

move! 95

*Une nouvelle façon de penser pour
la médecine et le quotidien en clinique*

IMPULSIONS POUR L'ORTHOPÉDIE ET LE MILIEU PROFESSIONNEL – POUR MÉDECINS, EXPERTS ET CADRES SUPÉRIEURS

Entretien avec le professeur Stefan Eggli

« Il ne faut pas suivre
toutes les tendances »



Preservation in motion

Affinis Inverse contre la
problématique du notching



Regard sur le monde

L'agilité : bien plus
qu'une simple mode



« Il ne faut pas suivre toutes les tendances »



Le professeur Stefan Eggli

est CEO de l'hôpital Sonnenhof à Berne (Suisse) depuis 2010, où il dirige le service de chirurgie sportive et du genou, fonction qu'il a exercée auparavant à l'hôpital universitaire de Berne. Outre divers stages de spécialisation aux États-Unis, en France et en Allemagne, il a effectué sa formation en orthopédie auprès de spécialistes de renom tels que le professeur R. Ganz et le professeur Maurice E. Müller. L'éventail d'interventions de ce spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur comprend entre autres l'arthroplastie du genou, la chirurgie du ligament croisé et du ménisque, les transplantations de cartilage ainsi que le traitement de lésions ligamentaires complexes. De plus, le professeur Eggli mène des recherches dans le domaine des nouveaux designs de prothèse et est largement impliqué dans le perfectionnement des techniques opératoires de préservation du ligament croisé (SID). Le professeur Eggli a été récompensé pour son travail à plusieurs reprises et a publié de nombreux articles et chapitres d'ouvrages spécialisés.

Certains considèrent les interventions assistées par robotique et les implants spécifiques aux patients comme l'avenir de la chirurgie prothétique, tandis que d'autres y voient plus un effet de mode et de marketing plutôt coûteux. Le professeur Eggli, spécialiste du genou, fait confiance aux implants éprouvés dans la pratique clinique et au tenseur ligamentaire.

Professeur Eggli, quel est votre avis concernant les implants et les instruments spécifiques aux patients ?

Au cours des dernières années, la science et l'industrie ont déployé beaucoup d'efforts pour que les prothèses articulaires se rapprochent le plus possible de l'anatomie de l'articulation du genou humain. Mais jusqu'à présent, les résultats cliniques ne se sont malheureusement pas améliorés. L'engouement pour les implants spécifiques aux patients (ISP), que je n'ai jamais partagé, est déjà sur le déclin. Concernant les ISP, il n'y a toujours pas de preuve scientifique venant attester un réel bénéfice. Par contre, ce qui est avéré, c'est que les coûts et la charge de travail sont plus élevés, deux facteurs délicats dans la discussion actuelle. Sans doute, toutes ces innovations ne sauraient résister aux critères d'une évaluation des technologies en médecine, à savoir l'« efficacité, l'utilité et la rentabilité ».

« Concernant les ISP, il n'y a toujours pas de preuve scientifique venant attester un réel bénéfice. »

La robotique a également le vent en poupe dans les salles d'opération. Que pensez-vous de cette tendance en orthopédie ?

Après avoir constaté dans plus de 20 études randomisées prospectives consécutives à l'introduction de la pose de prothèses de genou assistée par ordinateur et des ISP que l'incision la plus précise possible n'avait pas d'impact sur le résultat clinique, cette histoire refait actuellement encore une fois son apparition. Du point de vue scientifique, c'est « du réchauffé ». En plus de cela, maintenant, la charge de travail et les coûts d'investissement sont largement plus importants. La logique de base m'amène à penser qu'en dehors d'un certain effet de marketing pour le chirurgien, les pa-

tients, eux, n'en tireront aucun bénéfice, d'autant plus qu'en fin de compte, l'implant posé est tout à fait standard.

« Aussi bien la technique basée sur l'équilibre des parties molles que celle axée sur l'os présentent des avantages et des inconvénients spécifiques. »

Au lieu de vous en remettre à la navigation, aux ISP et à la robotique, vous faites confiance au tenseur ligamentaire et aux implants éprouvés avec des résultats cliniques consignés. Pourquoi et quels résultats obtenez-vous de cette manière ?

Comme je l'ai déjà suggéré, malheureusement, les résultats ne se sont pas sensiblement améliorés suite à toutes les innovations mises en avant par le marketing. La prothèse de genou LCS®, qui a été lancée il y a plus de 40 ans, affiche encore l'un des taux de révision les plus bas dans les registres, tout comme le système balanSys d'ailleurs. Lorsqu'on maîtrise bien une technique et que l'on connaît bien un implant, il ne faut pas suivre toutes les tendances autour de faire de nouveau subir toute la courbe d'apprentissage à ses patients.

« Le principal avantage de la technique axée sur les parties molles est que le composant prothétique peut être adapté au genou de chaque patient. »

Aussi bien la technique basée sur l'équilibre des tissus mous que celle axée sur l'os présentent des avantages et des inconvénients spécifiques. Les chirurgiens ayant peu de cas à traiter devraient plutôt privilégier la technique axée sur l'os car l'orientation sur les parties molles requiert un peu plus de savoir-faire.

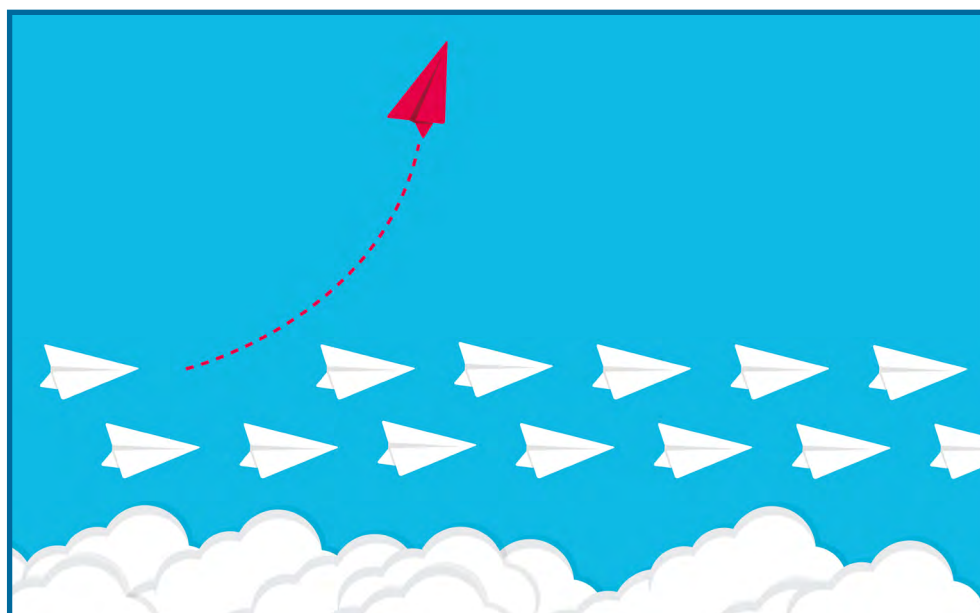
concernant l'effet des différentes techniques de libération et, par conséquent, le taux de cas dits « aberrants » a tendance à être plus élevé. Pour des mains expertes, la technique offre cependant des résultats reproductibles de grande qualité, notamment en cas de problèmes ligamentaires complexes. Dans ces cas-là, la stabilité de l'articulation du genou dans tous les degrés de flexion peut être nettement mieux influencée, et ce en réalisant des mesures mécaniques *in vivo*, sans planification par tomodensitométrie (TDM), sans assistants techniques et surtout, sans robot !

Selon vous, à quel niveau se situent les avantages d'une technique opératoire spécifique au patient et axée sur les parties molles ?

Le principal avantage de la technique axée sur les tissus mous est que le composant prothétique peut être adapté au genou de chaque patient. Étant donné que la libération précède

les coupes osseuses, celles-ci peuvent être effectuées en fonction de l'alignement définitif du composant fémoral, et aussi bien la ligne articulaire que la taille du composant peuvent être adaptées. Par opposition, le principe de base de la technique axée sur l'os consiste à retirer une quantité osseuse définie en fonction de la taille de l'implant avant la libération, tant au niveau du tibia proximal que du fémur distal. Ensuite, il n'est possible de faire des ajustements qu'en modifiant la hauteur du polyéthylène.

Professeur Eggli, nous vous remercions pour cet entretien !

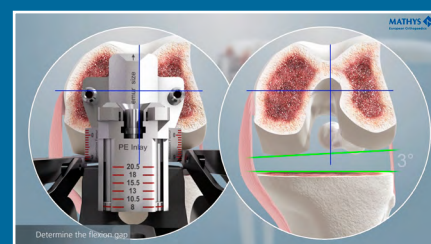
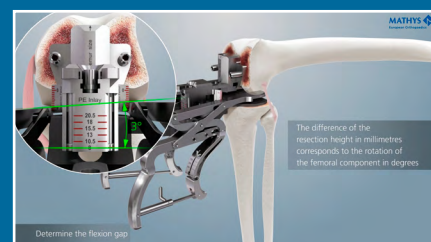


Cet entretien reflète exclusivement l'opinion du professeur Eggli.

Nouvelle animation : tenseur ligamentaire



<https://bit.ly/2P3pr6q>



Affinis Inverse contre la problématique du notching

Deux des raisons principales pour lesquelles les prothèses d'épaule inversées

peuvent échouer sont d'une part, un équilibre non optimal des parties

molles du fait de l'inadéquation des tailles d'implant et, d'autre part, le notching.

Affinis Inverse aborde la problématique du notching de deux manières. Le notching biologique, induit par l'ostéolyse due à l'usure du polyéthylène au col de l'omoplate, est réduit grâce à l'échange des couples de matériaux de l'implant. L'insert en céramique du côté de l'humérus permet d'éviter complètement l'usure du PE au niveau du col de l'omoplate. En association avec la glénosphère en polyéthylène hautement réticulé et enrichi en vitamine E, l'usure tribologique est encore une fois sensiblement diminuée et en conséquence, une ostéolyse ne survient que rarement, voire plus du tout.

La réduction du notching mécanique est obtenue au moyen d'implants excentrés et d'inserts biseautés en médial, ce qui correspond dans la pratique à une inclinaison réduite de 8°.

L'équilibre des parties molles est optimisé au moyen d'une extension des tailles de la glénosphère à 36, 39 et 42 mm : la taille supplémentaire 39 permet un ajustement individuel de la stabilité, de la tension des tissus mous et de l'offset.



Affinis Inverse métaglène CP

Métaglène en tant que pièce maîtresse

En particulier, la plaque de base glénoïdienne excentrée (métaglène) contribue à la diminution systématique du phénomène de notching. Un positionnement correct au bord inférieur de la glène peut permettre, selon la taille utilisée, un dépassement inférieur de 4,0 mm, 5,5 mm ou 7,0 mm.

Le design à deux plots – unique en son genre de la métaglène sans vis inférieure – de Mathys élimine par ailleurs le risque de notching implant-implant de la vis avec l'insert en adduction, une complication bien connue des systèmes conventionnels avec vis inférieure.

En cas de glène soumise à une forte dégénérescence ou de perte osseuse quelle qu'elle soit, il est au contraire nécessaire d'avoir recours à une métaglène avec un plot central et différentes graduations de longueur pour la formation osseuse en vue de restaurer le centre de rotation. Ce système à 4 vis, doté d'options de fermeture facultatives et appelé « métaglène CP » (CP est l'abréviation de « Central Peg »), a récemment été mis au point par Mathys. Il sera disponible avant fin 2019.

Un ancillaire assurant la génération reproductible de disques osseux pouvant être placés sous la métaglène CP se trouve actuellement en phase finale de développement et sera probablement disponible dans 6 mois environ.

Le smartphone au bloc opératoire

Il existe de nombreuses raisons de prendre son smartphone au bloc opératoire, par exemple pour rendre compte de l'intervention avec des photos que l'on partage avec ses collègues ou encore pour utiliser des applications médicales.



Maintenant, le « CleanCase » offre pour la première fois la possibilité de prendre un smartphone ou une tablette non stérile au bloc opératoire. Créée par un étudiant en médecine, l'entreprise SteriDev a mis au point le « CleanCase » et a reçu une autorisation de la FDA comme dispositif médical. L'étui stérile « CleanCase » permet aux chirurgiens, techniciens et membres de l'équipe du bloc d'utiliser leur smartphone pendant l'opération sans compromettre la sécurité du patient. Grâce à un entonnoir amovible, l'appareil mobile est placé dans un boîtier stérile en plastique stable doté d'une surface d'écran tactile et d'une fenêtre pour la lentille de l'appareil photo. Dès que l'appareil mobile est bien positionné dans le « CleanCase », l'entonnoir est jeté et le boîtier est refermé et prêt à l'emploi. La fonctionnalité de l'appareil mobile est entièrement conservée.

Pour en savoir plus sur le « CleanCase », consultez le site internet www.steridev.com.



L'agilité : bien plus qu'une simple mode

De nombreux hôpitaux sont confrontés à une pression croissante de réduction des coûts, à une augmentation des exigences réglementaires et légales, à une technicité et une numérisation grandissante ainsi qu'à des changements démographiques et sociaux.^{1,2}

« Volatility*, Uncertainty, Complexity and Ambiguity** », à savoir volatilité, incertitude, complexité et ambiguïté, regroupées dans l'abréviation anglaise VUCA, caractérisent le monde dans lequel les établissements de soins doivent aujourd'hui faire leurs preuves.

VUCA provient du langage militaire américain et désignait au début des années 90 le monde multilatéral qui avait succédé à la Guerre froide. Après le démembrement de l'Union soviétique, les forces armées avaient besoin de nouvelles stratégies pour faire face aux nouvelles menaces.³ Peu après, le terme fit son entrée dans le monde économique et permet de décrire les défis que doivent relever les entreprises dans un environnement complexe et soumis à une dynamique de changement induite par la mondialisation et la numérisation.

La réponse à VUCA : le management agile

Pour pouvoir survivre en tant qu'entreprise ou organisation dans ce monde de VUCA, il faut avoir la capacité de prévoir un avenir pourtant incertain, d'être armé pour y faire face et de changer de cap dès que les conditions cadres sont modifiées.⁴ Le management agile est la réponse à VUCA.⁴ Pour résumer, l'agilité décrit la capacité des personnes ou des organisations à s'adapter rapidement et de manière efficace à des évolutions inconnues et non prévisibles. Actuellement, le concept de l'agilité est très plébiscité, et pas seulement dans le secteur des NTIC.

L'agilité est plus que de la flexibilité

Une gestion agile vise à rendre les équipes et les organisations capables d'agir rapidement, de manière flexible et de s'adapter à des conditions très complexes. Mais cette approche n'est-elle pas déjà ce que l'on observe au quotidien au service des urgences ?

La situation est imprévisible, les circonstances complexes, puisque personne ne peut dire d'avance de manière précise quand et combien de patients vont être amenés dans le service et

quelles seront leurs blessures. L'équipe agit vite, de manière professionnelle et flexible. En quelques minutes à peine, des décisions sont prises, des résultats sont échangés et, au besoin, on fait appel à des spécialistes. Pour autant, des procédures claires et des structures bien établies sont utiles. Il se peut que les processus cliniques ne conviennent pas du tout aux principes de l'agilité. C'est du moins ce que pensent les cadres des services hospitaliers selon une étude actuelle.⁵

nisations agiles sont radicales dans leur orientation client et mettent en place des méthodes agiles comme « Scrum » ([pour en savoir plus, voir la check-list](#)) pour atteindre leurs objectifs. Elles veillent à une culture ouverte du feedback, des erreurs et de la confiance avec une part élevée d'autonomie dans l'organisation et la prise de responsabilité pour les différentes équipes et les employés. Dans une clinique, l'agilité peut être très utile dans la planification stratégique et la mise en œuvre, par exemple dans le développement et la mise en place de



En revanche, dans les secteurs non cliniques tels que la motivation des employés, la promotion de la créativité et le partage de connaissances, les principes de l'agilité sont considérés comme pertinents et tournés vers l'avenir.⁵

Une gestion agile requiert une nouvelle compréhension des rôles

Une organisation agile se caractérise par des hiérarchies horizontales, des équipes interdisciplinaires et des structures de réseau. Les orga-

nismes nouveaux services ou programmes pour fidéliser les employés. Toutefois, le management doit revoir sa façon de penser et passer du « On fait comme ça dès maintenant ! » à « Je sais que je ne sais rien ». En milieu hospitalier, il s'agit plus que jamais pour les cadres de développer une compréhension des rôles nouvelle qui vise bien plus le soutien.⁵

Les tâches d'un cadre agile

Psychologue spécialisée dans le domaine des

Téléchargement

Que faut-il savoir si vous voulez diriger une équipe médicale selon la méthode « Scrum » agile ? Découvrez l'essentiel dans notre check-list téléchargeable.



organisations, la professeure Sabine Remdisch, qui effectue des recherches sur la gestion numérique à Stanford et Lüneburg, a défini les principales tâches d'un cadre agile :⁶

L'animateur du réseau

Une gestion agile signifie « collecter, évaluer et distribuer des informations à partir des réseaux, établir des relations de travail solides également au sein de réseaux, ajuster les interfaces, définir des objectifs clairs et donner des feed-back rapidement. »⁶

Le visionnaire et le conteur d'histoires

Le cadre agile doit élaborer des visions. Les valeurs et les objectifs se transmettent par le biais d'histoires empreintes d'émotions ; en anglais, on parle de « storytelling ». Lorsque les employés perçoivent dans l'histoire une vision attrayante aussi pour leur avenir, un lien et de la loyauté se créent.⁶

Le coach

En tant que coach, le cadre propose une « aide pour s'aider soi-même », donne très souvent un feed-back et crée ainsi de la confiance et une compréhension réciproque. Il donne de la motivation et soutient les employés sur le chemin de leur développement professionnel.⁶

Les cliniques de la Croix-Rouge de Francfort ont démontré le fait que les structures agiles pour les cliniques sont réellement une question de viabilité future et pas seulement une simple mode.^{7,8} Après avoir tenté l'« aventure de l'agilité » pendant une année, le bilan de la direction est positif : « L'esprit d'équipe a été renforcé, la pensée en silo a disparu, la compréhension envers les autres groupes professionnels a augmenté et la prise de conscience que seule la mise en relation de toutes les compétences permet de développer la bonne solution, a grandi. »⁷

Sources

- ¹ Schmidt C, Oldhafer M. Mutaree-Change-Barometer 6; 2017. Disponible sous www.mutaree.com/downloads/mutaree_change_barometer_6_-_herausforderungen_der_gesundheitsbranche.pdf. [21.04.2019].
- ² Tolf S, Nyström ME, Tishelman C, et al. Agile, a guiding principle for health care improvement? Int J Health Care Qual Assur 2015;28(5):468–93.
- ³ Mack O, Khare A, Krämer A et al. (eds.). Managing in a VUCA world. Cham: Springer; 2016.
- ⁴ Goldman SL, Nagel RN, Preiss K. Agile competitors and virtual organizations. New York: Van Nostrand Reinhold; 1995.
- ⁵ Oldhafer M, Nolte F. Organisation: Agilität im Krankenhaus – Chance oder Utopie? kma 2019;24(S 01):S24-S26.
- ⁶ Remdisch S. Führen in der VUCA-Welt; 2017. Disponible sous leadershipgarage.de/2017/fuehren-in-der-vuca-welt. [21.04.2019].
- ⁷ Friers M, Heye C. Ein Jahr «Abenteuer Agilität»: Organisationsentwicklung an den Frankfurter Rotkreuz-Kliniken. Disponible sous www.hcm-magazin.de/ein-jahr-abenteuer-agilitaet/150/10835/364667. [21.04.2019].
- ⁸ Cho S. «Abenteuer Agilität» bei den Frankfurter Rotkreuz-Kliniken: «Wir wollen Betroffene zu Beteiligten machen». Disponible sous www.healthrelations.de/abenteuer-agilitaet/. [20.04.2019].

* Volatilité = imprévisibilité

** Ambiguïté = ambivalence

Mentions légales

Auteur:

Mathys SA Bettlach • Robert Mathys Strasse 5 • 2544 Bettlach • Suisse

Téléphone: +41 32 644 1 485 • E-mail: move@mathysmedical.com

Rédactrice en chef:

Tanja Rölli • Head of Digital Media & Congresses • Mathys SA Bettlach

move! est une publication de Mathys SA Bettlach – votre partenaire pour l'arthroplastie prothétique. move! s'adresse, avec des informations nouvelles et pratiques, aux spécialistes en orthopédie et en traumatologie, hospitaliers et en pratique privée ainsi qu'aux spécialistes et au personnel de cadre dans le domaine de la médi-

cine, du nursing et de la gestion hospitalière. Nous remercions tous ceux qui nous ont aidés à la réalisation de move! sous forme de contribution personnelle, informations et photos !

Pour en savoir plus



Aubry C. Scrum
Pour une pratique vivante de l'agilité.
5^e éd. Dunod, 2018

Project Management Institute (PMI)
Guide Pratique des Méthodes Agiles.
PMI; 2018

Gaunand A.
Le leadership agile: 7 leviers pour aider vos équipes à innover.
Eyrolles; 1 éd. 2017