cette opinion :

« Avec cet examen, qui a mis longtemps à être accepté, on est entré dans les temps modernes au niveau de la formation des jeunes. Ce n'était plus simplement des histoires de dossiers de copains et de gens qui se connaissent. Il fallait désormais faire ses preuves. Ça a été une étape importante. »²⁹

Les compétences à acquérir pour réussir l'examen mis sur pied par la SSO sont exigeantes (parties écrite, pratique et orale) et il existe alors peu d'équivalence dans les pays voisins, comme le relève Pierre Hoffmeyer :

« En Europe continentale, ils étaient alors peu à faire passer un examen de spécialiste en orthopédie. Les Anglais le faisaient depuis longtemps, et d'autres spécialistes non orthopédistes, comme les anesthésistes. Mais faire un examen aussi complet, écrit, oral et

pratique, on est probablement parmi les premiers à l'avoir fait en orthopédie. Ce n'était le cas ni en France ni en Italie; peut-être le faisant-on en Allemagne et en Belgique. »³⁰

Du fait de délais légaux et d'une période de rodage, l'examen se fait d'abord sur base volontaire et sans validation, comme l'explique André Kaelin :

« Les personnes en formation ne pouvaient pas être sanctionnées par des examens qui n'étaient pas reconnus au moment où elles ont commencé leur formation; et on ne pouvait pas mettre en route des QCM sans les avoir testés. Pendant plusieurs années, les examens QCM ont donc eu une sorte de valeur indicative qui a permis de sélectionner les questions d'examens les plus pertinentes. »³¹

De plus, le premier président de la commission Examen, Christian Gerber, convainc les médecins pressentis pour être examinateurs à passer eux-mêmes le premier examen écrit à Berne en 1995. Une fois le procédé implémenté et le délai de carence étant échu, l'examen devient effectif en 1998. Dès cette année, tous les candidats demandant l'obtention du titre en chirurgie orthopédique et ayant rempli les conditions requises selon la FMH ont l'obligation de se présenter à l'examen et de le réussir³².

Durant l'année 2000, cinq ans après le lancement du premier examen de spécialiste, ce sont 27 candidats, dont 3 femmes, qui se présentent à cet examen. Il se déroule à Genève, dans les trois parties prévues (écrite, orale, pratique), et un seul échec est dénombré. Six ans plus tard, 41 candidats se présentent à l'épreuve écrite (QCM), qui se déroule en juillet à l'Hôpital de l'Île de Berne. L'examen oral et pratique, qui réunit 35 candidats, a lieu en novembre à l'Hôpital cantonal de Fribourg et dans les locaux du Centre multidisciplinaire de recherche et de formation en chirurgie endoscopique, Swissendos. Organisé durant une dizaine d'années par l'orthopédiste Gianluca Maestretti, la première partie de cet examen est basée sur des cas cliniques, la seconde porte sur les connaissances des abords chirurgicaux et de l'anatomie sur base cadavérique. Aucun échec n'est relevé pour la volée 2006, ce qui est notamment dû à l'élévation des exigences pour l'expérience chirurgicale. Celle-ci avait été jugée insuffisante chez certains candidats de l'année précédente, si bien que le comité de la SSO avait décidé, pour la volée suivante, que seuls seraient admis à l'examen oral les candidats qui ont satisfait au catalogue opératoire

26 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

27 « Éditorial (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 59, 1994, 2; « Instructions concernant le nouveau programme de formation pour le chirurgien orthopédiste (P. E. Ochsner) », *Bulletin SSO* 60, 1995, 20; « Rapport 1995 du Président (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 63, 1996, 5.

28 Entretien avec Roland P. Jakob (président 1994-1996).

29 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

30 *Ibid.*

31 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

32 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010); « Examen FMH (C. Gerber) », *Bulletin SSO* 60, 1995, 15; « Instructions concernant le nouveau programme de formation pour le chirurgien orthopédiste (P. E. Ochsner) », *Bulletin SSO* 60, 1995, 22; « Rapport 1997 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 66, 1998, 6.

complet. Ce catalogue est dès lors examiné par le délégué de la SSO à la Commission des titres FMH, Christoph Riniker³³.

Christian Gerber souligne aussi que les résultats des examens ne doivent pas se limiter à évaluer individuellement un candidat à la spécialité. Ils ont aussi un rôle important à jouer pour évaluer les sites de formation afin d'assurer une qualité homogène du cursus. Il le rappelle par cet exemple :

« Pendant trois ans de suite, il y avait une université dont les résultats d'examens étaient nettement inférieurs aux autres établissements. L'université en a été informée et a immédiatement modifié son système. Après deux années, les étudiants étaient au même niveau que ceux des autres établissements. »³⁴

Les visites d'établissements de formation relèvent du même procédé, puisque tous les sites suisses sont visités périodiquement, en général une fois dans la carrière du chef de clinique, afin de déterminer si l'établissement doit être classé dans la catégorie A, B ou C pour l'orthopédie, et 1 ou 2 pour la traumatologie. Ces visites sont réalisées par des experts FMH ainsi qu'un chef de la visite qui est toujours représenté par un orthopédiste de la SSO. Pierre Hoffmeyer, qui a souvent fait partie de la délégation, commente :

« Lors de ces visites de sites, dont l'origine remonte à une période assez lointaine, on observe comment les internes sont formés et on vérifie ce qui se fait d'un lieu à l'autre, comment se répartissent les heures de traumatologie, etc. On peut ensuite décider du classement de l'établissement et conseiller d'éventuelles améliorations. »³⁵

En 2008, après presque 15 années d'existence exclusivement dédiées à l'examen de spécialiste en orthopédie et traumatologie, la commission Examen est intégrée à la commission Formation postgraduée, étant donnée les connexions entre l'une et l'autre³⁶. Mais la tâche est loin d'être terminée au vu de l'évolution des paramètres qui influent sur le programme de formation postgraduée, comme le rappelle Josef Brandenburg :

« La formation postgraduée est importante pour chaque discipline et le travail de création du programme de formation est conséquent : il faut définir la durée de la formation, le nombre d'opérations, les connaissances anatomiques, etc. Ces programmes de spécialisation évoluent toujours, car la population et les pathologies changent et il faut tenir compte aussi du volet scientifique. »³⁷

33 « Formation postgraduée (H. Bereiter) », *SSO actuel* 10, 2000, 3 ; « Examen de spécialiste 2006 », *SSO actuel* 24, 2006, 4 ; « Rapport commission examen de spécialiste (P.-F. Leyvraz) », *Bulletin SSO* 76, 2007, 47-48.

34 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

35 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

36 « Formation postgraduée (M. Kuster) », *SSOT-Bulletin actuel* 1, 2010, 17.

37 Entretien avec Josef E. Brandenburg (président 2006-2008).

La formation est en outre tributaire de la fluctuation des paramètres économiques et socio-politiques.

La formation à l'heure de la libre circulation des personnes : de nouveaux concepts

Au début du 21^e siècle, la réglementation de la formation postgraduée évolue fortement. Rappelons que la durée des études de médecine est de six ans au minimum. En 1999, la Suisse signe les accords dits de Bologne, qui introduisent les études de bachelor et de master et visent à assurer la reconnaissance des diplômes au niveau européen au sein des hautes écoles. Jusqu'en 2002, il est possible théoriquement d'exercer avec le diplôme fédéral obtenu en fin de sixième année. Puis les exigences se durcissent avec l'obligation de suivre une formation postgraduée sous supervision, en cabinet privé ou à l'hôpital, pour pouvoir exercer à titre indépendant³⁸. Fort du développement du secteur ambulatoire et des hospitalisations de courte durée, l'hôpital joue dès lors un rôle prépondérant en tant que lieu de soins à la population et de formation des futurs médecins.

Par ailleurs, sur le plan de la politique de santé, plusieurs nouveautés convergent en Suisse qui préoccupent le corps médical. Il y a d'abord, en 2002, l'ouverture du marché suisse aux médecins formés à l'étranger, qui fait suite aux conventions bilatérales entre la Suisse et l'Europe sur la libre circulation des personnes. Du point de vue de la SSO, et en particulier de sa commission Formation postgraduée, cette situation remet momentanément en question l'idée d'une régulation des orthopédistes au niveau du nombre des assistants à former annuellement en Suisse. Car s'il y a risque de pléthore médicale, elle se situerait plutôt au niveau de l'établissement en pratique privée d'orthopédistes venant de l'étranger. Ainsi, la commission avoue son impuissance :

« Ce problème dépasse de loin les possibilités d'une société de discipline médicale et devrait être discuté dans les milieux politiques. »³⁹

Concrètement, à l'instar de la FMH, la SSO attend beaucoup du gouvernement suisse : l'espoir est mis dans la transparence nécessaire pour garantir aux membres toute protection au sein de la concurrence tendue du marché, de contrôler le nombre des médecins, d'élaborer une politique médicale en fonction du rapport coût et utilité et de la rationalisation, ainsi que de vérifier les modèles de rémunération⁴⁰.

38 ASSM, *Bases juridiques pour le quotidien du médecin. Un guide pratique*, édité par l'ASSM et la FMH, 2013 (2^e éd.), 16 (en ligne).

39 « Concepts de formation postgraduée/nombre d'assistants en formation », *SSO actuel* 15, 2002, 2.

40 « Chambre médicale (L. Dubs) », *SSO actuel* 9, 2000, 3.

Les autorités réagissent en effet, en promulguant l'Ordonnance fédérale du 4 juillet 2002 concernant l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer, dite « clause du besoin ». Cette clause a pour but de prévenir l'arrivée excessive de médecins indépendants en leur bloquant l'accès à la pratique privée. Limitée à trois ans et confiée pour son application aux cantons, elle est renouvelée à trois reprises jusqu'à fin 2011. Lors de chaque renouvellement, des tentatives sont faites pour améliorer la planification des besoins, mais sans succès. Car le gel des admissions à pratiquer finit par concerner également les praticiens suisses, et de façon non homogène : les médecins de premier recours échappent à la clause. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national s'oppose aux propositions du Conseil des États, lequel peine à renouveler ses mesures de façon optimale. De leur côté, la FMH, la CDS et l'ASMAC manifestent ouvertement leur mécontentement⁴¹.

Au bout du compte, chaque renouvellement de la clause imposé par la Confédération est l'objet de vives tensions et n'obtient pas de solution qui satisfasse les principaux concernés. La situation se tend davantage lorsque l'interdiction d'établissement, introduite depuis 2002, est levée en 2012. Dès cette période, et du fait de l'accord sur la libre circulation, ce sont une centaine de titres étrangers en orthopédie qui sont reconnus annuellement par la Commission fédérale des professions médicales (MEBEKO) et obtiennent ainsi l'équivalence pour pratiquer en Suisse⁴².

Le comité de la SSO suit de près cette évolution. Dès 2002, dans le contexte de ratification des traités bilatéraux et du lancement de la libre circulation des personnes, elle incite ses membres à passer l'examen complémentaire reconnu au niveau européen, appelé *European Board of Orthopaedic and Traumatology* (EBOT). Créé sous les auspices de l'EFORT par la section orthopédie-traumatologie de l'UEMS, cet examen, composé d'un oral et d'un écrit et passé en anglais, se destine aux citoyens de l'Union européenne ainsi qu'aux Suisses et aux Norvégiens en possession d'un titre de spécialiste en chirurgie orthopédique⁴³.

Mais cette opportunité de s'ouvrir à l'Europe ne règle pas la situation au niveau du marché médical suisse. Roland Jakob dresse un bilan peu amène des conséquences des bilatérales sur les espoirs que la SSO caressait sur la formation jusqu'au début des années 2000 :

« Avec les bilatérales, tous les efforts de la SSO ont été balayés. Le maintien d'une qualité élevée de la formation postgraduée n'était plus un instrument de régulation des orthopédistes, puisque beaucoup de personnes pouvaient venir en Suisse de l'extérieur, engagées par les cantons. Le certificat d'orthopédie pour pratiquer en Suisse était désormais fédéral. Ce sont les politiciens et les directeurs d'hôpitaux qui ont

41 « Clause du besoin », *SSO actuel* 28, 2008, 5–6 ; « Le moratoire », *SSO actuel* 30, [2009], 5.

42 « Examens de spécialiste 2016 (K. Eid) », *swiss orthopaedics, focus* 3, 2016, 23.

43 « European Board of Orthopaedic and Traumatology (EBOT) », *SSO actuel* 15, 2002, 2–3.

donné les homologations, et la SSO a reçu peu d'informations sur les orthopédistes que les cantons ont accepté. »⁴⁴

Par la même occasion, la FMH est affranchie de son rôle dans la réglementation des formations et dans la titularisation des spécialistes. Catherine Perrin explique cette évolution :

« La FMH, qui est une association de droit privé, a délivré les titres de spécialistes jusqu'en 2002. Elle ne s'est même occupé que de cela et de régler la formation depuis 2000, car cela fonctionnait bien et la Confédération a laissé faire. Il était donc obligatoire de devenir membre de la FMH pour obtenir le titre, même si ce n'était pas marqué dans la Constitution suisse. Avec les bilatérales, la titularisation des médecins est passée au niveau fédéral et est délivrée aux médecins sans qu'ils doivent être membres de la FMH. Ainsi, depuis 2004, le médecin qui pratique en Suisse doit avoir le titre de formation postgraduée fédérale – et non plus le titre FMH. »⁴⁵

Ainsi, dès 2003, la SSO convient avec la Chambre médicale d'une nouvelle nomenclature du titre d'orthopédiste, qui devient « Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur », avec la possibilité d'ajouter FMH (« Spécialiste FMH en... ») si le praticien est aussi membre de la FMH⁴⁶.

Lors de la levée de l'interdiction d'établissement (clause du besoin) de 2012, le président de la SSOT Christian Gerber s'exprime avec le recul d'une décennie d'expérience sur la libre circulation, en mentionnant le fait que les spécialistes venant de pays du Sud de l'Union européenne, tels que l'Italie ou la Grèce, ne suivent qu'une formation postgraduée théorique :

« La reconnaissance automatique de leur titre de spécialiste leur donne le droit d'ouvrir un cabinet médical sans pour autant être en possession d'une formation chirurgicale. »⁴⁷

Le président relève aussi le fait qu'il est possible pour un médecin ayant échoué aux examens de spécialiste en Suisse de se rendre à l'étranger, dans un pays du nord par exemple, pour y faire reconnaître sa formation puis faire attester cette formation une fois de retour en Suisse. Il commente ainsi ce paradoxe :

« Il est curieux que la Confédération exige de par la loi des contrôles de qualité et en même temps accepte le fait que nos patients et citoyens se fassent traiter par des médecins peu qualifiés et qui ne correspondent pas à nos critères de qualité. »⁴⁸

Pierre Hoffmeyer relève aussi que la situation n'est pas réciproque lorsqu'un médecin suisse souhaite s'installer à l'étranger :

44 Entretien avec Roland P. Jakob (président 1994-1996).

45 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

46 « La nouvelle nomenclature du titre », *SSO actuel* 19, 2003, 6.

47 « Éditorial – RA 2011-2012 (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 2.

48 *Ibid.*

« Par exemple, un chirurgien français qui envoie ses papiers à Berne reçoit le titre FMH en retour. Alors que le médecin suisse qui veut ouvrir une petite pratique à Cannes doit faire deux ans comme chef de clinique dans un hôpital français reconnu, avant qu'on lui accorde la spécialité. Il y a là une inégalité de traitement qui est flagrante. Peu de pays sont aussi ouverts que la Suisse. »⁴⁹

Une autre adaptation à laquelle le corps médical doit faire face est la nouvelle Loi sur le travail de 2005, qui normalise officiellement les horaires des médecins assistants et des chefs de clinique. Répondant aux prérogatives des politiciens, cette loi impose un nombre d'heures maximales d'activité dans les services, afin d'endiguer le gonflement incontrôlé de la charge de travail⁵⁰ : les fréquentes 75 à 80 heures hebdomadaires passent à 50 heures hebdomadaires. La situation est loin de satisfaire la majorité des médecins, en particulier les chefs de service, comme le relève André Kaelin :

« Pour la formation, les internes et les chefs de clinique n'ont plus eu le droit de travailler plus de 50 heures par semaine, ce qui fait qu'automatiquement les postes d'internes se sont multipliés. Par ailleurs, pour tenir des urgences sur 24 heures, il a aussi été exigé qu'un hôpital ait des orthopédistes ayant un FMH : pour cela, il faut au minimum quatre orthopédistes à plein temps, compétents, ce qui n'était pas le cas auparavant. »⁵¹

André Kaelin note toutefois que les limitations d'horaires sont inhérentes au statut juridique des hôpitaux :

« Par exemple, aux Hôpitaux universitaires de Genève, qui dépendent de l'État et emploient donc un personnel dont le statut se rapproche de celui de fonctionnaire, la loi est plus rigide – même si pas entièrement appliquée – qu'au CHUV, qui est une fondation. Cela diffère d'un endroit à l'autre. »⁵²

Cette situation modifie aussi la donne concernant les mesures visant à limiter le nombre des orthopédistes. Roland Jakob en témoigne, lui qui était un des tenants du discours sur la pléthore des médecins et en particulier des orthopédistes :

« N'était-on pas capable de réguler les orthopédistes à la SSOT ? À l'époque, dans les années 1990, on avait encore l'impression que ce serait possible. Mais il y a eu plusieurs obstacles. Le premier est que les universitaires n'étaient pas prêts à réduire le nombre d'assistants, car ils devaient faire tourner leur département des urgences et assurer la recherche. Puis il a y eu la semaine de 50 heures. Pour combler la diminution des heures, il fallait davantage d'assistants qui sont devenus difficiles à trouver. De ce fait, le projet de diminuer le nombre de places de formation a été balayé.

L'idée que j'avais en 1995, durant ma présidence, d'avoir un orthopédiste pour 17'500 habitants n'était plus réalisable. »⁵³

Par ailleurs, l'application de la loi sur le travail aux médecins assistants et chefs de clinique, mais aussi la recherche d'un meilleur équilibre « vie privée-vie professionnelle » par les médecins et le personnel soignant entraînent une multiplication des rapports de transmission, et généralement des interfaces. Savoir exactement qui est responsable à tel moment de telle prestation doit permettre une meilleure communication auprès d'une équipe aux horaires désormais flexibles et interchangeables. Aussi, dans ce système, les institutions doivent-elles davantage structurer les procédures et définir les responsabilités⁵⁴.

Dans ce contexte, les objectifs définis pour la formation des médecins changent de cap et se complexifient. La priorité est désormais portée sur l'amélioration de la qualité de la formation, à l'aide de stratégies soutenues plus intensément par la FMH. Il est ainsi admis au sein de la FMH et des Sociétés médicales que la stratégie la plus probante dans le domaine de la formation consiste à mobiliser les divers acteurs en partageant les responsabilités. Les Sociétés de spécialisation sont invitées à faire leur propre auto-évaluation, en répondant à un catalogue de questions dont les résultats sont rapportés à la FMH, laquelle confirme ou infirme ensuite l'obtention des exigences de qualité des formations. Aussi, un groupe de travail de la commission Formation postgraduée de la SSO élabore-t-il une directive destinée aux responsables des établissements de formation qui leur permet de construire leur concept de formation. Ces concepts sont ensuite validés par la commission Formation postgraduée, qui les remet ensuite à la FMH pour qu'ils soient visibles sur le site internet de celle-ci. Les médecins assistants ont ainsi le loisir de choisir leur place de formation en connaissance de cause, un mode de faire approuvé par la FMH et la SSO pour assurer la qualité de la formation. En 2005, la CFPC de la FMH salue et cautionne le travail effectué par la SSO dans le cadre de la formation⁵⁵.

Soucieuse de coordonner davantage la formation des orthopédistes au sein des établissements concernés, la SSOT envisage l'année suivante la création d'une Académie de formation postgraduée et continue, en accord avec les cinq chefs des cliniques universitaires responsables de formation (Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich). Dans ce cadre, le comité de la SSOT se préoccupe de la gestion du nombre d'orthopédistes en Suisse en tenant compte de la traumatologie. La commission Intérêts professionnels a alors pour mandat d'effectuer une analyse permettant d'évaluer quelle est la meilleure gestion des places à repourvoir. La CFPC de la FMH accepte le développement de tels réseaux de formation, qui doivent tenir compte des compétences des facultés de médecine tout en y associant les autres médecins

49 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

50 « RA du Président (J. E. Brandenburg) », *Bulletin SSO* 76, 2007, 39.

51 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

52 *Ibid.*

53 Entretien avec Roland P. Jakob (président 1994-1996).

54 « Message de l'ombudsman (J. E. Brandenburg) », *swiss orthopaedics, focus* 2, 2015, 21.

55 « Commission Formation postgraduée », *SSO actuel* 15, 2002, 1 ; *Id.*, *Bulletin SSO* 74, 2005, 47.

formateurs. Il est notamment prévu que l'enseignement des connaissances dans le domaine de *Evidence-based medicine* (EBM) fasse partie intégrante de cette nouvelle académie. L'introduction du e-learning raccourcit aussi la formation dans certains domaines – tels que la partie théorique des cours de radiologie à forte dose dès 2007. Au printemps de l'année suivante, les cours de formation postgraduée obligatoires (cours APO et cours d'expertises) sont organisés pour la première fois par Peter E. Ochsner⁵⁶.

Durant la même période, le comité de la SSOT met à l'étude un nouveau concept de formation postgraduée basé sur l'acquisition de compétences, confié à Markus Kuster puis à Karim Eid. Le thème de la régulation du nombre d'orthopédistes revient en force à travers de nombreux questionnements qui en disent long sur les nouveaux enjeux de la formation : analyse des besoins (combien d'orthopédistes sont nécessaires pour assurer les soins en Suisse ?), capacité de formation (combien d'orthopédistes peuvent être formés par an ?), adéquation de la catégorisation des établissements de formation A, A1, A2, etc. (n'aurait-on pas meilleur temps de créer des réseaux ou régions de formation ?), adéquation de l'examen final (faut-il remplacer l'examen final par des évaluations longitudinales ?), structure de la formation (faut-il introduire des niveaux ?), nombre d'opérations exigées (au lieu d'un nombre d'opérations exigé, exiger des compétences ?). Après discussion de ces points, la commission Formation postgraduée est mandatée par le comité de la SSOT pour élaborer un nouveau programme⁵⁷.

La version remaniée prévoit de diviser le programme en quatre niveaux de compétences (connaissances, savoir, savoir-faire, expert) et les objectifs d'apprentissage en huit domaines, tout en ajoutant des cours supplémentaires. En 2011, la révision du programme de formation en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur est terminée. Elle est avalisée par le comité de la SSOT puis acceptée par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) – anciennement CFCP de la FMH. Édité en français et en allemand, le nouveau programme entre en vigueur début 2013. Dès ce moment et durant une période transitoire de 5 ans (jusqu'à fin 2017), les demandes de titres en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur peuvent être faites selon l'ancien programme de formation postgraduée ou selon le nouveau programme de 2013⁵⁸. « Introduire de tels changements dans un cursus officiel n'est pas anodin

56 « FMH : CFCP », *SSO actuel* 25, 2006, 10; « Radiologie à forte dose », *SSO actuel* 24, 2006, 4; « RA du Président (J. E. Brandenburg) », *Bulletin SSO* 76, 2007, 39; *Id.*, *Bulletin SSO* 77, 2008, 32; « Académie de formation postgraduée et continue de la SSO », *SSO actuel* 26, 2007, 3; « PV de l'AG ord. du 21 sept. 2007, Montreux : Création d'une Académie de formation postgraduée et continue de la SSO », *Bulletin SSO* 77, 2008, 10–11.

57 « Éditorial (P. Hoffmeyer) », *SSO actuel* 29, 2008, 1; « Affaires internes », *SSO actuel* 29, 2008, 2.

58 « Formation postgraduée : révision du programme », *SSOT-Bulletin actuel* 2, 2011, 27; *Id.*, *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 21; « Programme de formation postgraduée (K. Eid) », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 20.

et a nécessité entre autres d'organiser durant plusieurs années des examens selon les deux programmes en parallèle », note la directrice Rita Zahnd⁵⁹.

L'année 2017 est tout aussi particulière pour les examens de spécialiste, car c'est la dernière fois que les candidats ont la possibilité de passer les examens finaux relevant de l'ancien programme datant de 2006, et qu'en même temps des examens se référant au nouveau programme de 2013 sont organisés. Par conséquent, le nombre total des candidats est élevé. « La phase transitoire actuelle s'accompagne de quelques défis organisationnels », prévient le responsable des programmes Karim Eid⁶⁰. Il s'agit aussi, pour la centaine de candidats en lice, de faire clairement la différence entre l'ancien et le nouveau programme de formation, et de ne pas mélanger les deux « cycles d'enseignement » afin de remplir les conditions de l'un ou de l'autre règlement de formation postgraduée. Michel Dutoit établit une comparaison avec l'époque antérieure :

« Dans les années 1990, la SSO comptait 400 à 500 membres, aujourd'hui ils sont plus de 1'000. À l'époque on faisait passer 20 à 30 examens par an, maintenant il y en a trois fois plus, avec des systèmes de formation différents qui se télescopent, l'ancien et le nouveau systèmes, le système intermédiaire. C'est pourquoi j'ai été appelé en renfort pour faire passer les examens. »⁶¹

Pour l'occasion, la commission Examen se structure à nouveau, sous la supervision intérimaire d'Ariane Gerber-Popp en 2016, puis confiée à Didier Hannouche⁶².

Parmi les principaux changements du nouveau programme de formation figure le fait que celle-ci tienne désormais compte de la tendance à une spécialisation accrue, comme l'explique le président de la SSOT Alain Farron dans son éditorial du bulletin *focus* de 2015 :

« À titre d'exemple, il deviendrait en effet difficile pour un seul chirurgien d'assurer la prise en charge optimale, selon les meilleurs critères de qualité et les dernières recommandations reconnues, d'une ostéotomie de l'avant pied, puis d'une réparation ligamentaire et méniscale du genou, avant une arthroplastie de hanche par abord mini-invasif et finalement une arthroplastie d'épaule ! »⁶³

Sur le terrain, les directions d'établissements publics ou privés, même de taille modeste, sollicitent auprès de leurs chirurgiens de plus en plus souvent une expertise pointue dans un domaine. Le professeur estime également que les patients, toujours mieux informés, incitent eux aussi à cette évolution :

59 Entretien avec Rita Zahnd (directrice depuis 2014).

60 « Examens de spécialiste 2016 (K. Heid) », *swiss orthopaedics, focus* 3, 2016, 23.

61 Entretien avec Michel Dutoit (président 2002-2004).

62 « Examens de spécialiste (A. Gerber-Popp) », *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 22–23.

63 « RA 2014-2015 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus* 2, 2015, 4.

« Ils ne souhaitent plus seulement savoir si l'intervention chirurgicale proposée nous est familière, mais également le nombre que nous réalisons dans l'année. »⁶⁴

Les médecins assistants ont ainsi la possibilité d'organiser leur formation en tenant compte de spécialités (par ex. chirurgie du rachis, chirurgie de l'épaule, etc.), grâce à un catalogue opératoire devenu plus flexible. Il leur suffit de connaître la technique opératoire, sans pour autant avoir effectué les interventions dans tous les domaines. La chirurgie tumorale et la chirurgie pédiatrique sont par ailleurs valorisées dans le nouveau programme, ceci « pour éviter des conséquences souvent lourdes à la suite de traitements erronés »⁶⁵. Enfin, les changements proposés par la commission Formation postgraduée de la SSOT sont complétés par des exigences de l'OFSP : de nouvelles matières sont intégrées telles que l'éthique médicale, l'économie de santé, la pharmacologie, l'EBM ainsi que les évaluations sur le lieu de travail. Si l'offre des cours s'étoffe, elle s'informatise aussi davantage par des formations en ligne allant de 2 heures (éthique médicale et économie) à une journée (EBM), et le nouveau programme propose aussi un e-logbook pour faciliter la gestion de la formation : par le biais d'internet, l'assistant peut saisir sa formation et l'imprimer à tout moment, tandis que les formateurs peuvent suivre l'avancement de la formation de l'assistant⁶⁶.

De l'avis de l'ancienne directrice de la SSOT Catherine Perrin, le processus d'obtention de la formation est devenu bien plus complexe qu'autrefois :

« L'Institut suisse pour la formation postgraduée et continue (ISFM) devrait alléger les démarches, il y a trop de paperasse. Les procédés sont devenus lourds même lorsqu'ils sont informatisés, comme le logbook, le catalogue opératoire que les assistants doivent remplir. »⁶⁷

Catherine Perrin s'interroge sur la logique des flux financiers, qui n'est pas à l'avantage des Sociétés médicales :

« Il y a un énorme effort financier demandé aux Sociétés pour se professionnaliser, pour fournir les données à l'ISFM ; mais cela a un coût, et les frais de ce travail incombent aux Sociétés. »⁶⁸

Au total, en 2017, ce sont 59 candidats ayant suivi la formation postgraduée d'après les deux programmes (2006 et 2013) qui réussissent les examens finaux et peuvent obtenir le titre de spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour autant que toutes les autres conditions soient également remplies.

64 *Ibid.*

65 « Formation postgraduée : révision du programme et logbook (K. Eid) », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 9.

66 *Ibid.* ; « Éditorial – RA 2012-2013 (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 6, 2013, 2.

67 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

68 *Ibid.*

L'examen écrit se déroule en juin à l'Hôpital de l'Île à Berne, l'oral et la pratique ont lieu en novembre à l'Hôpital cantonal et au centre Swissendos de Fribourg jusqu'en 2015. Ces derniers s'exportent ensuite dans la nouvelle infrastructure de l'*Academy for Medical Training and Simulation* (AMTS) de Muttens (canton de Bâle-Campagne), où se tient aussi l'examen intermédiaire en anatomie du nouveau programme de formation, tandis que ceux d'orthopédie pédiatrique et de tumeurs s'effectuent en ligne. Dès 2018, les examens d'anatomie s'effectuent à Genève, à la *Swiss Foundation for Innovation and Training in Surgery*⁶⁹.

Adaptation de l'examen de spécialiste et réseau de formation

Alors que l'année 2006 comptait 35 candidats ayant passé –et réussi– l'examen de spécialiste en chirurgie orthopédique, l'année 2013 compte 67 candidats inscrits pour l'écrit et 75 candidats pour l'oral. Pour la première fois, étant donné l'affluence, l'examen se déroule sur deux jours. Dès l'année suivante, les examens tiennent compte de la nouvelle organisation de la formation postgraduée qui propose des possibilités de compensation partielle entre sous-spécialités : les candidats au titre de spécialiste sont évalués avec pondération, c'est-à-dire en tenant compte de domaines spécifiques de chacun. Par ce système, la SSOT souhaite mieux équilibrer les niveaux de formation et moduler le nombre de postes⁷⁰.

En effet, à cette même période, le thème de la pléthore et de la régulation des orthopédistes revient en force. Avec 54 nouveaux spécialistes formés en 2013, la SSOT signale une augmentation d'orthopédistes en Suisse de 30% en dix ans. Les motifs avancés pour expliquer cette hausse sont la semaine de 50 heures, l'augmentation des cliniques A, et l'ajout, en sus des 54 nouveaux spécialistes de Suisse, de 104 titres étrangers reconnus par la MEBEKO. « Trop de médecins pas assez bien formés », commente le rapport SSOT de l'assemblée générale 2014⁷¹, qui rappelle aussi que « la qualité doit rester la première priorité avant la quantité »⁷².

La SSOT envisage une solution indirecte par l'organisation de la formation postgraduée par région. Dans ce but est lancé, en 2014, un nouveau programme

69 *Ibid.* ; « Examens de spécialiste 2016 (A. Gerber-Popp) », *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 22–23 ; « Examens de spécialiste 2017 (D. Hannouche, R. Zahnd) », *swiss orthopaedics, focus* 5, 2018, 21 ; « Examens de spécialiste 2018 (K. Eid) », *swiss orthopaedics, focus* 6, 2019, 31.

70 « Formation continue : Self assessment 2014 (C. Perrin) », « Commission d'examens (M. Jakob, C. Perrin) », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 21, 25 ; « RA 2014-2015 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus* 2, 2015, 4 ; « RA 2015-2016 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus* 3, 2016, 4.

71 « Nouveau programme de formation postgraduée et mini-révision », *PV de l'AG de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 15 (fascicule).

72 « Assurance de la qualité », *PV de l'AG de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 3 (fascicule).

de formation postgraduée, dans lequel près de 80 établissements sont proposés, soit 9 cliniques A, 19 cliniques B et 48 cliniques C. À l'automne 2015, lors de la traditionnelle retraite du comité de la SSOT, les responsables des établissements de formation A sont invités pour valider le principe consistant à mettre en place des réseaux de formation postgraduée en orthopédie-traumatologie à l'échelle nationale. La démarche vise à permettre une modulation du nombre de postes de formation en Suisse tout en améliorant la qualité de la formation par le biais d'une certaine standardisation des cursus. Un groupe de travail restreint de la commission Formation postgraduée se penche ensuite sur la question et un processus de redéfinition des catégories A, B, C des centres de formation est engagé⁷³.

La FMH ayant accepté le concept des réseaux de formation, l'idée de formaliser les collaborations existantes entre les établissements universitaires et régionaux conduit à la création en 2014 d'un premier réseau structuré de formation postgraduée en orthopédie-traumatologie, le réseau Vaud-Valais, rejoint deux ans plus tard par Neuchâtel. Le comité de la SSOT ainsi que les responsables d'établissements A et B envisagent d'étendre progressivement ce principe à d'autres régions, voire à l'ensemble du pays⁷⁴. Mais ce projet de réseau peine à se développer davantage.

À ce jour, il est en suspens, du fait de la complexité de la mise en œuvre. Claudio Dora en relève les obstacles :

« L'idée est très bonne mais très difficile à réaliser, car chaque professeur veut prendre ses propres décisions et aucun ne souhaite limiter le nombre de ses assistants. »⁷⁵

Alain Farron, qui a tenté de promouvoir ce réseau durant sa présidence afin de réguler le nombre de médecins, établit le même constat :

« On a créé le réseau de formation mais cela n'a pas abouti : les services hospitaliers continuent d'engager de nombreux médecins assistants, meilleur marché que des médecins diplômés. De plus, dès qu'on touche aux salaires, le sujet devient tabou. »⁷⁶

En tant que responsable d'un service universitaire qui participe à la formation postgraduée des futurs médecins, Alain Farron avoue sa déception de n'avoir pu mettre à profit sa présidence à la SSOT pour le réseau de formation :

« Cela reste très frustrant de ne pas avoir pu avancer sur ce gros projet... de ne pas avoir réussi à faire mesurer l'importance que nous avons, en tant que Société, de pouvoir créer une régulation dans le nombre d'orthopédistes en Suisse. On a formé des gens, et ensuite les hôpitaux, qui ont eux-mêmes accueilli ces personnes en formation,

73 « Délégué de la commission des établissements de formation (H.-P. Sieber) », *swiss orthopaedics*, focus 1, 2014, 25 ; « RA 2015-2016 (A. Farron) », *swiss orthopaedics*, focus 3, 2016, 4-5.

74 « Retraite », *SSOT actuel* 31, [2009], 3 ; « Politique sociétaire (P. Hoffmeyer) », *RA swiss orthopaedics* 2010 (polycopié) ; « RA 2014-2015 (A. Farron) », *swiss orthopaedics*, focus 2, 2015, 4.

75 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

76 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

ne les ont pas engagés. Ils ont préféré des candidatures des pays voisins. Les règles étatiques sont très libérales, mais cela coûte. »⁷⁷

Pour autant la situation n'est pas bloquée, mais est en attente, de l'avis du professeur.

La formation continue et son diplôme obligatoire

Son cursus de base une fois terminé, le médecin accède à un choix varié de cours de perfectionnement lui permettant de mettre à jour ses connaissances sur les techniques et méthodes de traitements en constante évolution. Avec l'entrée en force d'internet dans les années 2000, les programmes de formation continue de toutes les Sociétés de disciplines médicales sont mis sur la toile par la FMH. Ce mode de communication doit permettre également aux non-membres des Sociétés de s'informer des exigences et des formalités d'accès à la formation continue, laquelle, sauf exception, est principalement à caractère professionnel et scientifique⁷⁸.

Dans un contexte où la validité des compétences médicales devient preuve de fiabilité et de qualité, la formation continue acquiert une nouvelle légitimité. Dès l'automne 2007, elle est rendue obligatoire par la Loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd), qui remplace l'ancienne Loi sur l'exercice des professions médicales datant de 1877 et régit les cinq professions médicales universitaires (médecine, médecine dentaire, chiropraxie, pharmacie, médecine vétérinaire) : le devoir de formation continue commence dans l'année qui suit l'obtention du titre de spécialiste ou le début de l'activité médicale en Suisse, et se poursuit tout au long de l'activité professionnelle⁷⁹.

Se fondant sur cette loi et afin de simplifier la validation des formations continues, rendue complexe par l'exigence de posséder un titre de spécialiste valide pour pouvoir facturer une position tarifaire (valeur intrinsèque qualitative) selon le TarMed de 2004, la FMH procède à la révision de sa Réglementation pour la formation continue. Elle décide de simplifier les contrôles dans ce domaine en créant le diplôme de formation continue. Chacune des 45 Sociétés de disciplines médicales de Suisse est dès lors invitée à régler les conditions à remplir pour l'obtention d'un tel diplôme par l'élaboration d'un programme de formation continue⁸⁰.

Il n'est dès lors plus nécessaire d'accomplir, pour chaque titre acquis, le programme de formation continue correspondant : il est établi qu'un seul

77 *Ibid.*

78 « Formation continue (H. Bereiter) », *SSO actuel* 10, 2000, 3.

79 ASSM, *Bases juridiques pour le quotidien du médecin*, op. cit., 18 ; « Politique de santé : LPMéd resp. MEBEKO », *SSO actuel* 27, 2007, 6-7 ; « Diplômes de formation continue (O. Borens) », *swiss orthopaedics*, focus 3, 2016, 24 ; *Id.*, *swiss orthopaedics*, focus 4, 2017, 23.

80 « Besoin d'un diplôme de formation continue ? », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 22.

diplôme suffit et atteste que son titulaire a accompli le devoir de formation continue prescrit par la LPMéd, même s'il porte deux titres, en remplissant le programme de formation continue qui correspond le plus à l'activité professionnelle exercée. TarMed proclame ainsi le diplôme de formation continue comme standard pour le droit de facturer⁸¹.

La formation continue rapporte un certain nombre de points (80 points en 2008, 150 points en 2017), qui correspondent aux nombres d'heures de formation. Il est laissée une relative liberté aux détenteurs du titre, puisqu'environ un tiers des heures en étude personnelle sont attribuées sans justificatif. Les heures restantes de formation, vérifiable et structurée, peuvent être acquises dans une formation spécifique et élargie, par la participation au congrès annuel et à la journée de formation continue de la SSOT, et diverses manifestations validées par la Société. Début 2012, par exemple, la journée de formation continue de la SSOT qui se tient à Berne traite de l'assurance qualité, des DRG, de la myélopathie cervicale et de la sténose du rachis⁸².

L'obtention du diplôme de formation continue, qui couvre trois années, doit être annoncé à la FMH. Cette dernière indique sur son site internet la possession de ce diplôme dans le profil de chaque médecin, afin que le Département de la santé publique du canton concerné, qui est l'organe de surveillance, en soit informé, ainsi que les assureurs et les patients. Pour ce faire, la formation continue fait l'objet d'une auto-déclaration gérée par les Sociétés médicales, sur le principe de la responsabilité et du contrôle partagé. Ainsi, dès le début des années 2010, la SSOT procède à des contrôles de la formation continue de façon aléatoire, en tirant au hasard une quarantaine de membres de la SSOT invités à envoyer la liste et les attestations de participation de la formation accomplie⁸³. Pour la formation continue 2010-2012, contrôlée début 2013, 30 dossiers parviennent dont 9 ne remplissent pas les conditions. « Ces contrôles aléatoires montrent que la formation continue chez quelques-uns de nos membres n'est pas au top », déclare le président de la SSOT Bernhard Christen⁸⁴.

Par la suite, tous les membres de la SSOT sont invités à remplir l'auto-déclaration attestant de la formation continue pour recevoir leur diplôme. La SSOT vérifie par sondage le respect de l'obligation en présentant à la FMH les justificatifs et un résumé pour une auto-déclaration sur dix. Tout est géré sous forme électronique via le site internet de la Société⁸⁵.

81 *Ibid.*, 23; « Formation continue », *SSOT actuel* 31, [2009], 4.

82 « Éditorial (P. Hoffmeyer) », *SSO actuel* 29, 2008, 1; « Journée de formation continue 2012 », *SSOT-Bulletin actuel* 2, 2011, 28.

83 « Formation continue : avez-vous besoin d'un diplôme ? (O. Borens, C. Perrin) », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 21; « Éditorial – RA 2012-2013 (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 6, 2013, 2.

84 *Ibid.*

85 « Formation continue (O. Borens) », *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 24.

Des *fellowships* au lieu de certificats de capacité : un modèle pionnier

Jusqu'au début des années 2000, les formations certifiées pour une sous-spécialité existent sans aucune régulation en Europe, y compris en Suisse. À la fin des années 1980, la CFCP de la FMH propose par exemple une sous-spécialisation en médecine intensive, destinée aux anesthésistes, aux internistes et aux chirurgiens. Comme les sous-titres existent pour toutes les branches ayant un titre principal, ils valent aussi pour la chirurgie orthopédique. Mais la SSO renonce à la formation spécifique de médecine intensive, estimant qu'elle fait déjà partie de la formation des orthopédistes⁸⁶. « À l'époque, nous devions faire quatre mois d'anesthésie ou de soins intensifs dans la formation de six ans pour obtenir le FMH en orthopédie. Cette clause a été supprimée depuis. Je pense qu'il n'y avait pas d'intérêt pour ce sous-titre de la part des candidats se destinant à la chirurgie orthopédique », commente Pierre Hoffmeyer⁸⁷.

À la fin des années 1990, la nouvelle réglementation FMH pour la formation postgraduée intègre les certificats de capacité, qui permettent une formation spécifique dans un domaine pointu. Or, sur l'avis des trois commissions de la SSO (Formation postgraduée, Formation continue et Intérêts professionnels), les membres de la Société refusent à deux reprises ce type de certification : en 1998 ils déclarent ne pas être intéressés par les certificats organisés par les Sociétés suisses de médecine manuelle et de médecine du sport dans leurs domaines respectifs, et en 2004 ils excluent par une large majorité des voix (177 contre, 5 pour et 8 abstentions) la création de certificats tels que chirurgie du pied et orthopédie infantile. On évoque notamment le caractère d'exclusion que pourraient représenter de tels certificats pour les membres de la SSO n'ayant pas de tels papiers et qui pourraient, pour cette raison, se voir pénalisés par les assureurs (TarMed) et les juristes (responsabilité civile)⁸⁸. Le président de la commission Formation postgraduée de la SSO, Norbert Boos, évoque en 2004 l'exemple de l'Allemagne, où les nombreuses sous-spécialisations (chirurgie de la main, orthopédie infantile, médecine manuelle, rhumatologie orthopédique, orthopédie spéciale, chirurgie des accidents) posent des problèmes insolubles de politique professionnelle entre les spécialités : « Rétrospectivement, de nombreux collègues de la BRD [Allemagne de l'ouest] considèrent la création de ces certificats de capacité comme une énorme erreur », commente l'orthopédiste⁸⁹.

86 « Rapport du Président 1989 (G. Segmüller) », *Bulletin SSO* 51, 1990, 27-28.

87 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

88 « FMH (L. Dubs) », *SSO actuel* [3], 1998, 1; « PV de l'AG ord. du 23 sept. 2004, Montreux : Problématique des certificats », *Bulletin SSO* 74, 2005, 23-25.

89 « PV de l'AG ord. du 23 sept. 2004, Montreux : Problématique des certificats », *Bulletin SSO* 74, 2005, 24.

En Suisse également, les certificats de capacité peuvent générer des situations de concurrence entre disciplines. En 2008, par exemple, le comité de la SSOT doit faire face à la volonté des chirurgiens de la main de créer un certificat de capacité pour la chirurgie de la main de premier recours, en complément du titre déjà existant. Le comité de la SSOT refuse d'accepter cette proposition, estimant que cette chirurgie de premier recours fait déjà partie du programme de formation en orthopédie. Les chirurgiens orthopédistes sont dès lors invités à compléter leur formation avec le programme ad hoc en lieu et place du certificat proposé⁹⁰.

La SSOT ressent néanmoins la nécessité de trouver une alternative aux certificats. Lors de la retraite traditionnelle du comité de la SSOT de 2006, celui-ci invite quatre professeurs ordinaires d'orthopédie (Walter Dick, Christian Gerber, Pierre Hoffmeyer et Klaus Siebenrock) ainsi que Norbert Boos de la commission Formation postgraduée, afin de débattre du problème de la spécialisation en orthopédie et en traumatologie. Alors que la SFAS s'apprête à créer un certificat de capacité dans son domaine et que les membres de la SSOT se sont prononcés contre ce projet, le président de la SSOT Jürg Knessl résume ainsi le résultat des débats :

« La création de certificats de capacité a été une nouvelle fois rejetée, par contre, tout le monde a été d'accord que le temps est venu pour envisager la création de formations approfondies. »⁹¹

La commission Formation postgraduée est priée de trouver une solution.

La commission Formation postgraduée propose de créer, sur le modèle américain, un *fellowship* sous la forme d'une formation postgraduée complémentaire effectuée à l'étranger après l'examen de spécialiste. D'une durée variant de 6 à 24 mois, les *fellowships* peuvent être proposés par des hôpitaux, des cliniques et des cabinets privés, pour autant qu'ils garantissent une formation continue régulière, des discussions de cas cliniques et 300 interventions par année dans la discipline orthopédique. Emprunté au modèle américain existant, la mise sur pied par la SSOT de ce *fellowship*, élaboré en étroite collaboration avec les cinq professeurs ordinaires d'orthopédie de Suisse, fait figure de pionnier pour le pays. En 2007, le projet du *fellowship* est finalisé par la commission concernée, approuvé par le comité et accepté par une grande majorité des membres de la SSOT. Les groupes d'experts entrent en jeu pour définir plus spécifiquement les *fellowships*⁹².

À l'heure actuelle, la SSOT maintient sa ligne de conduite en renonçant à créer une certification reconnue officiellement et sanctionnée par un diplôme

90 « Affaires internes », *SSO actuel* 29, 2008, 2.

91 « Éditorial (J. Knessl) », *SSO actuel* 24, 2006, 1.

92 « PV de l'AG ord. du 23 sept. 2004, Montreux: Problématique des certificats », *Bulletin SSO* 74, 2005, 23-25; « PV de l'AG ord. du 22 sept. 2006, Lucerne: Projet fellowship », *Bulletin SSO* 76, 2007, 19-20; « Votation générale concernant le fellowship SSO », *SSO actuel* 26, 2007, 4-5; « PV de l'AG ord. du 21 sept. 2007 à Montreux, Projet Fellowship: résultats de la votation générale et suite », *Bulletin SSO* 77, 2008, 13.

ou un certificat dans les « sous-spécialités » orthopédiques (genou, coude, hanche, etc.). « Le choix d'un spécialiste doit être basé sur la réputation locale ou régionale, l'activité académique ou la liste de publications », relève Pierre Hoffmeyer en 2017⁹³. Or, ce positionnement, obtenu de longues luttes par la SSOT, est constamment remis en question à la lumière de l'actualité médicale. Car force est de constater que le champ d'expertise du spécialiste est jugé à la hauteur de ses connaissances les plus pointues dans une sous-spécialisation. Ce qui fait dire à d'aucuns qu'une certification de sous-spécialisation n'est pas à exclure, à l'instar de Catherine Perrin :

« Il faut se poser la question de la spécialisation et du titre. Il n'y a qu'un seul titre pour tous les orthopédistes suisses, sans distinction de la spécialisation (orthopédiste du genou, de la hanche, etc.). Or, quand quelqu'un demande qui est spécialiste du genou, on n'ose pas donner de nom, car tout le monde se couvre. Il faudrait penser à une formation approfondie (*Schwerpunkt*). »⁹⁴

Il se pourrait bien qu'aux yeux de la SSOT, l'élément longtemps bloquant des formations approfondies provienne d'une discipline en particulier, la traumatologie.

Formation approfondie et traumatologie : un nœud gordien

À la veille du nouveau millénaire, la SSO continue à ne pas cautionner la création de formations approfondies, acceptées dans les conditions cadres de la révision des titres FMH de 1998. En effet, dans le cadre de cette réforme, il est possible d'être détenteur de deux titres complets de spécialistes; en outre, ceux qui souhaitent approfondir leur formation postgraduée après avoir obtenu l'examen de spécialiste peuvent suivre une formation pour ces sous-spécialités. À l'instar de ses prédécesseurs, le président de la SSO en 1998, Luzi Dubs, craint qu'une telle certification ne génère « une disqualification et un éclatement des intérêts de la profession »⁹⁵. En particulier, Luzi Dubs estime qu'il ne fait aucun sens de mettre en place une formation approfondie en traumatologie, tant que les avantages et inconvénients du double titre (FMH en orthopédie-traumatologie et certification de formation approfondie en traumatologie) ne sont pas clairement définis⁹⁶.

Comme on l'a vu plus haut⁹⁷, la traumatologie de l'appareil locomoteur est en Suisse un champ très disputé par les orthopédistes et les chirurgiens durant

93 « Message de l'ombudsman (P. Hoffmeyer) », *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 27.

94 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

95 « Schwerpunkt Traumatologie (L. Dubs) », *SSO actuel* [1, 1998], 3.

96 « Rapport 1999 du Président (L. Dubs) », *Bulletin SSO* 68, 1999, 19.

97 Voir le chapitre « Tensions entre orthopédie et chirurgie générale : l'enjeu de la traumatologie ».

presque tout le 20^e siècle. Concrètement, le conflit d'intérêt sur la pratique de cette « zone grise » de la traumatologie influe sur l'élaboration du programme de la formation postgraduée de chacune des disciplines. Or, dans le cadre de la révision de son programme de formation postgraduée, la SSC envisageait de créer quatre sous-spécialisations, dont une relevant de la traumatologie. Le débat qui animait les discussions entre la SSO et la SSC dans les années 1990, est relancé au tournant du siècle.

Sur la base de ces prémices, la SSC invite la SSO – sont délégués Peter Ochsner, Roland Jakob et le président Luzi Dubs – à une première discussion à fin 1999, qui propose la création d'un double titre en chirurgie/orthopédie, qui n'est pas retenu. Chacun retourne à sa copie et une nouvelle rencontre se tient au printemps 2000 – Roland Jakob et Luzi Dubs représentant la SSO – qui permet de rompre la glace. La décision est prise à l'unanimité « d'être constructif et de faire route commune », en poursuivant l'objectif suivant : le traumatologue portera les deux titres, celui d'orthopédiste et de chirurgien. Reste à en déterminer l'appellation, à élaborer des solutions de transition ainsi que des principes de planification comprenant les modifications du catalogue opératoire. Un groupe de travail composé de trois orthopédistes et de trois chirurgiens doit plancher sur ce dossier. Le président de la SSO qualifie de « succès » ce qui s'annonce comme un tournant dans l'histoire de la traumatologie suisse⁹⁸.

Or, peu de temps après, la SSC décide de faire cavalier seul, en proposant en 2002 une formation approfondie en traumatologie, et ce en dépit du règlement pour la formation postgraduée FMH qui stipule qu'une formation approfondie ne peut se faire sans l'accord des Sociétés impliquées ni au détriment de ces dernières. Pour faire face à cette situation, le comité de la SSO confie à sa commission Formation postgraduée la mission de réviser le programme de formation en orthopédie, en augmentant la compétence en traumatologie de l'appareil locomoteur et en créant un ajout de qualification (*added qualification*) en traumatologie hautement spécialisée⁹⁹.

En 2005, la révision du programme de formation postgraduée, qui tient mieux compte du domaine de la traumatologie (le nombre d'opérations a été augmenté) est finalement avalisée par le comité central de la FMH. Les discussions ont été tendues, notamment du fait de multiples interventions de la part des chirurgiens infantiles et des plasticiens¹⁰⁰, qui s'ajoutent aux velléités des chirurgiens généraux. La polémique autour de la traumatologie enfle à nouveau sous l'effet d'un article envoyé par la Société suisse de chirurgie générale et d'urgence (SSCGU) aux autorités politiques et aux hôpitaux : « La SSCGU [...] s'accapare de la prise en charge de tout le spectre, du traumatisme de l'appareil locomoteur à la chirurgie abdominale, [en passant par le] traumatisme crânien, et déterre ainsi la hache de guerre entre la

98 « Succès de la discussion sur la “Traumatologie” (Luzi Dubs) », *SSO actuel* 8, 2000, 1.

99 « Traumatologie », *SSO actuel*, 15, 2002, 2.

100 « Formation postgraduée : Programme de formation (N. Boos) », *SSO actuel* 23, 2005, 7.

SSO et la SSCGU¹⁰¹ », lit-on dans le procès-verbal de l'assemblée générale de la SSO de 2005¹⁰². Le comité décide de réagir à cet article.

Face à ces pressions continues sur l'attribution de la traumatologie, et faisant suite au nouveau titre fédéral de « Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur », la SSO appose, d'abord occasionnellement dès 2005, puis systématiquement dès 2006, le terme « traumatologie » à sa dénomination : elle devient la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie (SSOT). Catherine Perrin souligne cet enjeu important pour la reconnaissance de la traumatologie de l'appareil locomoteur, tout en mentionnant que « la Société suisse de chirurgie a quand même réussi à obtenir une formation approfondie (*Schwerpunkt*) en “chirurgie générale et traumatologie”, gérée par la SSCGT (Société suisse de chirurgie générale et de traumatologie) »¹⁰³. Cette Société, qui se destine aux membres de la SSC, délivre des certificats de compétence en matière de « chirurgie arthroscopique », de « lésions articulaires complexes », d'« urgences » et de « chirurgie de la main SSCGT » ; « on voit donc que cette Société est en concurrence directe avec la SSOT », commente Pierre Hoffmeyer¹⁰⁴.

Quand bien même la SSOT a toujours soutenu que la traumatologie faisait partie intégrante de l'orthopédie suisse, il faut relever la persistance d'un déséquilibre patent entre les deux spécialités. Ainsi, Roland Jakob regrette en 2005 que les divers prix de la Société attribués aux membres le soient généralement pour des travaux en orthopédie : seul 10 travaux sur 109 présentent un thème traumatologique, « ce qui n'encourage pas le travail dans ce domaine », commente l'orthopédiste¹⁰⁵.

La polémique autour de la traumatologie se maintient au cours des années, de façon plus ou moins intense. En 2009, la chirurgie générale propose une formation approfondie s'intitulant « Chirurgie générale, chirurgie des accidents et traumatologie de l'appareil moteur ». La SSO réagit sans tarder : « Nous ne pouvons pas accepter la coexistence en parallèle de deux systèmes de formation aboutissant à la même pratique. Les patients ne s'y retrouvent plus et cela n'est viable ni sur le plan politique ni sur le plan économique », prévient le président Pierre Hoffmeyer¹⁰⁶. Il relève aussi que la tendance mondiale et européenne est alors à la chirurgie de l'appareil locomoteur dans sa globalité. « Pour les talentueux confrères, chirurgiens généraux, tentés par une pratique de traumatologie

101 La SSCGU est une Société de formation approfondie créée au début des années 2000, suite à la décision de la SSC de reconnaître des titres de formations approfondies en chirurgie. Elle sera remplacée par la Société suisse de chirurgie générale et de traumatologie (SSCGT), qui compte actuellement près de 300 membres. (SSC, *Sociétés de formation approfondie* (en ligne).

102 « Divers », *PV de l'AG ord. de la SSO du 9 sept. 2005*, Zurich, 10–11 (polycopié).

103 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014). Sur la SSCGT, voir plus haut à la note 100 page 110.

104 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

105 « Divers », *PV de l'AG ord. de la SSO du 9 sept. 2005*, Zurich, 10 (polycopié).

106 « Éditorial (P. Hoffmeyer) », *SSO actuel* 30, [2009], 1.

de l'appareil moteur, nous proposons le double FMH », énonce Pierre Hoffmeyer¹⁰⁷. Les discussions sont relancées avec l'ISFM de la FMH¹⁰⁸.

Certificats de capacité et formations approfondies : l'acceptation

Les formations approfondies interdisciplinaires et les certificats, fruits de négociations entre les disciplines ayant des pratiques qui se recoupent, finissent par s'imposer également à la SSOT. Longtemps opposée à de telles certifications, la Société réalise que la tendance à une spécialisation toujours plus pointue nécessite de se montrer plus ouverte à de nouvelles solutions¹⁰⁹. Il en va ainsi lorsque des discussions s'engagent entre la SSOT et la Société suisse de neurochirurgie (SSN) à propos du développement de la chirurgie du rachis sous l'angle de la formation postgraduée. En 2009, le comité de la SSOT accueille le président de la SSN pour aborder la question de la création d'un certificat ou d'une formation approfondie en chirurgie du rachis. Un groupe de travail poursuit les travaux déjà entamés en vue d'une solution pour toutes les Sociétés concernées.

De l'avis de la SSOT, la chirurgie du rachis est un domaine hautement spécialisé et complexe dont les exigences sont considérables; c'est pourquoi une partie de la discipline devrait être traitée à part. « Ces interventions délicates et hautement spécifiques méritent une attention toute particulière et doivent être effectuées par des personnes qui ont subi une formation complémentaire », commente la directrice de la SSOT Catherine Perrin¹¹⁰. Une *task force* définit donc un programme pour une formation en chirurgie du rachis qui devrait être proposée aux orthopédistes et aux neurochirurgiens.

Mais la chose n'est pas simple et prend du temps à se concrétiser. En 2014, la SSOT déplore l'absence d'une définition claire de la chirurgie du rachis et donc de critères de qualité. Elle penche finalement pour une formation approfondie unique destinée aux professionnels des deux disciplines, orthopédie et neurochirurgie, en lieu et place d'un nouveau titre de spécialiste ou d'un certificat de capacité en chirurgie du rachis. La formation devrait durer trois ans, dont une année dans le titre principal et une année dans l'autre discipline, ce qui est accepté par votation des membres de la SSOT à une large majorité des voix (138 pour, 16 non, 2 abstentions). Un groupe de travail interdisciplinaire comprenant orthopédistes et neurochirurgiens est constitué pour mettre en place cette formation approfondie

107 *Ibid.*

108 « Retraite », *SSOT actuel* 31, [2009], 3.

109 *Ibid.*

110 « Formation approfondie en chirurgie du rachis (C. Perrin) », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 20.

« rachis » commune aux SSOT, SSN et SSCR¹¹¹. À l'heure actuelle (2018), cette mise en place est encore en cours¹¹².

Entre temps, les certificats de capacités ont aussi été acceptés par la SSOT. Fin 2011, les spécialistes en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur peuvent acquérir le certificat de capacité en Médecine du sport, sous réserve de satisfaire aux dispositions qui figurent dans le programme de formation du certificat de capacité. Le certificat possède une durée de vie de cinq ans, ce qui nécessite une ré-certification, passée cette période. Celle-ci n'est possible que sur preuve d'une formation continue reconnue par la Société suisse de Médecine du sport¹¹³. Ainsi, au gré du contexte, la SSOT sait faire preuve d'adaptations, parfois imposées de l'extérieur et parfois provenant de sa propre initiative.

111 « Création formation approfondie Chirurgie du rachis », *PV de l'AG de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 16 (fascicule).

112 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

113 « Formation continue », *SSOT-Bulletin actuel* 3, 2011, 12.

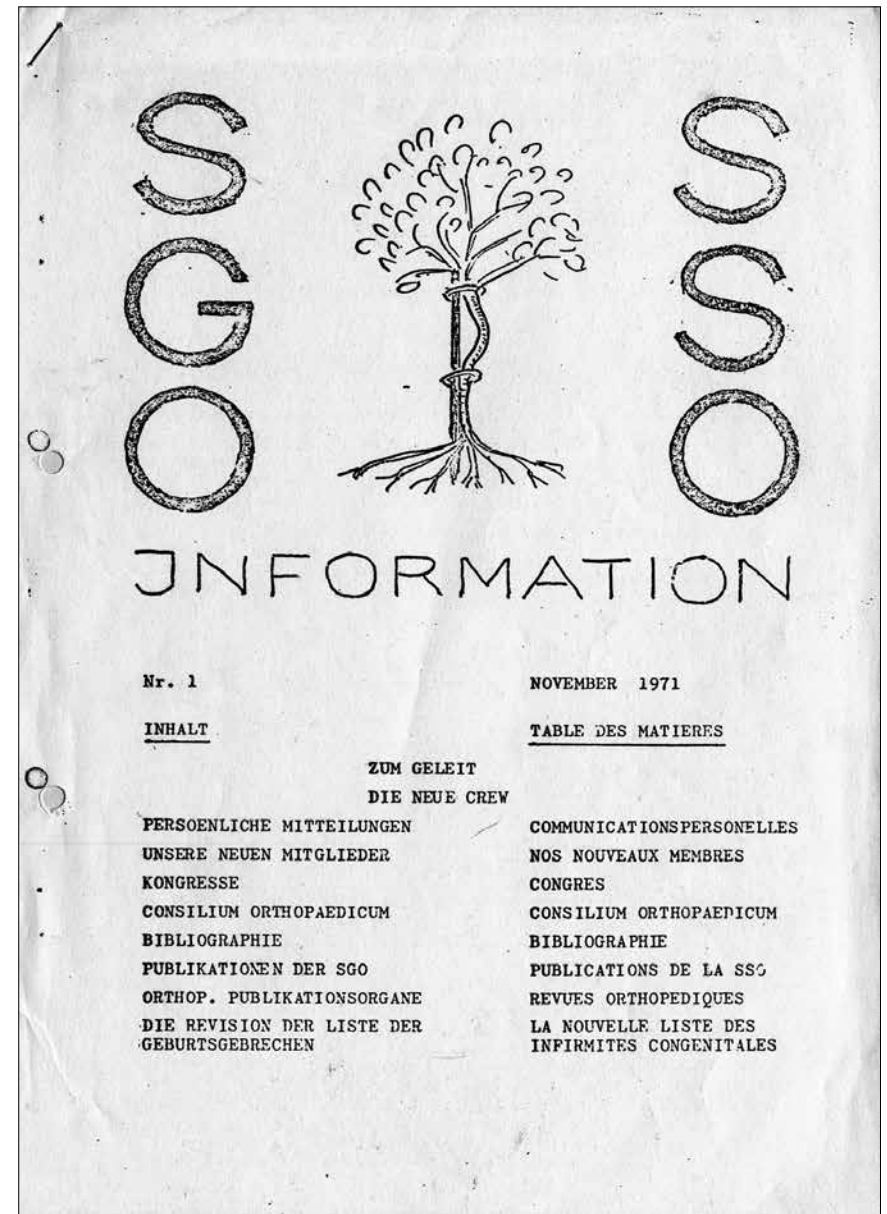


Fig. 1: Le bulletin *SSO Information* paraît dès novembre 1971, sous la forme de quelques feuillets A4 polycopiés. La SSO y diffuse le calendrier de ses activités ainsi que diverses informations scientifiques et de politique professionnelle.

Archives : SSOT-swiss orthopaedics, Hôpital Balgrist, Zurich

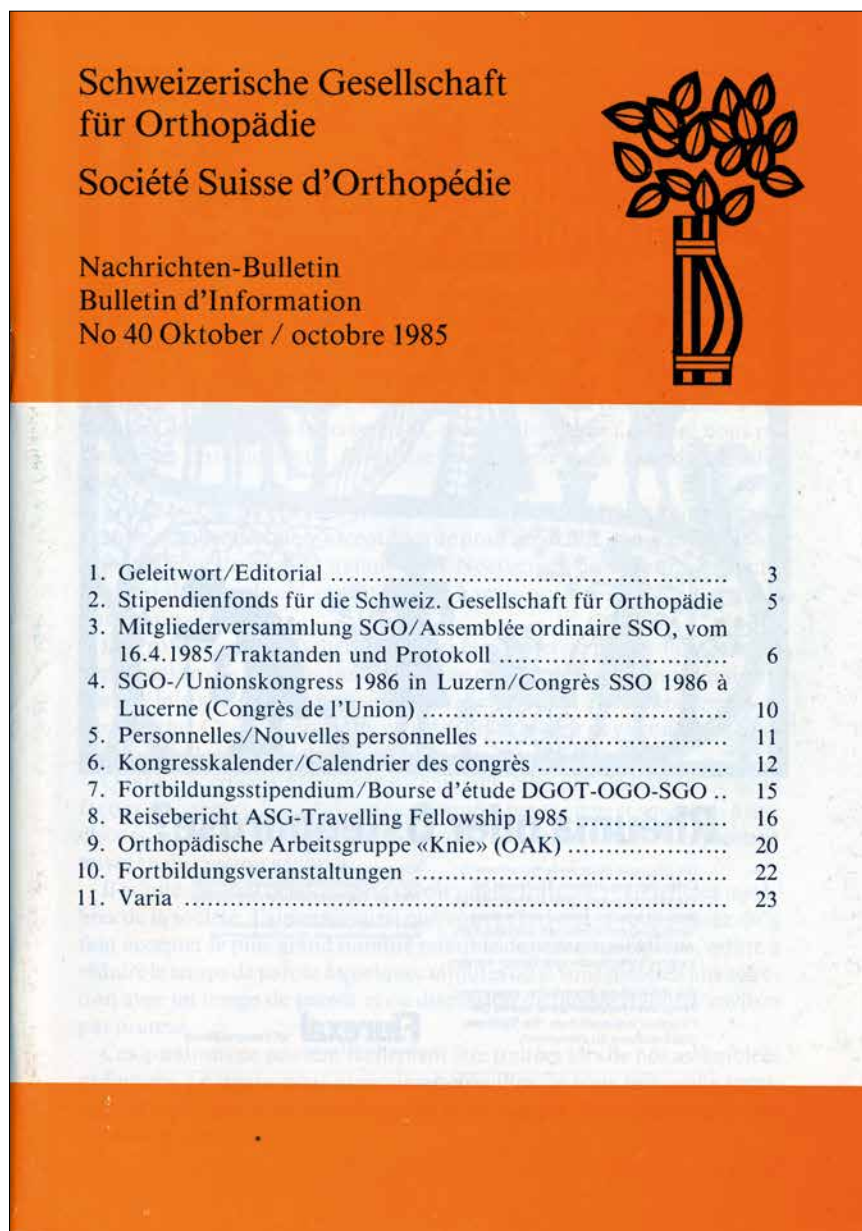


Fig 2: Le Bulletin d'information SSO change de format dans les années 1980, et devient une brochure A5 en papier glacé brillant.
Archives : SSOT-swiss orthopaedics, Hôpital Balgrist, Zurich



Fig. 3: Le Bulletin SSO modifie sa couverture dans les années 1990.
Archives : SSOT-swiss orthopaedics, Hôpital Balgrist, Zurich



SGO - aktuell

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Vor Ihnen liegt das neue Mitteilungsblatt "SGO-aktuell". Es enthält wichtige, standespolitische Mitteilungen, welche allen SGO-Mitgliedern gleichzeitig im Anschluss an jeweilige SGO-Vorstandssitzungen mit möglichst wenig Zeitverzug zukommen sollen. Der Zweck des SGO-Bulletins wird neu fokussiert auf die Hauptausgabe vor der GV und erhält das Gesicht eines eigentlichen Jahresberichtes des "SGO-Unternehmens", was gleichzeitig von Archivwert sein soll. Bedarfsgerecht wird dann höchstens noch ein zusätzliches Bulletin erscheinen, falls die Situation dies erfordert, so z.B. dieses Jahr im November.

Dadurch soll das Ziel einer effizienteren, internen Kommunikation erreicht werden, was unter den rauheren Rahmenbedingungen in unserem beruflichen Umfeld ein Gebot der Zeit ist. Diese Absicht deckt sich auch mit unserem Motto für die nächsten zwei Jahre:

Erhaltung der Glaubwürdigkeit
durch Transparenz und Kommunikation.

Wir wünschen "SGO-aktuell" eine wohlwollende Aufnahme unter allen Mitgliedern der SGO!

Für den Vorstand

L. Dubs, Präsident

* * *

Soeben hat uns die traurige Nachricht erreicht, dass unser Mitglied, Dr. Christoph Meyer, bei einem Flugzeugabsturz in Südafrika gestorben ist. Wir sprechen der Trauerfamilie unser tiefstes Beileid aus.

* * *

Nach der SGO-Vorstandsklausur vom 12./13. September drängen sich folgende Mitteilungen auf.

SSO actuel

Décembre 2008

no 29

EDITORIAL

Chér(e)s Collègues,

Suite aux élections du congrès de Bâle, un comité nouveau s'est mis au travail. Les présidents des commissions sont tous présents ce qui permet un travail en profondeur. Les problématiques sont discutées en toute connaissance et les décisions prises sont directement communiquées aux comités par la voix de leur président. Cela demande un effort accru aux présidents des commissions que nous saluons, mais avec à la clé un gain d'efficacité indiscutable.

La traditionnelle retraite du comité a eu lieu les 22 et 23 novembre à Glion. Profitant de la nouvelle organisation du comité plusieurs projets ont été mis en marche. Markus Kuster a été chargé d'élaborer un nouveau concept la formation postgraduée basé sur l'acquisition des compétences. Une analyse de la communication des orthopédistes dans les médias est aussi lancée. Le comité est d'avis que seules des informations scientifiquement reconnues et cliniquement validées doivent être transmises aux médias. La décision a été prise de présenter certaines « informations » recueillies dans la presse et dans les média à l'appréciation des membres lors de la prochaine assemblée générale.

La problématique des « caseload » ou nombre de cas minimaux pour assurer la sécurité aux patients a été discutée. La SSO ne peut pas, à l'évidence, légiférer en la matière mais des recommandations sont en voie d'élaboration. L'étude de la tarification dans toute ses ramifications est mené par Philippe Cerutti et Joseph Brandenburg que nous remercions au passage pour ce travail de bénédictin, notamment quand à l'interprétation des conséquences sur nos pratiques des Swiss DRGs.

Quant à la formation continue elle est toujours en voie d'élaboration quant à sa forme par la FMH. Le nombre de points nécessaire (80 pts) correspond au nombre d'heures de formation. Il est laissé une relative liberté aux détenteurs de titre puisque 30 heures d'étude personnelle sont attribuées sans justificatif. Il faut aussi 50 heures de formation continue vérifiable et structurée, dont au moins 25 heures de formation essentielle spécifique et jusqu'à 25 heures de formation élargie. La participation au congrès national et à la journée de formation peuvent amener la majorité des points (25 +15) requis. Les 10 heures restantes peuvent se répartir sur les différentes manifestations validées par la SSO.

La fondation SIRIS qui a vu le jour en 2007 est en passe de gagner son pari de la mise en œuvre d'un registre national de la prothétique pour la Suisse. En effet H+ est en train de faire circuler un questionnaire parmi ces membres leur demandant de voter pour soutenir SIRIS et surtout son financement. Sans doute ce vote sera favorable et nous pourrions compter sur SIRIS pour être au cœur de notre système d'assurance qualité en chirurgie orthopédique. Belle victoire en perspective pour Joseph Brandenburg et Catherine Perrin !

Je voudrais également saisir l'occasion de féliciter les organisateurs du groupe d'experts qualité et surtout Luzi Dubs et Urs Müller, pour l'organisation de la journée du 01.11.08 à Berne pour l'excellence des présentations et des discussions incluant nos partenaires politiciens et administrateurs.

Félicitons les Professeurs Walter Dick et Michel Dutoit qui ont été élu membres d'honneur lors du congrès de Bâle pour leur engagement sans faille et pour leurs actions tout au long de leur carrière au sein de la Société d'orthopédie reconnaisante.

Il me reste plus qu'à vous souhaiter à vous toutes et tous ainsi qu'à vos familles, mes meilleurs vœux pour ces fêtes de fin d'année et à vous souhaiter plein courage pour affronter les épreuves qui s'annoncent en ces temps difficiles.

Pierre Hoffmeyer

Editorial

1	Affaires internes	2
2	Congrès et Journées FC	3
3	Tarifs	4
4	Caseload	6
5	Formation postgraduée	7
6	Groupes d'experts	7
7	Politique de santé	7
8	Prix Hans Debrunner 08	8
9	Divers	8
10	Calendrier manifestations	9

Fig. 4 : La feuille d'information SSO actuel paraît en 1998, en complément du Bulletin SSO.
Archives : SSOT-swiss orthopaedics, Direction, Grandvaux

Fig. 5 : La feuille d'information SSO actuel paraît dans les deux langues (français et allemand), dans les années 2000.

Archives : SSOT-swiss orthopaedics, Direction, Grandvaux



Fig. 6 : Le Bulletin-SSOT actuel naît en 2010 de la fusion du Bulletin SSO et de la feuille d'information SSO actuel. Il paraît dans les deux langues (français et allemand), sous la forme d'une brochure couleur en format A4.

Archives : SSOT-swiss orthopaedics, Direction, Grandvaux

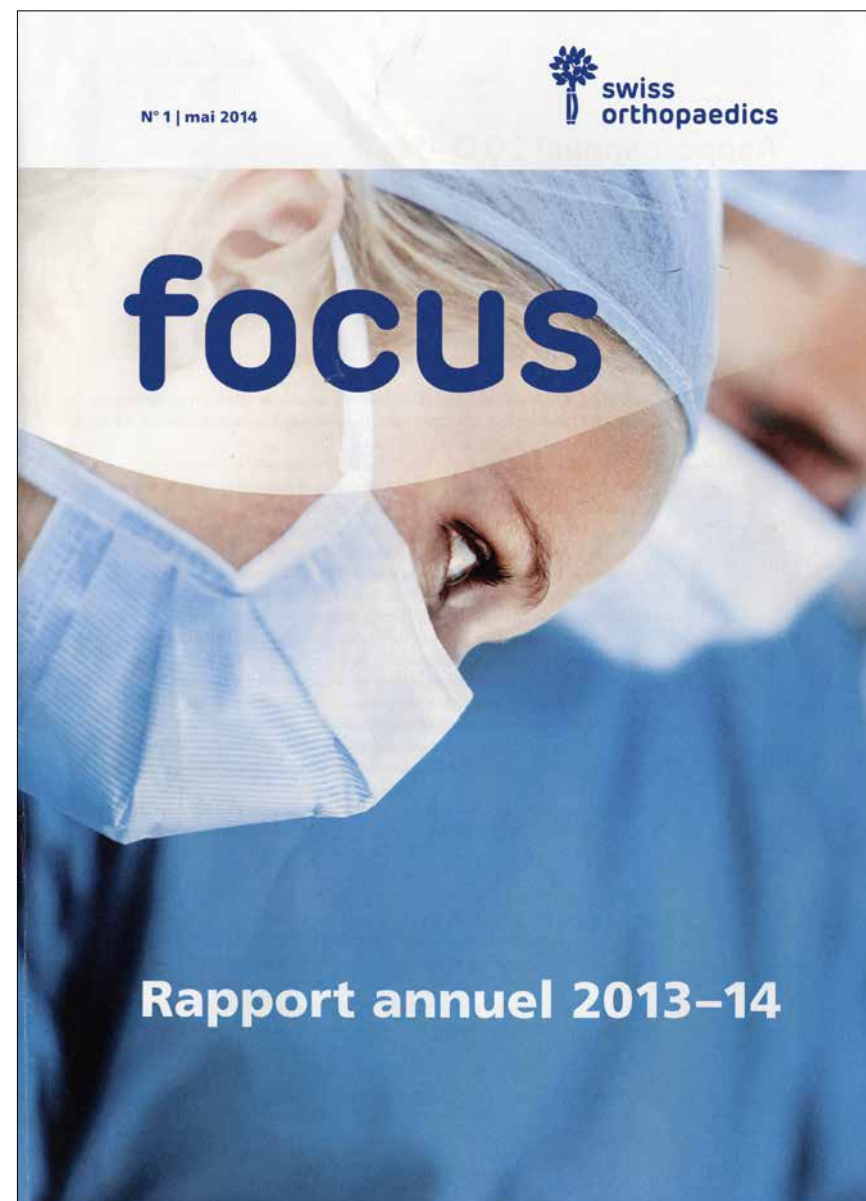


Fig. 7 : Le bulletin focus remplace dès 2014 le Bulletin-SSOT actuel. Il paraît dans les deux langues (français et allemand) et modernise encore son graphisme, par exemple en représentant sur sa couverture des médecins, femmes et hommes, en action dans le bloc opératoire ou en laboratoire.

Archives : SSOT-swiss orthopaedics, Direction, Grandvaux



Fig. 8 : Première rencontre des fondateurs de l'European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology, réunis à Turin le 23 novembre 1991. L'EFORT est créée sur l'initiative de l'anglais Michael Freeman (assis au milieu) et du français Jacques Duparc (debout à droite de M. Freeman). Le représentant pour la SSO est Andreas Burckhardt (au milieu tout à l'arrière, légèrement à gauche). Archives privées : Andreas Burckhardt



Fig. 9 : Les membres du comité de la SSO entre 1992 et 1994. De gauche à droite : Hans-Ulrich Albrecht, André Burkhalter, Franz Freuler, Christoph Riniker, Hans Zollinger, Andreas Burckhardt, André Kaelin, Roland Peter Jakob, Jean-Jacques Livio, André Gächter. Archives privées : Andreas Burckhardt



Fig. 10 : Les membres du comité de la SSOT-swiss orthopaedics réunis lors de l'assemblée générale de juin 2018. De gauche à droite : Hermès Miozzari, Bernhard Jost, Christian Candrian, Matthias Zumstein, Rita Zahnd, Olivier Borens, Mazda Farshad, Stephan Heinz, Carol Claudius Hasler, Claudio Dora. Manque : Ariane Gerber-Popp. Archives : SSOT-swiss orthopaedics, Direction, Grandvaux

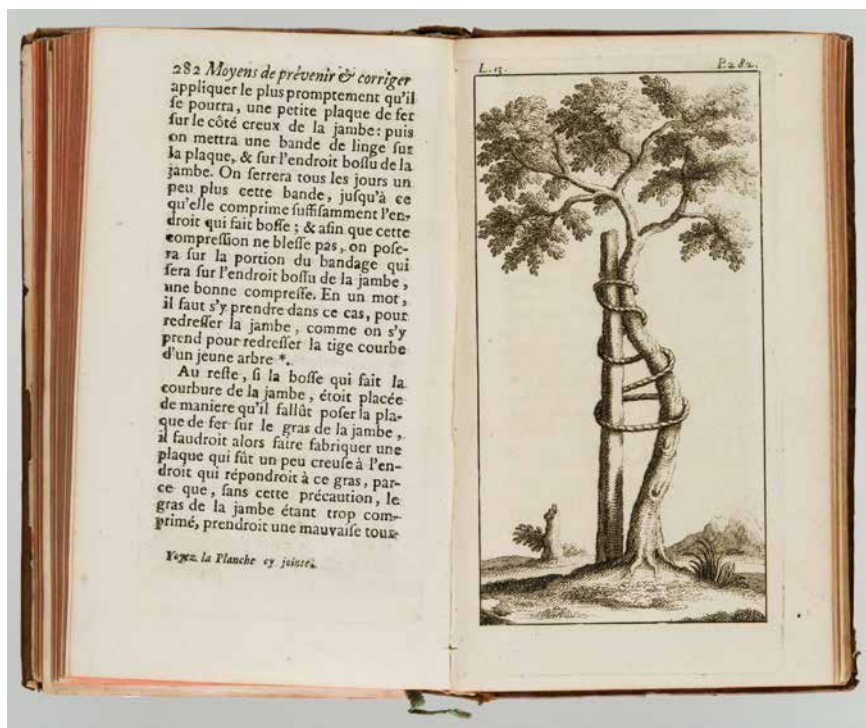


Fig. 11 : Tirée de *L'Orthopédie* de Nicolas Andry (1741) et souvent employée par les orthopédistes comme symbole, cette image de l'arbre et son tuteur représente le corps de l'enfant qu'il faut redresser. La SSOT a repris cet arbre pour en faire son logo, qui apparaît sur ses bulletins d'information et quelques objets.
Archives : BCU Lausanne



Fig. 12 : La cravate est un signe de reconnaissance des Sociétés d'orthopédie à travers le monde. En 2007, sur le modèle de sa première cravate (au centre), la SSOT relance cette tradition avec la cravate rouge, sous la présidence de Pierre Hoffmeyer, qui sera suivie de la cravate bleue claire, sous la présidence de Bernhard Christen.
Archives privées : Pierre Hoffmeyer



Fig. 13 : Un pin, à l'effigie de l'arbre d'Andry, est aussi réalisé, qui reprend le logo figurant sur les documents officiels et les cravates de la SSOT.
Archives privées : Pierre Hoffmeyer

STATUTS

1 *Nom et but de la Société*

- 1.1 La Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie (swiss orthopaedics) est l'association professionnelle des médecins spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur.
- 1.2 La Société est une association à but non lucratif au sens des articles 60 et suivants du Code Civil Suisse. C'est l'assemblée générale qui décide du siège de la Société.
- 1.3 La Société défend les intérêts professionnels et économiques et veille au respect des principes éthiques de l'activité médicale des membres. Elle se base sur le code de déontologie de la Fédération des Médecins Suisses (FMH).
- 1.4 La Société reconnaît les statuts de la FMH et selon ses prescriptions (Règlement pour la Formation postgraduée (RFP) et Règlement pour la Formation continue (RFC); pour le titre de spécialiste, c'est la loi fédérale sur le personnel universitaire médical (LPMéd) qui fait foi), est responsable de la formation postgraduée et continue en Chirurgie orthopédique et Traumatologie de l'appareil moteur ainsi que des formations approfondies et certificats d'aptitude. Elle est représentée à la Chambre Médicale Suisse.
- 1.5 La Société a pour but la promotion de la spécialité dans le domaine de la recherche et de l'enseignement et entretient des relations avec les sociétés et organisations apparentées de Suisse et de l'étranger.
- 1.6 La Société peut s'associer à d'autres associations professionnelles et institutions nationales et internationales. L'affiliation est du ressort du comité. Il nomme les délégués.
- 1.7 La Société peut entretenir un secrétariat permanent et engager un directeur pour la gestion de la Société. Il informe et documente les médias et le public.

Fig. 14: Extrait des statuts récents de la SSOT-swiss orthopaedics, article 1 (version du 27 juin 2019)

Archives : www.swissorthopaedics.ch

La qualité avant tout : les mesures d'évaluation internes et externes

Prise de conscience et morosité

Au milieu des années 1990, dans le contexte de la nouvelle LAMal, le président de la SSO Roland Jakob dresse la liste des outils permettant la mise en place de mesures, encore ébauchées et inédites pour les Sociétés médicales, de l'assurance qualité : « Pas tous les *Doctores medicinae* n'ont de place dans un "système optimal assurant la qualité" », relève-t-il dans son rapport annuel¹. Parmi les outils que la SSO s'efforce de promouvoir sont mentionnés une documentation et un contrôle exacts du catalogue opératoire, ainsi qu'une stricte gestion de l'examen FMH. Étant alors au centre des préoccupations, la réflexion sur la formation postgraduée porte sur une volonté de réduire le nombre de ses participants². Le président note l'urgence des démarches à entreprendre :

« Nous sommes sous pression. Si nous, médecins, ne devenons pas nous-mêmes actifs, les institutions privées et étatiques prendront encore davantage l'initiative. »³

Pour le président suivant André Kaelin, la SSO doit poursuivre ses efforts par l'établissement de lignes directrices. Pour l'époque, il s'agit en particulier d'étendre la formation à la prévention des affections osseuses et articulaires, de prendre part à la campagne de limitation des accidents lancée par les instances de la santé publique, ou encore d'être plus actif dans le domaine de l'orthopédie médicale, de la rééducation et de l'appareillage. « À l'avenir, la SSO veut non seulement garder sa place comme spécialité chirurgicale prépondérante, mais aussi augmenter son influence globale; elle doit devenir la Société leader dans la prise en charge des pathologies de l'appareil locomoteur », déclare le président⁴. Les défis que se lance la SSO sont de taille, et la pression monte encore d'un cran.

Succédant à André Kaelin, le président Luzi Dubs qualifie en effet l'année 1999 d'« année de mobilisation de guerre » pour la SSO, dans la mesure où jamais auparavant les membres n'ont été autant sollicités. La mise sur pied des groupes

1 « Rapport 1994 du Président (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 61, 1995, 41.

2 *Ibid.*, 40–41.

3 *Ibid.*, 41.

4 « Rapport 1997 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 66, 1998, 6.

d'experts, qui entrent en force en 2000, doit permettre au comité de la SSO d'adopter une ligne de conduite pour les années à venir, résumée en ces termes: « Transparence et communication pour conserver sa crédibilité »⁵. En 1997 déjà, sous la direction de Luzi Dubs, la commission Intérêts professionnels organisait un groupe de travail spécialement centré sur la qualité⁶, qui allait se formaliser peu après en commission Qualité et Méthodologie.

Le développement de la qualité préoccupe donc la SSO de manière toujours plus intense, afin de garantir la sécurité des patients ainsi qu'une standardisation des traitements. Notons que le médecin du tournant du 21^e siècle est devenu « un professionnel comme les autres », sous contrôle d'une société ambivalente, partagée entre la volonté de maintenir un marché des soins libéral et celle d'imposer des conditions cadre strictes. L'image d'une médecine autrefois toute puissante, aux mains de praticiens ayant acquis au cours du siècle passé un certain prestige social par le biais de leur profession⁷, n'a plus cours: « L'âge d'or de l'orthopédie qui se caractérisait par une profession expansive et protégée et un développement médico-technique incontesté est définitivement révolu », regrette en 1999 le président de la SSO Luzi Dubs, qui estime que les belles années ont laissé place à des mesures drastiques de contrôle et d'économicité⁸. Il en découle, selon lui, une vague de désolidarisation au sein du corps médical, alimentée par des intérêts partiels et une dilution de l'État social dans une politique de santé désormais interprétée à travers les lois des assurances. « Dans ce paysage, ceux qui souffrent le plus sont les personnes handicapées, les plus lésées et défavorisées. On s'en désintéresse, elles sont rejetées, relayées dans des filets de sécurité sociale », estime le président⁹.

En 2004, le président de la SSO Jürg Knessl se fait l'écho du climat d'insatisfaction qui parcourt le corps médical dans son ensemble, en citant une étude parue dans le *New England Journal of Medicine*:

« Alors qu'en 1975, 15% des médecins disaient regretter leur choix professionnel, en 2001, ils sont 40%. Toujours en 2001, 87% (nous tous), avouent que leur moral a décliné durant les cinq années écoulées. »¹⁰

Selon cette même étude, l'atteinte est profonde et touche tous les aspects du métier: revenu, charge de travail, poids de l'administration. « Le médecin devient un

agent double, tiraillé entre patients, politiques et assureurs », conclut le président de la SSO¹¹.

Pour les patients, les effets négatifs se font sentir principalement du fait de la diminution du temps de leur prise en charge réelle. La sécurité laisse notamment à désirer au niveau des hospitalisations, ce que le président Jürg Knessl illustre par des chiffres alarmants venant de l'étranger:

« Une enquête américaine affirme qu'aux États-Unis, 44'000 voire 88'000 patients décèdent par an des suites d'une erreur médicale. C'est bien plus que les accidents de la route! »¹²

On s'attend pourtant à ce que la médecine moderne du 21^e siècle, hyper-technicisée et donc sûre, ne laisse plus de place à l'échec. L'intensification de la communication via internet et l'essor de l'« e-mail médecine » sont désormais appelés à aider les médecins pour échanger dossiers et opinions, et mettre à jour leurs connaissances pour répondre aux contrôles de qualité. Les patients consultent aussi par ces moyens de communication numériques. S'il trouve ce mode d'échange « fantastique », Jürg Knessl prévient:

« Méfions-nous tout de même de cette forme de médecine qui évite le contact direct et qui débouche sûrement sur une perte encore plus grande de l'identité médicale. »¹³

L'insatisfaction gronde jusqu'aux rangs des médecins suisses de premier recours: au printemps 2006, ceux-ci témoignent de leur mécontentement lors d'une manifestation à Berne. À cette époque, le président de la SSO Josef Brandenburg évoque aussi une récente enquête, qui dénombre que plus de 90% des médecins ont répondu qu'ils ne choisiraient plus la profession de médecin. « En lisant les lettres de lecteurs dans le *Bulletin des médecins suisses*, on a l'impression que la fin de la profession est proche », relate le président, qui se veut pourtant positif:

« La SSO va bien! [...] Notre discipline se trouve, les raisons en sont connues – démographie, développement technique – dans une phase d'expansion extraordinaire. Cela donne du courage. »¹⁴

Le président de la SSO cite plusieurs éléments appuyant ses dires qui situent la SSO parmi les Sociétés médicales d'avant-garde: la recherche, l'encouragement à la relève, les innovations, la politique des intérêts professionnels et tarifaires, l'entretien de la collégialité et l'amélioration de la qualité¹⁵. Cette dernière est en effet à l'œuvre dans plusieurs domaines, agissant de l'intérieur et de l'extérieur.

5 « Rapport 1999 du Président (L. Dubs) », *Bulletin SSO* 68, 1999, 18–19.

6 « Rapport 1997 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 66, 1998, 5–6.

7 Voir George Weisz, *The medical mandarins. The French academy of medicine in the 19th and Early 20th Centuries*, 1995.

8 « Rapport 1999 du président (L. Dubs) », *Bulletin SSO* 68, 1999, 18.

9 « Éditorial (L. Dubs) », *Bulletin SSO* 67, 1998, 3.

10 « PV de l'AG ord. du 23 sept. 2004, Montreux: Rapport du Président (J. Knessl) », *Bulletin SSO* 74, 2005, 13.

11 *Ibid.*

12 *Ibid.*, 13–14.

13 *Ibid.*, 14.

14 « Éditorial (J. Brandenburg) », *Bulletin SSO* 76, 2007, 5–6.

15 *Ibid.*

Économicité et qualité : indication, EBM et éthique médicale

Parmi les mesures de qualité décidées par la SSO au milieu des années 1990 figure la question de l'« indication », laquelle permet de se positionner pour ou contre une intervention opératoire. Pour le président de la SSO d'alors, Roland Jakob, il s'agit d'un pas vers « une prise de conscience sur l'économicité et l'amélioration de la qualité »¹⁶, une ouverture qui doit amener à « davantage d'auto-critique, de lucidité vis-à-vis des attentes [des] patients, et à plus de retenue et peut-être à une plus haute dose de psychologie dans “la relation médecin/patient” »¹⁷.

Un décompte demandé par le comité de la SSO montre en effet que 90% des congrès, séminaires et symposiums de la Société se préoccupent avant tout de nouvelles techniques opératoires et méthodes de traitements, alors que les indications sont à peine évoquées. Or, dans le cadre de la LAMal et de l'assurance qualité, il est exigé de définir des lignes directrices pour les traitements. C'est pourquoi le comité de la SSO confie à la commission Intérêts professionnels la mission de vérifier si les groupes d'experts pourraient dresser une liste des opérations indiquées comme relatives, soit « des interventions qui ont semblé autrefois pertinentes, mais qui n'ont pu prouver leur utilité ni objectivement, ni surtout subjectivement »¹⁸. Pour le président Roland Jakob, l'aspect économique, qui figure aussi au centre de ce questionnement, va au-delà d'une simple question de coûts :

« Avec notre pratique, nous influençons les coûts par les indications, et nous devrions voir là-dedans les fondements éthiques en tant que mesures guidant la politique de santé. »¹⁹

Aussi, sur la proposition de Luzi Dubs alors membre du comité de la SSO, l'un des thèmes principaux du congrès annuel qui se tient en 1995 à Genève porte-t-il sur les « indications opératoires relatives ». Celles-ci « s'opposent aux opérations absolues, à savoir qu'il s'agit de faire la distinction entre ce qu'on peut opérer et ce qu'on doit opérer : il faut se limiter aux bonnes indications », explique Luzi Dubs²⁰. Chargé de préparer la séance scientifique du congrès sur les indications opératoires relatives, Luzi Dubs s'étonne de l'important soutien qu'il obtient alors de la SSO et du succès rencontré par la session auprès des membres, qu'il interprète ainsi :

« Cela a contribué à développer une réflexion sur ce que nous faisons en orthopédie. Habituellement, on réfléchissait sur le pied, le genou, les fractures. Or, le thème proposé était un thème commun, transversal. »²¹

16 « Éditorial (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 62, 1996, 3.

17 « Rapport 1995 du Président (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 63, 1996, 5.

18 *Ibid.*

19 *Ibid.*

20 Entretien avec Luzi Dubs (président 1998-2000).

21 *Ibid.*

L'ensemble des papiers de cette session sont publiés pour l'occasion dans le *Bulletin des médecins suisses*. Sur mandat de la SSO, Luzi Dubs peut continuer à approfondir le sujet et s'en fait le porte-parole, une fois nommé vice-président puis président de la SSO.

Le contexte est en effet propice au développement de l'*Evidence-based medicine* (EBM) que Luzi Dubs promeut durant sa présidence. Par ce modèle, il souhaite réagir à « l'hystérie du management qualité », en menant une réflexion poussée sur la description, l'évaluation et la valorisation des besoins médicaux. « Étant donné qu'aucun économiste ni aucun politicien ne sait comment mesurer éthiquement les besoins, nous avons une chance énorme de pouvoir prendre des fonctions de leader en la matière », se convainc Luzi Dubs dans l'éditorial du *Bulletin SSO*²². Basée sur l'évaluation critique des publications scientifiques (*critical appraisal*), l'EBM propose d'évaluer systématiquement les résultats des recherches afin de juger de leur fiabilité et de leur pertinence. Elle permet d'établir une épidémiologie clinique à l'aide de méthodes scientifiques telles que la clinimétrie, qui s'intéresse au bien-fondé d'une option thérapeutique par rapport aux données politico-économiques et à sa valeur à long terme pour le patient – principalement le bénéfice fonctionnel ressenti par le patient. Luzi Dubs explique :

« Le terme de clinimétrie provient d'Alvan Feinstein, qui fut un pionnier de l'EBM aux USA ! Contrairement à l'organométrie, qui mesure la sévérité des lésions d'un organe, la clinimétrie permet de mesurer ce qui est dans l'intérêt du patient. C'est une approche qui ne s'intéresse pas aux millimètres d'instabilité du malade mais à ses capacités, c'est-à-dire à ce qu'il peut ou ne peut plus faire. »²³

Or, le médecin se désole de constater que, dans l'orthopédie des années 1990, la pratique se fonde sur de nombreuses hypothèses, et que les recherches menées ne sont pas toujours à la hauteur des résultats : « J'ai constaté qu'on a fait beaucoup de recherches peu sérieuses, par lesquelles on a voulu faire passer des hypothèses pour la réalité, sans suffisamment prendre en compte les bénéfices pour le patient », se souvient-il. Il souhaite alors contribuer, durant sa présidence, à faire reconnaître les « erreurs de pensées ou biais », en apportant des preuves à travers la littérature scientifique :

« Il s'agissait de s'assurer qu'on n'opère plus si ce n'est pas certain que cela serve au patient. Même si c'était auto-limitant, j'avais à cœur de m'engager pour des méthodes scientifiques crédibles. C'était pour moi une mission philosophique et éthique. »²⁴

Fort de l'appui de la SSO, Luzi Dubs développe donc l'EBM dans l'orthopédie suisse, ainsi que dans d'autres disciplines médicales, en commençant par organiser des

22 « Éditorial (L. Dubs) », *Bulletin SSO* 67, 1998, 4.

23 Entretien avec Luzi Dubs (président 1998-2000).

24 *Ibid.*

cours sur la méthode d'analyse critique de la littérature scientifique et la clinimétrie. Il ressent une certaine résistance face à ces nouveaux outils: « Ce n'était pas simple à faire passer, d'autant que je ne venais pas du milieu académique: j'étais un "petit" orthopédiste de Winterthour », interprète-t-il²⁵. Dès 2000, Luzi Dubs peut enseigner un cours d'EBM intégré à la formation du certificat en « Management de qualité », qui a lieu dans sa propre ville à l'Institut d'économie de la santé. Reconnu par la FMH et la SSO, ce cours est soutenu financièrement par la FMS – ses membres bénéficiant d'une réduction de CHF 50 pour y participer²⁶.

Entre temps, le président de la SSO promeut l'EBM jusque dans les congrès annuels de la Société: dès le congrès de 1999 à Winterthour, un workshop regroupe une vingtaine d'études clinimétriques soumises à des commentaires EBM²⁷. « Les orthopédistes développaient ainsi les compétences nécessaires pour faire un commentaire scientifique après une présentation en congrès », se félicite Luzi Dubs, qui regrette toutefois que le procédé se soit arrêté après le congrès annuel de 2011 à Lausanne²⁸. Quoi qu'il en soit, le succès de cette nouveauté entraînant une autre, les travaux du workshop de 1999 donnent lieu à une publication dirigée par Luzi Dubs, intitulée *Orthopädie an der Schwelle*²⁹. « Soutenu financièrement par Maurice Müller, ce livre marque, comme son nom l'indique, un tournant dans la société, un changement de pensée », relate l'ancien président³⁰.

Luzi Dubs promeut aussi le développement d'une banque de données EBM, gérée par le Centre Maurice Edmond Müller et financée par la SSO, qui répertorie les travaux originaux des membres de la Société, les commentaires EBM et leur évaluation; les groupes d'experts de la Société sont notamment mobilisés dans ce processus pour mettre à profit leur domaine spécifique. L'objectif est de pouvoir obtenir une meilleure interprétation de la littérature scientifique par le biais d'une doctrine unifiée. Pour ce faire et parallèlement à la banque de données EBM, Luzi Dubs anime aussi un « journal club » permettant d'organiser la recherche de références servant à alimenter une base de données de « *Gold-Standard Literature* », soit des travaux scientifiques qui résistent à une critique EBM³¹. « Dans certains domaines, il s'avère difficile de trouver des travaux scientifiques qui répondent à cette attente », confie Luzi Dubs³². À l'instar de la banque de données EBM, la « *Gold-Standard* » est gratuitement mise à disposition des membres de la SSO dans

25 *Ibid.*

26 « Cours EBM à Winterthour (L. Dubs) », *SSO actuel* 9, 2000, 3.

27 « Nouveautés et buts du congrès (L. Dubs) », *Programme principal du 60^e Congrès annuel de la SSO*, 7-9 sept. 2000, Davos, 10-11.

28 Entretien avec Luzi Dubs (président 1998-2000).

29 Luzi Dubs (éd.), *Orthopädie an der Schwelle*, 2000.

30 Entretien avec Luzi Dubs (président 1998-2000).

31 « Qualité et méthodologie (L. Dubs) », *SSO actuel* 23, 2005, 7; « Groupe de travail orthopédique du genou (OAK) (J. L. Meystre) », *Bulletin SSO* 75, 2006, 61-62.

32 Entretien avec Luzi Dubs (président 1998-2000).

les années 2006-2007. Or, force est de constater que les deux outils qui visent à promouvoir le domaine EBM ne sont que peu consultés par les membres de la SSO, ce que regrette Luzi Dubs³³. C'est une dizaine d'années plus tard que s'imposera l'EBM dans l'enseignement, la recherche et la clinique.

Néanmoins, la SSOT veut promouvoir et documenter les connaissances sur l'activité et l'impact économique de l'orthopédie suisse. En 2010, sous la présidence de Christian Gerber, le comité investit CHF 50'000 dans un mandat confié au groupe de métronomie de l'Université de Genève, dirigé par le professeur Antoine Bailly, afin d'étudier l'impact économique de la prothèse totale de la hanche par une étude rétrospective multicentrique. Sont délégués à ce groupe Pierre Hoffmeyer et Claudio Dora, experts de la SSOT en la matière³⁴. Christian Gerber rappelle l'enjeu d'une telle étude qui vise à évaluer le « coût social » d'un des traitements chirurgicaux les plus répandus:

« Il s'agit d'analyser les coûts sociaux globaux du traitement d'une prothèse de hanche, soit l'effet économique global: ce que cela implique pour l'industrie, pour les pharmas, pour la société. Le bénéfice pour le patient individuel est très bien documenté et montre que la prothèse de hanche améliore sensiblement la qualité de vie avec un coût limité. Il s'agit donc de montrer aux pouvoirs publics et à la société que ce qu'on fait a du sens, que ce n'est pas aux dépens des autres qu'on effectue ce traitement, mais aussi pour les autres, ceux à qui on ne met pas de prothèse. »³⁵

L'éthique connaît aussi une première percée en demi-teinte. Elle est la préoccupation principale de Jürg Knessl, président de la SSO dès 2004, qui s'y consacre déjà depuis plusieurs années. Auteur d'un livre paru en 1989 intitulé *Medizinische Ethik aus heutiger Sicht*³⁶, c'est quinze ans plus tard que l'intérêt se porte sur ce livre, « car auparavant l'éthique était secondaire », commente Jürg Knessl, qui se souvient:

« À l'époque, je ne pouvais pas faire comprendre mon point de vue, car les chirurgiens suisses disaient qu'ils avaient "l'éthique dans le ventre": ils estimaient ne pas avoir besoin de théorie sur le sujet, car ils pensaient savoir ce qui est juste. »³⁷

Or, Jürg Knessl s'est toujours étonné de constater que les juristes doivent faire preuve de compétences éthiques élevées, ce qui n'est pas le cas des médecins. « Mais la médecine n'est pas une science exacte, il y a une énorme zone grise », rappelle-t-il. Son point de vue balance entre la reconnaissance d'un travail du médecin éthiquement correct, d'une part, et le maintien de tarifs décents,

33 « Commission Qualité et Méthodologie: rapport (U. Müller) », *SSO actuel* 30, [2009], 3; *Id.*, *SSOT-Bulletin actuel* 1, 2010, 17.

34 « Éditorial – RA 2010-2011 (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 2, 2011, 1; « Nouveau comité – nouveaux ressorts – nouvelles tâches (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 5.

35 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

36 Jürg Knessl, *Medizinische Ethik aus heutiger Sicht*, 1989.

37 Entretien avec Jürg Knessl (président 2004-2006).

d'autre part: «Ce n'est pas contradictoire, car si je suis bien rémunéré, je travaille bien», précise-t-il³⁸.

Ainsi, lors de son discours d'investiture à la présidence de la SSO, Jürg Knessl développe un argumentaire autour de l'idée du «médecin-entrepreneur». On y lit notamment:

«Le médecin n'est pas un entrepreneur, il ne l'est que dans le domaine de la gestion de son cabinet. Il cesse d'être un médecin, si sa réflexion est celle d'un entrepreneur pendant son travail quotidien avec les patients. Il doit faire ce qui est bon pour le patient et non ce qui est profitable à son "entreprise". Un tel changement ne peut venir que de la réflexion de chacun et de l'éducation des futures générations de médecins.»³⁹

En résumé, l'éthique médicale du 21^e siècle vise à mettre au centre des préoccupations de santé «l'autonomie du patient et sa dignité»⁴⁰.

Lors de sa présidence à la SSO, Jürg Knessl crée le groupe de travail sur l'éthique, constitué de Thomas Böni, Thomas Kehl, Catherine Perrin et lui-même. La réflexion porte sur la façon d'intégrer l'éthique médicale dans le cursus de formation des orthopédistes et doit permettre de répondre à l'invitation de la FMH qui, fin 2005, organise une séance afin d'évaluer dans quelle mesure l'éthique médicale pourrait être intégrée dans les différents programmes de formation postgraduée. La SSO est représentée lors de cette séance par le président Jürg Knessl. Il est aussi prévu en 2006 que la SSO consacre une partie de ses événements de formation à l'éthique médicale: une session du congrès annuel ainsi que la journée de formation continue de l'automne portent sur le sujet, en croisant théorie et pratique par des exemples concrets. La dignité du patient, son autonomie, ses droits et son bien-être figurent parmi les thèmes abordés⁴¹.

Progressivement, l'éthique s'impose comme un incontournable des études médicales, intégrée, aux côtés du volet de la pratique et de la technique, dans le volet des «humanités»: des disciplines telles que la philosophie, l'histoire, l'anthropologie, l'art y trouvent leur place, ce dont se réjouit Jürg Knessl. Lui-même enseigne l'éthique aux futurs médecins formés à Zurich, tout en regrettant que cet enseignement soit donné tardivement dans le cursus: «Dans les années de fin d'étude, l'intérêt diminue de 20% au moins, car les étudiants ont des examens à préparer. Alors qu'en première année, ils sont "tout feu tout flamme", enthousiastes et ouverts à de plus larges perspectives», observe-t-il⁴². Désormais intégrée au champ de la santé, l'éthique a récemment acquis une position toute particulière dans le domaine de la

38 *Ibid.*

39 «PV de l'AG ord. du 23 sept. 2004, Montreux: Discours d'investiture (J. Knessl)», *Bulletin SSO* 74, 2005, 22. Souligné dans le texte.

40 «Les aspects éthiques de l'expertise orthopédique (J. Knessl)», *SSO actuel* 23, 2005, 11

41 «Éditorial (J. Knessl)», *SSO actuel* 23, 2005, 1; «Rapport du président (J. Knessl)», *PV de l'AG ord. de la SSO du 9 sept. 2005, Zurich*, 3-4 (polycopié).

42 Entretien avec Jürg Knessl (président 2004-2006).

recherche à travers le développement de commissions passant au crible la récolte et la protection des données sur l'humain.

Les contrôles externes: une qualité en tension

La question de l'indication opératoire n'intéresse pas le chirurgien seul, mais aussi des instances externes qui se donnent pour mission de contrôler les pratiques médicales. Ce procédé suscite quelques tensions, puisqu'une partie de la décision médicale en vient à échapper aux professionnels directement concernés. Les principes du second avis médical, du *case load* et la mise sur pied du *Swiss Medical Board* illustrent ce domaine de l'expertise imposée de l'extérieur.

Le second avis médical: obligatoire ou facultatif?

Le principe consistant à obtenir un second avis médical, ou «*second opinion*», n'est pas une nouveauté. Le médecin peut en tout temps prendre conseil auprès de collègues en cas de doute ou sur demande du patient. Par ailleurs, comme chez d'autres spécialistes, les membres de la SSO se réunissent plus ou moins régulièrement lors de réunions ou colloques pour évoquer des cas particulièrement difficiles ou dont l'indication est discutable. Or, dans les années 1990, certaines caisses-maladie suisses expriment leur souhait que le second avis médical soit réglementé et institutionnalisé.

Ainsi, un programme sur le second avis médical est lancé début 1994, sur la base d'un projet pilote prévu sur trois ans par le Forum des assureurs maladie suisses. Le but de ce programme est de permettre aux caisses-maladie d'avoir la possibilité de refuser ou de repousser des interventions et, le cas échéant, de proposer d'autres thérapies. L'origine de ce programme provient des États-Unis qui, au milieu des années 1950, ont imposé aux médecins le second avis médical, devenu depuis un standard de nombreuses caisses-maladie. En Suisse, un premier sondage mené en 1993 auprès des Sociétés de spécialistes et de la Conférence (actuellement Association) des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse montre que 56% se sont exprimés en faveur du second avis médical et 28% contre. De plus, 70% se sont montrés en faveur de l'introduction de traitements standards et seulement 18% les ont refusés⁴³.

Le programme des assureurs suisses sur le second avis médical concerne une liste de 19 interventions, parmi lesquelles sept opérations orthopédiques: hallux valgus, arthroplastie des articulations de la hanche et du genou, arthroscopie du genou, ligamentoplastie du genou, ligamentoplastie de la cheville, ablation du

43 «Managed Health Care / Second Opinion (A. Imhoff)», *Bulletin SSO* 61, 1995, 90-92.

matériel d'ostéosynthèse, opération des hernies discales. Selon la planification du programme des assureurs, quelques 8'000 à 10'000 second avis par an sont attendus, mais seuls 500 opérations chirurgicales sont finalement expertisées après la première année de lancement du projet⁴⁴.

En 1994, la question de la réglementation d'un second avis médical est présentée pour la première fois dans le *Bulletin SSO* à travers une interview, menée par le président de la Société Andreas Burckhardt et le président de la commission Intérêts professionnels Fritz Hefti, qui exposent la prise de position de la FMH. Cette dernière énonce d'abord les avantages de la réglementation du second avis médical, en mentionnant notamment: une accélération de la mise en place de standards de traitements jusque-là manquant dans les diverses Sociétés de spécialistes; le partage des responsabilités en cas de thérapies difficiles; la protection du médecin traitant face à des accusations injustifiées ou des expertises pouvant aboutir à des procès en responsabilité civile; ou encore une décision plus minutieuse de l'indication dans le cas où le second avis médical deviendrait la règle. Parmi les effets négatifs du second avis médical, la FMH relève le fait que la relation de confiance entre médecin et patient peut se trouver si ébranlée que cela nécessiterait le recours à un troisième avis; le fait qu'en cas d'avis contraire, il n'est pas sûr que le second avis soit le bon et il deviendrait dès lors difficile de savoir qui tranchera; le fait que le manque de traitements standards laisse une marge de manœuvre trop importante pour l'expert du second avis, ce qui peut mener à de fréquentes divergences; enfin, le mélange des problèmes économiques avec les problèmes purement médicaux. Au final, la FMH estime que la réglementation d'un second avis médical telle que le suggèrent les caisses-maladie est superflue, puisque le second avis existe déjà de façon volontaire, sur initiative du patient, du médecin de famille ou du spécialiste consulté⁴⁵.

Pour les mêmes raisons, la SSO se positionne contre une réglementation du second avis médical, d'autant qu'elle estime qu'en tant que représentants d'une spécialité chirurgicale, les orthopédistes sont consultés pour une grande partie des patients sur recommandation du médecin de famille, généralement un praticien généraliste ou interniste; si bien qu'une proposition de traitement d'un orthopédiste représente souvent un deuxième avis médical, étant donné que l'opinion du premier médecin consulté est souvent déjà connue du patient⁴⁶.

Tous les médecins ne partagent pas cet avis, à l'instar de Roland Jakob qui soutient l'idée du second avis médical obligatoire, afin que les indications d'opérations soient mieux contrôlées et standardisées. Il rejoint un des arguments présentés par la FMH, à savoir que par la seule existence d'une réglementation et

44 *Ibid.*

45 «Stellungnahme der SGO zur Frage der "Second Opinion" z. Hd. der FMH (F. Hefti, A. Burckhardt)», *Bulletin SSO* 59, 1994, 43-46.

46 *Ibid.*, 43.

d'une institutionnalisation du second avis médical, le médecin chirurgien posant l'indication saurait qu'il se peut qu'il soit systématiquement contrôlé et, de ce fait, «cela diminuerait déjà les indications inutiles de 30%», estime Roland Jakob⁴⁷. Partisan de l'ostéorégénération et de la «*joint preservation*», il est par ailleurs convaincu qu'il faut «maintenir l'articulation propre de l'individu et différer l'indication de la prothèse le plus longtemps possible». Il explique:

«Les patients veulent rester actifs, avec leurs propres articulations; ils ne veulent pas de "fake-joint". Il faut donc maintenir l'articulation le plus possible et faire en sorte que le patient ne reçoive qu'une prothèse au maximum, c'est-à-dire à la fin de sa vie. Car si on donne à un patient de 45 ans une prothèse de genou, cette prothèse doit être changée 5, 10 ou 15 ans plus tard, et il n'aura alors que 60 ans! Or, les efforts et le financement investis pour réviser un nombre important de ces prothèses sont considérables.»⁴⁸

Sur ce sujet, Christian Gerber rappelle que, dans les années 1990, la chirurgie de la hanche avait été totalement évincée par les prothèses. Mais on connaît à l'heure actuelle un intérêt grandissant pour la chirurgie de préservation de l'articulation, portée par de nouvelles techniques de pointe: «Aujourd'hui, on fait davantage d'arthroscopies de la hanche qu'on ne met de prothèses. Or, il y a 30 ans, personne n'aurait pu imaginer qu'il y ait une indication pour faire une arthroscopie de la hanche», relève le médecin⁴⁹.

Selon Roland Jakob, les jeunes médecins et les médecins «sous-occupés» sont soumis à la tentation d'indiquer une pose de prothèse trop rapidement quand l'arthrose n'est pas avancée, alors que d'autres techniques opératoires conservant l'articulation seraient possibles: «Certains disent qu'ils sont allés à un congrès, qu'ils ont eu connaissance d'un nouveau traitement, et qu'ils vont le pratiquer», donne-t-il pour exemple. Il souhaiterait donc aussi une institutionnalisation du second avis médical, que la SSOT pourrait organiser elle-même, indépendamment des politiciens et des assureurs, en mettant à disposition un vivier de trente à cinquante médecins externes, qui mettent leur expérience à disposition, notamment pour manifester leur gratitude envers leur Société de discipline: «ces chirurgiens pourraient obtenir la radiographie du patient, verraient parfois celui-ci si nécessaire, et ne toucheraient qu'une somme modeste par expertise», détaille Roland Jakob, qui conclut:

«Dépenser des efforts et de l'argent pour cela serait très utile, pour le patient et pour la réputation de la profession; car on dit qu'il faut douze patients satisfaits par opération réussie pour avoir d'autres patients, mais il faut quatre échecs pour ne plus avoir

47 Entretien avec Roland P. Jakob (président 1994-1996).

48 *Ibid.*

49 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

de patients du fait des patients mécontents. C'est aussi un moyen de montrer notre capacité à gérer les frais de la santé et la qualité de l'indication.»⁵⁰

Au fil des ans, l'idée d'un second avis médical gagne du terrain. En 2015, toujours sur base volontaire, certaines caisses-maladie de la Suisse alémanique proposent à leurs assurés privés – au bénéfice d'une assurance complémentaire – de requérir sur Internet l'avis de spécialistes reconnus. Les opérations de prothèses de la hanche sont alors particulièrement visées, comme l'explique un journaliste de presse locale:

«La Suisse fait partie des pays où se pratiquent le plus d'opérations de prothèses de la hanche dans le monde, avec 306 pour 100'000 habitants en 2011⁵¹. Les patients s'interrogent souvent sur la pertinence d'une telle démarche et hésitent toujours moins à demander un second avis.»⁵²

D'autres caisses-maladie suivent le modèle à travers la Suisse, de façon plus ou moins incitative, en remboursant partiellement ou substantiellement, selon les cas, la prestation d'un expert pour second avis. En 2018, la SSOT estime ne plus avoir d'autre choix que de proposer elle-même des experts. Le comité charge le groupe d'experts Hanche de traiter les démarches d'un second avis issues du site www.meinezweitemeinung.ch: «Il a été convenu qu'il était préférable que les groupes d'experts s'impliquent dans ce projet plutôt que d'observer de manière passive comment la situation se développe sur le marché», est-il expliqué dans le bulletin *focus*⁵³. Deux membres du groupe d'experts Hanche se mettent à disposition. «Jusqu'à maintenant, les demandes étaient peu nombreuses et ont bien pu être intégrées dans la routine quotidienne. Les demandes sont financièrement sous-dotées», commente le groupe⁵⁴. Sous la pression des caisses, la SSOT préfère anticiper d'autres exigences à venir en proposant de prendre part aux expertises qui concernent pour la plupart ses propres membres; ceci tout en étant consciente qu'une telle démarche peut générer des conflits entre collègues. Elle appelle à la collaboration entre pairs.

50 Entretien avec Roland P. Jakob (président 1994-1996).

51 Comme le révèle l'Enquête suisse sur la santé réalisée en 2012 par l'Office fédéral de la statistique, les prothèses de hanche sont les plus nombreuses avec 21'395 poses; tandis que les poses de prothèses du genou se montent à 16'462. Ces chiffres ont fortement augmenté en une décennie: +40% pour celles de la hanche et +115% pour celles du genou entre 2002 et 2012. Ces interventions sont à l'origine de coûts socio-économiques importants, étant donné que les maladies de l'appareil musculo-squelettique constituent le motif le plus fréquent d'hospitalisation, soit 15% du total en Suisse en 2012 (OFS, «Maladies de l'appareil musculo-squelettique», *Statistiques de la santé 2014*).

52 Pascal Schmuck, «Bientôt un deuxième avis médical possible sur Internet», *24 Heures*, 29.04.2015 (en ligne).

53 «Second avis médical», *swiss orthopaedics, focus* 5, 2018, 31.

54 *Ibid.*

Le case load: un cas complexe

Provenant du *case management* d'outre-Atlantique, le *case load* ou nombre minimal d'interventions consiste à exiger un nombre minimal d'opérations chirurgicales par hôpitaux et/ou opérateurs, dans le but d'assurer la sécurité des patients. Déjà présent et régulé par le biais du catalogue opératoire au niveau de la formation postgraduée des candidats chirurgiens, ce principe engage de nouveaux enjeux dès lors qu'il constitue un moyen de contrôle qualité sur les médecins formés.

C'est en 2007 que la SSOT est confrontée pour la première fois à cette situation, lorsque les autorités zurichoises décident d'interdire la chirurgie du rachis à deux orthopédistes d'une clinique subventionnée du canton, en invoquant un nombre d'interventions (*case load*) insuffisant. La clinique dépose un recours auprès du Tribunal administratif de Zurich en demandant que la Direction cantonale de la santé publique reconduise son mandat pour la chirurgie du rachis, jusqu'à ce que le recours déposé auprès du Conseil d'État soit terminé. Il y a en effet de fortes chances que le recours aboutisse, car des doutes subsistent sur la compatibilité de l'argument du *case load* avec la législation cantonale et fédérale. Concernée par cette affaire qui touche deux de ses membres, la SSOT charge trois de ses commissions (Politique professionnelle, Formation postgraduée, Qualité et Méthodologie) de mettre sur pied un argumentaire s'opposant à la décision des autorités zurichoises⁵⁵.

Tenant compte des interventions de plusieurs associations professionnelles, dont celle de la SSOT, qui font part de leurs réserves, le Tribunal administratif de Zurich casse la décision des autorités zurichoises, ce qui permet aux deux orthopédistes de la clinique concernée de continuer leur activité opératoire en attendant la décision définitive du tribunal compétent. Dans l'intervalle, le comité de la SSOT mobilise ses commissions et groupes d'experts pour rassembler des données sur le *case load* dans le but d'élaborer une prise de décision sur ce principe, basée sur des résultats de recherches internationales⁵⁶.

Du côté des autorités fédérales, le Conseiller fédéral Pascal Couchepin et l'OFSP veulent introduire un nombre minimal d'interventions spécifiques, en présentant l'argument des chiffres de mortalité⁵⁷. Or, selon le comité de la SSOT, les preuves scientifiques parlant en faveur d'une corrélation entre *case load* et mortalité sont lacunaires; c'est pourquoi il importe au président de la SSOT, Joseph Brandenburg, que les informations sur le sujet soient davantage étayées:

«Il est à craindre que les politiciens et économistes n'arrêteront pas d'argumenter sur la base du *case load*. La littérature scientifique concernant ce sujet est maigre, cela a été confirmé par les groupes d'experts. Il est néanmoins utile de faire attention à

55 «Éditorial (J. E. Brandenburg)», *SSO actuel* 27, 2007, 1; «RA du Président (J. E. Brandenburg)», *Bulletin SSO* 76, 2007, 39-40; «Case load», *SSO actuel* 26, 2007, 2.

56 *Ibid.*; «RA du Président (J. E. Brandenburg)», *Bulletin SSO* 77, 2008, 33.

57 «Éditorial (P. Hoffmeyer)», *SSOT actuel* 31, [2009], 1.

d'éventuelles publications et de les rassembler pour que les négociations avec les politiciens puissent se baser sur des données fiables. Actuellement, les chiffres publiés sont presque sans exception en faveur du corps médical. »⁵⁸

Le comité lance un appel à ses membres en leur demandant de lui indiquer toute publication concernant ce sujet, afin de pouvoir intervenir lors de négociations de santé publique. Bien conscient qu'il ne peut légiférer en la matière, le comité souhaite élaborer des recommandations pour les autorités politiques et tout milieu impliqué. La SSOT estime, de façon générale, qu'en aucun cas le nombre minimal d'interventions ne peut être pris comme seul critère de qualité⁵⁹.

En 2008, le comité de la SSOT accepte la prise de position sur la *case load* élaborée par le président Josef Brandenberg, qui a étroitement collaboré avec les commissions et groupes d'experts. Selon leur décision, il manque les fondements légaux permettant de limiter l'activité du médecin installé sur la base d'un nombre minimal d'interventions. De plus, il est relevé qu'en orthopédie, le *case load*, qui est basé sur le diagnostic, le traitement, le temps et le nombre de personnes impliquées dans le traitement, ne peut être défini d'une manière suffisante; il est dès lors aléatoire. Par ailleurs, le *case load* ne garantit pas une amélioration du résultat et met en danger la qualité de l'indication, car il y a risque d'augmenter le volume « d'une façon inconsidérée » pour atteindre le nombre minimal d'opérations exigé: « 10 interventions bien diagnostiquées sont mieux que 100 mal indiquées », évoque Josef Brandenberg⁶⁰.

La SSOT se prononce donc contre la définition de nombres minimaux d'interventions qui, selon elle, est d'ordre économique et non médical. Elle réclame de la transparence, exigeant des décideurs en santé publique « de fonder leurs décisions politiques et économiques par un raisonnement politique et économique »⁶¹. La prise de position de la SSOT est publiée sur son site internet ainsi que dans le *Bulletin des médecins suisses*, et est envoyée aux différentes autorités concernées (Conseil fédéral, OFSP, Conférence des directeurs sanitaires suisses, santésuisse).

À ce jour, aucun consensus n'a été trouvé concernant le nombre idéal d'interventions permettant d'assurer la sécurité des patients. Dans le canton de Zurich, où le *case load* a été introduit en premier lieu, les hôpitaux doivent attester de la pose de cinquante prothèses de hanche et de genou pour pouvoir continuer à opérer. Un nombre par opérateur individuel est aussi exigé, soit quinze prothèses de hanche par an. Or, ces chiffres ne sont pas mentionnés de façon évidente dans les études scientifiques, comme le relève Bernhard Jost:

58 « Case load (J. E. Brandenberg) », *SSO actuel* 29, 2008, 7.

59 *Ibid.*; « Éditorial (P. Hoffmeyer) », *SSO actuel* 29, 2008, 1; « PV de l'AG ord. du 21 sept. 2007, Montreux: Rapport des Commissions SSO », *Bulletin SSO* 77, 2008, 12.

60 « Nombre minimal d'interventions (J. E. Brandenberg) », *SSO actuel* 28, 2008, 5.

61 *Ibid.*

« Le problème est que personne ne sait quel est le bon nombre minimal qui fait sens. C'est probablement mieux de faire vingt opérations de hanche plutôt que dix, mais lorsqu'on vérifie qui n'a pas atteint ce nombre à Zurich—ce que l'on peut savoir par le biais de la Direction de la santé pour les hôpitaux non privés, ayant des conventions de prestations—, on constate que les résultats ne sont pas si mauvais. »⁶²

Bernhard Jost indique que le canton de St-Gall prévoit d'introduire un *case load* identique à celui de Zurich au niveau des institutions (cinquante opérations), mais pas pour les opérateurs. « Nous devons bientôt faire cinquante prothèses de hanche par an à l'Hôpital cantonal de St-Gall, mais ça ne sera pas problématique puisque nous en posons déjà à peu près 300 », explique-t-il, tout en relevant certains paradoxes du *case load*:

« Dans le domaine de l'orthopédie, les opérations de hanche et de genou sont parmi les plus fréquentes et les moins difficiles. C'est aussi une des meilleures opérations en termes de résultats, pour laquelle le nombre minimal d'interventions est donc le plus discutable. À l'inverse, là où les opérations sont les moins nombreuses, ce sont dans les cas rares et difficiles: tumeurs, chirurgie du ventre, carcinomes du pancréas; or, on est déjà ici dans la médecine hautement spécialisée, où le *case load* n'est pas congruent. »⁶³

À l'instar de leur collègue Josef Brandenberg dix ans plus tôt, plusieurs orthopédistes mentionnent les risques du nombre minimal d'interventions. Roland Jakob doute que le patient puisse se convaincre du succès d'une pose de prothèse du fait que le chirurgien et l'établissement aient respectivement quinze et cinquante interventions à leur actif; car « ce n'est pas seulement la technique de l'opération qui compte, mais aussi le fait qu'on n'ait pas attrapé une infection dans l'hôpital, ou qu'on n'ait pas une paralysie d'un nerf après avoir été opéré pour une prothèse de hanche; c'est aussi le fait que le chirurgien ait regardé la radiographie et estimé que telle arthrose est suffisamment avancée pour justifier la mise en place d'une prothèse », évoque le médecin⁶⁴. S'inquiétant également du procédé du *case load*, Alain Farron donne l'exemple suivant:

« Si un hôpital doit faire tant d'opérations et que, à la fin de l'année, il n'a pas rempli le quota, il n'est plus subventionné. Il va donc tout faire pour obtenir le nombre d'opérations exigé—au détriment des patients qui ne doivent pas forcément être opérés. »⁶⁵

Bernhard Jost présente un argument similaire et conclut:

62 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

63 *Ibid.*

64 Entretien avec Roland P. Jakob (président 1994-1996).

65 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

« Que se passe-t-il si on n'a posé que douze prothèses en novembre et qu'il en faut quinze par an selon le *case load*? On va en trouver trois à faire en décembre? Il y a un risque de sur-opération, et c'est dangereux »⁶⁶.

Le Swiss Medical Board

Peu de temps après l'apparition du *case load*, un nouvel organe de contrôle, appelé *Swiss Medical Board* (SMB), intervient également dans le domaine des opérations chirurgicales. C'est à nouveau Zurich qui donne le ton, puisque le SMB est créé par la Direction de la santé publique du canton en 2008. L'organe se donne pour mission d'analyser les processus diagnostiques et les interventions thérapeutiques du point de vue de la médecine, de l'économie, de l'éthique et du droit. Sur cette base, des recommandations sont formulées à l'attention des décideurs politiques et des fournisseurs de prestations. En d'autres termes, « il s'agit principalement d'évaluer le rapport coûts-efficacité des prestations médicales. [...] Lorsque le SMB considère qu'un traitement est inefficace et/ou trop cher, il fait la demande pour que ce traitement soit éliminé du catalogue de prestations », résume le président Christian Gerber dans son éditorial du *Bulletin SSOT* de 2011⁶⁷.

Cette année-là, la SSOT est confrontée à un rapport spécifique à l'orthopédie produit par le SMB: celui-ci a analysé la question du traitement opératoire ou conservateur de la rupture du ligament croisé antérieur, et il a conclu que le second traitement est le plus optimal. « Le SMB a écrit à la SSOT qu'il n'y avait pas d'indications pour opérer un ligament croisé antérieur, ce qui allait forcément avoir des conséquences sur les assurances et les caisses-maladie », se souvient Bernhard Christen, devenu président de la SSOT en 2012⁶⁸. La SSOT réagit vivement au rapport du SMB: dans son éditorial, le président Christian Gerber accuse le SMB d'avoir été influencé par des idées préconçues, et d'avoir négligé une partie de la littérature scientifique importante sur le sujet ainsi que des données significatives des registres scandinaves sur le genou; de plus, le rapport ne différencie pas les lésions chroniques des lésions aiguës, pas plus qu'il ne tient compte de l'âge des patients et du degré d'activité souhaité, ni des blessures afférentes. Le président de la SSOT conclut:

« L'avantage du traitement conservateur (physio-)thérapeutique comparé à l'évolution spontanée n'a pas été démontré et pourtant, c'est cette même physiothérapie coûteuse qui est recommandée, ce qui est inquiétant. Dans ce sens, le rapport est certainement

contre-productif, scientifiquement peu consciencieux et ne peut être accepté par un orthopédiste alerte. »⁶⁹

La SSOT et la Faculté de médecine de Zurich demandent une révision de ce rapport par des experts objectifs nommés par les Sociétés de disciplines, et exigent d'être consultés avant la publication de tout autre rapport.

Or, la même année où paraît le rapport sur le ligament croisé, le SBM publie un deuxième document sur la vertébroplastie et la kyphoplastie en cas de fractures vertébrales ostéoporotiques. Le président de la SSOT conteste là aussi les résultats et conclut:

« Jusqu'à présent, les deux études qui touchent de près les orthopédistes n'ont rien apporté pour augmenter la qualité de traitement des patients et convaincre le corps médical. »⁷⁰

Christian Gerber ne souhaite pas pour autant s'éloigner du concept du SMB, mais il réitère sa demande d'obtenir des résultats qui apportent une plus-value et pour les patients et pour le corps médical, « en leur livrant des bases décisionnelles sûres »⁷¹. La SSOT obtient satisfaction, puisque le SMB accepte qu'elle propose des experts, et il est envisagé qu'elle puisse être intégrée dans le processus de consultation.

Entre temps, le groupe d'experts Genou a été mandaté par la SSOT pour rédiger une réplique au rapport du SMB sur le traitement conservateur ou invasif de la rupture du ligament croisé⁷². Les résultats, sortis en 2013, sont résumés ainsi par le président suivant Bernhard Christen:

« On a abouti à la décision que, dans la rupture du ligament croisé antérieur, il y avait toujours des indications pour un traitement conservateur, mais qu'il peut y avoir des indications assez strictes pour une intervention chirurgicale d'urgence permettant d'éviter des problèmes secondaires. »⁷³

Mais les relations restent tendues avec le SMB qui, à peine les conclusions de la SSOT rendues sur le ligament croisé, publie un aide-mémoire pour patients sans avoir pris en compte les craintes et la prise de position de la SSOT à cet égard. Dans son rapport annuel, le président Bernhard Christen dénonce cette manière de faire jugée « inacceptable et comme une provocation », et il reproche au SMB son opacité, l'accusant d'être « sans mandat précis ni base légale », ou encore faisant partie des « institutions autoproclamées et peu qualifiées »⁷⁴. Par ailleurs, d'autres conflits entre le SMB et certaines Sociétés médicales assombrissent les relations

69 « Éditorial (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 3, 2011, 2.

70 *Ibid.*, 3.

71 *Ibid.*

72 « Swiss Medical Board », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 22 (fascicule).

73 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

74 « Éditorial – RA 2012-2013 (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 6, 2013, 2; « RA 2013-2014 (B. Christen) », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 3.

66 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

67 « Éditorial (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 3, 2011, 1.

68 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

avec la FMH qui finance cet organe. Les tensions sont telles que la Société suisse de chirurgie plastique demande la démission de la FMH du SMB lors de la séance de la Chambre médicale qui se tient au printemps 2014. La SSOT soumet une contre-proposition en demandant une réunion d'explication permettant de déterminer la future collaboration avec le SMB, soit l'intervention des Sociétés de spécialités et des universités lors de l'établissement de rapports. Cette contre-proposition est acceptée et le SMB organise à l'automne, sous l'égide de la FMH, un symposium et une réunion destinés à établir des règles de communication et de collaboration avec les Sociétés de spécialistes dans le but d'intégrer plus activement celles-ci dans les processus d'analyse⁷⁵.

Malgré cette intervention, de nouvelles dissensions se font jour car, dans l'intervalle, le SBM lance un nouveau sujet d'évaluation portant sur la prise en charge des hernies discales lombaires. Si l'avis des experts en chirurgie rachidienne proposés par la SSOT est effectivement requis, la demande est déposée en pleine période estivale, avec un délai de réponse très court et sur la base d'un simple questionnaire. Le SMB rédige ensuite de façon unilatérale un rapport de plus de 200 pages, que le nouveau président de la SSOT Alain Farron juge «à nouveau incomplet et en partie inexact»⁷⁶. C'est après avoir publié son rapport sur son site internet début 2015 que le SMB organise une journée de discussion réunissant des participants de tous horizons confondus: chirurgiens, ostéopathes, physiothérapeutes, assureurs, politiciens, etc. Estimant cette manière de faire intolérable, la SSOT décline l'invitation et obtient deux entrevues au printemps 2015 entre, d'une part, des représentants du comité de la Société ainsi que ses experts en chirurgie du rachis et, d'autre part, le président du SMB accompagné du responsable Qualité et Données de la FMH⁷⁷.

La démarche porte ses fruits puisqu'à fin 2015, le SMB rend son rapport et ses recommandations concernant la prise en charge des hernies discales lombaires en ayant tenu compte des principales remarques formulées par les représentants de la SSOT. «Ceci confirme qu'un dialogue constructif et argumenté dès le début des travaux apporte des résultats plus concluants qu'une confrontation par médias interposés après publication des rapports», commente le président Alain Farron dans le rapport annuel de la SSOT⁷⁸. Dans le cas du rapport sur les hernies discales, il fallait aussi tenir compte des desiderata de la SSCR, société sans titre FMH qui réunit des orthopédistes et des neurochirurgiens spécialisés exclusivement dans la chirurgie spinale. «Les relations sont donc un peu tendues entre les Sociétés de ces spécialistes, car chaque fois qu'il y a un regroupement de gens qui font un peu

75 *Ibid.*; «Swiss Medical Board», *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall, 22* (fascicule).

76 «RA 2014-2015 (A. Farron)», *swiss orthopaedics, focus 2*, 2015, 4.

77 *Ibid.*, 3-4.

78 «RA 2015-2016 (A. Farron)», *swiss orthopaedics, focus 3*, 2016, 5.

la même chose, il y a des conflits d'intérêts ou de personnes», relève Alain Farron⁷⁹. Or, sous sa présidence à la SSOT, le dialogue entre les différents acteurs semble s'être instauré durablement: «On a eu une influence positive qui a permis d'aboutir à un consensus concernant le rapport sur les hernies discales. C'est une petite victoire, car désormais nous sommes consultés, nous faisons partie des commissions et des groupes d'experts», explique l'orthopédiste⁸⁰. De son côté, le SMB poursuit ses investigations et prépare une prochaine étude sur la coiffe des rotateurs⁸¹.

Les contrôles externes de type *case load* ou effectués par le SMB n'ont pas très bonne presse auprès des orthopédistes, qui acceptent mal ce type d'évaluation. L'opacité sur l'origine des examinateurs et sur leurs motivations participe au mécontentement de certains, comme le rappelle Catherine Perrin:

«Il y a eu pas mal de problèmes avec le *Swiss Medical Board*, beaucoup de luttes avec eux, car ils ont commencé à analyser l'intervention pour le ligament croisé en prétendant que ne pas opérer était mieux que d'intervenir. Or, le SMB est une sorte d'organe d'experts qui ne travaillent que pour les caisses, et donnent la solution la moins chère à court terme.»⁸²

Bernhard Jost a lui aussi l'impression «qu'on cherche à prouver qu'on ne peut pas opérer». Il reproche le procédé qui consiste à ne pas interroger d'abord les médecins sur leurs pratiques:

«On ne sait pas vraiment qui examine cela, mais cela vient d'autres personnes qui se basent sur des études anciennes. Parfois ce sont les assurances qui disent qu'il y a trop d'opérations du rotateur. Cela tourne souvent autour de ce qui est utile ou inutile.»⁸³

De l'avis de Bernhard Christen, ces cas impliquant des expertises de non spécialistes du domaine de l'orthopédie, voire de non médecins, auront finalement permis de relever des failles dans les activités de la SSOT:

«Au début, la Société a réagi sous pression. Car des groupes inconnus d'elle publiaient des choses sur l'orthopédie, cela paraissait dans la presse, et les membres demandaient à la SSOT ce qu'il fallait faire. Cela montrait que la SSOT ne faisait pas son travail dans ce domaine.»⁸⁴

Aussi, la SSOT introduit-elle de nouvelles mesures de qualité inédites à la fin des années 2000: «développées depuis longtemps, elles étaient enfin mûres pour se concrétiser», concède le médecin⁸⁵.

79 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

80 *Ibid.*

81 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

82 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

83 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

84 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

85 *Ibid.*

L'auto-contrôle comme assurance de qualité

Le registre national des implants : nécessaire mais complexe

La création d'un registre d'implants orthopédiques, qui permet de répertorier diverses données sur les prothèses posées chez les patients, n'est pas une nouveauté. De tels registres existent en Europe depuis les années 1980-1990, dans des pays du Nord tels que la Suède, la Norvège et le Danemark. En Suisse, Genève est précurseur avec un registre des implants de la hanche mis sur pied aux HUG par Pierre Hoffmeyer et son équipe en 1996⁸⁶. Au début du siècle suivant, la SSO tente une première expérience au niveau national avec un projet de registre de la hanche, présenté d'abord comme un moyen non pas de garantir la qualité des implants, mais de pouvoir contacter les patients dans un minimum de temps en cas de défaut de matériel. On envisage alors que les données restent la propriété de la SSO, tout en acceptant la collaboration de l'industrie (FASMED) dans le projet⁸⁷.

Une première phase lancée: le registre hanche et genou

C'est sous la supervision de Josef Brandenburg, alors vice-président de la SSO, que prend forme le projet d'un registre national d'implants de la hanche et du genou –en raison de la grande prévalence de ce type de prothèses⁸⁸–, dans l'idée dorénavant affirmée de faire de ce registre un outil de l'assurance qualité. Le lancement de ce projet est complexe, car il s'agit de rallier au registre des partenaires issus de divers milieux tout en obtenant la collaboration des orthopédistes. Après de longues négociations menées par la directrice de la SSO, Catherine Perrin, et le président de la commission Qualité et Méthodologie, Urs Müller, tous les partenaires sont convaincus du bienfondé de la création d'un registre national des implants. Une première rencontre a lieu à Berne fin 2006 en présence de délégués de l'OFSP (représentant les autorités publiques), santésuisse, H+, FASMED et la SSO, lors de laquelle il est décidé d'un commun accord de créer une fondation en vue du financement du registre⁸⁹.

Forts de ce consensus, FASMED et la SSOT versent en 2007 un premier capital afin de créer la fondation, nommée SIRIS. Au conseil de cette fondation doivent être représentés les quatre partenaires que sont la SSOT, FASMED, santésuisse et H+. La présidence du conseil de la Fondation SIRIS est confiée au professeur Max

86 Anne Lübbecke, Christophe Baréa & Hermès Miozzari, *Geneva Arthroplasty Registry. Annual Report 1996-2006*, 2017.

87 «PV de l'AG ord. du 23 sept. 2004, Montreux: Divers», *Bulletin SSO* 74, 2005, 29.

88 Sur ce point, voir plus haut à la note 51 page 126.

89 «Éditorial (J. E. Brandenburg)», *SSO actuel* 25, 2006, 1; Entretien avec Josef E. Brandenburg (président 2006-2008).

Aebi, chirurgien du rachis et ancien directeur du Centre de recherche MEM à Berne –renommé plus tard Institut de recherche évaluative en médecine. Un travail de fonds s'engage sur les aspects matériels liés au registre et à sa standardisation: Quelles données faut-il entrer dans le registre? Avec quelles méthodes et quels moyens technologiques? Peut-on le faire en scannant directement les numéros d'article et de série des prothèses? «À cette époque, il y avait des producteurs d'implants qui ne mettaient pas encore de codes-barres sur leurs produits», rappelle Christian Gerber⁹⁰.

Un premier obstacle au développement du registre survient lorsque, après une phase de préparation de deux ans, H+ refuse de siéger au conseil de la Fondation SIRIS, invoquant d'autres engagements et un désaccord sur le mode de financement du registre⁹¹. Suite à ce retrait, le registre suscite des doutes et des critiques de la part des directeurs d'hôpitaux et de l'Association des cliniques privées, qui contraignent le conseil de la Fondation SIRIS à ajourner le projet. Josef Brandenburg, devenu président de la SSOT, exprime sa consternation dans l'éditorial du bulletin *SSO actuel*:

«Dans toute la Suisse, les hôpitaux s'arrachent l'endoprothétique, car elle augmente le chiffre d'affaires tout en couvrant les frais effectifs. De plus, cette chirurgie peut être planifiée. Mais lorsqu'il s'agit d'assurance de qualité, un projet tel le registre des implants est étouffé dans son noyau et ceci sur la base d'arguments peu plausibles.»⁹²

La question des coûts est l'un des principaux arguments avancés par les détracteurs du registre: on estime à l'époque que l'enregistrement de chaque prothèse s'élèvera à CHF 35, somme qui devra être versée par les hôpitaux eux-mêmes. Mais à cela s'ajoute, selon Josef Brandenburg, le fait que les établissements refusent de faire la transparence sur l'usage des implants employés lors des interventions⁹³. Pierre Hoffmeyer partage cette opinion, tout en rappelant les contraintes liées aux aspects pratiques du registre:

«Il s'agissait moins d'un problème de financement que d'un problème d'acceptation du registre: Est-ce que les gens sont d'accord de donner l'information nécessaire pour l'alimenter? Est-ce que les ressources humaines et matérielles sont suffisantes et disponibles?»⁹⁴

Bien que le mode de financement ne soit pas encore avalisé, l'accueil du registre est suffisamment favorable auprès des autres partenaires pour commencer à entrer des données dans celui-ci et poursuivre les pourparlers avec les assureurs et les 290 hôpitaux du pays. On espère ainsi trouver une solution de financement dans

90 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

91 «Registre des implants SIRIS», *SSO actuel* 28, 2008, 2.

92 «Éditorial (J. E. Brandenburg)», *SSO actuel* 28, 2008, 1.

93 Entretien avec Josef E. Brandenburg (président 2006-2008).

94 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

la deuxième moitié de l'année 2008 en retardant d'une année la création officielle de la Fondation SIRIS⁹⁵.

Fin 2008, le nouveau président de la SSOT Pierre Hoffmeyer a bon espoir, car la situation semble s'améliorer: H+ fait diffuser une circulaire parmi ses membres en leur demandant de voter pour soutenir SIRIS et son financement. Mais au printemps suivant, le comité de H+ change de tactique: il refuse toujours de siéger au conseil de la Fondation SIRIS et renonce à émettre des recommandations aux hôpitaux les incitant à collaborer. Le président de la SSOT invite ses collègues orthopédistes à faire valoir leur influence auprès des directeurs d'hôpitaux dans le but de les convaincre du bien-fondé du registre. Si cette action réussit, on espère pouvoir reprendre la saisie des données en 2010⁹⁶.

Toujours en charge du projet, Josef Brandenberg obtient des membres de la SSOT de voter en faveur d'un crédit de CHF 100'000 pour lancer le registre. Entre temps, il a obtenu le soutien de l'association santésuisse, laquelle a accepté la prise en charge du registre par les caisses, en émettant le souhait que le registre fasse partie intégrante de la nouvelle Association nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et cliniques (ANQ). Regroupant la conférence des Directeurs cantonaux de la santé, les assureurs et H+, l'ANQ assurerait donc, par le biais de son partenaire H+, lui-même employeur de la majorité des chirurgiens orthopédistes, le caractère obligatoire de la documentation dans le registre des prothèses de hanche et de genou posées en Suisse⁹⁷. Ce procédé, inédit pour le pays, permet aussi la reconnaissance du système SIRIS comme paramètre de contrôle qualité des implants orthopédiques: «L'ANQ est l'organe qui accrédite les hôpitaux suisses. On a ainsi pu obtenir qu'un hôpital qui met des prothèses de hanche et de genou doive documenter ces implants dans SIRIS, sans quoi il n'est plus accrédité. C'était le seul moyen de rendre le registre fonctionnel», explique Christian Gerber⁹⁸. Alain Farron souligne aussi la nécessité de rendre le registre obligatoire:

«Pour qu'un registre soit intéressant et utile, il doit être obligatoire. Sans cela, les médecins y mettent ce qu'ils veulent; ils signaleront avec réticence les cas de complications.»⁹⁹

Il est par ailleurs prévu que l'ANQ intègre d'autres projets en cours, dans le cadre d'un Plan national de mesures de qualité. L'accord passé avec l'ANQ semble d'autant plus judicieux que d'autres Sociétés de disciplines médicales envisagent d'enregistrer leurs implants et sont intéressées à collaborer avec SIRIS. L'ANQ accepte d'intégrer SIRIS, mais uniquement lorsque le financement en sera entièrement réglé. Or, à l'été

95 «RA du Président (J. E. Brandenberg)», *Bulletin SSO* 77, 2008, 33.

96 «Éditorial (P. Hoffmeyer)», *SSO actuel* 29, 2008, 1; «SIRIS», *SSO actuel* 30, [2009], 7.

97 «SIRIS», *SSOT actuel* 30, [2009], 6; *Id.*, *SSOT actuel* 31, [2009], 2; «Registre national des implants: état des lieux», *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 sept. 2008, Bâle*, 7 (annexe *SSOT actuel* 30 [2009]); *Id.*, *PV de l'AG ord. de la SSOT du 25 juin 2009, Genève*, 7 (polycopié).

98 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

99 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

2009, alors que la Fondation SIRIS est presque sur les rails, son financement pose toujours problème¹⁰⁰. Le président de la SSOT d'alors, Pierre Hoffmeyer, manifeste son impatience et rappelle l'enjeu du projet:

«Nous sommes un des derniers pays du monde à ne pas avoir un registre des implants. [...] La qualité doit rester dans nos mains.»¹⁰¹

Lors de l'arrivée de Christian Gerber à la présidence de la SSOT en 2010, le registre SIRIS, mis en branle depuis près de trois ans, est à son point mort. Le nouveau président rétablit le contact avec les partenaires et lance un ultimatum. Il se souvient:

«J'ai renégocié avec les producteurs industriels d'implants (FASMED) et me suis aussi adressé aux assureurs. J'ai rappelé qu'il était très important de créer un registre national, et qu'il y avait un enjeu financier pour la SSOT qui avait déjà investi beaucoup d'argent. J'ai fait pression en donnant un délai de trois mois pour faire le registre, ou alors on arrêta le projet.»¹⁰²

Fin 2011, le registre national SIRIS voit finalement le jour, rendant obligatoire la saisie des implants de la hanche et du genou pour tous les hôpitaux et les cliniques suisses à partir de l'automne 2012. Au total, la SSOT et FASMED ont déboursé plus de CHF 400'000 pour lancer le projet SIRIS, sans compter les heures et les séances de préparation, ainsi que l'engagement de certains membres de la SSOT. Les obstacles les plus importants ont pu être éliminés: la traçabilité des implants est désormais possible indépendamment de l'hôpital où l'implant a été posé ou enlevé, un set technique pour la saisie et un concept de formation sont établis. Enfin, un consensus a pu être trouvé pour le financement, qui permette de soulager les hôpitaux: pour chaque tige de hanche et chaque plateau tibial acheté, les fournisseurs d'implants facturent CHF 35 (hors TVA) aux hôpitaux et cliniques, ceci de manière groupée, par trimestre; cette cotisation SIRIS est reversée intégralement par les fournisseurs à la Fondation SIRIS et à l'ANQ, laquelle rétrocède CHF 15 (hors TVA) par implantation à l'hôpital ou à la clinique qui effectue l'inscription¹⁰³.

La mise en route technique du registre, l'instruction et le support, l'administration des données et leur évaluation sont assurés par l'Institut de recherche évaluative en médecine. Même si un certain nombre de travaux doivent encore être faits (simplifier la documentation avec les technologies informatiques, clarifier les questionnaires), la saisie peut commencer. Fin 2012, ce sont déjà 85% des implants de hanche et de genou qui ont été saisis dans le registre national: on

100 «SIRIS», *SSOT actuel* 30, [2009], 6; «Registre national des implants: état des lieux», *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 sept. 2008, Bâle*, 10 (annexe *SSOT actuel* 30 [2009]); *Id.*, *PV de l'AG ord. de la SSOT du 25 juin 2009, Genève*, 7 (polycopié).

101 «Éditorial (P. Hoffmeyer)», *SSOT actuel* 31, [2009], 1.

102 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

103 «Éditorial (C. Gerber)», *SSOT-Bulletin actuel* 3, 2011, 1; «Éditorial – RA 2012-2013 (B. Christen)», *SSOT-Bulletin actuel* 6, 2013, 1; «SIRIS (C. Perrin)», *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 20.

dénombrer l'enregistrement de 4'200 prothèses de hanche et 520 révisions, ainsi que 3'140 prothèses de genou et 320 révisions. Toutes les données liées à l'identité (données démographiques des utilisateurs, des institutions et des patients) sont également relevées¹⁰⁴.

Par ailleurs, lors de sa retraite annuelle de 2012, le comité de la SSOT décide de faire retravailler certains questionnaires du registre SIRIS par les groupes d'experts Hanche et Genou, car les questions avaient été reprises, en partie sans changement, d'anciens questionnaires de Maurice Müller datant des années 1980. Il est aussi prévu de simplifier et de standardiser la saisie, et d'éliminer les doublons concernant les données de base et du rapport du patient avec celles du *Minimal-DataSet*¹⁰⁵. En outre, il faut entrer dans le registre les informations que plusieurs cliniques ont saisi sur papier. Les groupes d'experts Hanche et Genou s'attèlent à la tâche. Ils ne sont pas les seuls puisque, dans la perspective d'enregistrer d'autres types d'implants, le comité de la SSOT invite les groupes d'experts Épaule et Pied à élaborer leurs questionnaires pour la saisie de leurs prothèses; leurs premières propositions sont attendues pour l'automne 2013¹⁰⁶.

En 2014, la révision des questionnaires Hanche et Genou du registre SIRIS est presque terminée. Le comité de la SSOT envisage alors de lancer les questionnaires préparés par les groupes d'experts Épaule et Pied pour de nouvelles prothèses, qui pourraient être saisis sur une base volontaire dès 2015. Mais cette étape est stoppée par le différend qui oppose la Fondation SIRIS et l'ANQ concernant la propriété des données du registre. Ces données appartiennent de fait à la Fondation SIRIS mais, par le biais d'un contrat signé en 2012 avec l'ANQ, les deux instances ont convenu que les données du registre seraient aussi utilisées comme critère national de qualité, notamment par une analyse comparative des taux de révision des implants de hanche et de genou des établissements suisses. Si bien que l'ANQ peut contraindre la Fondation SIRIS à lui remettre certaines données, telles que le nombre d'implants et de révisions, voire leur dispersion géographique. L'ANQ souhaite aussi connaître de quelles institutions proviennent les informations transmises¹⁰⁷.

L'ANQ a en effet le projet ambitieux de réaliser le premier *benchmark*¹⁰⁸ des hôpitaux suisses, avec des résultats rendus transparents par des publications accessibles au grand public via son site internet. Alain Farron, devenu président de la SSOT à cette période, se souvient des revendications de l'ANQ:

104 *Ibid.*; «SIRIS – Statu quo (Ch. Röder)», *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 8.

105 Sur le *MinimalDataSet*, voir le sous-chapitre qui suit.

106 «Éditorial – RA 2012-2013 (B. Christen)», *SSOT-Bulletin actuel* 6, 2013, 1; «Nouveau comité – nouveaux ressorts – nouvelles tâches: SIRIS (B. Christen)», *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 5.

107 «Assurance de la qualité», *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 3 (fascicule); «RA 2014-2015 (A. Farron)», *swiss orthopaedics, focus* 2, 2015, 2–3.

108 La méthode du *benchmark* consiste à effectuer une analyse comparative de la qualité ou de la performance pour déterminer le meilleur résultat.

«En plus du registre de SIRIS, tous les hôpitaux devaient être “*benchmarkés*”, tenant compte de nombreux paramètres: pour le domaine du somatique, par exemple, on évaluait les taux de satisfaction des patients, d'escarres, de chutes, etc. Et l'ANQ souhaitait donc obtenir le taux de reprises des prothèses incluses dans SIRIS, avec les détails: telles prothèses, posées à tel endroit, ont eu tel taux de reprises.»¹⁰⁹

Or, dans les milieux médicaux, la majorité refusent que l'information sur les reprises de prothèses soient fournies, craignant une mauvaise interprétation statistique des données. Claudio Dora, président de la SSOT depuis 2018, commente:

«L'ANQ souhaitait rapidement établir une transparence entre les hôpitaux en les comparant, mais sans vraiment effectuer tout le travail statistique permettant cette comparaison. Et parfois celle-ci n'est pas possible, car certains hôpitaux traitent plus d'affections graves, ou au contraire plus d'affections simples que d'autres.»¹¹⁰

Certes, du point de vue de la SSOT, l'usage du registre doit pouvoir permettre de détecter les reprises et, partant, les éventuels produits défectueux. Mais cette information ne dépend pas essentiellement des hôpitaux, comme l'explique Bernhard Jost:

«Nous employons différentes prothèses, avec tige cimentée ou non cimentée, avec cupules en polyéthylène ou autres matériaux, et avec différentes techniques. Mais le même type de prothèse peut provenir de différentes firmes et, pour le moment, on ne peut pas encore différencier les prothèses selon leur lieu de production, ce qui est problématique. Car la même technique peut donner un résultat variable selon l'origine des matériaux. Si on pouvait savoir combien de prothèses venant de telle firme ne fonctionnent pas bien, on pourrait les exclure.»¹¹¹

L'identification de l'origine hospitalière est donc secondaire et sa quantification n'est pas pertinente, selon Bernhard Jost:

«Bien sûr, si on peut identifier un problème dans un hôpital, on le résout. Mais pas en publiant des statistiques comparatives. Car cela ne donne pas les bonnes informations sur la qualité des prothèses.»¹¹²

À l'heure actuelle, le registre SIRIS est en possession de la liste des implants et des producteurs. En revanche, la granularité de l'information est en discussion concernant l'origine de la pose, l'hôpital ou le chirurgien individuel. «Certains pays comme l'Angleterre ou la Suède ne se posent plus la question, les résultats de

109 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

110 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

111 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

112 *Ibid.*

chaque hôpital pour la Suède ou de chaque chirurgien pour le Royaume-Uni sont publiés», relève Pierre Hoffmeyer¹¹³.

Roland Jakob, quant à lui, aurait souhaité – et avait émis la proposition lors du lancement du registre – que les radiographies pré-opératoires fassent partie des données intégrées dans SIRIS, afin de connaître les raisons médicales des poses de prothèses et ainsi mieux saisir les techniques des indications réalisées par les membres de la SSOT:

« On sait que plus l'arthrose radiologique est grave, plus le succès de l'intervention sera grand. Mais le registre n'a pas prévu d'intégrer les radiographies. Or, sans la radiographie d'avant l'opération, on ne peut plus savoir, une fois l'implant posé, si le succès de longue durée d'une prothèse dépend ou non de la sévérité d'une arthrose. On veut seulement savoir si tel type de prothèse pose des problèmes après cinq ans, mais on ne veut malheureusement pas savoir si certains orthopédistes posent des prothèses quand ce n'est pas le bon moment. »¹¹⁴

Ainsi, bien que le registre national des implants n'ait cessé d'évoluer et de se perfectionner au fil des ans, les attentes le concernant sont grandes. En 2014, Josef Brandenberg regrette que le registre, bien qu'ayant été conçu comme un système d'alerte, ne soit pas encore capable d'informer sur les causes de ruptures de matériel de prothèses modulaires:

« Nous ne disposons pas de données fiables à ce jour. Aussi, on ne sait pas s'il s'agit de problèmes dus au matériel ou à la méthode utilisée. »¹¹⁵

Certes, lors de défaillances de matériel orthopédique inhabituelles, une annonce auprès de l'Institut suisse des produits thérapeutiques-swissmedic est obligatoire. Mais la SSOT souhaiterait elle aussi obtenir ces données de façon directe afin d'être informée rapidement de tels événements. Dans ce but, Josef Brandenberg, en sa qualité d'ombudsman¹¹⁶, participe avec le comité de la SSOT et le groupe d'experts Hanche à la mise en place d'un modèle simple et efficace: « Pour savoir s'il s'agit de cas isolés ou de défauts de matériel, il est nécessaire que ces annonces soient récoltées à une seule et unique place », commente l'orthopédiste¹¹⁷.

La SSOT n'a toutefois que peu d'influence sur les données récoltées, ce qu'elle évoque lors de son assemblée générale de 2014. Elle espère néanmoins avoir la possibilité de vérifier les résultats obtenus à partir du registre avant leur publication¹¹⁸. Un accord est passé qui apporte une satisfaction temporaire aux

différentes parties: « Il a été convenu que les reprises seraient intégrées plus tard dans SIRIS; mais à terme elles y seraient incluses, car les payeurs exigent cela », indique Alain Farron, qui précise que les reprises sont actuellement incluses dans le registre¹¹⁹.

Après cinq années de lancement du registre SIRIS sur les implants de hanche et de genou, un premier rapport sort au printemps 2014 contenant des données provisoires, suivi d'un deuxième rapport publié à la fin de la même année qui porte sur l'ensemble des données de 2013. Ce rapport, très détaillé et exclusivement descriptif, est commandé par l'ANQ et établi par l'Institut de recherche évaluative en médecine; si bien que le contenu des publications échappe en partie au contrôle des orthopédistes¹²⁰. Dans ce processus, la marge de manœuvre de la SSOT est jugée « certes faible, mais pas nulle », selon le président Alain Farron¹²¹. En effet, des membres des groupes d'experts Hanche et Genou sont invités à rejoindre le groupe d'experts de l'ANQ chargés de discuter et de valider le concept de publication des données comparatives. « Il importe que nos représentants participent activement à ces démarches, permettant ainsi de nous assurer que les résultats publiés reflètent bien la réalité du terrain et tiennent bien compte des spécificités inhérentes aux différents établissements hospitaliers », souligne Alain Farron dans le rapport annuel de la SSOT de 2015¹²². L'ANQ accepte la proposition de la SSOT de publier les données sous la forme d'un rapport scientifique avant sa diffusion d'un rapport public.

Le premier rapport scientifique de SIRIS, publié fin 2016, est réalisé par Pierre Hoffmeyer et la professeure Anne Lübbecke-Wolff sur la base des données relevées en 2015, comprenant plus de 38'000 prothèses de la hanche et du genou (interventions primaires et de révision). La réalisation de ce rapport est saluée par le président de la SSOT d'alors, Bernhard Jost, qui relève que le document « a pu être publié grâce à l'excellente collaboration [durant le dernier] printemps entre SIRIS, ANQ et swiss orthopaedics soutenus par les groupes d'experts hanche et genou »¹²³. Ceci fait, l'ANQ a carte blanche pour diffuser au large public les résultats du rapport sous la forme qu'elle juge utile.

Pour Bernhard Christen, sous la présidence duquel sont tombés les premiers résultats de SIRIS, ceux-ci sont assez convaincants et pour certains inattendus: °14

113 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

114 Entretien avec Roland P. Jakob (président 1994-1996).

115 « Message de l'ombudsman (J. E. Brandenberg) », *swiss orthopaedics, focus 1*, 2014, 22.

116 Sur l'ombudsman, voir plus bas au sous-chapitre « L'Ombudsman, médiateur entre le patient et le corps médical ».

117 « Message de l'ombudsman (J. E. Brandenberg) », *swiss orthopaedics, focus 1*, 2014, 22.

118 « Registre national des implants SIRIS », *PV de l'AG ord. du 26 juin 2014, St-Gall*, 20–21 (fascicule).

119 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

120 « RA 2014-2015 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus 2*, 2015, 3; « RA 2015-2016 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus 3*, 2016, 4; « Registre national des implants SIRIS », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 20 (fascicule).

121 « RA 2014-2015 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus 2*, 2015, 3.

122 *Ibid.*

123 « RA 2016-2017 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus 4*, 2017, 3.

« On a par exemple appris qu'il y a une influence du surpoids du patient sur le développement d'une arthrose de hanche¹²⁴, ou que, dans l'opération totale du genou, il n'y a pas d'incidence entre le faible volume d'interventions d'un praticien et les complications liées à l'opération. S'il y a relation entre opération et complications, ce serait davantage du fait de l'hôpital (responsabilité du fait de l'organisation¹²⁵) que du chirurgien. »¹²⁶

Josef Brandenburg relève quant à lui que le lien entre obésité et opérations du genou reste prépondérant par rapport aux opérations de la hanche¹²⁷.

Il est aussi important, selon Bernhard Christen, que le rapport SIRIS ait pu démontrer que la tendance en Suisse n'est pas à l'augmentation des poses d'implants :

« Contrairement à la première décennie des années 2000, les dernières années couvertes par le rapport SIRIS montrent que le nombre d'opérations est relativement constant depuis les années 2012 environ, soit annuellement 18'000 hanches et 17'000 genoux. »¹²⁸

Un autre indicateur allant dans ce sens est celui du nombre de révisions effectuées après deux ans, qui démontrerait que la Suisse se situe en dessous des chiffres internationaux : « Cela donne une idée encourageante de la qualité : il semblerait qu'on n'exagère pas avec l'indication et qu'on est performant dans notre travail ; mais il faut rester prudent », souligne le médecin¹²⁹.

En 2017, cinq ans après le lancement du registre SIRIS, quelque 130'000 prothèses de la hanche et du genou (interventions primaires et de révision) ont été documentées. L'année suivante, le registre SIRIS est choisi pour la première fois comme thème principal du congrès annuel de la SSOT¹³⁰. Mais les points controversés sur les données (taux des reprises, origine des implants, *benchmarking* des hôpitaux) ont freiné les discussions sur l'extension du registre aux autres articulations, épaule et coude. Surtout, le plus important blocage provient des dissensions autour de l'avènement d'un registre destiné aux implants du rachis.

124 Selon le rapport SIRIS 2012-2015 (version abrégée), les patient-e-s ayant reçu une prothèse totale de hanche (arthrose dans 86% des cas) étaient en surpoids ou obèses pour 63% d'entre elles/eux.

125 Par responsabilité du fait de l'organisation (d'un hôpital ou d'un cabinet médical), on entend l'obligation d'organiser l'établissement de manière à ce que les patients ne soient pas lésés. Les procédures, les plans de garde du service, l'accessibilité téléphonique, les remplacements et même l'informatique sont soumis à ce devoir de diligence. (« Message de l'ombudsman (J. E. Brandenburg) », *swiss orthopaedics, focus* 2, 2015, 21).

126 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

127 Entretien avec Josef E. Brandenburg (président 2006-2008). Selon le rapport SIRIS 2012-2015 (version abrégée), 78% des patient-e-s ayant bénéficié d'une prothèse primaire de genou étaient en surpoids ou obèses (arthrose dans 88% des cas), contre 63% pour les prothèses totales de hanche.

128 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

129 *Ibid.*

130 « RA 2016-2017 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 3-4 ; « RA 2017-2018 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus* 5, 2018, 3.

Une deuxième phase ajournée : les registres épaule, coude et rachis

Parallèlement au registre SIRIS pour les prothèses de hanche et de genou, un registre national des implants du rachis est également en discussion. En effet, peu après sa création en 2006, la SSN s'est concentrée sur la mise en place d'un *Swiss Spine Register*. Il est prévu que ce registre soit pris en charge par une subvention provenant de l'industrie et qu'il serve à rassembler les données chirurgicales des patients recevant des implants lors d'opérations du rachis, ceci afin d'assurer un suivi. Par la suite, cette base de données doit aussi permettre d'obtenir un remboursement adéquat de la part des assurances¹³¹.

Dix ans plus tard, le conseil de la Fondation SIRIS propose à l'ANQ d'inclure également les implants du rachis dans le Plan national de mesures de qualité, sans concertation préalable avec les partenaires concernés, à savoir la SSOT, la SSN et la SSCR. S'ensuivent des discussions très animées, en particulier entre la présidence du conseil de la Fondation SIRIS et les trois Sociétés chirurgicales. Ces dernières décident de s'associer pour proposer à l'ANQ, par le biais de la fmCh, une procédure de contrôle de qualité en chirurgie du rachis qui serait indépendante du registre SIRIS et gérée par les Sociétés chirurgicales fournissant les prestations¹³².

Après ces débuts difficiles, des discussions plus constructives reprennent entre les mêmes protagonistes impliqués, à savoir la Fondation SIRIS, l'ANQ, le groupe d'experts Rachis de la SSOT ainsi que la SSN et la SSCR. Le registre national des implants du rachis semble prendre forme et on envisage d'orienter la focale sur des indicateurs de qualité, tels que les taux de révision pour les opérations de fusion segmentaires avec des systèmes pédiculaires¹³³. Or, bien que les trois Sociétés chirurgicales se soient accordées pour établir une mesure de qualité et des propositions communes, le registre du rachis n'est toujours pas entré en vigueur en 2018 et les étapes à venir restent incertaines. « Nous avons proposé une alternative, mais nous n'avons plus rien entendu de SIRIS et de l'ANQ pendant plus de six mois. Nous voulons un registre rachis, mais un qui serve le contrôle de la qualité, avec des données qui nous soient utiles », énonce Bernhard Jost¹³⁴. Le président de la SSOT Claudio Dora partage l'avis que le registre du rachis est une nécessité : « Nous devons le faire avec SIRIS, mais les trois Sociétés concernées doivent être intégrées au processus », précise-t-il¹³⁵. En l'absence de réponse, et bien que les démarches pour le registre de l'épaule et du coude soient avancées, le processus est au point mort.

En revanche, le certificat de formation approfondie interdisciplinaire du rachis prend des formes plus concrètes. À la demande du groupe d'experts Rachis,

131 « Rapport des sociétés associées : SSCR (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 76, 2007, 63-64.

132 « RA 2015-2016 (A. Farron) », *swiss orthopaedics, focus* 3, 2016, 4.

133 « RA 2016-2017 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 4.

134 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

135 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

le comité de la SSOT en approuve la version finale et attend la décision définitive de sa partenaire dans cette formation, la SSN, afin de débiter la procédure de validation à l'ISFM¹³⁶.

Depuis les années 2010, il ne fait plus aucun doute pour la SSOT que les mesures de qualité concernant l'orthopédie et la traumatologie de l'appareil locomoteur relèvent de ses propres compétences. Aussi, tout membre de la SSOT doit-il se soumettre aux règles fixées par celle-ci afin d'attester de ses aptitudes d'orthopédiste auprès des patients qui s'adressent à lui¹³⁷. Pour ce faire, la SSOT mise sur des mesures pionnières qui obtiennent des succès variés.

La *checklist* et le *MinimalDataSet*: des « blockbusters »

L'instauration de la liste chirurgicale de sécurité, ou « *Checklist Safe Surgery* », fait suite à la parution de l'article d'Alex B. Haynes et son équipe, « A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population », paru début 2009¹³⁸. « C'est cela qui a donné le coup de fouet à l'établissement des *checklists* dans tous les blocs opératoires en Suisse, où c'est aujourd'hui devenu la norme », précise Pierre Hoffmeyer¹³⁹. Christian Gerber rappelle l'origine d'une telle liste :

« On connaissait depuis longtemps un problème international de “*wrong site surgery*” : on a amputé la mauvaise jambe, on s'est trompé de niveau de vertèbre dans la chirurgie du rachis, etc. L'*American Academy* [AAOS], équivalent de la SSOT aux USA, avait développé un système pour prévenir ces erreurs et d'autres problèmes comme les infections (par exemple : la chimiothérapie préventive est-elle donnée au bon moment ?) »¹⁴⁰

Suite à la parution de l'article de Haynes, la pratique de la *checklist* chirurgicale est appliquée dans quelques établissements de Suisse, tels qu'au CHUV à Lausanne ou à l'Hôpital Balgrist à Zurich. « La *checklist* assure à l'équipe médicale qu'elle opère le bon malade, le bon côté, avec la bonne indication, que tous les instruments sont à disposition, que l'anesthésie est correcte ainsi que le marquage du site opératoire, etc. », précise Christian Gerber, qui s'inquiète de constater durant sa présidence à la SSOT qu'une telle liste, pourtant reconnue pour son efficacité, n'existe pas dans tous les hôpitaux du pays¹⁴¹.

Début 2011, le comité propose l'usage d'une liste aux membres de la SSOT pour toute intervention opératoire. En revanche, comme le statut associatif de la SSOT

ne lui permet pas d'imposer une action à un hôpital, le comité décide d'utiliser l'outil le plus efficace qu'il possède dans cette circonstance : la formation. Christian Gerber explique :

« La SSOT attribue aux établissements le droit de former des orthopédistes. Par ce biais-là, elle a décidé qu'un hôpital qui n'utilise pas une *checklist* pour sécuriser le patient n'a plus le droit à la formation. Aucun hôpital ne souhaitant perdre ce droit, c'était facile d'imposer la *checklist*. »¹⁴²

Intégrée dans les critères pour la reconnaissance des établissements de formation, la *checklist* est donc déclarée obligatoire pour ceux-ci. Constituée de questions qualitatives étudiées par les groupes d'experts de la Société, elle est destinée à mettre en lumière les facteurs pouvant influencer négativement les résultats d'une intervention orthopédique¹⁴³. Selon une première enquête menée auprès des membres (avec 53% de réponses obtenues), le comité de la SSOT peut annoncer que 83% des médecins installés utilisent la *checklist* à fin 2011¹⁴⁴. Cinq mois plus tard, ce sont 87% des membres qui l'utilisent lors d'interventions, « et il est de notoriété publique que la SSOT, lors d'un procès de responsabilité civile, déclarera que la non utilisation d'une telle liste ne correspond pas au standard de traitement établi », déclare le président Christian Gerber dans son rapport annuel¹⁴⁵.

Dorénavant, la sécurité du patient, couplée à la réduction maximale des risques d'erreur, font partie du paysage médical et motivent toute initiative dans le domaine du contrôle et de l'assurance qualité. « Assurer que les malades traités par un membre de la SSOT est une garantie qu'ils soient bien traités, c'est une des missions de la Société », énonce Christian Gerber¹⁴⁶.

De même, il en va ainsi pour l'élaboration du *MinimalDataSet*, qui consiste en un questionnaire sur l'état du patient avant et après le traitement, afin d'évaluer la qualité du résultat d'une indication. La question de l'indication, déjà amenée par les prédécesseurs tels que Roland Jakob, Luzi Dubs, ou Josef Brandenburg, revient à l'ordre du jour sous la présidence de Christian Gerber, qui souhaite participer à la documentation encore lacunaire de données pourtant essentielles. Il explique :

« L'orthopédie a un très grand nombre de pathologies qu'on peut traiter chirurgicalement ou sans intervention (par exemple le ligament croisé antérieur). Or, tout ce qui est traité par les praticiens sans chirurgie échappe actuellement à nos études, et on ne revoit souvent pas les patients concernés. Nous devons être capables de justifier ce qu'on fait, prouver que les démarches sont efficaces. »¹⁴⁷

136 « RA 2017-2018 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus* 5, 2018, 3.

137 « Éditorial (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 1.

138 Alex B. Haynes et al., « A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population », *New England Journal of Medicine* 360, 2009, 491-499.

139 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

140 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

141 *Ibid.*

142 *Ibid.*

143 « Rapport des groupes d'experts: Réadaptation (M. Jung) », *Bulletin SSO* 75, 2006, 55; « Éditorial – RA 2010-2011 (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 2, 2011, 1.

144 « Éditorial (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 3, 2011, 3.

145 « Éditorial – RA 2011-2012 (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 1.

146 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

147 *Ibid.*

Les données récoltées par le *MinimalDataSet* – « avec un effort absolument minimal », précise Christian Gerber – sont basées sur des résultats auto-répertoriés (*self-reported outcomes*) par le patient, qui permettent d'évaluer la valeur subjective de l'articulation (*subjective joint value*) voire du membre, que sont notamment la valeur de la douleur ou celle de la fonction, indépendamment de la pathologie du membre. « Ceci permet, par exemple, de comparer la valeur subjective du genou d'une personne qui a eu une rupture du ligament croisé : si elle a été opérée ou non opérée, le praticien pourra savoir, après trois mois, six mois ou un an de traitement, quelle est la durée et le taux d'incapacité au travail », explique Christian Gerber¹⁴⁸. De telles données importantes pour le patient (la personne a-t-elle une rente de l'AI ? est-elle en arrêt de travail partiel ou total ?...) peuvent ainsi être prises en compte.

Sous la conduite de la commission Qualité et Méthodologie de la SSOT et grâce à la collaboration des groupes d'experts, notamment le groupe Genou présidé par José Romero, l'outil est mis sur pied en 2012 en l'espace de dix mois. Il avait été au préalable présenté lors d'une journée de perfectionnement aux membres de la SSOT, qui l'ont ensuite approuvé en assemblée générale¹⁴⁹. Ce faisant, la SSOT initie une expérience inédite saluée jusqu'à l'étranger, comme l'évoque en 2012 le président de la commission Qualité et Méthodologie, Urs Müller :

« Le fait que la SSOT toute entière ait approuvé un *MinimalDataSet* et qu'elle le mette à disposition gratuitement à ses membres est unique. Il y a déjà des intéressés qui frappent au portillon, notamment l'Allemagne et l'Autriche. Il est souhaitable que l'orthopédie suisse puisse continuer dans son rôle de pionnière. »¹⁵⁰

Le but du *MinimalDataSet* est qu'il permette des traitements non seulement efficaces, mais économiquement judicieux. « Il peut servir aussi en cas de rationnement réclamés par les éthiciens, les politiciens ou les économistes », relève le président Christian Gerber dans son rapport annuel¹⁵¹. C'est aussi la première fois, pour la SSOT, que des efforts dans le domaine de l'assurance qualité sont rémunérés. En effet, suite à des discussions avec santésuisse et l'organisation d'achat des assureurs-maladie tarifsuisse SA, situés en première ligne pour le contrôle des coûts, la saisie dans le secteur ambulatoire via le *MinimalDataSet* de la SSOT peut être facturée sous certaines conditions. La SSOT s'engage quant à elle à financer l'évaluation des données, y compris la possibilité d'un *benchmark* anonyme pendant les cinq premières années¹⁵².

148 *Ibid.*

149 « Éditorial (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 3, 2011, 1; « MinimalDataSet (U. Müller) », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 8; « Éditorial – RA 2012-2013 (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 6, 2013, 1.

150 « MinimalDataSet (U. Müller) », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 8.

151 « Éditorial – RA 2011-2012 (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 2.

152 « MinimalDataSet (U. Müller) », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 8; « Éditorial – RA 2012-2013 (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 6, 2013, 1.

Si beaucoup d'orthopédistes ont accepté le *MinimalDataSet*, c'est qu'il est réalisé avec très peu de moyens, à une époque où les sollicitations administratives s'alourdissent. Aussi, la SSOT s'assure-t-elle que l'outil d'évaluation soit compatible avec le registre des implants SIRIS, « pour ne pas avoir deux fiches différentes à remplir », précise Christian Gerber¹⁵³. À l'Hôpital Balgrist, on emploie alors, pour documenter le traitement de l'épaule, le score de Constant qui est compatible avec le *MinimalDataSet*. « Les gens ont suivi, il faut voir à présent si cela se poursuit : cela dépendra des prochains présidents », énonce Christian Gerber¹⁵⁴.

La ré-certification : entre réticences et bonne volonté

C'est lors de sa retraite annuelle de 2009 que le comité de la SSOT décide de mettre en place une *task force* qui réfléchisse sur l'élaboration d'une ré-certification, ou *self-assessment*. Au même titre que la *checklist*, le *MinimalDataSet* ou encore le registre SIRIS, cette ré-certification fait partie des mesures que la SSOT estime devoir mettre en place pour satisfaire aux normes de l'assurance qualité. Plusieurs éléments convergent en effet, qui déterminent les efforts renouvelés dans ce domaine : il y a d'abord, au niveau national, les exigences des autorités politiques qui invoquent de tels efforts à l'art. 22a et 58 de la LAMal; ensuite, au niveau international, de telles mesures existent dans des pays comme l'Angleterre et sont mis en place par des institutions telles que l'EFORT et l'UEMS, qui forcent à la comparaison. La remise en question de la formation continue et la sécurité des patients figurent aussi parmi les arguments justifiant la mise en place d'une ré-certification¹⁵⁵.

Le mouvement de migration de médecins étrangers vers la Suisse, qui fait suite à la libre circulation des personnes, anime tout particulièrement les réflexions sur la ré-certification. La SSOT évalue sa marge de manœuvre lui permettant de garantir le maintien de la qualité de l'orthopédie en Suisse, consciente que son autorité ne peut s'étendre au-delà des limites que lui permettent ses statuts, qui s'adressent à ses membres uniquement. Une solution se dessine avec la ré-certification, annoncée par Christian Gerber dans le bulletin *SSOT actuel* de la fin 2011 :

« La reconnaissance des diplômes de spécialistes des pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen par l'OFSP fait que nous nous trouvons en face de médecins avec des formations de qualité très différente. Y aura-t-il des conséquences concernant la qualité de traitement ? Nous n'en savons rien. Aussi, il faut saluer la décision du comité d'introduire une ré-certification qui, dans un avenir proche, garantira un standard minimal de connaissances des membres de la SSOT et permettra

153 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

154 *Ibid.*

155 « Retraite », *SSOT actuel* 31, [2009], 3; « Ré-certification », *SSOT-Bulletin actuel*, 4, 2012, 21; *Id.*, *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 6-7.

d'inviter ces médecins étrangers à s'intégrer à la SSOT en tant que membres une fois passé l'examen de ré-certification. »¹⁵⁶

Ainsi, dès les années 2010, l'état des connaissances minimales des orthopédistes devient une question centrale pour le comité de la SSOT.

Ayant été autrefois responsable de la commission Examen de la SSOT pour la préparation au titre de spécialiste FMH, Christian Gerber, devenu président de la SSOT, reprend un modèle similaire à l'examen de spécialiste pour l'appliquer aux médecins déjà formés dans le cadre de la ré-certification. L'idée de départ est que « la ré-certification consiste à répéter, tous les sept ans, les examens de spécialiste, comme condition pour garder le statut de membre de la SSOT »¹⁵⁷. Pour ce faire, le président tente de négocier 150 crédits de formation continue auprès de l'ISFM de la FMH, afin de rendre la ré-certification suffisamment attractive pour les membres de la SSOT. Or, dans un premier temps, les membres de la FMH refusent le projet et les négociations se succèdent sur divers points. Christian Gerber se souvient :

« Ça a été une grosse discussion, car les autres spécialistes n'ont jamais pensé à cette option et ils craignaient que la ré-certification leur soit imposée aussi. Il y avait ensuite un conflit sur la question de réussir ou non l'examen, de l'anonymiser ou non. Finalement, on a proposé que les crédits de formation continue soient accordés si l'examen de ré-certification est passé, sans obligation de le réussir. »¹⁵⁸

Malgré cela, les résistances des membres de la SSOT sont grandes face au principe de la ré-certification. Le projet est refusé par la majorité en assemblée générale, qui oppose au président Christian Gerber l'argument suivant: « Nous sommes des spécialistes en orthopédie, nous ne nous soumettons pas aux examens de ré-certification ». Finalement, le président propose au comité de la SSOT que l'examen de ré-certification soit offert à tous les membres, sous forme anonyme et facultative. « Chacun pouvait ainsi passer gratuitement l'examen comme *self-test*, s'il le souhaitait. La situation de blocage était ainsi levée, car le comité n'a pas besoin de l'aval de l'assemblée générale pour proposer quelque chose de facultatif », spécifie Christian Gerber¹⁵⁹.

Ainsi, lors de l'assemblée générale de 2012, le comité présente une première proposition pour une ré-certification volontaire, tout en prévenant qu'elle sera amenée à subir des modifications au fil des années. Il s'agit en effet d'anticiper cette démarche pour, selon les vœux du président émis dans son rapport annuel, la rendre obligatoire par la suite :

156 « Éditorial (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 3, 2011, 4.

157 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

158 *Ibid.*

159 *Ibid.*

« Il nous appartient de l'introduire nous-mêmes ou alors d'attendre que de telles mesures nous soient imposées et cela d'une manière qui ne sera pas à notre goût. Est-ce que nous allons courir ce risque? Certes non, car peu agréable et laborieux. Est-ce que cela apporte quelque chose à nos patients? Certes! Le comité n'a dès lors pas le choix. Il y a lieu de définir un concept pour la ré-certification. »¹⁶⁰

En effet, la prochaine étape consiste à s'accorder sur la forme de l'examen de ré-certification. Le comité de la SSOT estime que l'examen écrit représente une solution simple et peu coûteuse, tout en reconnaissant qu'il ne s'agit pas de la meilleure façon d'évaluation: « fautes de ressources suffisantes, il [le comité] a renoncé à l'examen des *skills* et *judgement assessments*. L'examen des connaissances par un *self assessment* permet par contre de connaître l'état des connaissances et d'adapter le programme de formation continue au fur et à mesure », lit-on dans le *Bulletin-SSOT actuel* de fin 2012¹⁶¹.

Une *task force* élabore une proposition, qui consiste à faire passer le même examen écrit de spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui est obligatoire en fin de formation depuis 1998, comme examen de ré-certification; à la différence que ce dernier s'adresse aux médecins déjà titularisés qui peuvent y participer gratuitement et d'une manière facultative. Comme pour l'examen de spécialiste, l'examen de ré-certification a lieu au début de l'été à l'Hôpital de l'Île à Berne. Il se déroule durant 4 heures, lors desquelles les candidats volontaires sont soumis à 150 questions à choix multiples. L'évaluation des résultats est effectuée par l'Institut pour l'enseignement médical à Berne, dans un premier temps sans pondération: il n'est pas tenu compte des domaines spécifiques de chacun, comme c'est le cas pour l'examen de spécialiste, mais il est prévu de développer par la suite, sur la base des expériences faites, un système d'évaluation qui permette de prendre en compte jusqu'à trois formations approfondies. Chaque participant peut comparer ses propres résultats, qui lui sont détaillés, à l'ensemble des résultats qui lui sont envoyés de façon anonyme; de plus, les résultats ne sont communiqués ni au comité ni à la commission Examen de la SSOT¹⁶².

Le comité de la SSOT a donc dû faire preuve d'une certaine souplesse pour faire accepter l'examen de ré-certification par ses membres. Concernant le calendrier, il est décidé que l'examen sera validé, qu'il soit réussi ou non, s'il est passé entre les années 2012 et 2016 – après quoi, il deviendrait obligatoire de passer l'examen et de le réussir. Il est aussi prévu que le participant serait ré-certifié jusqu'en 2026, puis la ré-certification serait prévue pour une durée de 10 ans. Bien que mal acceptée dans un premier temps, la proposition de ré-certification est finalement avalisée

160 « Éditorial – RA 2011-2012 (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 2.

161 « Self assessment (Ch. Gerber, C. Perrin) », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 6.

162 « Retraite », *SSOT actuel* 31, [2009], 3; « Ré-certification 2012 », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 21–22; « Formation continue: Self assessment », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 21; *Id.*, *swiss orthopaedics, focus* 2, 2015, 20.

par les membres de la SSOT lors de l'assemblée générale de 2012¹⁶³. Le président Bernhard Christen doit faire preuve de diplomatie pour en rappeler les tenants et aboutissants dans son rapport annuel:

« Bien que le comité ait mal communiqué cette mesure de qualité et ainsi fâché bon nombre de membres, force est de constater que cette mesure contribuera à rehausser la qualité professionnelle de nos membres. Ce *self assessment* est un instrument interne à la SSOT et n'a rien à voir avec une ré-certification officielle. Le but de l'opération, dans un premier temps, est d'améliorer la qualité des questions d'examen pour l'obtention du titre et la qualité de la formation continue. Personne ne nie que dans un futur proche, la SSOT songe à déclarer obligatoire ce *self assessment* pour ses membres. Ceci néanmoins nécessitera une décision prise par l'assemblée générale. Et pour qu'une telle décision puisse avoir une chance d'aboutir, il faut que les membres soient convaincus du bien-fondé de cette mesure. »¹⁶⁴

Du côté de la FMH, la mesure est finalement approuvée, tout en exigeant que les 150 crédits demandés par la SSOT pour le ré-certification soient abaissés à 50 crédits. Sur proposition de Christian Gerber et afin de montrer l'exemple, le comité de la SSOT décide de se présenter in corpore au premier examen de ré-certification de 2012. Ce sont aussi 109 membres de la SSOT qui y participent volontairement, pour la plupart sans préparation préalable¹⁶⁵.

Les résultats de cette première ré-certification, passée en grand nombre, permettent de tirer quelques constats édifiants. Christian Gerber se souvient:

« On a par exemple constaté que ceux qui sont vraiment très bons le sont dans tous les domaines: très peu de chirurgiens sont très bons dans le genou et mauvais dans le reste. Toutefois, depuis récemment, cela semble changer un peu, du fait des possibilités de sous-spécialisation. »¹⁶⁶

Plus préoccupants, les résultats démontrent d'importantes lacunes dans différents domaines, tels que les assurances et le rachis. Le comité de la SSOT en tire la conclusion que la formation continue, telle que pratiquée jusqu'alors, ne garantit pas des connaissances minimales et homogènes. Sur cette base, le comité promet d'adapter le programme de formation continue et de combler les lacunes identifiées à l'aide des instruments de formation à disposition (journées de perfectionnement, congrès, etc.).

Par ailleurs, la poursuite de la ré-certification se révèle indispensable afin d'atteindre le plus grand nombre d'orthopédistes possible et ainsi améliorer les données statistiques qui permettent de définir la suite du processus. En effet, selon

163 « Ré-certification 2012 », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 21–22.

164 « Éditorial – RA 2012-2013 (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 6, 2013, 1.

165 *Ibid.*; « Ré-certification 2012 », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 21–22; « Self assessment (Ch. Gerber, C. Perrin) », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 6–7.

166 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

l'Institut pour l'enseignement médical, il est nécessaire d'obtenir les données de deux à trois séries d'examens de ré-certification supplémentaires pour identifier les connaissances de base et définir la pondération par spécialité – « par exemple, si le médecin est spécialiste du genou, les points genou comptent triple », notifie Christian Gerber¹⁶⁷. Au préalable, de nouvelles questions doivent être élaborées pour les prochains examens¹⁶⁸.

Le comité de la SSOT souhaite que la ré-certification soit considérée par ses membres comme un standard de qualité minimal qui atteste des connaissances de base des orthopédistes: « C'est un instrument formidable pour connaître son niveau de connaissances. Il permet de connaître ses forces et ses faiblesses », soulignent Christian Gerber et Catherine Perrin dans le *Bulletin-SSOT actuel*¹⁶⁹. C'est aussi l'avis exprimé par Pierre Hoffmeyer, qui ajoute l'avantage financier pour la SSOT:

« Grâce à la ré-certification, le spécialiste est obligé de se replonger dans la théorie de la profession, ce qui est fort utile, et c'est favorable pour les comptes de la Société car les personnes sont contraintes à venir suivre les cours qu'elle dispense. »¹⁷⁰

La ré-certification est aussi perçue comme un moyen de cautionner les instruments de qualité mis sur pied par la SSOT, à savoir le registre SIRIS, la *checklist*, et le *MinimalDataSet*. En 2014, le comité de la SSOT observe avec satisfaction que la ré-certification, désormais établie, remporte chaque année un certain succès auprès de ses membres¹⁷¹. Elle peut dès lors avoir toute légitimité pour servir comme outil de contrôle qualité auprès des orthopédistes venus s'installer en Suisse depuis l'étranger.

Ainsi, en 2012, par la voix de son président Bernhard Christen, la SSOT rappelle aux autorités fédérales (la Commission pour la sécurité sociale et santé publique du Conseil national et le Conseil des États) ainsi que sur son site internet sa prise de position sur ce qu'elle estime être « l'arrivée incontrôlée d'orthopédistes de l'étranger ». Le président relève que, en recevant l'équivalence de leur titre de spécialiste sans problème, ces médecins sont au bénéfice du droit de pratique et d'un numéro de concordat sans délai, si bien que la SSOT ne peut garantir la qualité de ces médecins. Comme seul levier de pression à disposition, l'adhésion à la Société est présentée comme un moyen d'accéder à la reconnaissance de la spécialité en Suisse et à la garantie de la qualité: « Dans l'intérêt de la sécurité des patients, la SSOT demande que ces médecins, avant leur installation, passent 5 ans dans un établissement reconnu. De plus, pour pouvoir devenir membre de la SSOT, ce médecin, en plus des conditions alors en vigueur, devrait réussir

167 *Ibid.*

168 « Self assessment (Ch. Gerber, C. Perrin) », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 6–7.

169 *Ibid.*

170 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

171 « Assurance de la qualité », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 3 (fascicule).

l'examen de spécialiste écrit [par la ré-certification] », explique le président¹⁷². Cette décision nécessite une révision des statuts soumise aux membres lors de l'assemblée générale de 2013.

Or, l'année suivante, les statuts sont légèrement modifiés afin de ne pas ralentir la possibilité d'adhésion de nouveaux membres porteurs d'un diplôme de spécialiste étranger: ainsi, si le candidat doit toujours réussir l'examen de ré-certification pour devenir membre, il peut désormais attester d'une activité de deux ans (au lieu de cinq) dans un établissement suisse de formation en orthopédie A ou B, ou de cinq ans dans la pratique privée¹⁷³. Entre temps, la clause du besoin, qui avait été échue à fin 2011, est réintroduite en urgence durant l'été 2013 par la Confédération pour faire face à l'augmentation importante de médecins.

Du Q-monitoring à l'Académie qualité

Depuis ces dernières années, l'assurance qualité fait partie à part entière du paysage médical suisse, en s'organisant même à l'échelle nationale. La SSOT figure parmi les précurseurs des développements qualité, par la mise en place d'outils tels que le registre des implants ou la ré-certification. En 2009, elle se distingue aussi en devenant la Société pilote du projet *Q-Monitoring* (pour « contrôle Qualité ») de la FMH: un questionnaire est envoyé aux membres orthopédistes qui peuvent individuellement noter leurs activités qualité, lesquelles sont ensuite évaluées et publiées pour les usagers¹⁷⁴.

Cette posture proactive de la SSOT dans le domaine qualité explique probablement le fait que le premier président de l'Académie suisse pour la qualité en médecine, initiée par la FMH en 2012, est un membre de la SSOT, Christoph Bosshard. Cette Académie veut démontrer que la qualité des soins et la garantie de cette qualité sont des tâches qui reviennent aux médecins avant tout. Elle a pour mission de promouvoir et de coordonner, au niveau national, tous les domaines de la qualité en médecine, par la mise en réseau des activités qualité des différentes organisations médicales. Elle communique aussi sur des thèmes qualités à l'extérieur du corps médical¹⁷⁵.

Au niveau interne, la SSOT veille aussi à ce que la formation qu'elle met en place pour les orthopédistes suisses soit aussi reconnue comme un outil de l'assurance qualité. Ainsi, sa formation postgraduée fait l'objet d'une accréditation par l'AAQ (Agence suisse d'accréditation et d'assurance qualité), sur la base d'une auto-

évaluation qui mobilise les forces de la Société dès 2016. L'année suivante se tient une table ronde entre les experts externes et les responsables de la formation postgraduée de la SSOT, qui aboutit à un rapport d'expertise très positif approuvé par le Conseil suisse d'accréditation. Validée par l'OFSP, l'accréditation est obtenue par la SSOT en 2018¹⁷⁶.

Le label « *swiss orthopaedics* »: l'excellence dans la qualité

Dans l'océan des procédures et des exigences de qualité provenant de toute part, la SSOT met tout en œuvre pour définir elle-même ses propres critères de qualité et valoriser ainsi son travail auprès de ses membres, des autorités et du public. « Qui, si ce n'est nous, pourrait dire à quoi doit ressembler la qualité en orthopédie », rappelle le président de la SSOT Bernhard Jost dans son rapport annuel de 2017¹⁷⁷. Ainsi, sur son initiative, la Société travaille à un label « *swiss orthopaedics excellence* », qui doit valoriser de manière proactive l'excellence de ses membres. Ce label, dont l'introduction est prévue en 2019, pose un nouveau jalon, inédit en Suisse, dans les efforts engagés par la SSOT pour promouvoir la qualité.

Durant l'année 2017, le comité de la SSOT élabore ce label avec l'appui de nombreux membres et en définit certains critères: il doit s'agir d'un label de qualité *ad personam*, que chaque membre de la SSOT peut obtenir sur une base volontaire. Les éléments essentiels en sont un diplôme de formation continue valide, la signature de la charte de qualité FMH, une participation régulière au congrès annuel et à la journée de perfectionnement de la SSOT, la participation à la ré-certification, une évaluation des résultats pour les différentes procédures ainsi que des visites. Par ce label, la SSOT devient la première Société de discipline médicale à fixer des critères de qualité qu'elle a elle-même élaborés et qui ne lui ont pas été dictés par des organes externes¹⁷⁸. Bernhard Jost explique la démarche:

« Avec le label « *swiss orthopaedics excellence* » on démontre qu'on tient compte de la qualité de la formation continue et du traitement du patient, et que cela est contrôlé. La qualité signifie que les chirurgiens traitants sont *up to date* au niveau de leurs connaissances et que nous faisons un contrôle qualité avant et après les opérations pour des interventions spécifiques. C'est beaucoup plus convaincant si on le fait soi-même, car ceux qui savent ce qu'est la qualité sont ceux qui traitent les patients. »¹⁷⁹

172 « Interdiction d'établissement: prise de position de la SSOT (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 11.

173 « Révision des statuts », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 5 (fascicule).

174 « Qualité et Méthodologie (U. Müller) », *SSOT-Bulletin actuel* 1, 2010, 16.

175 « Académie suisse pour la qualité en médecine ASQM », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 12.

176 « RA 2016-2017 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 4; « RA 2017-2018 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus* 5, 2018, 3-4.

177 « RA 2016-2017 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 4.

178 *Ibid.*, « RA 2017-2018 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus* 5, 2018, 3-4.

179 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

Cette attitude proactive, qui se révèle dans les initiatives telles que le label d'excellence, doit modifier l'attitude des décideurs envers la SSOT: «Aujourd'hui, l'ambiance a un peu changé: les politiciens, qui prenaient autrefois les devants, disent à présent de nous: "Ah oui, ils font quelque chose et cela a du sens"», énonce Bernhard Jost, qui espère que les assurances suivront la même ligne de conduite:

«Par exemple aujourd'hui, dans le cas de l'obligation de contracter, les assurances ne peuvent pas décider librement avec qui elles peuvent collaborer. Mais si elles pouvaient le faire, on souhaiterait qu'elles disent: "On veut travailler avec ceux qui peuvent attester de la qualité". Du moins on espère qu'elles diraient cela, et non pas qu'avec le label c'est plus cher et qu'elles préfèrent ce qui est meilleur marché...»¹⁸⁰

Afin que les efforts investis dans la qualité soient reconnus dans la société civile, le label excellence doit être respecté par tous les orthopédistes déjà membres de la SSOT. Mais il s'agit aussi pour la Société d'attirer à elle les praticiens établis qui ne sont pas encore membres, et dont le contrôle de qualité échappe à la Société. Bernhard Jost explique la stratégie du label en ces termes:

«Nous avons un des meilleurs programmes de formation postgraduée et continue parmi les Sociétés de spécialités et aussi au niveau international. C'est beaucoup plus difficile de devenir orthopédiste en Suisse qu'en Allemagne, en Autriche, en Italie, en France. N'importe qui peut venir d'un autre pays en n'ayant opéré aucune prothèse de hanche et peut pratiquer en Suisse. Nous avons travaillé pour rénover cela au niveau de la formation. Le problème est que, chaque année, seuls environ 45% des nouveaux orthopédistes ont fait leur formation postgraduée en Suisse et y ont passé leur examen de spécialiste. Plus de la moitié ne sont pas sous influence de la SSOT. Ils viennent sur admission du MEBEKO, les politiciens disent qu'ils ne peuvent rien y faire, mais ils disent aussi que nous sommes trop de médecins. Juridiquement, on ne peut pas forcer une personne à devenir membre. Mais les cantons pourraient décider que seuls les orthopédistes qui ont le label qualité "swiss orthopaedics excellence" ont le droit d'opérer.»¹⁸¹

Ainsi, si le label d'excellence devient une marque de qualité dans le traitement des patients, et que seule la SSOT décerne ce label, tous les orthopédistes voudront l'obtenir. Ils devront alors se plier aux conditions de qualité imposées par la SSOT, ce qui améliorera la qualité de l'orthopédie dans son ensemble: «Nous voulons montrer au public qu'il ne s'agit pas seulement d'argent, mais que ce qui importe c'est le travail bien fait. Et que notre travail est contrôlé avec critique», précise encore Bernhard Jost¹⁸². Le président suivant de la SSOT, Claudio Dora, poursuit le projet de mise en place du label.

Parallèlement, le Département de la santé du canton de Zurich développe, pour être effective en 2019, une *outcome measure*, qui vise à évaluer l'état du

180 *Ibid.*181 *Ibid.*182 *Ibid.*

patient d'après les résultats d'une opération pour prothèse primaire de hanche et de genou avant/après l'intervention. «La participation de la SSOT à ce projet est de montrer qu'en Suisse, à l'instar de travaux effectués en Suède et en Norvège, une prothèse totale de hanche permet une économie des coûts», explique Claudio Dora¹⁸³. Bernhard Jost négocie afin que la SSOT puisse participer, en tant que mandataire, aux discussions de mise en place de cette mesure, tout en proposant d'employer le même score du label «swiss orthopaedics excellence». Il commente:

«Je suis très satisfait que le canton ait accepté nos propositions. C'est bénéfique pour tout le monde qu'on puisse collaborer sur ce type de projets.»¹⁸⁴

Depuis quelques années, le comité de la SSOT discute aussi de l'éventualité d'édicter des lignes directrices, ou *guidelines*, pour les interventions chirurgicales. À l'époque de la mise en place du label excellence, il renonce toutefois à ajouter les *guidelines*, estimant que leur création dépasserait les ressources de la SSOT. Celle-ci préfère privilégier une approche plus pragmatique, qui consiste à améliorer la qualité du diagnostic en élaborant des recommandations lorsqu'une intervention n'est pas indiquée¹⁸⁵. «C'est une grosse charge de travail que de générer des études scientifiques qui, une fois publiées, ne sont déjà presque plus d'actualité», énonce Bernhard Christen, qui décide alors avec le comité de se positionner en s'appuyant sur la littérature scientifique existante pour répondre à des sollicitations émanant de l'extérieur (autorités politiques ou assurances), lorsque telles ou telles pratiques sont interrogées¹⁸⁶. Le comité peut aussi, pour ce faire, s'appuyer sur les divers groupes d'experts de la Société.

Il va sans dire que l'ensemble des dispositifs qui caractérisent le milieu médical, allant des pratiques et des savoir-faire en passant par l'assurance qualité, a de quoi déstabiliser le médecin nommé à de nouvelles responsabilités. C'est pourquoi, en 2007, la commission Intérêts professionnels de la SSOT met à disposition des jeunes médecins-chefs une *task force*, afin qu'ils puissent bénéficier des conseils de collègues expérimentés sur les tâches à pourvoir, comme par exemple les négociations avec les pouvoirs publics, les entités hospitalières et les pairs d'autres disciplines. Sont aussi abordées, entre autres, les questions d'honoraires, de cahiers des charges, d'attribution des lits et de volumes opératoires, ou encore la planification des urgences, des compétences spécifiques et des systèmes d'organisation¹⁸⁷.

À force de persévérance, la SSOT peut s'imposer dans suffisamment de domaines la concernant pour, progressivement, faire autorité en matière d'orthopédie.

183 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

184 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

185 «RA 2013-2014 (B. Christen)», *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 2.

186 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

187 «Support pour médecins-chefs nouvellement élus», *SSO actuel* 26, 2007, 3.

La directrice Rita Zahnd salue les initiatives de la SSOT, qu'elle soutient et coordonne pour la plupart :

« Swiss orthopaedics prend les questions liées à la qualité très au sérieux : elle investit beaucoup de temps, d'argent et d'énergie dans la définition de ce qu'elle entend par la qualité dans son domaine d'expertise. Ceci dans le but de mettre à disposition des membres des outils adéquats définis par des orthopédistes pour des orthopédistes, et non pas par une instance extérieure. »¹⁸⁸

Voyages et prix scientifiques : les outils d'émulation

Voyager et apprendre : les bourses d'étude

La place prépondérante qu'occupent progressivement les aspects scientifiques et les développements techniques ont entraîné une spécialisation toujours plus pointue, intégrée dans la formation des médecins spécialistes. Outre la participation aux congrès et divers événements de perfectionnement nationaux, les déplacements à l'étranger participent à l'acquisition de nouvelles connaissances à la fois théoriques et pratiques. Des voyages médicaux s'organisent depuis la fin du 19^e siècle au moins, qui élargissent les opportunités d'échanges, d'acquisition de nouvelles perspectives, de formulation d'une opinion générale¹⁸⁹. Au niveau de la recherche et de la formation, les déplacements à l'étranger deviennent un passage obligé, mais onéreux, que les bourses servent à promouvoir. Celles-ci permettent, durant plusieurs semaines voire plusieurs mois, de rencontrer un grand nombre de cliniciens et chercheurs de renommée internationale, de partager leur enthousiasme et parfois leurs doutes.

C'est d'abord grâce à Maurice Müller¹⁹⁰ que la SSO peut faire bénéficier ses membres de bourses de recherche et de formation postgraduée et continue. En 1986, l'ancien co-fondateur de l'AO et ancien président de la SSO crée une fondation pour les bourses qui permet de mettre à disposition de la Société une somme importante. Outre les voyages de formation et de recherche, ce fonds contribue aussi à encourager la recherche clinique et expérimentale de même que l'acquisition d'appareils spéciaux et le financement de publications. Jusqu'en 1993, une commission de la Fondation Maurice Müller, sous la présidence de Christoph Meuli, veille au bon usage de ce fonds, représentant annuellement CHF 200'000 à 300'000. Près de 60 boursiers et de nombreux projets en bénéficient¹⁹¹.

188 Entretien avec Rita Zahnd (directrice depuis 2014).

189 Voir plus haut, au chapitre « Les premières Sociétés orthopédie : des chirurgiens aux chirurgiens orthopédistes ».

190 Sur Maurice Müller, voir plus haut aux notes 9 et 10 page 15.

191 « Éditorial (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 58, 1993, 52.

Or, en 1993, la Fondation Müller annonce que ce subventionnement, qui a initialement été pensé comme une aide de départ, va cesser. La SSO doit dès lors obtenir l'argent nécessaire par elle-même. La Fondation Müller propose toutefois de continuer à contribuer au fonds en versant à la SSO les 50% de la somme qu'elle aura elle-même récoltée. Lors de l'assemblée générale de 1994, les membres de la SSO acceptent que la Société poursuive l'alimentation de ce fonds sous sa propre responsabilité par une augmentation substantielle des cotisations des membres, soit annuellement CHF 300 pour les membres ordinaires, et CHF 200 pour les assistants¹⁹².

C'est ainsi que la Fondation du fonds des bourses, dont Roland Jakob reprend le secrétariat en 2003, peut poursuivre sa mission, également lorsque le soutien financier de la Fondation Müller cesse totalement en 2004. Une nouvelle augmentation de la cotisation des membres de la SSO permet de combler ce manque¹⁹³. Martin Beck reprend le secrétariat du conseil de la Fondation du fonds des bourses jusqu'en 2014, date à laquelle il est remplacé par Domizio Suvà.

La plus ancienne bourse pérenne de la SSO est toutefois une bourse européenne, créée en 1978. Les statuts de la SSO permettent en effet à celle-ci de participer à des bourses d'étude avec des Sociétés étrangères, ce qu'elle réalise avec les Sociétés nationales allemande et autrichienne en créant la *Fortbildungsstipendium* DGOT-ÖGO-SGO, renommée *ASG-Fellowship* (pour *Austrian-Swiss-German Travelling Fellowship*). L'objectif de cette bourse de voyage est de réunir des orthopédistes cadres ou futurs cadres germanophones, afin d'intensifier le contact avec les orthopédistes des trois pays, tout en se familiarisant avec l'orthopédie et la traumatologie anglo-saxonne par des voyages de formation internationaux (Angleterre, États-Unis, Canada, Australie). Le groupe est traditionnellement constitué de deux Allemands, un Autrichien et un Suisse. Au terme du voyage, les jeunes médecins font partie du groupe *ASG-Fellows*, qui se réunit régulièrement pour réfléchir à l'avenir scientifique de l'orthopédie des pays concernés. En 2008, il est décidé que l'*ASG-Fellowship* n'aura lieu que tous les deux ans (années impaires). Les mêmes Sociétés créent en 1993 une bourse de voyage pour l'orthopédie technique, afin de promouvoir la formation et la recherche dans le domaine. Deux Allemands, un Autrichien et un Suisse – tous orthopédistes – ainsi qu'un technicien orthopédiste forment un groupe prenant part à un voyage d'étude à travers les États-Unis durant deux mois¹⁹⁴.

Sur le modèle linguistique de la bourse germanophone, les membres de la SSO peuvent aussi bénéficier dès 1995 de la Bourse de voyages d'étude francophone CFBS, pour Canada, France, Belgique et Suisse, qui sont les quatre nations des

192 *Ibid.* ; « Éditorial (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 59, 1994, 2 ; « Rapport 1993 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 59, 1994, 7

193 « PV de l'AG ord. du 9 sept. 2005, Zurich : Approbation du PV de l'AG du 23.09.04 », *Bulletin SSO* 75, 2006, 7-8.

194 « ASG-Fellowship », *SSO actuel* 24, 2006, 4 ; *Id.*, *SSO actuel* 25, 2006, 11 ; « Affaires internes », *SSO actuel* 29, 2008, 3 ; « Bourse de voyage orthopédie technique 2012 », *SSOT-Bulletin actuel* 2, 2011, 29.

Sociétés d'orthopédie représentées. Lors de cette première année 1995, le thème d'actualité se porte sur les avantages, présentés par les radiologues, de la résonance magnétique qui remplace alors les examens plus invasifs tels que les arthrographies. On s'intéresse aussi à l'arthroscopie, qui se développe depuis quelques années pour non seulement investiguer mais aussi traiter des articulations de plus en plus petites; elle est présentée comme un instrument diagnostique d'avenir par les chirurgiens orthopédistes¹⁹⁵.

En 2008, la Bourse SACO (pour *Schweizerischer Orthopädischer Club für Austausch*) propose aussi des voyages de formation, ainsi que des subventions ponctuelles qui permettent de pratiquer dans des sites étrangers à la pointe de l'orthopédie. En outre, les jeunes médecins en formation postgraduée de la SSOT sont non seulement soutenus par leur Société nationale, mais peuvent aussi adhérer à l'organisation faîtière européenne nommée FORTE. Fondée en 2005 à Lisbonne, cette organisation a pour objectif d'améliorer la formation postgraduée en Europe pour en garantir la qualité. Elle met notamment à disposition des bourses de places de formation, des groupes de discussion, ainsi que des projets de recherche européens. Lors de la création de FORTE, Michel Dutoit, devenu *past-président* de la SSO, invite les jeunes orthopédistes à y adhérer, tandis qu'Olivier Borens du CHUV est désigné comme délégué SSO auprès de l'organisation¹⁹⁶.

Booster la qualité de la recherche : les Prix

Afin de promouvoir la qualité dans différents domaines (recherche, publications, résultats d'évaluations), le SSOT met aussi sur pied un certain nombre de prix récompensant des membres de la Société ou des médecins en cours de formation en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le plus ancien prix, créé en 1983, est le Prix Venel (CHF 5'000 jusqu'à 2006, puis CHF 10'000), nommé d'après le « père de l'orthopédie » Jean-André Venel¹⁹⁷. Ce prix, qui promeut le volet des publications, est destiné aux jeunes chercheurs élaborant des travaux en orthopédie ou en traumatologie¹⁹⁸.

195 « Rapport sur la Bourse de voyage d'étude franco-canadienne CFBS (Ph. Mordasini) », *Bulletin SSO* 60, 1995, 12–13.

196 « PV de l'AG ord. du 9 sept. 2005, Zurich : Divers », *Bulletin SSO* 75, 2006, 16–17; « FORTE : Appel », *SSO actuel* 24, 2006, 5; « Bourse SOCA (Club suisse d'orthopédie d'échanges) », *Bulletin SSO* 77, 2008, 81.

197 Le médecin suisse Jean-André Venel fonde en 1780 à Orbe, dans le canton de Vaud, la première clinique orthopédique connue au monde. (Voir Mariama Kaba, « Aux sources de l'orthopédie clinique. L'histoire revisitée de Jean-André Venel, "père de l'orthopédie" (fin 18^e-début 19^e siècle) », 2015; Mariama Kaba, *Une histoire de l'orthopédie*, op. cit., 16–25.)

198 « Proposition du nouveau règlement pour le prix Venel », *Bulletin SSO* 62, 1996, 19; « Éditorial (J. Knessl) », *SSO actuel* 24, 2006, 1; « Prix Venel 2008 », *Bulletin SSO* 75, 2006, 76.

Harold Vasey prête aussi son nom¹⁹⁹ au Prix Vasey de l'examen de spécialiste en chirurgie orthopédique, créé en 2002 sur l'initiative du Pierre Hoffmeyer qui préside alors la commission Examen de la SSO. Réparti selon trois modes, le prix récompense les résultats du meilleur examen écrit (CHF 500), du meilleur examen oral (CHF 500) et du meilleur examen écrit et oral (CHF 1'500)²⁰⁰. Hans Debrunner a également un Prix à son nom (CHF 25'000), initié par son fils Alfred Debrunner²⁰¹. Placé sous le patronat de la SSOT et de la SSMG, il se veut une stimulation et une reconnaissance de la collaboration entre spécialiste et médecin de premier recours. Il est décerné pour la première fois en 2008 à l'orthopédiste Fritz Hefti, pour son livre paru en 1998 et maintes fois réédité, *Kinderorthopädie in der Praxis*²⁰².

Maurice Müller est aussi à l'honneur de plusieurs prix et événements. Lors du congrès annuel de 1999 à Winterthur, la SSO intègre dans son programme la remise du Prix Maurice E. Müller, financé par ce dernier. Par ce prix, qui récompense des orthopédistes de renommée internationale, la SSO se félicite que « les lauréats et les laudateurs témoignent de leur affinité avec l'esprit innovatif de beaucoup d'orthopédistes dans notre pays et de leur amitié de longue date »²⁰³. Au niveau international, le Maurice E. Müller SICOT Prize (CHF 12'000), qui permet à un chercheur de moins de 40 ans de financer en partie ses efforts de recherche, rappelle encore la renommée internationale du co-fondateur suisse de l'AO. Il prête aussi ses initiales à la *MEM Lecture*, conférence inaugurale du congrès annuel de la SSO confiée chaque année à une figure mondialement reconnue. Lors du congrès annuel, un autre prix récompense aussi les meilleurs posters et premières communications libres au cours des années 2000²⁰⁴.

Dans le contexte d'émergence de l'EBM, Luzi Dubs, alors vice-président, conçoit le Prix « Marathon » (CHF 5'000) qui doit récompenser dès 1998 des travaux clinimétriques dans les domaines de l'orthopédie et de la traumatologie. Mais la clinimétrie peine à mobiliser les chercheurs, si bien que le prix reste sans candidats. En 2001, le comité de la SSO décide d'honorer les trois meilleurs travaux clinimétriques présentés lors du congrès annuel, et de modifier les statuts en conséquence. Douze ans plus tard, le prix Marathon est destiné non seulement aux membres de la SSO et aux chirurgiens orthopédistes en formation, mais aussi aux

199 Sur Harold Vasey, voir plus haut à la note 87 page 40.

200 « Formation postgraduée », *SSO actuel* 15, 2002, 1; « Prix Vasey 2008 (Prix de l'examen de spécialiste en chirurgie orthopédique de la SSO) », *Bulletin SSO* 77, 2008, 72.

201 Sur Hans Debrunner, voir plus haut à la note 7 page 13.

202 « Prix Hans-Debrunner », *SSO actuel* 29, 2008, 8 et annexe; Fritz Hefti, *Kinderorthopädie in der Praxis*, 1998.

203 « Mot de bienvenue (L. Dubs) », *Programme principal du 59^e Congrès annuel de la SSO, 9-11 sept. 1999, Winterthur*, 5.

204 « Rapport SICOT (P. Hoffmeyer) », *Bulletin SSO* 77, 2008, 68; « Prix pour les meilleurs posters et premières communications libres 2008 », *Bulletin SSO* 77, 2008, 71.

médecins non orthopédistes dont les travaux ont une importance pour l'orthopédie et la traumatologie²⁰⁵.

Dans la première décennie des années 2000, les membres de la SSOT peuvent concourir pour le Prix de la Fondation Ralf Loddenkemper qui récompense des projets dans le domaine de la clinique et de la prévention en chirurgie des accidents pour enfants et adolescents; ils peuvent aussi bénéficier du Prix de la publication scientifique MOT –pour Médecine, Orthopédie et Technique²⁰⁶. Afin de stimuler la recherche en orthopédie non invasive, dont l'intérêt faiblit face à la poussée de la chirurgie orthopédique, un Prix scientifique APO (CHF 3'000) est aussi décerné dans le but de «promouvoir la recherche et le développement dans le domaine de l'orthopédie conservatrice auprès des médecins, techniciens et thérapeutes»²⁰⁷. Andreas Burckhardt a fait partie de l'APO au moment de sa fondation par Jules Rippstein en 1967. Dans les années 1970-1980, sous la présidence de René Baumgartner, l'APO rayonne au-delà des frontières helvètes. Mais après le départ de ce leader, l'association perd de son attractivité, ce que regrette Andreas Burckhardt:

«Il est important de se rappeler qu'il y a aussi une orthopédie conservatrice. Il est désolant de penser qu'aujourd'hui les assistants ne touchent pas un plâtre.»²⁰⁸

Dans les années 2010, de nouveaux prix font leur apparition: le Prix champagne, qui honore des attitudes exemplaires d'orthopédistes, est pour la première fois attribué à Josef Brandenburg; il sera notamment remis en 2017 à Pierre Hoffmeyer et Anne Lübbecke-Wolff pour la rédaction du premier rapport scientifique sur le registre des implants SIRIS. À l'opposé du Prix champagne, le Prix citron, imaginé par Pierre Hoffmeyer, se destine aux publicités et publications «envahissantes, peu objectives, induisant le public en erreur»²⁰⁹. Il est destiné à celui ou ceux «qui exagèrent et se mettent en avant dans la presse», commente Pierre Hoffmeyer, qui précise que ce prix, accepté par la SSOT et consigné dans le compte rendu de l'assemblée générale, est reconnu par la FMH. La SSOT veut en particulier rappeler par ce prix que «le code de déontologie de la FMH ainsi que la loi sur les professions médicales condamnent ce genre de publication»²¹⁰. Y remédier, par un «prix» ou toute autre mesure de prévention, fait aussi partie des missions de la Société.

205 «Le Prix "Marathon" de la SSO», *Bulletin SSO* 64, 1996, 31; «Prix Marathon: changement des statuts», *SSO actuel* 12, 2001, 4; «Prix "Marathon" de la SSO 2008», *Bulletin SSO* 76, 2007, 82.

206 «Concours et bourses d'études», *Bulletin SSO* 77, 2008, 72–76.

207 «Prix scientifique APO 2009», *Bulletin SSO* 75, 2006, 82.

208 Entretien avec Andreas Burckhardt (président 1992-1994).

209 «Attribution prix champagne et prix citron», *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 22 (fascicule).

210 *Ibid.*

Politique professionnelle et relations publiques

Dans les pages qui précèdent, il a été question de politique professionnelle et, bien souvent, de relations publiques: la formation, les tarifs médicaux, les diverses mesures de qualité sont autant d'outils déjà présentés. Il manque toutefois un certain nombre d'éléments ou d'événements qui doivent être relatés, afin de donner un aperçu plus complet des enjeux auxquels la SSOT est confrontée, avec une exposition particulière au sein de l'opinion publique.

Les conflits d'intérêt potentiels

Les industriels: partenaires ou lobbys?

Durant les dernières décennies, les pouvoirs publics ont gagné du terrain dans le contrôle gestionnaire des hôpitaux, en même temps qu'ils se sont partiellement retirés du financement de la recherche clinique. De ce fait, la collaboration des médecins avec l'industrie s'est intensifiée, contribuant à faire progresser et diffuser le savoir médical. La démarche n'a d'ailleurs rien de nouveau: aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale, l'orthopédie suisse a connu ses heures de gloires avec l'AO et s'est exportée au niveau international grâce à son étroite collaboration avec l'industrie médico-technique suisse, alors leader du marché mondial dans le domaine.

Mais le contexte économique bien plus frileux du tournant du siècle freine les annonces enthousiastes des relations étroites entre médecine et industrie. C'est donc avec une précaution lucide que, dans le programme du congrès annuel de 1999, le président de la SSO Luzi Dubs annonce le thème inédit de «L'orthopédie et l'industrie»:

«Un premier thème brûlant sera les interactions entre une orthopédie qui vise un contrôle des coûts et une industrie orientée vers le bénéfice. Ce conflit d'intérêt ne peut être surmonté que par une confiance mutuelle. Par conséquent et comme nous l'avions attendu, les préparatifs du congrès ont déclenché des émotions et des réactions les plus diverses.»¹

1 «Mot de bienvenue (L. Dubs)», *Programme principal du 59^e Congrès annuel de la SSO, 9-11 sept. 1999, Winterthour, 4.*

Au cours des années 2000, les médecins perçoivent un risque grandissant dans la relation certes ambiguë mais pas moins répandue entre médecine et industrie. Des situations de dépendance et des conflits d'intérêts, voire des conflits légaux peuvent en découler, et sont parfois dénoncés. « On ne connaît plus vraiment les frontières, on est toujours proches de l'illégalité. Si on dit du bien d'une prothèse et qu'on la met davantage que d'autres, cela penche en faveur d'une entreprise et peut être jugé illégal. Le malade pourrait aussi porter plainte pour corruption », commente Christian Gerber². Pour ces raisons et bien d'autres, le corps médical décide d'éditer ses propres « Recommandations sur la collaboration corps médical – industrie ». Publiées par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) en 2002, elles entrent en vigueur sous forme de directives en 2006. Elles ont pour but d'établir « des garde-fous destinés à préciser et compléter les réglementations existantes », soulignant ainsi la « volonté d'indépendance et de crédibilité » du corps médical³.

Il n'en demeure pas moins que certains orthopédistes continuent de percevoir un conflit d'intérêt potentiel avec les hôpitaux dans lesquels ils pratiquent, dans la mesure où ce sont les hôpitaux et non les médecins qui se fournissent en implants auprès des industriels. Craignant le lobbying mené par certaines firmes, des membres de la SSOT en réfèrent en 2011 au comité de la Société pour savoir si cette pratique est légitime. Le comité répond positivement, mais émet l'avis que les hôpitaux doivent présenter un choix d'implants, et ne peuvent pas se limiter à en acheter d'un seul type⁴. Une mise au point est faite : « Cela a demandé une collaboration assez étroite avec la FASMED », souligne Christian Gerber, qui rappelle aussi que ce représentant des industries, qui a d'ailleurs été un partenaire essentiel pour la mise en place du registre des implants SIRIS, est invité annuellement à rencontrer le comité de la SSOT avant l'assemblée générale du congrès, « pour avoir un échange de communication, mais pas davantage », précise l'orthopédiste⁵.

En 2013, toutefois, le comité de la SSOT décide de confier à un de ses membres, Jacques Ménétreay, un nouveau volet consacré au sponsoring et visant à contacter le secteur de l'industrie pour l'inviter à soutenir des projets d'assurance de qualité et de recherche. « Je pense que les temps ont changé et qu'il n'appartient plus aux seuls membres de financer ces activités de la SSOT », explique le président d'alors Bernhard Christen⁶.

Selon Christian Gerber, la SSOT doit continuer à développer une collaboration plus étroite mais complètement légale avec l'industrie, à l'instar de ce qui a été réalisé en 2015, sur son initiative, au Balgrist Campus, centre national de recherche

sur les maladies de l'appareil locomoteur. « La collaboration doit être transparente et la mission doit rester en faveur du malade avant tout », souligne-t-il⁷.

Honoraires justifiés ou excessifs ? Éviter les scandales

À l'heure des restrictions budgétaires et des contrôles qualité, la lutte contre les facturations abusives d'honoraires devient un enjeu de taille pour les financeurs comme pour les praticiens. Les opérations chirurgicales et autres interventions médico-techniques pointues sont particulièrement sous le feu de la critique, essentiellement dans le cadre de l'assurance complémentaire privée. Au milieu des années 2000, les assureurs et la fmCh informent le comité de la SSOT des excès concernant la facturation d'honoraires de certains orthopédistes, membres et non membres de la Société⁸.

En tant qu'instance de médiation, la fmCh s'empare du dossier et soumet en 2007, lors d'une séance avec les assureurs privés, des solutions comprenant des engagements de part et d'autre, qui sont refusées par les assureurs. La SSOT ne peut que prier ses membres de ne pas exagérer lors de facturations privées pour ne pas mettre en danger la survie de l'assurance complémentaire. La solution proposée par la Société à ses membres est d'informer leurs patients privés des coûts de l'intervention sur la base d'un devis qui, une fois approuvé et signé, devient un contrat non contestable⁹. Or, en 2007, le comité de la SSOT constate que les plaintes concernant les honoraires excessifs augmentent, ce qui rend « très difficile et pénible le travail des responsables tarifaires qui se battent pour des tarifs acceptables », s'insurge le président de la commission Honoraires et Tarifs, Josef Brandenburg¹⁰. Les membres de la SSOT sont à nouveau invités à se distancer d'une facturation abusive et à faire preuve de retenue.

Des mesures concrètes sont aussi prises par le comité de la SSOT contre les membres directement impliqués dans de telles pratiques de surfacturation : une fois dénoncées par les assurances, les plaintes qui parviennent au comité sont soumises aux groupes d'experts des domaines concernés. Si l'analyse approfondie et la comparaison entre différentes facturations confirment la sur-facturation, celle-ci doit être sanctionnée. Dans un premier temps, il avait été décidé en assemblée générale que les membres incriminés reçoivent un blâme, des mesures plus strictes n'étant pas jugées nécessaires¹¹. Mais les nouveaux cas mettent la pression sur le

2 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

3 ASSM, « Directives de l'ASSM : Collaboration corps-médical – industrie » version '13, 2 (en ligne); « Éditorial (J. E. Brandenburg) », *SSO actuel* 25, 2006, 1.

4 « Achat des implants par les hôpitaux », *SSOT-Bulletin actuel* 2, 2011, 28.

5 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

6 « Éditorial – RA 2012-2013 (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 6, 2013, 3.

7 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

8 « Honoraires exagérés dans le domaine de l'assurance privée », *SSO actuel* 26, 2007, 2.

9 *Ibid.*, 2-3.

10 « Honoraires privés », *SSO actuel* 27, 2007, 4.

11 « RA du président (J. E. Brandenburg) », *Bulletin SSO* 77, 2008, 32.

comité de la SSOT, qui inscrit dans les statuts une procédure en cas de contestation d'honoraires par les assureurs et les caisses-maladie :

1. le comité demande au groupe d'experts de prendre position sur le cas qui est anonymisé;
2. les résultats sont analysés par le comité;
3. le membre incriminé et le groupe d'experts sont informés de la décision du comité;
4. si le comité considère que les honoraires sont excessifs, il invite le membre à la modération tout en l'informant qu'en cas de récidive, l'exclusion de la Société peut être demandée;
5. s'il y a effectivement récidive, le comité demande l'exclusion¹².

Par cette solution qui se veut autant dissuasive que curative (prévention et expulsion en cas de mauvais comportements), la SSOT renforce son contrôle sur la garantie déontologique de la profession.

La nouvelle procédure est mise à l'épreuve quelques années plus tard. Durant la présidence de Josef Brandenburg, l'assurance-accident signale à la SSOT un orthopédiste qui a facturé des opérations non réalisées. Sollicité par la Société pour contrôler le rapport entre factures et opérations, le groupe d'experts Genou arrive à la même conclusion que l'assureur. La SSOT donne un avertissement à l'orthopédiste indélicat qui récidive: une caisse-maladie annonce qu'il a opéré une patiente sans indication. Par ailleurs, un comportement identique du même médecin avait déjà été dénoncé quatorze ans plus tôt, sous la présidence d'André Kaelin. Les plaintes répétées pour tarifs abusifs et fausses informations dans les rapports opératoires décident le comité de la SSOT, alors présidé par Pierre Hoffmeyer, à prononcer l'exclusion de ce membre, non sans lui donner la possibilité de se défendre en assemblée générale. Or, lors de l'assemblée du congrès annuel de St-Gall, en 2010, le médecin préfère se faire représenter par son avocat. Pierre Hoffmeyer se souvient :

« C'était assez terrible, car l'orthopédistes était absent et a envoyé son avocat, qui voulait prendre la tribune. Je lui ai dit qu'il ne pouvait pas le faire, car la SSOT est une Société privée à laquelle il n'était pas invité et dont il n'était pas membre. »¹³

L'assemblée générale décide finalement d'accorder à l'avocat un temps de parole limité à 10 minutes, puis les membres soutiennent l'exclusion de l'orthopédiste par un vote sans appel: 144 voix pour, 5 contre¹⁴. « C'était peut-être la première fois qu'un membre a été exclu de la Société pour des questions d'opérations inutiles, de facturations inappropriées », relève Pierre Hoffmeyer¹⁵. Pour Christian Gerber, cette action a démonté qu'« il y a eu la volonté de faire le ménage soi-même ». Il commente :

12 « PV de l'AG ord. du 22 sept. 2006, Lucerne: Facturation d'honoraires exagérée », *Bulletin SSO* 76, 2007, 21.

13 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

14 « Exclusion du D^r [x], membre ordinaire: proposition du comité », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 1^{er} juillet 2010, St-Gall*, 4 (polycopié).

15 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

« Il faut protéger les patients d'un tel médecin, mais on ne peut pas porter plainte quand on n'est pas directement concerné. La seule chose que la SSOT pouvait faire était de l'exclure de ses rangs. »¹⁶

Une semaine après l'exclusion, la SSOT est convoquée en procès: l'orthopédiste souhaite être réintégré au sein de la Société. Josef Brandenburg, alors *past*-président, est délégué pour représenter la Société au tribunal. À l'été 2010, il s'y rend accompagné d'un conseiller juridique pour faire une déposition: « Il y avait huit juristes dans la salle. Il a fallu tout raconter », se souvient Josef Brandenburg¹⁷. Peu après, la plainte contre la SSOT est retirée par le plaignant. Sur décision de l'assemblée générale, l'hôpital où pratiquait l'orthopédiste est informé qu'il ne pourra plus y travailler. « La presse s'est aussi emparée de l'affaire, les autorités ont dit qu'elles allaient faire une enquête, et l'orthopédiste a quitté la Suisse », explique Josef Brandenburg. En 2011, le comité durcit encore les mesures de rétorsion en notifiant dans ses statuts que l'exclusion d'un membre doit être annoncée aux autorités officielles, à savoir la FMH, le département sanitaire du canton concerné, le médecin cantonal et la Société cantonale de médecine¹⁸.

« Du point de vue de la politique professionnelle, l'exclusion d'un membre nous a valu d'un côté un procès, de l'autre côté, elle a renforcé la position de notre Société », relève le président Christian Gerber dans le rapport annuel 2011. Il y souligne aussi l'exemplarité de ce cas particulier :

« D'autres Sociétés se rendent compte qu'elles ne devraient plus tolérer des attitudes contraires à l'éthique professionnelle pour ne pas courir le risque d'être accusées de complicité. »¹⁹

La SSOT a ainsi pu démontrer qu'elle bénéficie d'une certaine autorité et d'un pouvoir de décision non négligeable dans le domaine de l'orthopédie suisse. Elle en définit les contours et les limites à respecter, vis-à-vis de la communauté qu'elle défend et de la société civile. Vitrine de l'orthopédie suisse, elle attire donc à elle autant les sollicitations que les plaintes, qui proviennent autant des assureurs que de l'État, ou encore du patient, toujours mieux informé.

Relations médecin-patient : informer et comprendre

Le praticien des années 1990 a face à lui un patient ayant acquis des droits, tels que celui d'avoir accès à son dossier médical. Mieux informés ou plus avides

16 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

17 Entretien avec Josef E. Brandenburg (président 2006-2008).

18 « Révision des statuts », *SSOT-Bulletin actuel* 2, 2011, 21.

19 « RA SSOT 2010-2011 (C. Gerber) », 23 juin 2011, 2 (polycopié).

d'informations, les malades sont aussi plus prompts à se plaindre lors d'une attention jugée insuffisante. Les procès contre le corps médical se sont intensifiés aux États-Unis et cette tendance parvient jusqu'en Europe. Une nouvelle philosophie médicale s'instaure, qui situe—ou resitue—le patient au centre des préoccupations. La qualité passe donc aussi par une meilleure information aux patients.

En 1995, la commission Intérêts professionnels de la SSO planche sur un projet de consentement éclairé. « L'important, avant l'opération, est que le patient comprenne ce qu'on a l'intention de faire le concernant », explique le président de la SSO Roland Jakob²⁰. La même année, le comité de l'Union consacre aussi deux de ses séances à la même thématique, projetant la création d'un formulaire standard de consentement.

En 1999, c'est le concept de décision partagée, ou « *shared decision making* », qui fait son apparition, décrit pour la première fois par Cathy Charles et son équipe²¹. Ce concept implique une discussion des décisions à prendre, à égalité entre le patient et le chirurgien. Or, une dizaine d'années plus tard, les experts de la SSOT découvrent que les candidats aux examens oraux n'ont aucune idée de la systématique d'information aux patients ni des questions d'assurance. « Des connaissances étendues et approfondies sur l'orthopédie et la traumatologie ne suffisent plus pour l'obtention du titre. Il faut connaître les coûts générés par l'intervention et les instances compétentes en matière d'assurance sociale », déclare le comité de la SSOT, qui enjoint aussi les responsables de formation à dispenser ces connaissances aux futurs orthopédistes. Il est ainsi rappelé que l'information au patient comporte quatre domaines :

1. l'information concernant le traitement et ses alternatives,
2. l'information concernant les risques,
3. l'information concernant les résultats possibles et les mesures de prévention pour éviter les complications,
4. l'information concernant les coûts et les questions d'assurance.

« C'est surtout ce dernier point, s'il est négligé, qui donne lieu à des revendications de responsabilité civile », relève encore le comité²².

En effet, il arrive qu'une communication lacunaire du médecin soit au cœur du problème des plaintes déposées par les patients insatisfaits. Mal informé sur les risques ou les résultats d'une opération, insuffisamment consulté lors de modifications de traitements, le patient réagit parfois vivement. Dans ce contexte se met en place au début des années 2000 une nouvelle fonction, l'ombudsman,

20 « Rapport 1994 du Président (R. P. Jakob) », *Bulletin SSO* 61, 1995, 42.

21 Cathy Charles *et al.*, « Decision-making in the physician and patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model », *Social Science & Medicine* 49, 1999, 651–661. Cité dans « Message de l'ombudsman (P. Hoffmeyer) », *swiss orthopaedics, focus* 5, 2018, 24.

22 « L'obligation d'information », *SSO actuel* 27, 2007, 5.

responsable du bureau d'expertises extrajudiciaires des Sociétés de spécialités chirurgicales auprès de la FMH.

L'Ombudsman, médiateur entre le patient et le corps médical

L'ombudsman est un médiateur qui permet d'éviter, dans la mesure du possible, le recours aux tribunaux lors de plaintes de particuliers pour des fautes professionnelles présumées. Pour ce faire, il fait réaliser des expertises dites extrajudiciaires en sollicitant des experts, puis en analysant les expertises quant à la responsabilité civile; il doit finalement commenter les expertises et prendre position. Les conclusions de l'expertise permettent d'indiquer la direction à suivre dans de nombreuses situations conflictuelles. Les analyses, publiées sur internet, doivent aussi servir à alimenter les connaissances des praticiens sur les erreurs à éviter²³.

Bien que ne concernant pas uniquement l'orthopédie, ce sont pourtant des spécialistes du domaine, tous membres de la SSO, qui se succèdent à la tête de ce bureau: en tant qu'ombudsman de l'Union d'abord, ce sont Willy Taillard, Andreas Burckhardt, puis Alfred Debrunner suivi de Hans Zollinger. Après avoir occupé ce poste durant plus de dix ans, ce dernier est remplacé en 2013 par Josef Brandenburg, qui revêt alors la fonction d'ombudsman de toutes les Sociétés de disciplines médicales chirurgicales et invasives auprès de la fmCh. Lors de la nouvelle nomination de Josef Brandenburg à la présidence de la fmCh, il cède son mandat d'ombudsman en 2015 à Pierre Hoffmeyer²⁴.

Dans sa fonction d'ombudsman, Josef Brandenburg constate que le consentement éclairé n'est pas toujours de mise parmi les habitudes des médecins, bien que son importance ait été maintes fois signalée. À cela s'ajoute la documentation lacunaire du status pré- et postopératoire des patients orthopédiques (status neurologique périphérique et vasculaire), ce qui pose problème en cas de procédures en responsabilité civile. « Sans compter que le médecin qui facture la position TarMed correspondante sans avoir procédé à un examen neurologique et vasculaire et qui a omis de le documenter peut être réprimandé pour facturation abusive », précise aussi l'ombudsman dans le rapport annuel 2013-2014 de la SSOT²⁵.

Également ombudsman de la SSOT depuis 2013, Josef Brandenburg comptabilise, pour cette première année, 30 expertises, qui se partagent entre 20 cas en orthopédie, 7 en traumatologie et 3 en chirurgie du rachis; ces expertises proviennent pour 14 de la Suisse alémanique, pour 13 de la Suisse romande et pour 3 du Tessin.

23 « Ombudsman », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 12; « Message de l'ombudsman (P. Hoffmeyer) », *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 27; Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

24 Entretien avec Andreas Burckhardt (président 1992-1994); « Ombudsman », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 12; « Message de l'ombudsman (J. E. Brandenburg) », *swiss orthopaedics, focus* 2, 2015, 22; « RA 2016-2017 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 2.

25 « Message de l'ombudsman (J. E. Brandenburg) », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 22.

Ayant pour première tâche de décider si les circonstances médicales justifient l'expertise, Josef Brandenburg relève que la faute de traitement est confirmée dans cinq cas, et que la décision reste ouverte dans deux cas. Dans l'un des cas de faute confirmée, la responsabilité n'est toutefois pas retenue, car il s'agit d'une complication qui serait aussi survenue dans un autre type de traitement²⁶.

On le devine, la tâche est ardue pour l'ombudsman comme pour les experts, lesquels sont recrutés selon un certain nombre de critères, tels que la compétence dans la spécialité, la non-implication dans le traitement, la langue et le principe de territorialité – pas d'experts d'une région proche du plaignant. Malgré la compensation financière, calquée sur le modèle de la FMH, l'expertise nécessite une charge de temps importante. De plus, il n'est pas évident de devoir confirmer une faute de traitement d'un collègue : « Après une seule année dans la fonction en tant qu'ombudsman se confirme ce que [j'ai] déjà observé en 30 ans d'expérience dans le métier : cela peut concerner chacun de nous », souligne Josef Brandenburg²⁷.

La hausse démographique des patients et celle des prestations de santé, ainsi que l'accélération de la circulation des informations rend le travail de l'ombudsman toujours plus complexe, comme le rappelle Pierre Hoffmeyer, ombudsman en 2015 :

« Les rapports qu'entretiennent les médecins envers les patients, les hôpitaux, les tiers payants, et les politiques ont radicalement changé. La société évolue, le médecin n'est plus omniscient et tout puissant. Le net, les réseaux sociaux et le niveau d'information du public ont changé tout cela. Aujourd'hui, le savoir est dans la rue. Toute la connaissance médicale est à portée de tous, encore faut-il savoir l'interpréter, et là est le rôle du médecin. »²⁸

L'ombudsman relève alors que l'incidence d'expertise dans le seul domaine de l'orthopédie est de 30 à 40 cas par année, ce qui demande l'intervention de 60 à 80 experts par année. Cette mobilisation est une problématique récurrente : « Il est difficile de trouver les experts, car il y a des délais, tout le monde n'est pas disponible », relève Pierre Hoffmeyer, qui évoque aussi les contraintes pour son propre rôle d'ombudsman :

« La rédaction d'une expertise extrajudiciaire est complexe, car non seulement les processus médicaux doivent être analysés dans tous leurs détails, mais il est essentiel que la phraséologie utilisée corresponde au langage juridique, seule manière de faire accepter une décision ou une opinion. »²⁹

C'est pourquoi les rapports d'expertise, une fois rédigés, sont envoyés à Berne à des avocats qui les corrigent afin qu'ils soient conformes.

26 « Rapport: Ombudsman (J. E. Brandenburg) », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 24.

27 *Ibid.*

28 « Message de l'ombudsman (P. Hoffmeyer) », *swiss orthopaedics, focus* 3, 2016, 25.

29 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

Pierre Hoffmeyer, qui estime avoir traité plus de 60 dossiers depuis son entrée en fonction en 2015, se demande s'il n'y aurait pas une réforme à faire pour améliorer la procédure. Il relève toutefois que la grande majorité des collègues sollicités pour être experts répondent positivement et font un travail de grande qualité³⁰. « Finalement, le corps médical doit être solidaire. "Amis mais pas complices" », résume le spécialiste³¹.

Au final, si l'ensemble de ce processus permet d'éviter les coûts psychologiques et financiers qu'engendrerait une procédure judiciaire, il est néanmoins le résultat d'une situation critique pour les différentes parties, comme le rappelle Pierre Hoffmeyer dans le rapport annuel de la SSOT :

« Cette solution aux situations conflictuelles, souvent douloureuses, qui opposent un patient à son opérateur a un prix : le patient doit constituer un dossier et faire une demande au bureau des expertises extrajudiciaires de la FMH, il doit ensuite se déplacer et se faire interroger par des spécialistes inconnus de lui et auxquels il doit faire confiance. Il lui faut passer du temps à se remémorer une situation vécue comme douloureuse, se faire examiner physiquement et souvent il doit encore subir des examens complémentaires supplémentaires. Le médecin concerné, quant à lui, doit se replonger dans les souvenirs d'un épisode difficile et il doit s'expliquer de son action aux experts désignés. »³²

Une bonne dose de diplomatie et de résistance aux pressions est donc ce qui caractérise ce métier de la communication qu'est l'ombudsman. Il contribue par ailleurs aussi à éviter que des situations déjà pénibles ne soient alourdies par une publicité dans les médias.

Les relations avec les médias

Les médias entretiennent une relation ambivalente avec la médecine de pointe en général et avec l'orthopédie en particulier. Tantôt ils souhaitent faire sensation en présentant de nouvelles techniques dont les effets dépassent les résultats escomptés, tantôt ils relayent voire critiquent des procédés non déontologiques de praticiens peu scrupuleux ; dans les deux cas, la SSO estime que cette publicité nuit à la profession. Pour exemple, dans les années 1990, la société *Sulzer Medizinaltechnik* présente un modèle de prothèse articulaire de hanche métal-métal à l'occasion d'une conférence de presse sur son bilan annuel. En évoquant le produit, un journal télévisé suisse mentionne que la durée de vie de l'implant peut aller jusqu'à quarante années. Cette allégation émeut la SSO qui désavoue de telles « promesses faites à un large

30 « Message de l'ombudsman (P. Hoffmeyer) », *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 27.

31 *Id.*, *swiss orthopaedics, focus* 3, 2016, 25.

32 *Id.*, *swiss orthopaedics, focus* 4, 2017, 27.

public qui ne sont pas tenables». Or, les médias auraient déformé les propos de la société Sulzer, qui publie aussitôt un démenti³³.

À la même période, un autre cas concerne la dénommée « vis en sucre », une vis d'interférence résorbable pour la fixation des transplants des ligaments croisés, qui cause de vives émotions dans une émission suisse « en raison de publicité tapageuse ». La commission Intérêts professionnels de la SSO se penche sur le problème afin de rectifier les déclarations faites sur ce produit³⁴. Andreas Burckhardt se souvient que lors de l'assemblée générale du congrès SSO de 1994 à Lucerne, des échanges véhéments ont lieu au sujet de ces publicités. « Aujourd'hui, il arrive fréquemment que des orthopédistes cherchent à faire de la publicité. Mais à l'époque, c'était strictement contre les règles de l'éthique. La discussion a été très animée, et c'est aussi paru dans les journaux », rappelle-t-il³⁵.

Au début des années 2000, la presse diffuse aussi l'affaire des implants de deux firmes, d'une qualité discutable, qui posent des problèmes à certains orthopédistes de la SSO³⁶. Parallèlement, les règles de déontologie concernant la publicité des médecins dans les médias se sont assouplies par rapport à la décennie précédente, ce qui vaut quelques débordements lors de présentations de nouvelles techniques³⁷. La Société tente de rappeler à l'ordre ses membres en matière de politique professionnelle, comme ici dans le *Bulletin SSOT* de 2007 :

« Différentes apparitions dans les médias de quelques-uns de nos membres ont causé des problèmes non négligeables à notre Société. La présentation injustifiée et peu critique de nouveaux implants et procédures sans le recul et les résultats nécessaires a provoqué parmi les patients une insécurité et une perte de confiance. Résultats : l'activité dans le cabinet médical est devenue difficile et lourde – pire – il y a eu des revendications en responsabilité civile. J'appelle à la retenue et au sens critique lors d'apparition en public ! »³⁸

En 2008, le comité de la SSOT décide de lancer une analyse de la communication des orthopédistes dans les médias, étant d'avis que seules les informations scientifiquement reconnues et cliniquement validées doivent être transmises au grand public³⁹. Pour le président d'alors, Pierre Hoffmeyer, il s'agit de rétablir une communication saine au sein des médias, dont le mésusage s'observe autant du côté de certains orthopédistes que de celui de certains journalistes :

33 « Metall/Metall Artikulation. Bilanzpressekonferenz Sulzer Medizinaltechnik AG (W. Gartenmann, Uster) », *Bulletin SSO* 60, 1995, 32.

34 « PV de l'AG ord. du 23 sept. 1994, Lucerne: Varia », *Bulletin SSO* 60, 1995, 8.

35 Entretien avec Andreas Burckhardt (président 1992-1994).

36 « PV de l'AG ord. du 23 août 2001, Lugano: Implants », *Bulletin SSO* 71, 2002, 9.

37 « RA du Président (J. E. Brandenburg) », *Bulletin SSO* 77, 2008, 32-33

38 « Apparition dans les médias », *SSO actuel* 27, 2007, 5.

39 « Éditorial (P. Hoffmeyer) », *SSO actuel* 29, 2008, 1.

« soit nos collègues [orthopédistes] sont tentés par les publiereportages, vantant soit un produit, soit leur compétence, soit les deux, soit ce sont les journalistes qui informent d'une manière tapageuse avec le résultat que le patient est insécurisé ; le bio-engineering, par exemple. Que de promesses de transplantation de cartilage et que d'interrogations de malades suscitées par des collègues peu scrupuleux. »⁴⁰

Au début des années 2010, le responsable de la communication de la SSOT, Matthias Zumstein, dresse un bilan peu encourageant : la SSOT est confrontée à davantage de plaintes qu'autrefois concernant la publicité mensongère et la concurrence déloyale de certains orthopédistes. Les membres de la Société sont invités à consulter le code de déontologie de la FMH, et la SSOT publie des articles sur le sujet sur son site internet⁴¹. Deux ans plus tard, le président de la SSOT Christian Gerber doit à nouveau signifier aux membres qu'il leur faut respecter les directives concernant la publicité et l'activité médiatique, ceci pour éviter les « dommages collatéraux » que pourraient subir les patients mais aussi la Société du fait d'articles « douteux » parus dans la presse⁴².

Outre ces problèmes de publicité émanant directement des praticiens, la communauté médicale souffre de façon récurrente d'une image peu valorisée dans les médias. Dès le milieu des années 1990, le comité de la SSO doit répondre à des attaques répétées contre les chirurgiens émanant de la presse écrite et de la télévision⁴³ : les honoraires élevés qui favorisent ladite « explosion des coûts de la santé » et les implants défectueux sont autant de sujets abordés. La SSOT n'a donc cessé de réagir afin de rectifier le tir. « Ce qui apparaît de négatif dans les journaux ne peut pas être effacé, et la Société n'a que peu d'influence sur certaines décisions politiques, comme les tarifs. Mais notre image, on peut l'influencer », souligne Bernhard Jost⁴⁴. La SSOT est une Société médicale particulièrement active, souvent pionnière, mais elle a conscience que le public l'ignore pour la plupart du temps. Elle décide donc d'y remédier en travaillant sur l'amélioration de sa communication, à l'interne mais aussi à l'externe.

Fais bien les choses et parles-en !

Communiquer et soigner l'image : les bulletins d'information

Depuis 1971, la SSO communique le calendrier de ses activités et diverses informations de politique professionnelle à travers un bulletin, qui connaît plusieurs

40 « Éditorial (P. Hoffmeyer) », *SSOT actuel* 31, [2009], 1.

41 « Publicité (M. D. Zumstein) », *SSOT-Bulletin actuel* 1, 2010, 15.

42 « Éditorial – RA 2011-2012 (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 2.

43 « Rapport 1996 du Président (A. Kaelin) », *Bulletin SSO* 65, 1997, 4.

44 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

transformations au fil des ans. Initialement sous la forme de feuillets A4 polycopiés, le *Bulletin SSO* prend la forme d'une brochure au format A5 avec couverture en papier glacé de couleur blanche et orange (années 1980), puis totalement orange jusqu'en 2008. Cette année-là, il est question d'abolir le *Bulletin SSO* sous sa forme papier pour une unique version informatisée PDF destinée au site internet de la Société⁴⁵, qui délivrerait un rapport annuel complet de toutes ses activités⁴⁶. La version papier du bulletin se maintient toutefois, et est même complétée par une feuille d'information de quelques pages A4 polycopiées, le *SSO actuel*, présenté dès 1998.

À l'arrivée de Catherine Perrin en 2000, cette « newsletter » devient bisannuelle et systématiquement bilingue: « J'ai développé le *SSO actuel* en un outil de communication un peu plus performant, plus complet. Il comportait le travail du comité, la politique de santé sur le plan de la discipline et sur le plan national », explique l'ancienne directrice⁴⁷. Fin 2010, le *SSO actuel* fusionne avec le *Bulletin SSO* pour donner naissance au *SSOT-Bulletin actuel*⁴⁸. Publié en deux versions entièrement française et allemande, le *SSOT-Bulletin actuel* suit en cela ce qu'avait déjà initié la feuille d'information *SSO actuel* depuis les années 2000 – le *Bulletin SSO* était quant à lui majoritairement germanophone, avec quelques exceptions d'articles en français.

Dans le *SSOT-Bulletin actuel*, la couleur s'invite discrètement dans quelques photographies de portraits, tandis que le vert domine dans l'en-tête de la couverture et les titres des rubriques. Quatre ans plus tard, il est remplacé par la brochure au format A4 intitulée *focus*, dont les pages, en papier légèrement épaissi et glacé, présentent les portraits des membres en couleurs. On relèvera que la couverture de ces nouvelles brochures adopte un graphisme plus moderne, en représentant, sur dominante de la couleur bleu ciel des blouses de chirurgiens, les médecins en action dans le bloc opératoire ou en laboratoire. La composante féminine est aussi prise en compte, puisqu'au premier plan de la couverture du *focus* n°1, le profil d'une femme, bien que portant le masque, est clairement distinct et, à l'exception du n°2, une femme est chaque fois présente parmi des collègues masculins.

Parallèlement, un site internet est développé, activé en 2009 sous l'adresse www.sgotssot.ch. Il a pour objectif d'améliorer la communication au sein du comité, celle à destination des membres de la SSOT ainsi qu'à l'extérieur. Plusieurs années sont nécessaires pour sa mise en route et la nouvelle page web est finalement présentée à l'assemblée générale de 2014, d'abord dans sa version allemande uniquement. Les membres sont invités à donner leur avis et souhaits quant

45 « L'avenir du Bulletin SSO », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 25 juin 2009, Genève*, 7 (polycopié).

46 « Bulletin SSOT: avenir », *SSOT actuel* 31, [2009], 2.

47 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

48 « Appel de la rédaction », *SSOT-Bulletin actuel* 1, 2010, 14.

au contenu, tandis que la version française est en cours⁴⁹. Le site, renommé www.swissorthopaedics.ch, est finalement prêt et activé en 2014 en version allemande, et dès l'année suivante en version française.

Désormais, les dates de congrès de la SSOT, l'adhésion des nouveaux membres, les rapports du comité et des groupes de travail et, surtout, les principaux thèmes d'actualité de politique professionnelle sont accessibles pour le plus grand nombre via ces différents médias⁵⁰. Mais la qualité visuelle de la communication ne fait pas tout. Il faut aussi que la communication se développe dans un climat favorable, à travers une Société médicale soudée. L'appartenance identitaire est un autre volet de l'amélioration de l'image de la SSOT.

L'appartenance identitaire de la SSOT-swiss orthopaedics

Au début des années 2010, le président Pierre Hoffmeyer souligne la nécessité d'une politique sociétaire qui soit respectée par tous les membres, ceci pour « rester crédible et garder notre influence ». Il s'agit notamment de ne plus tolérer les abus dans la facturation, ou de respecter les structures de la SSOT lorsqu'un praticien est individuellement appelé à donner un avis qui touche l'ensemble des membres. Les forces vives et les nouveaux membres sont aussi sollicités à s'engager dans le domaine de la politique professionnelle de la Société, « dont l'avenir leur appartient », précise le président⁵¹.

Trois ans plus tôt, alors qu'il était vice-président, Pierre Hoffmeyer avait lancé l'idée d'investir dans des cravates pour hommes et des foulards pour femmes, à l'effigie de l'arbre d'Andry⁵² déjà employé comme logo de la SSOT. Dès l'assemblée générale de 2007, la cravate SSOT, rouge avec le logo blanc, est à disposition des membres pour être portée à l'occasion de cérémonies médicales officielles, en particulier les congrès nationaux et internationaux d'orthopédistes⁵³. L'idée n'est pas nouvelle, puisqu'il s'agit d'un signe de reconnaissance particulier aux orthopédistes: « Toutes les Sociétés d'orthopédie ont leur cravate dans le monde entier. On se les échange parfois lors des congrès communs », témoigne Pierre Hoffmeyer⁵⁴. Lors de la même assemblée, le président Josef Brandenberg rappelle par ailleurs que lors du congrès annuel de la SSOT et d'autres réunions internationales du même

49 « www.sgotssot.ch », *SSOT actuel* 31, [2009], 5; « Nouveau brand et nouvelle page internet swiss orthopaedics », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 26 juin 2014, St-Gall*, 22 (fascicule).

50 « Éditorial (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 3, 2011, 3.

51 « Politique sociétaire (P. Hoffmeyer) », *RA swiss orthopaedics 2010* (polycopié).

52 L'image représentant un arbre tordu avec son tuteur provient du livre du médecin français Nicolas Andry, *L'Orthopédie ou l'art de prévenir et de corriger dans les enfants les difformités du corps*, 1741. (Voir Mariama Kaba, *Une histoire de l'orthopédie*, op. cit., 16-18).

53 « Cravate SSO », *SSO actuel* 27, 2007, formulaire annexe.

54 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

type, les orateurs ou directeurs de sessions doivent soigner leur apparence « par respect pour cette manifestation »⁵⁵. À la suite des cravates et des foulards viennent les *pin's* à l'effigie de l'arbre d'Andry, également sur une idée de Pierre Hoffmeyer, qui précise : « Ils ont d'abord été réalisés en or blanc, pour CHF 30'000, puis on les a refait en métal pour limiter les frais »⁵⁶.

En 2012, la SSOT passe à la vitesse supérieure pour améliorer son image. Cette année-là, la première initiative de Bernhard Christen lors de son arrivée à la tête du comité est de modifier l'identité visuelle de la Société. Celle qui a cours lui semble surannée, comme le relève le président :

« L'identité visuelle peu uniforme de la SSOT ne correspond plus au standard actuel, surtout en considérant son nouveau positionnement concernant la qualité. Le papier à lettre ressemble à une missive de condoléances, l'arbre [d'Andry] existe en trois versions différentes, le site internet est trop confus, le congrès apparaît sous une identité différente. »⁵⁷

Le comité, après d'intenses discussions, mandate une agence de publicité pour renouveler l'identité visuelle de la SSOT. En outre, Matthias Zumstein, autrefois rédacteur des publications de la SSOT, est choisi comme chef de la communication et *web master* au sein du nouveau volet Communication/Relations publiques de la Société. Il devient par la même occasion responsable du *Bulletin-SSOT actuel*, la fonction de rédacteur étant ainsi abolie. La même année, le comité de la SSOT décide d'adapter ses structures de communication non seulement pour la Société, mais aussi vis-à-vis des médias. Les membres sollicités par les journalistes concernant des thèmes orthopédiques sont priés de s'adresser à Matthias Zumstein, qui devient aussi responsable de la présence de la SSOT vis-à-vis de l'extérieur⁵⁸.

La formulation « Société suisse d'orthopédie et de traumatologie » étant jugée trop lourde, le comité examine aussi la création d'une nouvelle désignation, sans pour autant vouloir abandonner le nom de Société et oublier son histoire. Le comité demande à recevoir des propositions qui lui sont présentées début 2013. Un nouveau sigle, approuvé par les membres, est présenté lors du congrès annuel de St-Gall en 2014⁵⁹ : ce sera « swiss orthopaedics ». Ce sigle doit être « la base de reconnaissance de la Société pour les membres, les partenaires et les patients », annonce le président dans son rapport annuel⁶⁰. Il orne désormais le site internet et l'en-tête des documents officiels de la Société, tandis que l'ancienne dénomination complète – SSOT – se maintient dans les pieds de page des documents.

55 « RA du Président (J. E. Brandenburg) », *Bulletin SSO* 76, 2007, 40.

56 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

57 « Nouvelle identité (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 5.

58 « Nouveau comité – nouveaux ressorts – nouvelles tâches (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 5, 2012, 5 ; « Éditorial – RA 2012-2013 (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 6, 2013, 2.

59 *Ibid.* ; « Éditorial – RA 2012-2013 (B. Christen) », *SSOT-Bulletin actuel* 6, 2013, 2.

60 « RA 2013-2014 (B. Christen) », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 2.

Ainsi, l'appellation « swiss orthopaedics » et son logo sont mis en avant pour la communication, tandis que le nom officiel de « Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie » reste inchangé.

Catherine Perrin, sous la direction de laquelle le nouveau sigle prend place, se souvient d'avoir assisté au même phénomène avec la Société suisse de chirurgie plastique dont elle était aussi mandataire, qui est devenue « swiss plastic surgery ». Selon elle, il s'agit alors d'une « sorte d'abréviation, facile à retenir dans toutes les langues »⁶¹, à une période où les anglicismes deviennent légion : Swissmedic, Swisstransplant, SwissDRG sont alors entrés dans (presque toutes) les mœurs. Rita Zahnd souligne aussi que le nouveau nom « swiss orthopaedics », mémorisable et facile à distinguer, permet une reconnaissance beaucoup plus immédiate de la Société :

« La SSOT reste bien sûr une société de type association, mais en Suisse il existe beaucoup de “Sociétés suisses de...” Le nouveau logo est une marque, un “brand”, qui permet une reconnaissance optique immédiate. Lorsque la Société doit se présenter, le terme anglais, unique, évite le problème des langues et la confusion générée par la longue dénomination de “Société suisse d'orthopédie et de traumatologie – Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie”. »⁶²

La directrice se souvient que, certes, des « personnes de l'ancienne garde et quelques nostalgiques » ont émis leur désapprobation, trouvant que la désignation « swiss orthopaedics » était inélégante et, de surcroît, dans une langue non officielle pour la Suisse. « Mais le propre d'un logo, c'est d'être court », relève encore Rita Zahnd⁶³.

À la question de savoir s'il est dérangeant que le terme de traumatologie soit absent du sigle « swiss orthopaedics », Bernhard Christen répond qu'il lui semble évident qu'orthopédie et traumatologie vont de pair, sans avoir besoin de le spécifier. Il avoue toutefois que ce fut le point le plus controversé lors de la présentation du nouveau logo devant les membres en assemblée générale. « Mais les jeunes ont apprécié », relève-t-il. En revanche, son idée de supprimer l'arbre d'Andry, symbole de l'orthopédie, est refusée à la majorité. « Je conviens que cette réaction était correcte », estime le médecin⁶⁴.

Cette nouvelle signature s'accompagne d'une charte graphique modernisée, d'une restructuration du site internet et de la parution du bulletin *focus*, qui remplace, sous d'autres couleurs et design, l'ancien *Bulletin-SSOT actuel*. « Avec cette nouvelle identité, swiss orthopaedics espère trouver plus de résonance à l'extérieur et renforcer la cohésion parmi les membres », note encore le président Bernhard Christen⁶⁵.

61 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

62 Entretien avec Rita Zahnd (directrice depuis 2014).

63 *Ibid.*

64 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

65 « RA 2013-2014 (B. Christen) », *swiss orthopaedics, focus* 1, 2014, 2.

Faire entendre sa voix dans la société civile

En tant que directrice de la SSOT dont la fonction s'établit sur une longue période, Rita Zahnd est particulièrement attentive à la façon dont est perçue la SSOT au sein du public : « Il faut s'intéresser à l'image qu'on donne réellement de la profession, non pas uniquement dans un contexte médical et politique, mais aussi chez Monsieur et Madame tout le monde », énonce-t-elle⁶⁶. Aussi, la politique professionnelle de la SSOT consiste-t-elle à se positionner également dans des domaines de santé publique où on ne l'attend pas forcément. Dans le cadre de la Décennie d'action 2011-2020 pour la Sécurité routière (*Road Safety Decade*), décidée par l'ONU et l'OMS, le comité de la SSOT invite le Parlement suisse à déclarer obligatoire le port du casque pour les cyclistes⁶⁷. À défaut d'avoir pu convaincre sur ce sujet – à ce jour, le port du casque cycliste reste volontaire en Suisse –, l'expertise de la SSOT gagne en visibilité sur le terrain de la prévention.

Christian Gerber souhaiterait aussi que la perception publique et politique de la médecine s'oriente davantage sur la qualité des prestations, mais il observe que « toute discussion tourne autour de l'administration et des coûts de la santé publique, sans réfléchir pourquoi ce malade peut retravailler, pourquoi ces soins médicaux coûteux sont importants; or, en principe, un bon traitement médical est de toute façon économique »⁶⁸. Dans cette perspective, les nombreux efforts consentis en termes d'assurance qualité sont une des principales motivations qui pousse la SSOT à améliorer son image. Aussi, lorsque Claudio Dora entame son mandat de président en 2018, il fait de l'amélioration de la communication et de la visibilité de la Société sa première priorité. Engagé directement comme président sans avoir fait deux années antérieures de vice-présidence, Claudio Dora est conscient que son mandat est court. Pour cette raison, il souhaite le mettre à profit en s'investissant dans les projets en cours, ce qui est sa seconde priorité :

« Je veux organiser une Société qui a lancé beaucoup de projets, mais qui ne sont pas encore terminés. Je souhaite aider à terminer ces projets et à les rendre visibles, pour montrer ce que fait swiss orthopaedics »⁶⁹.

Comme d'autres l'ont dit avant lui, il est nécessaire de soigner sa présence médiatique selon la devise « *Tue Gutes und sprich darüber!* » (« Fais bien les choses et parles-en! »)⁷⁰. Car pour le nouveau président, la SSOT « fait beaucoup de très bonnes choses », mais elle n'est pas sollicitée pour des décisions de politique de santé, car on ignore qu'elle existe :

66 Entretien avec Rita Zahnd (directrice depuis 2014).

67 « RA SSOT 2010-2011 (C. Gerber) », 23 juin 2011, 1 (polycopié); « Éditorial – RA 2011-2012 (C. Gerber) », *SSOT-Bulletin actuel* 4, 2012, 1.

68 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

69 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

70 « Qualité et Méthodologie (U. Müller) », *SSOT-Bulletin actuel* 1, 2010, 16.

« La Société a fait beaucoup pour la formation continue, elle donne à ses membres la possibilité de faire une ré-certification, elle a fait en sorte qu'il y ait un registre des implants. Mais personne ne le sait, et dans la société d'aujourd'hui, on dit que le chirurgien orthopédique est quelqu'un qui opère trop, sans les bonnes indications pour le patient, qui gagne trop d'argent, qui ne se préoccupe pas de la qualité; or, ce n'est pas vrai! »⁷¹

Claudio Dora envisage donc son mandat de président en lançant une campagne d'image, qui doit être confiée à un conseiller en communication. Il est prévu de voter lors de l'assemblée générale de 2019 un budget pour mettre sur pied une stratégie globale de communication et d'image.

Parmi les projets que Claudio Dora souhaite poursuivre en améliorant la visibilité de la SSOT figure celui du label « swiss orthopaedics excellence » lancé par Bernhard Jost : « Il est en bonne route, mais à présent il faut l'obtenir », précise Claudio Dora. Il en va de même pour la ré-certification, projet pilote pour la Suisse lancé dix ans plus tôt par Christian Gerber, mais qui n'a pas encore franchi l'étape finale consistant à le rendre obligatoire. Or, atteindre cet objectif est essentiel pour l'actuel président comme pour l'initiateur du projet, Christian Gerber :

« Je suis persuadé que la ré-certification finira par arriver. Nous devons faire en sorte que swiss orthopaedics puisse montrer comment la faire. Et le jour où la Confédération dira que c'est obligatoire, la Société pourra dire qu'elle le fait déjà, depuis longtemps, et que ça fonctionne. »⁷²

La phase de rodage de la ré-certification n'est par ailleurs pas tout à fait terminée : « Il y a encore du travail : il faut améliorer l'examen, avoir un pool de questions qui changent chaque année et les traduire en anglais, afin de pouvoir aussi utiliser de bonnes questions de niveau international », énonce Claudio Dora, qui poursuit aussi le projet de *measure outcome* engagé avec la section de la santé du canton de Zurich sur la qualité des prothèses primaires de la hanche et du genou. « Cette collaboration se développe de façon très bonne pour le moment, et cela permet à l'orthopédie de montrer ce qu'elle apporte vraiment à la société », relève Claudio Dora⁷³.

Être partie prenante des études ou projets qu'elle estime la concerner directement devient donc une exigence de la SSOT, d'abord pour faire profiter de son expérience dans le domaine de l'orthopédie et de la traumatologie, et ensuite pour éviter les mauvaises interprétations qui nuisent à son image. Bernhard Jost explique la stratégie :

« S'il y a quelque part quelque chose qui nous concerne, même si c'est petit, nous voulons en être et si possible influencer. Certes cela est astreignant, il faut participer à de

71 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

72 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

73 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

nombreuses séances et commissions, mais cela nous permet de garder une vue d'ensemble et d'avoir notre mot à dire.»⁷⁴

C'est aussi ce que relève et ce à quoi prend part Rita Zahnd dans le cadre de son mandat de directrice de la SSOT :

« On s'efforce de prendre part à chaque fois que les sujets traités nous concernent, aussi s'il faut parfois prendre des initiatives et s'imposer comme organe compétent auprès de certains organismes et commissions. »⁷⁵

Il est d'ailleurs arrivé à la SSOT de refuser de collaborer à une étude qu'elle estimait la concerner, mais pour laquelle elle n'avait pas été sollicitée au niveau du processus de réflexion : ainsi, en 2007, elle s'opposait à un projet de recherche du Fond national suisse de la recherche scientifique (n° 53) qui, sans sa participation, effectuait une analyse économique du nombre de diagnostics concernant l'implantation d'une prothèse de la hanche dans deux cantons suisses. Les membres de la SSOT étaient invités à ne pas participer à ce projet, en signe de désaccord⁷⁶.

Enfin, dans un tout autre registre, la SSOT s'est aussi soucieuse de faire la lumière sur son passé récent et son actualité. Elle a la chance d'avoir conservé des archives depuis sa création, pour lesquelles elle a alloué, en 1992, CHF 25'000 pour l'aménagement d'un local à l'Hôpital Balgrist. À l'occasion de la rénovation de l'établissement, les archives sont aménagées sous les combles de l'ancien bâtiment en 1993. Beat Rüttimann, longtemps responsable des archives, laisse sa place à René Hauser, qui aménage le nouveau local avec les documents de la SSO/SSOT⁷⁷. Grâce à cette précieuse documentation, le comité peut assurer le troisième volume de l'histoire de la SSOT – le présent ouvrage –, auquel viennent s'ajouter deux films vidéos qui illustrent également, à l'aide de témoignages, le passé de la Société⁷⁸. « Faire l'histoire de swiss orthopaedics, cela participe à la campagne d'image de la Société visant à améliorer sa visibilité », souligne Bernhard Jost⁷⁹.

De fait, l'orthopédie semble avoir tout intérêt à faire davantage parler d'elle, car elle a progressivement acquis une certaine visibilité de par l'augmentation de son activité.

La relève et les défis de l'orthopédie

L'orthopédie est-elle en péril ?

Au tournant de notre ère, la hausse des problèmes orthopédiques liée aux facteurs démographiques (augmentation de la population de façon générale – avec surreprésentation des jeunes générations dans les continents du sud et surreprésentation des aînés dans les pays occidentaux) et aux facteurs socio-économiques (accidents liés à de nouvelles activités de loisirs, de sports ou professionnels) est une préoccupation partagée tout autour du globe : les années 2000 à 2010 sont désignées « Décennie mondiale de l'appareil locomoteur » (*The Bone and Joint Decade*) par l'OMS, qui annonçait déjà dans une étude de 1996 que les maladies et blessures de l'appareil locomoteur sont responsables d'environ 20% des cas d'invalidité de par le monde¹. Elles sont aussi les causes les plus fréquentes de syndromes douloureux chroniques et de déficiences physiques pour des centaines de millions d'humains sur la planète. Proposée sur l'initiative de milieux scientifiques, hospitaliers et de cercles concernés (associations de patients, notamment), la décennie 2000-2010 veut se consacrer à la prévention et au traitement des maladies musculo-squelettiques dans une perspective transnationale d'échanges d'idées et de solutions².

En Suisse aussi, le volume des activités orthopédiques semble avoir atteint un seuil critique. Fin 2009, le président de la SSOT Pierre Hoffmeyer établit le constat suivant :

« La société devient de plus en plus âgée : seuls 18% de la population a moins de 18 ans. Les baby-boomers arrivent en masse à l'âge de l'arthrose et ils entendent rester actifs voire sportifs. Si l'on regarde des chiffres, le nombre des interventions augmente exponentiellement. Aux États-Unis, on calcule qu'en 2015 – 2020, il n'y aura pas assez d'orthopédistes pour mettre les prothèses nécessaires. »³

74 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

75 Entretien avec Rita Zahnd (directrice depuis 2014).

76 « RA du Président (J. E. Brandenberg) », *Bulletin SSO* 76, 2007, 39.

77 « Rapport 1992 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 57, 1993, 7 ; « Rapport 1993 du Président (A. Burckhardt) », *Bulletin SSO* 59, 1994, 7.

78 « Livre sur l'histoire / film vidéo », *PV de l'AG ord. de la SSOT du 29 juin 2017, St-Gall*, 4 (fascicule).

79 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

1 Christopher J. L. Murray & Alan D. Lopez (WHO), *The global burden of disease*, 1996, cité dans « The Bone and Joint Decade 2000-2010 for Prevention and Treatment of Musculo-Skeletal Disorders », *Bulletin SSO* 67, 1998, 19.

2 « The Bone and Joint Decade 2000-2010 », *Ibid.*

3 « Éditorial (P. Hoffmeyer) », *SSOT actuel* 31, [2009], 1.

Le président relève aussi le phénomène, nouveau pour la Suisse, des listes d'attente dans le domaine de l'orthopédie. Il estime donc que le nombre d'orthopédistes en Suisse reste insuffisant.

Deux études suisses issues de recherches en clinimétrie montrent cependant que la répartition des interventions orthopédiques varie selon la région. « Cette différence pose la question de la qualité, de la nécessité ou peut-être est-ce un hasard », commente Pierre Hoffmeyer⁴. Ce sont notamment dans les villes, où les spécialistes sont les plus nombreux, que la demande est plus forte⁵. Quoi qu'il en soit, au niveau quantitatif, la statistique FMH de l'année 2010 montre que la Suisse compte 26'651 médecins dont 805 chirurgiens orthopédistes, soit 3% du corps médical du pays. Or, le tiers du budget total de la santé (CHF 44 milliards) est consacré aux maladies ostéoarticulaires. Pour le président de la SSOT Pierre Hoffmeyer, il est impératif que l'orthopédie noue des alliances pour mieux se faire entendre; il s'étonne cependant que, malgré un manque annoncé de médecins, le système de formation suisse limite de plus en plus l'accès aux études de médecine pour les étudiants du pays: « Importer des spécialistes formés ailleurs est un symptôme bien établi de notre schizophrénie helvétique », note-t-il dans le rapport annuel 2010⁶.

Or, six ans plus tard, si le nombre d'orthopédistes agréés en Suisse demeure un problème, le discours sur la pénurie de praticiens n'est plus à l'ordre du jour. Le responsable de la nouvelle formation postgraduée, Karim Eid, constate qu'une cinquantaine de candidats obtiennent chaque année le titre de spécialiste suisse, alors que le nombre nécessaire serait vraisemblablement un peu inférieur, soit entre 35 et 40 environ par an. Mais c'est surtout la reconnaissance de l'équivalence d'une centaine d'orthopédistes européens par an, qui obtiennent de la MEBEKO une attestation au niveau fédéral du fait de l'accord sur la libre circulation, qui est encore pointée du doigt: « Il serait de la compétence même des cantons, respectivement des médecins cantonaux (voir LAMal art. 55a), de régulariser le nombre d'autorisations. C'est toutefois le laxisme qui domine, même dans les cantons à forte densité de médecins », résume Karim Eid⁷.

En 2018, Claudio Dora observe aussi que le nombre de chirurgiens orthopédistes en Suisse est suffisant, mais qu'il est faussé par l'augmentation des spécialistes provenant d'Allemagne, de France, d'Autriche et, dans une moindre mesure, d'Italie. Il relève encore le paradoxe d'une exigence élevée de la formation suisse en orthopédie qui ne réussit pas à être un facteur limitant pour l'accès à la profession:

4 *Ibid.*

5 Selon les derniers chiffres (déc. 2018), les cantons qui ont le plus de médecins sont, par ordre décroissant: Zurich, Berne, Vaud, Genève, Argovie, Bâle ville, St-Gall. (FMH, « Statistique médicale de la FMH, état au 31.12.2018: Médecins en exercice par canton et par secteur » (en ligne).

6 « Politique professionnelle (P. Hoffmeyer) », *RA swiss orthopaedics 2010* (polycopié).

7 « Examens de spécialiste 2016 (K. Eid) », *swiss orthopaedics, focus 3*, 2016, 23.

« Il est difficile de rendre cette spécialisation beaucoup plus difficile, dans le but de réduire le nombre de candidats formés en Suisse, alors que les portes sont ouvertes pour les spécialistes venus s'installer depuis l'étranger. Ce n'est pas correct pour les jeunes qui font leur spécialisation en Suisse. »⁸

La question de la régulation du nombre d'orthopédistes n'a pas fini d'interpeller la SSOT, et concerne divers aspects maintes fois rencontrés dans ce livre: problèmes de l'indication, de la hausse des coûts, de la formation, des places de travail, de la qualité. Selon Catherine Perrin, il faut réduire le nombre d'orthopédistes, car il y a risque de surmédicalisation. « Certes, on est confronté à la démographie: il y a toujours plus de personnes qui vieillissent et qui auront besoin de prothèses de hanche ou de genou. Mais le problème est que les frontières sont ouvertes », évoque-t-elle, en citant comme autre exemple celui des chirurgiens plasticiens qui, entre 2010 et 2015, ont formé environ 55 spécialistes en Suisse, en même temps que 176 sont entrés dans le pays. « Or, l'offre stimule la demande, et quand on a des médecins qui stimulent la consommation, ce n'est jamais bon. Il en va de la sécurité des patients », conclut-elle⁹. Elle rejoint en cela l'opinion de Luzi Dubs, qui estime qu'« on fait encore des opérations inutiles pour donner du travail à tous les orthopédistes », regrettant que l'orthopédie n'ait pas recours systématiquement « aux bonnes indications »¹⁰.

Alain Farron s'alarme lui aussi – « On est au début de l'explosion du nombre d'orthopédistes en Suisse! », déclare-t-il –, et il établit une comparaison entre la gestion politique suisse et française du nombre des médecins:

« On n'a le contrôle ni sur le nombre de médecins qui s'installent, ni sur le nombre des indications opératoires qui sont posées. Or, on estime que 30 à 35 orthopédistes formés par an suffiraient à renouveler et assurer la relève, alors qu'il y a eu 180 candidats en 2017, dont environ 90 qui ont terminé leur formation. On en est donc à trois fois le nombre nécessaire. En France, où la population est environ dix fois supérieure à celle de la Suisse, c'est l'État qui décide de former le nombre de spécialistes voulu et l'endroit où ils seront répartis. En Suisse, le gouvernement central a peu de pouvoir dans le domaine de la santé. Il donne quelques grandes régulations via la LAMal, mais ce sont les cantons qui, au final, décident d'engager ou non de nouveaux médecins. »¹¹

Bernhard Christen pense également que la formation des futurs spécialistes n'est pas encore optimale, car le nombre de médecins assistants est trop nombreux pour effectuer le travail quotidien en hôpitaux, alors qu'il n'y a pas assez de cas à traiter. Il compare les Pays-Bas, qui comptent 650 orthopédistes pour 17 millions d'habitants, et la Suisse, qui compte 1'000 orthopédistes pour 8 millions d'habitants.

8 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

9 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

10 Entretien avec Luzi Dubs (président 1998-2000).

11 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

«Il faut donc moins d'orthopédistes qui offriront une excellente qualité, car ils opéreront beaucoup et ne feront pas d'indication "pour la survie"», commente-t-il¹².

Pour Jürg Knessl, la question de savoir si la Suisse forme trop d'orthopédistes ou non n'est pas pertinente du fait de l'ouverture des frontières. Il estime néanmoins qu'une véritable régulation du marché, à partir d'analyses sérieuses des besoins, est nécessaire¹³. Pierre Hoffmeyer rappelle quant à lui que la ré-certification permettrait de contrôler les orthopédistes provenant de l'étranger si elle était obligatoire. L'idée s'est pourtant heurtée aux réticences des praticiens formés en Suisse, en particulier les plus jeunes qui estimaient que la ré-certification était peut-être valable pour les anciennes générations, mais ne les concernait pas. «C'était pourtant aussi dans leur intérêt, car ça aurait permis ce contrôle», note le médecin¹⁴.

Alain Farron met cette situation en relation avec la hausse des coûts de la santé, qui s'explique par l'augmentation des prestations médicales liée à l'augmentation des médecins de certaines spécialités, en particulier les plus rentables :

«Les coûts suivent le nombre de médecins. Ce n'est donc pas le problème que, individuellement, le médecin gagne trop – problème plutôt isolé –, mais c'est plutôt que, en groupe, le nombre augmente.»¹⁵

Alain Farron estime que la SSOT a une grande part de responsabilité dans ce processus : «car s'il y a trop de médecins, les indications opératoires se modifient». Il évoque la situation particulière des médecins privés payés à l'acte, qui fournissent des prestations prises en charge par l'assurance ; «ce qui fait que, plus on opère, plus on gagne», commente-t-il. Il note aussi que cette tendance est encore renforcée par la volonté des politiques d'imposer des quotas minimaux d'opérations (*case load*) pour que les prestations d'un médecin soient remboursées : «C'est mieux pour la qualité d'avoir un grand nombre d'opérations à son actif, mais cela pousse aussi à la consommation pour obtenir les nombres minimaux», rappelle Alain Farron¹⁶.

Aussi, la solution du TarMed choisie par les politiques pour alléger les coûts de la santé n'est-elle pas perçue comme étant idéale, comme l'explique encore Alain Farron :

«Le Conseil fédéral utilise l'outil TarMed qui permet de faire une pression sur le point tarifaire des prestations, avec effet à la baisse sur les revenus : cela induit 30 à 40% de moins de salaire. Mais c'est une mauvaise solution, car toucher au salaire fait surréguler les gens. Là où il faut agir, c'est sur le nombre de spécialistes.»¹⁷

12 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

13 Entretien avec Jürg Knessl (président 2004-2006).

14 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

15 Entretien avec Alain Farron (président 2014-2016).

16 *Ibid.*

17 *Ibid.*

Or, le gouvernement suisse, qui a signé la convention de la libre circulation avec l'Europe et qui laisse aux cantons une relative liberté pour gérer la crise des coûts, ne dispose pas d'une marge de manœuvre suffisante, comme l'interprète Bernhard Jost :

«La séparation des pouvoirs ne fonctionne plus en Suisse. Car le ministre Alain Berset décide pour le Conseil fédéral, lequel lui a donné les compétences de poursuivre la même politique qu'autrefois, parce qu'au fond, c'était finalement trop difficile de faire marche arrière. Mais les décisions prises par le Conseil fédéral sur le tarif médical ne sont pas correctes. Mais c'est évident aussi que, si personne ne se met d'accord sur cette question des tarifs, quelqu'un d'autre finit par décider pour nous.»¹⁸

Christian Gerber complète ce panorama critique en ajoutant que la stratégie du TarMed, qui vise à diminuer les coûts de la santé, est non seulement inopérante mais alimente le système qu'elle entend combattre. Il s'explique :

«Avec le TarMed, on vous paie pour ce que vous ne savez pas faire : celui qui met 15 minutes pour le diagnostic est moins payé que celui qui est plus lent et met 30 minutes. Car le TarMed ne paie pas une performance voire un résultat, mais exclusivement une activité. On décide donc si on fait l'activité ou pas.»¹⁹

Un autre écueil du TarMed est que le point tarifaire est particulièrement avantageux lors de prestations médico-techniques : «si j'ausculte l'épaule durant 5 min, cela coûte CHF 17 ; si j'utilise l'ultrason échographique, cela coûte CHF 300 – même si c'est complètement inutile, je suis payé pour cela. Il y a donc compensation du volume de l'activité par des examens inutiles», commente Christian Gerber, qui reste toutefois convaincu que la Suisse a les outils pour rémunérer correctement un très bon médecin. Il détaille sa pensée en ces termes :

«On n'a pas honte de bien gagner sa vie pour le travail qu'on fait, par contre, ce qui est une honte, c'est de bien payer ceux qui travaillent mal. L'objectif est que, si on veut gagner de l'argent, il faut être un très bon médecin ; et lorsqu'on est un très bon médecin, qui fait les bons choix, on contribue à faire baisser les coûts de la santé.»²⁰

Enfin, pour André Kaelin, il faut maintenir un nombre élevé d'orthopédistes, afin que la spécialité soit mieux reconnue par la population et les médecins :

«Il y aurait donc plus de services avec le nom orthopédie ; et, à long terme, cela s'est démontré qu'en étant plus nombreux, on a eu plus d'assise et de pouvoir pour faire accepter nos revendications, au lieu de se laisser imposer celles des autres.»²¹

18 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

19 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

20 *Ibid.*

21 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

Si Bernhard Christen estime que, du temps de sa présidence, le contexte était un peu plus simple qu'à l'heure actuelle, il évoque la pression sur les médecins qui est allée en augmentant : « Les discussions économiques sont devenues prépondérantes, que ce soit à propos des tarifs médicaux ou des salaires – “le médecin gagne trop”, entend-on de tous côtés. La question des indications et des opérations qui échouent ont aussi pris de l'ampleur », relève l'orthopédiste²². Aussi, alors qu'il était président de la SSOT en 2018, Bernhard Jost a-t-il établi le constat d'une déconsidération persistante du corps médical, où les orthopédistes figurent en première ligne :

« Le dénigrement systématique de la médecine, qui nous vise plus particulièrement nous en tant que spécialistes et chirurgiens, prend parfois des formes grotesques ; dans un pays qui se targue d'avoir le meilleur système de santé du monde, c'est pour le moins surprenant ! »²³

Face aux attaques, la réaction doit être offensive, mais surtout réfléchie. La solution passe donc, toujours, par la qualité : « C'est pourquoi il est essentiel que nous continuions à nous montrer proactifs et que nous définissions nous-mêmes nos critères de qualité avant que quelqu'un d'autre ne le fasse pour nous », conclut le président²⁴. Pour ce faire, la profession doit rester attractive et stimulante, dans un environnement médical et professionnel qui s'est modifié en profondeur et s'est fortement densifié.

L'orthopédie dans la médecine en quelques chiffres – et la relève féminine

Selon la statistique médicale 2018 de la FMH, la Suisse compte 37 525 médecins en exercice – 625 de plus que l'année qui précède –, ce qui représente une densité médicale de 4,4 médecins pour 1 000 habitants ; ce chiffre est supérieur à la moyenne de l'OCDE (3,6 médecins pour 1 000 habitants), mais il est comparable à celui des pays limitrophes (Allemagne 4,2 ; Autriche 5,1 ; France 3,2 ; Italie 4,0). Sur les 37 525 médecins exerçant en Suisse, les chirurgiens orthopédistes représentent 3,1 % d'entre eux (1 170 spécialistes), un nombre proche de celui des chirurgiens généralistes (3,2 %, soit 1 188 chirurgiens). La médecine interne générale est la spécialisation la plus répandue (22,1 % des médecins en exercice), suivie de

22 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

23 « RA 2017-2018 (B. Jost) », *swiss orthopaedics, focus* 5, 2018, 2.

24 *Ibid.*

la psychiatrie et psychothérapie (10,2 %), de la gynécologie et obstétrique (5,1 %), de la pédiatrie (5,0 %) et de l'anesthésiologie (4,1 %)²⁵.

Ce foisonnement de métiers et de savoir-faire, qui pourrait bien saturer le marché médical, est néanmoins contre-balançé par la nécessité d'adapter l'organisation et les prestations en médecine pour tenir compte des changements sociétaux généraux, tels que le développement du temps partiel ou d'horaires de travail moins contraignants. Le médecin, comme tout autre professionnel, aspire légitimement à un équilibre entre travail et vie personnelle, un phénomène renforcé par la féminisation de la profession. Les statistiques sur la répartition des femmes permettent en effet de constater une hausse de leur pourcentage dans toutes les disciplines, y compris dans les secteurs dits « masculins » que sont les spécialités chirurgicales. Un déséquilibre persiste toutefois selon les domaines.

En effet, l'orthopédie, déjà minoritaire par rapport aux autres disciplines, est aussi minorisée au niveau de la représentation des femmes dans la profession. Elle sont, en 2018, 10 % (117 femmes pour 1 053 hommes), taux parmi les plus faibles juste avant la chirurgie orale et maxillo-faciale (7,7 %, soit 7 femmes pour 84 hommes) et la chirurgie thoracique (5,7 %, soit 2 femmes pour 33 hommes). En comparaison, les femmes médecins en activité sont sur-représentées en psychiatrie de l'enfant (64,7 %), en pédiatrie (62,9 %), en gynécologie et obstétrique (62,9 %), en génétique médicale (57,1 %), en médecine sans discipline principale (56,8 %), en médecine légale (54,8 %), en pharmacie et toxicologie cliniques (52,3 %)²⁶.

Par rapport aux titres obtenus en 2018, alors que le nombre de femmes médecins est identique en chirurgie orthopédique et en chirurgie générale (55 titres pour chacune), 18,2 % de femmes (10 en tout) obtiennent le titre de chirurgiennes orthopédiques, contre 47,3 % (26 femmes) qui deviennent chirurgiennes. La médecine interne générale, qui est la discipline où le nombre de titres délivrés est le plus élevé en 2018, est aussi celle qui compte une majorité de titres délivrés aux femmes (63,6 %, soit 287 femmes pour 163 hommes)²⁷.

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ce phénomène prononcé d'une sous-représentation des femmes dans la profession d'orthopédiste. Luzi Dubs rappelle que du temps de sa présidence, à la fin des années 1990, il n'y avait que deux femmes orthopédistes dans le canton de Zurich. Ce serait un effet de la sous-spécialisation si l'orthopédie les a ensuite davantage intéressées :

« Généralement, l'orthopédie est un domaine masculin, car parfois assez “sportif”. Avec la sous-spécialisation, il y a eu la possibilité de faire de la main ou du pied, pour

25 Stefanie Hostettler & Esther Kraft, « Peu de femmes aux postes de cadre (Statistique médicale 2018 de la FMH) », *Bulletin des médecins suisses* 100/12, 2019, 412 (en ligne).

26 FMH, « Statistique médicale de la FMH, état au 31.12.2018 : Médecins en exercice par discipline principale et par sexe » (en ligne).

27 *Id.*, « Octroi des titres de spécialiste » (en ligne).

qui ne voulait pas faire de la hanche ou du rachis; même s'il y avait aussi des femmes qui faisaient tout l'appareil locomoteur.»²⁸

Ce point de vue est également celui de Michel Dutoit, qui complète :

« Pour le moment, les femmes font surtout de l'orthopédie pédiatrique et du pied. Elles le font par intérêt personnel, mais aussi parce que c'est moins rébarbatif que de faire des fractures du col du fémur au milieu de la nuit.»²⁹

Quant à la directrice Rita Zahnd, elle est aussi d'avis que l'orthopédie, « c'est certainement assez physique et n'attire donc pas forcément les femmes ». Elle a néanmoins observé que parmi la population des personnes en formation postgraduée, le taux de femmes qui s'inscrivent aux examens intermédiaires a nettement augmenté : « Il n'y a pas loin d'un quart à un tiers de femmes en formation, ce qui est énorme en comparaison des anciennes générations », souligne-t-elle³⁰.

Mais si la féminisation de la médecine en Suisse s'est poursuivie au fil des ans, au point que le nombre d'étudiantes dépasse celui des étudiants masculins au niveau du cursus de base – en 2017, elles sont 62,6% (2'923 femmes pour 1'745 hommes) inscrites à une formation universitaire bachelor³¹ –, les carrières féminines finissent par se heurter au « plafond de verre » : le nombre de médecins femmes occupant un poste à responsabilité dans les hôpitaux diminue plus le degré hiérarchique est élevé. Elles sont 58,6% chez les médecins-assistants, 47,9% chez les chefs de clinique, 24,5% chez les médecins adjoints et 12,4% chez les médecins-chefs³². Cette situation joue sans doute comme un facteur de démotivation pour les femmes, réticentes à tenter une carrière dans les disciplines chirurgicales telles que l'orthopédie, longtemps restées un bastion masculin.

Pour faire face au double déséquilibre de leur faible représentativité dans la discipline orthopédique et dans les postes cadres, les femmes orthopédistes se mobilisent et joignent leurs forces, par-delà les frontières. En 2009, sept femmes orthopédistes d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse fondent le groupe « *Die Orthopädinnen* », sur le modèle américain déjà existant de la *Ruth Jackson Orthopaedic Society*. Ce réseau germanophone, qui se dote d'une page internet, met en place un programme de mentorat et de formations approfondies dans et hors du champ de la médecine. Son comité est enregistré à Mainz (Allemagne) et dénombre, à fin 2009, 32 membres spécialisées en orthopédie et en chirurgie des accidents : 24 proviennent d'Allemagne, six d'Autriche et deux de Suisse. La première journée annuelle et son assemblée générale, qui réunissent 28 membres, se déroulent à Hambourg sous la

28 Entretien avec Luzi Dubs (président 1998-2000).

29 Entretien avec Michel Dutoit (président 2002-2004).

30 Entretien avec Rita Zahnd (directrice depuis 2014).

31 Stefanie Hostettler & Esther Kraft, « Peu de femmes aux postes de cadre », *op. cit.*, 412.

32 *Ibid.*

présidence de la Dre Sandra Lipovac. Dès 2011, un forum de discussion sur le web et un groupe Facebook permettent divers échanges via Internet, et les spécialistes se rencontrent directement lors de réunions trimestrielles. Les finances de cette Société féminine permettent aussi de soutenir un voyage d'étude de deux semaines en Europe pour deux orthopédistes³³.

De quelques défis à venir

Hyperspécialisation et formation

L'évolution suisse des sous-spécialisations en orthopédie alimente de nombreuses interrogations parmi les spécialistes concernés, que ce soit au niveau de la formation ou de la qualité. Si, au début des années 1990, l'orthopédie classique (conservatrice) et opératoire avaient un volume de pratique à peu près équivalent, il n'en est plus de même dans les décennies qui suivent, confie Andreas Burckhardt, qui estime que le développement actuel de la sous-spécialisation, voire de la « sous-sous-spécialisation », ne peut plus être freiné. Il craint cependant que le médecin perde de vue le patient dans son entièreté :

« Il devient de plus en plus difficile de garder l'ensemble des connaissances. Le patient risque de ne plus être examiné à fond, mais seulement pour le genou, la hanche, etc. »³⁴

Aussi, le défi à venir de la SSOT sera-t-il de « maintenir ensemble les diverses sous-spécialités de la SSOT », énonce le médecin³⁵.

Dès lors, l'« hyperspécialisation » rendrait nécessaire le regroupement des professionnels dans un même lieu, comme l'explique Bernhard Christen :

« Si je ne connais que le genou, il y a un grand risque que je rate le problème de la hanche qui lui est connexe. Et si je ne connais pas le pied, je ne percevrai pas les effets sur le genou ou le dos. La solution doit alors passer par un cabinet avec plusieurs orthopédistes qui coopèrent, plutôt qu'un cabinet unique. »³⁶

Le médecin observe par ailleurs une influence défavorable de la sous-spécialisation sur la formation des futurs spécialistes :

« La formation est mal orientée par rapport aux différents besoins des régions et de leurs établissements respectifs. Les demandes en spécialisation sont différentes si on pratique dans des petits hôpitaux périphériques ou dans de grands centres hospita-

33 « Die Orthopädinnen e. V. stellen sich vor », *SSO actuel* 30, [2009], 4; « Die Orthopädinnen e. V. », *SSOT actuel* 31, [2009], 5; « Der Verein "Die Orthopädinnen e. V." », *SSOT-Bulletin actuel* 3, 2011, 10.

34 Entretien avec Andreas Burckhardt (président 1992-1994).

35 *Ibid.*

36 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

liers. Il faut une formation qui s'adapte au poste qu'on a prévu, et pas seulement qui se centre sur la sous-spécialisation hanche, épaule, genou...»³⁷

Il rejoint en cela l'opinion de Josef Brandenberg, pour lequel l'avenir sera fait de zones sanitaires réparties entre les régions de la Suisse alémanique, de la Suisse centrale et de la Suisse occidentale et le Tessin, « car les petits cantons ne sont pas capables de continuer comme cela avec toutes ces spécialisations » explique-t-il. Selon lui, il faut créer un réseau pour la formation entre les différents types d'hôpitaux (grands hôpitaux universitaires et non universitaires, cliniques privées et petits hôpitaux), et établir les besoins selon les zones :

« Il faut établir combien d'orthopédistes sont nécessaires pour une région A ou une région B, et combien sont nécessaires pour telle ou telle sous-spécialisation (pied, rachis, etc.) »³⁸

Pierre Hoffmeyer considère également la sous-spécialisation avec une certaine distance critique : « Avec l'éclatement de la spécialité, on parlera bientôt non plus de Société mais de Fédération orthopédique », dit-il, en citant pour exemple l'évolution de trois domaines orthopédiques particuliers :

« La chirurgie de la main est déjà sortie de l'orthopédie ; ce n'était pas le cas du temps de ma présidence, même si on en parlait déjà. Quant à la chirurgie du rachis, qui continue d'évoluer, elle s'est un peu détachée, et continue à se détacher. Enfin, la chirurgie pédiatrique ne s'est pas encore séparée, mais ça va arriver. »³⁹

Face à l'hyperspécialisation, Pierre Hoffmeyer souhaite le maintien d'une formation qui permette de faire de la « chirurgie globale » :

« Il ne faudrait pas être spécialiste d'une seule chose, mais savoir tout faire : césarienne, laparotomie, etc. C'est pour cela que les personnes devraient se mettre ensemble et se mobiliser. »⁴⁰

Jürg Knessl relève lui aussi que, si les hôpitaux régionaux ont encore quelques orthopédistes généraux, il n'est en revanche plus possible à l'heure actuelle d'ouvrir ou de remettre un cabinet privé si on n'est pas sous-spécialisé. Ce procédé ne va pas dans la bonne direction, selon lui, « car si on a mal à la hanche, cela peut venir du pied ; un orthopédiste des tumeurs doit être un généraliste qui s'occupe de toutes les tumeurs », estime-t-il⁴¹. Pour Roland Jakob, maintenir une pratique généraliste de l'orthopédie constitue pour ainsi dire un « plan social » pour un chirurgien de plus de 50 ans qui souhaiterait diminuer le volume de son activité :

37 *Ibid.*

38 Entretien avec Josef E. Brandenberg (président 2006-2008).

39 Entretien avec Pierre Hoffmeyer (président 2008-2010).

40 *Ibid.*

41 Entretien avec Jürg Knessl (président 2004-2006).

« Le chirurgien qui devient un peu âgé, qui ne veut plus se lever la nuit et qui travaille dans une clinique privée devrait pouvoir se réorienter, par exemple vers les hallux valgus, grâce aux formations approfondies. »⁴²

Heinz Bereiter souhaiterait voir le programme de formation postgraduée des jeunes orthopédistes s'améliorer encore : « Actuellement, le programme de formation présente bien sur le papier, mais dans la pratique ce n'est pas optimal », commente le médecin, pour lequel il s'agit de repenser la formation dans toute sa complexité, en intégrant les aspects de qualité, de compétences médicales et de rémunération du travail des praticiens⁴³. André Kaelin souhaiterait qu'il ne soit plus possible d'effectuer l'entier de sa formation au sein d'un unique hôpital universitaire :

« Aujourd'hui, certains font toute leur formation dans la même structure, ce qui est préjudiciable à la mixité des opinions. Il faudrait que les personnes soient obligées de faire une année à l'extérieur, dans une autre institution en Suisse ou à l'étranger. »⁴⁴

La cohésion dans la qualité

Pour Bernhard Christen, la raison d'être de la SSOT est de maintenir le contact, le respect et une certaine cohésion dans la profession, qui représentent des points importants pour le futur de la Société et de l'orthopédie suisse. « Si on commence à opérer les cas des autres, cela ne va pas donner une Société agréable », ajoute le médecin, qui reste convaincu que la qualité de la profession est la seule chose qui importe pour l'avenir de la Société, y compris dans les domaines de l'indication, des tarifs ou de l'éthique : « ces aspects doivent être traités par le corps médical et non par les assurances », rappelle-t-il⁴⁵. La tâche s'avère difficile, si l'on en croit Jürg Knessl :

« Individuellement les médecins sont bien perçus, mais les groupes de médecins ne sont pas bien perçus. Ce qu'il manque, c'est la solidarité. Or, avec les autres disciplines (gynécologie, pédiatrie, médecine générale...), ce sont souvent disputes et rivalités. Changer d'attitude, pour progresser ensemble, est aussi une question d'éthique. »⁴⁶

Catherine Perrin observe quant à elle que les doublons sont nombreux entre les Sociétés de disciplines médicales et les Sociétés cantonales : elle plaide en faveur d'un « allègement des structures, pour davantage de cohérence »⁴⁷.

42 Entretien avec Roland P. Jakob (président 1994-1996).

43 Entretien avec Heinz Bereiter (président 2000-2002).

44 Entretien avec André Kaelin (président 1996-1998).

45 Entretien avec Bernhard Christen (président 2012-2014).

46 Entretien avec Jürg Knessl (président 2004-2006).

47 Entretien avec Catherine Perrin (directrice 2000-2014).

Dans sa conception d'une SSOT qui se montre et valorise ce qu'elle fait, Claudio Dora, président depuis 2018, estime que le plus important est que la Société prenne elle-même en main les problèmes du temps en s'investissant, d'une part, dans la qualité et, d'autre part, dans les questions de financement de la santé publique :

« Si la Société ne le fait pas, ce sont beaucoup d'autres organismes qui le feront pour elle. Le Conseil d'État va prendre des mesures peu adaptées à la santé ou à l'orthopédie, et certaines décisions importantes ne seront pas prises. »⁴⁸

« *Machen statt reden* » (« Faire au lieu de parler ») est la devise de Claudio Dora, qui souhaite plus d'actions et moins de discours⁴⁹. C'est pourquoi, la directrice Rita Zahnd rappelle que la SSOT doit « rester une Société qui s'autogère ; il faut avoir la certitude que swiss orthopaedics puisse à l'avenir aussi définir elle-même ses priorités et décider librement de la manière de gérer la discipline »⁵⁰.

Christian Gerber veut croire en la mission d'une Société médicale qui soit un moyen de satisfaire à la fois patients et praticiens dans un bénéfice mutuel, par l'amélioration de l'orthopédie et de la qualité de vie des malades :

« Il faut utiliser l'instrument SSOT pour assurer les meilleurs soins possibles. Les jeunes se donnent de la peine à servir la discipline orthopédique et les malades, tout en attendant que la société les traite bien en retour. »⁵¹

Bernhard Jost évoque le fait que l'orthopédie est une médecine de qualité de vie, ce qui implique des frais conséquents dont la société civile doit prendre conscience :

« Pendant longtemps, on ne savait pas comment soigner une arthrose de hanche ou de genou, pour supprimer la douleur et ramener la mobilité. On a trouvé des solutions pour ne plus souffrir d'arthrose. Mais il s'agit donc de qualité de vie, et traiter l'appareil locomoteur, cela coûte ; et ça ira en augmentant avec la population qui devient plus âgée. Veut-on y renoncer ?... »⁵²

Roland Jakob est d'avis que la SSOT devrait aider le patient non pas à trouver de bonnes adresses où se faire traiter, mais à se faire une opinion sur la façon la plus économique, pratique et de longue durée pour son problème : « Les patients doivent être participants, mais ils ne sont pas toujours bien instruits par le chirurgien ; et ils ne sont également pas toujours capables de trier l'information sur Internet, il y en a trop », énonce le médecin, qui rappelle que « c'est par les mauvaises indications opératoires que le chirurgien détruit sa réputation ». L'avis du médecin, celui du patient et le second avis médical ne sont donc pas de trop pour assurer une

48 Entretien avec Claudio Dora (président depuis 2018).

49 *Ibid.*

50 Entretien avec Rita Zahnd (directrice depuis 2014).

51 Entretien avec Christian Gerber (président 2010-2012).

52 Entretien avec Bernhard Jost (président 2016-2018).

qualité élevée des indications, dans cette profession dont on dit qu'elle n'est pas une science exacte mais « un art », dont la marge de manœuvre laisse « énormément de liberté décisionnelle aux praticiens, avec des effets secondaires parfois coûteux »⁵³.

Pour Michel Dutoit, il faut garder à l'esprit que « le centre et la cible, c'est le malade ». Il s'agit d'un défi majeur pour tout le corps médical, « en particulier pour les “bricoleurs” que nous sommes », sourit l'orthopédiste⁵⁴. Luzi Dubs le rejoint sur ce point, ayant longtemps promu le modèle « bio-psycho-social » qui revient depuis récemment dans la réflexion médicale sur le patient. Il présente ce modèle en ces termes :

« Il faut penser en trois niveaux (organe, individu, société), et chaque niveau est indépendant des autres : il y a des corrélations mais pas de causalités entre ces trois niveaux. Par exemple, dans les maladies chroniques, on opère des patients qui n'ont pas ou peu mal, mais ont des radiographies impressionnantes ; ou bien on opère des jeunes personnes qui ont de fortes douleurs au genou mais dont le cartilage est intact, car on n'a pas reconnu que la patiente a un handicap dans la société. Les médecins doivent moins penser en techniciens et davantage en philosophes ou en humanistes. »⁵⁵

53 Entretien avec Roland P. Jakob (président 1994-1996).

54 Entretien avec Michel Dutoit (président 2002-2004).

55 Entretien avec Luzi Dubs (président 1998-2000).

Pour conclure

Orthopédistes en cabinet privé ou en hôpital, en zone rurale ou urbaine, médecin-chef ou assistant, spécialiste du coude, de la hanche ou du genou, orienté vers l'adulte ou l'enfant: la SSOT-swiss orthopaedics rassemble des médecins aux profils variés. À cet égard, la politique professionnelle est particulièrement révélatrice de l'importance de définir une ligne de conduite entre médecins et patients, mais surtout entre confrères afin de présenter une image unifiée. Aujourd'hui encore, les questions relatives aux respects des caractéristiques de la profession, telles que la formation et le titre, ou l'image de la spécialité renvoyée à la société civile, constituent une part importante des activités menées par la SSOT.

Aussi, le comité de la SSOT, ses commissions, ses groupes d'experts et les délégués actifs dans les différents organes nationaux et internationaux n'ont-ils pas manqué de travail au fil des ans. Divers enjeux ont marqué le développement de la Société. Dès les années 1990, la formation postgraduée a occupé une partie du travail du comité, le tarif médical a pris une place prépondérante à partir des années 2000, et l'intérêt pour la sécurité des patients a donné une légitimité de poids à l'assurance qualité et à l'amélioration de la communication durant la dernière décennie.

La médecine actuelle s'inscrit définitivement dans la recherche de la qualité, du respect des principes éthiques, ainsi que de la garantie de l'économicité des prestations. Aussi est-ce dans cette optique que se déploient tous les efforts du comité et des diverses commissions de la SSOT. Car sur le plan des relations avec les principaux partenaires, qu'ils soient institutionnels, étatiques ou privés, le constat des dernières années est à un certain durcissement mais aussi à une augmentation des sollicitations. Une "professionnalisation" accrue des organes dirigeants de la SSOT pourrait donc s'avérer nécessaire à moyen terme afin qu'elle soit en mesure d'affronter ces nouveaux défis. En effet, au vu des modifications démographiques et environnementales à venir, la SSOT et ses membres ont encore d'intenses réflexions et développements à mener conjointement.

Annexes

Liste des abréviations

AA	Assurance accident
AAOS	<i>American Academy of Orthopaedics Surgeons</i>
AG extr./ord.	Assemblée générale extraordinaire/ordinaire
AI	Assurance invalidité
AM	Assurance militaire
ANQ	Association nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et cliniques
AO	Association suisse pour l'ostéosynthèse
APO	Association suisse pour l'étude des prothèses et orthèses
ASG-Fellowship	<i>Austrian-Swiss-German Traveling Fellowship</i>
ASMAC	Association suisse des médecins assistant-e-s et chef-fe-s de clinique
ASMI	Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFCP	Commission pour la formation continue et postgraduée de la FMH (devient ISFM)
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CTM	Commission tarifaire médicale AA/AI/AM
DGOT/DGOOC	<i>Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie</i> , devient <i>Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie</i>
DRG	<i>Diagnosis related groups</i>
EBM	<i>Evidence-based medicine</i>
EFORT	<i>European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology</i>
FASMED	Fédération des associations suisses du commerce et de l'industrie de la technologie médicale
FIM	Forfait par indication médicale

fmCh	<i>Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica</i> (Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive)
FMH	<i>Foederatio Medicorum Helveticorum</i> (Fédération des médecins suisses)
FMS	<i>Foederatio Medicorum Scrutantium</i> (Fédération des médecins de thérapies invasives)
FNS	Fonds national suisse de la recherche scientifique
GRAT	<i>Gesamtrevision Arzttarif</i> (Révision globale du tarif médical)
H+	Association suisse des établissements hospitaliers
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue de la FMH (autrefois CFCP)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie et accidents
LPMéd	Loi fédérale sur les professions médicales
MEBEKO	Commission fédérale des professions médicales
MEM	Maurice Edmond Müller
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral des statistiques
OFSP	Office fédéral de la santé publique
ÖGO	<i>Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PIB	Produit intérieur brut
PV	Procès-verbal
QCM	Questions à choix multiples
RA	Rapport annuel / Rapport d'activité
santésuisse	Association des assureurs-maladie suisses
SFAS	<i>Swiss Foot and Ankle Society</i> (Société suisse de chirurgie et médecine du pied)
SSMG	Société suisse de médecine générale
SICOT	Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie
SIRIS	Registre national des implants (hanche et genou)
SMB	<i>Swiss Medical Board</i>
SOFCOT	Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique
SSC	Société suisse de chirurgie
SSCGT	Société suisse de chirurgie générale et de traumatologie (autrefois SSCGU)
SSCGU	Société suisse de chirurgie générale et d'urgence (actuellement SSCGT)

SSCR	Société suisse de chirurgie du rachis
SSN	Société suisse de neurochirurgie
SSO	Société suisse d'orthopédie (devient SSOT et swiss orthopaedics)
SSOT	Société suisse d'orthopédie et de traumatologie (anciennement SSO)
TarMed	Tarifification médicale suisse
UEMS	Union européenne des médecins spécialisés
Union	Union des Sociétés chirurgicales suisses

Bibliographie

Sources primaires

Archives SSO/SSOT/swiss orthopaedics

- Bulletin SSO/SSOT* (n° 51, 1990 – n° 77, 2008).
Procès-verbal de l'Assemblée générale de la SSO/SSOT (20 juin 2002 – 1^{er} juillet 2010 (polycopiés) ; 26 juin 2014 – 29 juin 2017 (fascicules).
Programme principal du Congrès annuel de la SSO (1999, 2000).
SSO actuel (n° 1, 1998 – n° 31, 2009).
SSOT-Bulletin actuel (n° 1 déc. 2010 – n° 6 mai 2013).
Swiss orthopaedics, focus (n° 1, mai 2014 – n° 5, mai 2018).

Articles, études diverses

- ASSM,
– *Bases juridiques pour le quotidien du médecin. Un guide pratique*, édité par l'ASSM et la FMH, 2013 (2^e éd.) (www.samw.ch/fr/Publications/Guides-pratiques.html).
– *Directives de l'ASSM: Collaboration corps-médical-industrie*, version '13, 2013 (www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html).
« Auszug aus dem Protokoll der Schweizer. Ärztekammer vom 28. Juni 1931: Regelung der Spezialistenfrage », *Bulletin des médecins suisses-Schweizerische Ärztezeitung* 36, 1931, 500–501.
Charles Cathy, Gafni Amiram & Whelan Tim, « Decision-making in the physician and patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model », *Social Science & Medicine* 49, 1999, 651–661.
FMCH, *Statuts fmCh 2018* (www.fmch.ch/fmch/).

- FMH,
- *Concept « valeur intrinsèque » TARMED*, version 9.0 (www.fmh.ch/files/pdf22/dignitaetkonzept90def_f.pdf).
 - *Statistique médicale de la FMH, état au 31.12.2018*, Secrétariat général FMH 2019 (www.fmh.ch/fr/themes/statistique-medicale/statistique-medicale-fmh.cfm).
- Haynes Alex B., Weiser Thomas G., Berry William R. & Lipsitz Stuart R., « A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population », *New England Journal of Medicine* 360, 2009, 491–499 (www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119).
- Hostettler Stefanie & Kraft Esther, « Peu de femmes aux postes de cadre (Statistique médicale 2018 de la FMH) », *Bulletin des médecins suisses* 100/12, 2019, 411–416 (www.bullmed.ch/fr/article/doi/bms.2019.17687).
- Lübbecke Anne, Baréa Christophe & Miozzari Hermès, *Geneva Arthroplasty Registry. Annual Report 1996-2006*, HUG : Genève, 2017.
- Murray Christopher J. L. & Lopez Alan D. (Ed.), *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*, The Harvard School of Public Health on behalf of the WHO and the World Bank : Harvard University Press, 1996.
- OFS, « Maladies de l'appareil musculo-squelettique », *Statistiques de la santé 2014*, Neuchâtel, 2014 (www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante.html).
- OFSP,
- *Maladies de l'appareil locomoteur, dernière modification 07.11.2018* (www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/erkrankungen-bewegungsapparat.html).
 - *Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie : Adaptation du tarif médical TARMED*, 18 oct. 2017 (www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherungen/krankenversicherungen-revisionsprojekte.html).
 - *Ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie*, Berne, 13 juin 2014, 3–6 (www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherungen/krankenversicherungen-revisionsprojekte.html).
- Schmuck Pascal, « Bientôt un deuxième avis médical possible sur Internet », *24 Heures*, 29.04.2015 (www.24heures.ch/suisse/Bientot-un-deuxieme-avis-medical-possible-sur-Internet/story/14658220).
- SIRIS, *Registre des implants de hanche et de genou. Rapport scientifique annuel 2012-2015, version abrégée* (www.swissorthopaedics.ch/images/content/SIRIS/KurzfassungF.pdf).
- SIRIS, *Report 2012-2015. Annual Report of the Swiss National Joint Registry, Hip and Knee* (www.swissorthopaedics.ch/images/content/SIRIS/170516_SIRISAnnualReport2015_Finalcopie.pdf).

- SSC, *Sociétés de formation approfondie* (<https://sgc-ssc.ch/fr/nous-concernant/societes-de-formation-approfondie.html>).
- SwissDRG (www.swissdrg.org).

Entretiens

- Heinz Bereiter, 29 août 2018.
- Josef Emil Brandenberg, 14 juin 2018.
- Andreas Burckhardt, 17 janvier 2018.
- Bernhard Christen, 28 août 2018.
- Claudio Dora, 12 septembre 2018.
- Luzi Dubs, 16 janvier 2018.
- Michel Dutoit, 6 décembre 2017.
- Alain Farron, 10 janvier 2018.
- Christian Gerber, 25 janvier 2018.
- Pierre Hoffmeyer, 22 août 2018.
- Roland Peter Jakob, 4 septembre 2018.
- Bernhard Jost, 13 septembre 2018.
- André Kaelin, 11 décembre 2017.
- Jürg Knessl, 24 janvier 2018.
- Catherine Perrin, 5 décembre 2017.
- Rita Zahnd, 25 juillet 2018.

Manuels d'orthopédie

- Andry Nicolas, *L'Orthopédie ou L'art de prévenir et de corriger dans les enfans [sic] les difformités du corps. Le tout par des moyens à la portée des pères et des mères, et de toutes les personnes qui ont des enfans à élever*, Paris : Alix/Lambert & Durand, 1741.
- Dubs Luzi (éd.), *Orthopädie an der Schwelle*, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle : Hans Huber Verlag, 2000.
- Hefti Fritz, *Kinderorthopädie in der Praxis*, Berlin etc. : Springer, 1998.
- Knessl Jürg, *Medizinische Ethik aus heutiger Sicht*, Basel, Boston, Berlin : Birkhäuser, 1989.
- Ochsner Peter E. & Borens Olivier (éds), *Infections ostéo-articulaires : Fondements, prophylaxie, diagnostic et traitement*, swiss orthopaedics : Grandvaux, 2015.
- (éds), *Infektionen des Bewegungsapparates : Grundlagen, Prophylaxe, Diagnostik und Therapie*, swiss orthopaedics : Grandvaux, 2013.

Littérature secondaire

- « 50 Jahre Klinik für Orthopädische Chirurgie, Kantonsspital St. Gallen », *Swiss Med* 32/3, 2010.
- Cooter Roger, *Surgery and Society in Peace and War. Orthopaedics and the Organization of modern Medicine (1880–1948)*, Basingstoke : Palgrave Macmillan, 2014.
- Debrunner Hans, *Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie*, Bern : Buchdr. Paul Haupt, [1969].
- Dejan Maric & Wyder Margrit (éds), « *Der Orthopädie verschrieben* ». *Hans Debrunner (1889–1974). Artz – Dozent – Schriftsteller*, Aachen : Shaker Verlag, 2014.
- Donzé Pierre-Yves, *Histoire des politiques hospitalières en Suisse romande*, Neuchâtel, Ed. Alphil-Presses universitaires suisses, 2017.
- *L'Ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840–1960)*, Lausanne : Éditions BHMS, 2007.
- Fredenhagen Hermann, Romer Urs & Rüttimann Beat (éds), *Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie. Die zweiten 25 Jahre (1967–1992). Zum 50jährigen Bestehen der Gesellschaft*, Bern, Göttingen, Toronto : Hans Huber Verlag, 1992.
- Histoire de la sécurité sociale en Suisse* (www.histoiredelasecuritesociale.ch),
- « Caisses-maladie »
 - « L'aboutissement d'un projet séculaire : la révision totale de la loi sur l'assurance-maladie »
 - « Maladie »
- Jeannot Jean-Pierre, *Leading a Surgical Revolution. The AO Foundation–Social Entrepreneurs in the Treatment of Bone Trauma*, Cham : Springer, 2019.
- Kaba Mariama, « Aux sources de l'orthopédie clinique. L'histoire revisitée de Jean-André Venel, “père de l'orthopédie” (fin 18^e- début 19^e siècle) », *Revue suisse d'histoire* 65/2, 2015, 269–282.
- « Die Konstruktion einer medizinischen Disziplin und ihre Herausforderungen. Die Orthopädie in der Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert », *Therapeutische Umschau* 72/7, 2015, 437–443.
 - « Tensions and consensus between medical disciplines. The history of orthopaedics and its links with surgery », *Swiss Knife. Journal de la Société suisse de chirurgie* 1, 2017, 18–20.
 - *Une histoire de l'orthopédie. L'Hôpital orthopédique de la Suisse romande dans le contexte international (18^e-21^e siècle)*, Lausanne : Éd. BHMS, 2018.
- Koch Patricia, Hügle Thomas, Hasler Carol, Hintermann Beat & Valderrabano Victor, *Die Geschichte der Orthopädie an der Universität Basel. Festschrift zum 50-jährigen Jubiläum*, Basel : Karger Verlag, 2014.

- Schlich Thomas, « “One and the same the world over”. The international culture of surgical exchange in an age of globalization (1870–1914) », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 71/3, 2016, 247–270.
- *Surgery, science and industry. A revolution in fracture care (1950^s–1990^s)*, Basingstoke : Palgrave Macmillan, 2002.
- « Sociétés savantes », *Dictionnaire historique de la Suisse (DHS)* (www.hls-dhs-dss.ch).
- Ternon Yves, « La fin du chirurgien généraliste », in : Aiach Pierre & Fassin Didier (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris : Anthropos, 1994, 181–199.
- Weisz George, *The medical mandarins. The French academy of medicine in the 19th and Early 20th Centuries*, New York, Oxford : Oxford University Press, 1995.
- Wolff Eberhard, « À la croisée d'un réseau flexible. La Société suisse de chirurgie au fil du temps », in : Steinke Hubert, Wolff Eberhard & Schmid Ralph Alexander (éds), *Incisions, nœuds et réseaux – Les 100 ans de la Société suisse de chirurgie. Schnitte, Knoten und Netze – 100 Jahre Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie*, Zurich : Chronos Verlag, 2013, 59–85.

Brèves biographies des présidents et des directrices depuis 1992

Les présidents

1992-1994, **Andreas Burckhardt**

- Médecin-chef à l'Hôpital cantonal de Soleure, il y introduit la clinique en chirurgie orthopédique. Il figure notamment parmi les membres fondateurs de l'EFORT et parmi les premiers membres de l'APO. Il a aussi été ombudsman auprès de l'Union des Sociétés chirurgicales suisses. Membre d'honneur swiss orthopaedics.
- Deux éléments qui définissent son mandat : renouvellement des statuts SSO de 1992 ; collaboration avec les chirurgiens.

1994-1996, **Roland Peter Jakob**

- Médecin-chef à l'Hôpital cantonal de Fribourg, il a notamment été président de l'AO, délégué auprès de la FMH et secrétaire de la Fondation du fonds des bourses de la SSOT. Il a aussi été l'invité de la *MEM Lecture* au congrès annuel 2018. Membre d'honneur swiss orthopaedics.
- Deux éléments qui définissent son mandat : régulation du nombre d'orthopédistes ; préservation de l'articulation.

1996-1998, André Kaelin

- Fondateur du service d'orthopédie pédiatrique aux HUG, il est nommé professeur d'orthopédie à l'Université de Genève. Il a notamment été président de l'Association des orthopédistes pédiatres européens, et il est actuellement président de la Société suisse des chirurgiens du dos.
- Deux éléments qui définissent son mandat: orthopédie pédiatrique; chirurgie du rachis.

1998-2000, Luzi Dubs

- Praticien privé en chirurgie orthopédique et traumatologie à Winterthour, il a notamment contribué à introduire l'*Evidence-based Medicine* en Suisse. Il a aussi initié le groupe d'experts Médecine des assurances de la SSOT. Membre d'honneur swiss orthopaedics.
- Deux éléments qui définissent son mandat: indications opératoires; clinimétrie.

2000-2002, Heinz Bereiter

- Médecin-chef adjoint du Département de chirurgie et responsable de la clinique d'orthopédie à l'Hôpital cantonal de Coire, il a notamment été membre de la commission Intérêts professionnels de la SSO, et il a contribué au *Guide de l'orthopédie suisse (Leitbild der Orthopädie Schweiz)* paru en 1990. Membre d'honneur swiss orthopaedics.
- Deux éléments qui définissent son mandat: *Guide de l'orthopédie*; groupes d'experts.

2002-2004, Michel Dutoit

- Autrefois médecin-chef de l'unité d'orthopédie pédiatrique, puis médecin adjoint de l'Unité pédiatrique du CHUV et de l'Hôpital de l'enfance à Lausanne, il a notamment été membre du comité de la fmCh et de l'EFORT. Membre d'honneur swiss orthopaedics.
- Deux éléments qui définissent son mandat: lancement du TarMed; réseaux professionnels.

2004-2006, Jürg Knessl

- Praticien privé en chirurgie orthopédique à Zurich, il a notamment été membre de la commission Intérêts professionnels et du groupe d'experts Pied de la SSOT. Il est délégué pour l'orthopédie auprès de la fmCh et œuvre dans la commission d'éthique du groupe Hirslanden. Membre d'honneur swiss orthopaedics.
- Deux éléments qui définissent son mandat: éthique médicale; le « médecin-entrepreneur ».

2006-2008, Joseph Emil Brandenburg

- Autrefois directeur de la Clinique orthopédique de Lucerne et actuellement président du conseil d'administration de cette clinique, il a notamment présidé la commission Honoraires et Tarifs de la SSOT, et a été ombudsman auprès de la fmCh. Il est actuellement président de la fmCh. Membre d'honneur swiss orthopaedics.
- Deux éléments qui définissent son mandat: contacts avec les assurances; lancement du registre SIRIS.

2008-2010, Pierre Hoffmeyer

- Chef du Département de chirurgie aux HUG et professeur ordinaire de chirurgie à l'Université de Genève, il a notamment été président de l'EFORT et est actuellement ombudsman auprès de la fmCh. Membre d'honneur swiss orthopaedics.
- Deux éléments qui définissent son mandat: rapport scientifique du registre SIRIS; président de l'EFORT.

2010-2012, Christian Gerber

- Actuellement professeur émérite, il a été médecin-chef à la clinique d'orthopédie de l'Hôpital universitaire Balgrist et professeur d'orthopédie à l'Université de Zurich. Il a notamment été responsable de la commission Examen de la SSOT. Membre d'honneur swiss orthopaedics.
- Deux éléments qui définissent son mandat: examen de spécialiste; sécurité du patient (not. ré-certification, *MinimalDataSet*).

2012-2014, Bernhard Christen

- Notamment praticien privé à la SportClinic de Berne, il est président du groupe d'experts Genou de la SSOT et rapporteur d'expertises pour le genou dans le registre national des implants SIRIS.
- Deux éléments qui définissent son mandat: nouvelle identité visuelle (sigle « swiss orthopaedics »); mesures externes de qualité.

2014-2016, Alain Farron

- Professeur ordinaire d'orthopédie et de traumatologie à l'Université de Lausanne, il est responsable du Département de l'appareil locomoteur du CHUV. Il a notamment présidé la commission d'experts de la SSOT.
- Deux éléments qui définissent son mandat: formation postgraduée; congrès de l'EFORT en Suisse.

2016-2018, Bernhard Jost

- Médecin-chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologie à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, il a notamment été membre de la commission

Formation postgraduée et de la commission Examens de la SSOT. Il a aussi présidé le groupe d'experts Épaule/Coude.

- Deux éléments qui définissent son mandat: le label « swiss orthopaedics excellence » ; qualité/qualité de vie.

Depuis 2018, Claudio Dora

- Médecin-chef en chirurgie de la hanche à la clinique Schulthess de Zurich, il a notamment été médecin-chef adjoint d'orthopédie à l'Hôpital universitaire Balgrist à Zurich, et été secrétaire responsable de l'organisation du congrès annuel de la SSOT.
- Deux éléments qui définissent son mandat: valoriser l'image de swiss orthopaedics ; mener les projets à terme.

Les directrices

2000-2014, Catherine Perrin

- Docteure en lettres, elle a notamment été la cheffe du département de la formation postgraduée et continue de la FMH et a travaillé pour la Fondation pour la promotion de la santé. Membre d'honneur swiss orthopaedics.
- Deux éléments qui définissent son mandat: développement de la communication ; politique médicale.

Depuis 2014, Rita Zahnd

- Responsable de la société de consulting *MC Service* orientée dans le commerce et le marketing, elle est active dans des domaines médicaux et non médicaux.
- Deux éléments qui définissent son mandat: maintenir les valeurs de swiss orthopaedics ; assurer une autogestion de la Société.

Congrès annuels et thèmes principaux de la Société depuis 1992

1992 à Lausanne (17-20 juin)

Thèmes principaux

- Affections non-traumatiques de la colonne lombaire
- Lésions ligamentaires fraîches des membres inférieurs

1993 à Munich (30 juin-4 juillet) en commun avec la DGOT et l'ÖGO

Thème de la SSO

La chirurgie correctrice de l'extrémité inférieure à la suite de traumatismes

1994 à Lucerne (22-24 septembre) en commun avec l'Union des Sociétés chirurgicales suisses

Thème principal de l'Union

Assurance qualité

Thème principal de la SSO en commun avec la Société suisse de chirurgie plastique reconstructive et esthétique

Komplexe Weichteilprobleme nach Trauma und orthopädischen Eingriffen an der unteren Extremität

1995 à Genève (14-16 septembre)

Thèmes principaux

- Indications opératoires relatives
- Osteomyélite post-traumatique et prothèses infectées

1996 à Berne (13-14 juin)

Thèmes principaux

- Complications et séquelles des fractures de l'enfant
- Prothèses de l'extrémité supérieure

1997 à Montreux (17-20 septembre) en commun avec la Société belge de chirurgie orthopédique et traumatologique

Thèmes principaux

- Rachis lombaire douloureux: indications, techniques et résultats des traitements chirurgicaux
- Fractures de fatigue et douleurs de pied dues à la surcharge

1998 à Lausanne (24-27 juin) en commun avec l'Union des Sociétés chirurgicales suisses

Thèmes principaux

- Nouvelles sociétés – quelle chirurgie ?
- Chirurgie et sport

1999 à Winterthour (9-11 septembre)

Thèmes principaux

- L'orthopédie et l'industrie
- Minimal Art en orthopédie et en traumatologie

2000 à Davos (7-9 septembre)**Thèmes principaux**

- I. Fractures proximales du fémur
- II. Études comparatives ; Évaluation (assessment) de capacité

2001 à Lugano (23-25 août)**Thèmes principaux**

- I. Enclouage centromédullaire (en commun avec la Société suisse de traumatologie et médecine d'assurances)
- II. Effets à long terme des interventions orthopédiques chez l'enfant
- III. Analyse du rapport coût / bénéfice

2002 à Lausanne (19-22 juin) en commun avec l'Union des Sociétés chirurgicales suisses**Thème principal du congrès**

La chirurgie assistée par ordinateur

Thème traité avec d'autres Sociétés de discipline médicale

Les lambeaux des extrémités inférieures (en commun avec la Société de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique)

Thème orthopédique

Prise en charge moderne des fractures

2003 à Bâle (30 octobre-1^{er} novembre)**Thèmes principaux**

- I. Traumatismes du pied et leurs séquelles
- II. La hanche douloureuse

2004 à Montreux (23-25 septembre)**Thèmes principaux**

- I. La traumatologie de la personne âgée
- II. Douleurs antérieures du genou et du coude

2005 à Zurich (7-9 septembre)**Thèmes principaux**

- I. L'épaule, traumatisme et séquelles
- II. Management de l'infection

2006 à Lucerne (20-22 septembre)**Thèmes principaux**

- I. Arthrose de la cheville
- II. Minimal invasive surgery

2007 à Montreux (19-21 septembre)**Thèmes principaux**

- I. Lésions traumatiques aiguës et chroniques du sport
- II. Traitement chirurgical conservateur de l'arthrose du genou

2008 à Bâle (24-26 septembre)**Thèmes principaux**

- I. Conséquences primaires et secondaires après traumatisme de l'avant-bras, du coude et du poignet
- II. Résultats à long terme des traitements chirurgicaux des affections articulations

2009 à Genève (24-26 juin)**Thèmes principaux**

- I. Fractures articulaires
- II. L'épaule dégénérative

2010 à St-Gall (30 juin-2 juillet)**Thèmes principaux**

- I. Fractures périprothétiques et fractures métaphysaires des extrémités inférieures
- II. Douleur de la hanche : que faire avant la PTH [prothèse totale de hanche] ?

2011 à Lausanne (22-24 juin)**Thèmes principaux**

- I. Instabilité articulaire traumatique
- II. Le traitement de l'arthrose précoce

2012 à Bâle (27-29 juin)**Thèmes principaux**

- I. L'importance des résultats à long terme dans et pour la prothétique
- II. Innovations dans le traitement des fractures

2013 à Lausanne (26-28 juin)**Thèmes principaux**

- I. Indications opératoires des fractures
- II. Diagnostic en orthopédie

2014 à St-Gall (25-27 juin)**Thèmes principaux**

- I. La prothèse douloureuse
- II. Les fractures du fémur proximal

2015 à Bâle (24-26 juin)**Thèmes principaux**

- I. Prise en charge des défauts tissulaires (osseux, cartilagineux, tendineux, etc.)
- II. Lésions ligamentaires

2016 à Genève (1-3 juin) en commun avec l'EFORT**Thème principal**

Maintaining activity through life

2017 à St-Gall (28-30 juin)**Thèmes principaux**

- I. *Hot topics in indications to surgery*
- II. *Prosthetic surgery for patients younger than 50*

2018 à Montreux (6-8 juin)**Thèmes principaux**

- I. *5 years of Swiss national hip and knee implant registry*
- II. *Fractures around the knee*

2019 à Baden (26-28 juin)**Thème principal (commun à l'orthopédie et à la traumatologie)**

(Un)necessary surgeries in orthopaedics and traumatology

Liste des présidents depuis la création
de la Société

1942 - 1944	Richard Scherb
1944 - 1947	Placide Nicod
1947 - 1951	Jean-Charles Scholder
1951 - 1955	Hans Debrunner
1955 - 1958	Max René Francillon
1958 - 1962	Adolphe Perrot
1962 - 1964	Eduard Burckhardt
1964 - 1968	Louis Nicod

1968 - 1971	Maurice Edmond Müller
1971 - 1974	Hermann Fredenhagen
1974 - 1977	Norbert Gschwend
1977 - 1980	Pierre Scholder
1980 - 1982	Hans Christophe Meuli
1982 - 1984	Erwin Morscher
1984 - 1986	Harold Vasey
1986 - 1988	Adam Schreiber
1988 - 1990	Gottfried Segmüller
1990 - 1992	Jean-Jacques Livio
1992 - 1994	Andreas Burckhardt
1994 - 1996	Roland Peter Jakob
1996 - 1998	André Kaelin
1998 - 2000	Luzi Dubs
2000 - 2002	Heinz Bereiter
2002 - 2004	Michel Dutoit
2004 - 2006	Jürg Knessl
2006 - 2008	Josef Emil Brandenburg
2008 - 2010	Pierre Hoffmeyer
2010 - 2012	Christian Gerber
2012 - 2014	Bernhard Christen
2014 - 2016	Alain Farron
2016 - 2018	Bernhard Jost
2018 -	Claudio Dora

Parutions

Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

- Le mouvement peut-il guérir? Les usages médicaux de la gymnastique au 19^e siècle*
G. Quin, 352 p., 2019
- Visages. Histoires, représentations, créations*
Édité par L. Guido, M. Hennard Dutheil de la Rochère, B. Maire, F. Panese
et N. Roelens, avec un prélude de J.-J. Courtine, XXII et 410 p., 2017
- Les mots du corps. Expérience de la maladie dans des lettres de patients à un médecin du 18^e siècle: Samuel Auguste Tissot*
S. Pilloud avec une préface par O. Faure, XVIII et 374 p., 2013
- Le compas & le bistouri. Architectures de la médecine et du tourisme curatif. L'exemple vaudois (1760–1940)*
D. Lüthi avec une préface par A.-M. Châtelet, XXII et 548 p., 2012
- Body, Disease and Treatment in a Changing World. Latin Texts and Contexts in Ancient and Medieval Medicine*
Édité par D. R. Langslow and B. Maire, XVIII et 404 p., 2010
- Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876-1920)*
Ph. Rieder, XII et 392 p., 2009
- Le style des gestes. Corporéité et kadans le récit littéraire*
G. Bolens avec une préface par A. Berthoz, XIV et 156 p., 2008
- La médecine dans l'Antiquité grecque et romaine*
H. King et V. Dasen, XII et 130 p., 2008
- L'Ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840-1960)*
P.-Y. Donzé avec une préface par J. V. Pickstone, XX et 369 p., 2007
- Medicina, soror philosophiae. Regards sur la littérature et les textes médicaux antiques (1975-2005)*
Ph. Mudry. Édité par B. Maire, avec une préface par J. Pigeaud, XXIV et 545 p., 2006
- La formation des infirmiers en psychiatrie. Histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie 1961-1996 (ECVIP)*
J. Pedroletti, VIII et 231 p., 2004

Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande
P.-Y. Donzé, 388 p., 2003

Visions du rêve
Édité par V. Barras, J. Gasser, Ph. Junod, Ph. Kaenel
et O. Mottaz, 288 p., 2002

Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débat sur l'eugénisme. Pratique de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au 20^e siècle
G. Heller, G. Jeanmonod et J. Gasser, 482 p., 2002

Médecins voyageurs. Théorie et pratique du voyage médical au début du 19^e siècle
D. Vaj, 348 p., 2002

La médecine à Genève jusqu'à la fin du 18^e siècle
L. Gautier, réédition, avec une préface par J. Starobinski
et une introduction par V. Barras et M. Louis-Courvoisier, 746 p., 2001

L'Avènement de la médecine clinique moderne en Europe 1750-1815.
Politique, institutions et savoirs
O. Keel, 544 p., 2001

Soigner et consoler. La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime (Genève 1750-1820)
M. Louis-Courvoisier, 336 p., 2000

Sources en perspectives

C. G. Jung. Comptes rendus critiques de la psychologie francophone.
Introduction, traduction et notes par F. Serina, 204 p., 2020

Maqari, Le Recueil des vertus de la médecine ancienne. La médecine gréco-arabe en Mauritanie
Édition, introduction et notes par B. Graz, V. Barras, A.-M. Moulin et C. Fortier, 361 p., 2017

L'Usage du sexe. Lettres au Dr Tissot, auteur de «L'Onanisme» (1760)
Édition, introduction et notes par P. Singy, X et 278 p., 2014

Samuel Auguste Tissot, De la Médecine civile ou de la Police de la Médecine
Édité par M. Nicoli, introduction par D. Tosato-Rigo et M. Nicoli, LXX et 160 p., 2009

Gabriel Tarde, «Sur le sommeil. Ou plutôt sur les rêves». Et autres textes inédits
Édition, introduction et notes par J. Carroy et L. Salmon, VIII et 228 p., 2009

Se soigner par les plantes. Les «Remèdes» de Gargile Martial
Édition, traduction et notes par B. Maire avec un avant-propos par K. Hostettmann et un dossier iconographique par M. Fuchs, XXXVI et 136 p., 2007

Hors-série

L'Hôpital Riviera-Chablais. Enjeux et défis d'une collaboration intercantonale
M. Kaba et A. Cochand, 308 p., 2019

Une histoire de l'orthopédie. L'Hôpital orthopédique de la Suisse romande dans le contexte international (18^e-21^e siècle)
M. Kaba, 284 p., 2018

La Maternité de Lausanne. Un patrimoine pour la vie
Édité par R. Fuschetto, 112 p., 2017

75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne. Du Bercaill au Centre psychothérapeutique
T. Garibian, avec un avant-propos par J.-M. Henny, une préface par F. Ansermet et une postface par O. Halfon et Ph. Nendaz, XVIII et 130 p., 2015

Anatomies. De Vésale au virtuel
Édité par V. Barras, 104 p., 2014, coédition avec T. Schaap éditeur

Migration et système de santé vaudois, du 19^e siècle à nos jours
M. Garibian et V. Barras, XVI et 72 p., 2012

L'Hôpital de l'enfance de Lausanne. Histoire d'une institution pionnière de la pédiatrie suisse
M. Tavera et V. Barras, XII et 188 p., 2011

Ebooks et bases de données en libre accès

Le mouvement peut-il guérir? Les usages médicaux de la gymnastique au 19^e siècle
G. Quin, 352 p., 2019 (également disponible en version papier)

L'Imprimé scientifique. Enjeux matériels et intellectuels
Édité par M. Nicoli, X et 186 p., 2014
Série Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

Archives du corps et de la santé au 18^e siècle: les lettres de patients au Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797)
S. Pilloud, M. Louis-Courvoisier et V. Barras, 2013
Base de données en ligne: www.chuv.ch/iuhmsp/ihm_bhms

Documenter l'histoire de la santé et de la maladie au siècle des Lumières: les consultations épistolaires adressées au Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797)
S. Pilloud, 50 p., 2013
Série Sources en perspective

Maladies en lettres, 17^e-21^e siècles
Édité par V. Barras et M. Dinges, 266 p., 2013
Série Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

Cartes

La Maternité de Lausanne. Vues historiques

Sept cartes A6 (105 x 148 mm), cartes_BHMS 2, 2017

Fleurs animées & Flore médicale

Douze cartes A5 (15 x 21 cm), cartes_BHMS 1, 2012

À paraître

W. B. Cannon, Conférences sur les émotions et l'homéostasie, Paris, 1930

Édition, introduction et notes par M. Arminjon

Collection Sources en perspective

200 p., 60 ill., 2020

Pierre Decker, médecin et collectionneur

G. Monney, C. Noverraz et V. Barras

Collection Hors-série

240 p., 200 ill., 2020

Le laboratoire des troubles mentaux: expérimentation animale et recherche thérapeutique à l'ère de la psychopharmacologie

L. Gerber

Collection Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

300 p., 2021

Galien, Tempéraments

Introduction, traduction et notes par V. Barras et T. Birchler

Collection Sources en perspective

200 p., 2021

La Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie
au tournant du nouveau millénaire a été achevé d'imprimer
en juin 2020 par l'imprimerie Bloch AG, Arlesheim, Suisse
Dépôt légal: juin 2020