

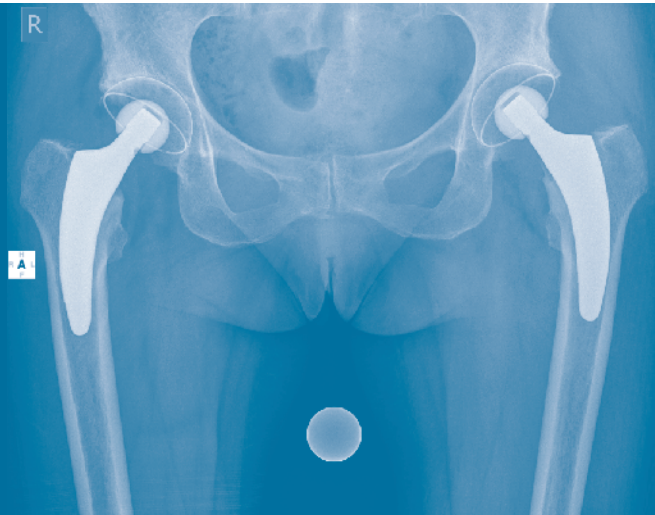
move! 87

*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, Prof. Dr. med. Joachim Pfeil et
Prof. Dr. med. Werner E. Siebert*

« Ce que l'on appelle la
« forgotten hip » est
possible avec optimys »



Coup d'oeil sur la science

Ligamys au banc d'essai



Regard sur le monde

La médiation en médecine Résoudre des conflits entre employés



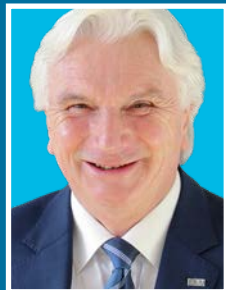
« Ce que l'on appelle la « forgotten hip » est possible avec optimys »



Le professeur Joachim Pfeil

est médecin chef de la clinique d'orthopédie et de chirurgie traumatologique à l'Hôpital Saint-Josef de Wiesbaden. Avec son équipe, outre les articulations de l'épaule et de la cheville, il remplace chaque année environ 1 200 articulations primaires de hanche et env. 500 articulations primaires de genou. Il a effectué sa formation en orthopédie aux cliniques universitaires de Heidelberg et Mannheim.

Le professeur Pfeil est membre du Conseil Scientifique du magazine français *Maîtrise Orthopédique* et l'auteur de nombreuses publications et de livres.



Le professeur Werner E. Siebert

est directeur médical de la clinique Vitos Orthopädische Klinik Kassel gGmbH. Il a effectué sa formation en orthopédie à la Ludwig-Maximilians-Universität de Munich et à l'école supérieure de médecine de Hanovre. Son thème scientifique de prédilection est entre autres la prise en charge endoprothétique des grandes articulations de l'extrémité inférieure. Avec son équipe, il procède chaque année à 1 500 opérations de prothèses primaires de la hanche et du genou. Le professeur Siebert occupe la fonction de Past President de la European Hip Society (EHS), de président du congrès 2017 de la Société allemande du genou (DKG), mais aussi de président de la Société allemande d'orthopédie et de chirurgie orthopédique (DGOOC) et de la Société allemande d'orthopédie et de chirurgie traumatologique (DGOU).

Le professeur Siebert occupe la fonction de Past President de la European Hip Society (EHS), de président du congrès 2017 de la Société allemande du genou (DKG), mais aussi de président de la Société allemande d'orthopédie et de chirurgie orthopédique (DGOOC) et de la Société allemande d'orthopédie et de chirurgie traumatologique (DGOU).

optimys est un implant de hanche qui préserve l'os et les parties molles avec un ancrage métaphysaire. Le succès que connaît optimys aujourd'hui est avant tout le fruit du travail de ses concepteurs que nous avons interrogés quant à leur motivation, aux avantages mais aussi aux limites de l'implant.

Prof. Siebert, Prof. Pfeil, qu'est-ce qui vous a amené à l'époque à développer la nouvelle tige et plus précisément la tige optimys ?

Prof. Siebert : Nous avons déjà de longues années d'expérience avec toutes les tiges courtes disponibles à l'époque, mais aucune d'entre elles ne nous a réellement convaincus. Une évaluation des données du registre d'endoprothèses de la clinique Vitos Orthopädische Klinik Kassel contenant quelques 18 000 opérations de prothèse a révélé qu'aucun implant de tige courte n'offrait un réel avantage par rapport aux tiges longues. En nous appuyant sur les connaissances scientifiques, nous avons déterminé plusieurs points importants que nous avons intégrés dans le travail de conception et de développement de la tige courte optimys.

Prof. Pfeil : Le défi pour nous consistait à développer un implant qui traite tous les problèmes encore existants. Les objectifs étaient une stabilité primaire élevée, la restauration planifiée exacte de l'anatomie de la hanche et la réalisation intra-opératoire fiable de cette planification. La fiabilité du nouvel implant était également essentielle ainsi qu'une technique d'implantation permettant de préserver les parties osseuses et molles.

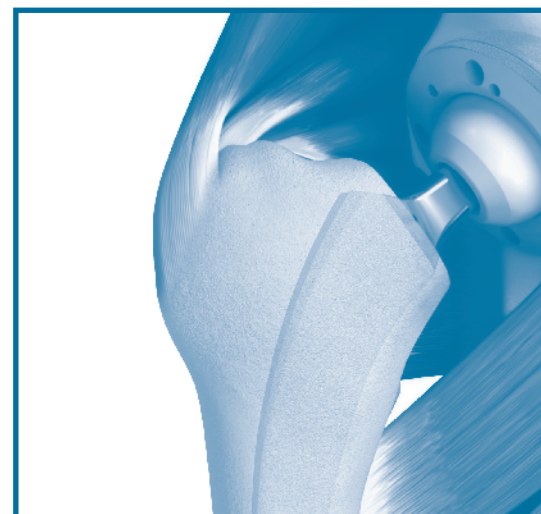
« Qu'il s'agisse de la tige courte ou longue, optimys obtenait toujours les meilleurs résultats par rapport à toutes les autres prothèses. »

Quelles ont été les étapes les plus importantes de la conception ?

Prof. Pfeil : Tout d'abord, de nombreuses radiographies ont été évaluées numériquement et l'anatomie de l'arc d'Adam a été analysée. C'est ainsi que la base pour la conception de

l'implant le long du calcar a été créée. L'analyse scientifique a montré la nécessité de deux variantes d'offset qui diffèrent de 5 mm l'une de l'autre. D'une taille de tige à l'autre (il y en a tout de même 12), la longueur du col du fémur augmente de respectivement 1,4 mm. La dimension de la taille antéro-postérieure a aussi été déterminée. La forme en biseau apporte une stabilité primaire élevée. La conception finale a été définie à l'ordinateur puis vérifiée à l'aide de données TDM (tomodensitométrie) d'articulations de la hanche.

Prof. Siebert : La comparaison avec les données de notre registre a rapidement montré que nous avons conçu un produit qui était nettement meilleur que tout ce que nous avons eu jusque-là, aussi bien dans les données cliniques que dans tous les paramètres de mesure et les scores. Qu'il s'agisse de la tige courte ou longue, optimys obtenait toujours



les meilleurs résultats par rapport à toutes les autres prothèses. Nous avons aussi tenu compte des problèmes parfois décrits pour les tiges courtes, à savoir que des fissures apparaissaient sur le col du fémur durant l'implantation. Nous avons optimisé les instruments et, notamment en ce qui concerne les râpes, nous



avons veillé à ce que le problème des fissures et des fractures diminue considérablement, déjà tout simplement par la manière dont les râpes sont conçues.

« A chaque visite, nos invités sont toujours très impressionnés par la stabilité primaire très élevée. »

Quel est de votre point de vue l'avantage d'optimys par rapport à d'autres tiges courtes ?

Prof. Pfeil : Toutes les tiges courtes ne sont pas les mêmes ; il existe différents designs et diverses philosophies. La prothèse optimys permet une reconstruction très précise de l'anatomie d'origine, et ce en trois dimensions. Nous obtenons une stabilité primaire très élevée qui permet initialement une charge totale, et donc la base pour les concepts modernes de traitement post-opératoire. En outre, optimys est un implant qui préserve les parties molles et osseuses. On parle à ce propos de « bone preservation ». Grâce à cette préservation, le nombre d'irritations des parties molles diminue et le risque de fractures périprothétiques est nettement réduit par rapport aux tiges droites. La prothèse optimys est facile à placer, convient aux chirurgies minimalement invasives et la durée de l'intervention est plus courte. Grâce à une reconstruction idéale de l'anatomie de la hanche, les luxations se font rares. A présent, optimys est notre implant standard. Nous effectuons plus de 90 % de nos prises en charge endoprothétiques avec la tige optimys.

Prof. Siebert : A chaque visite, nos invités sont toujours très impressionnés par la stabilité primaire très élevée. Nous pouvons restaurer l'anatomie avec le centre de rotation et l'offset et mettre parfaitement en œuvre notre planification numérique durant l'opération. Nous voyons une mobilisation postopératoire rapide et sans

douleurs des patients en pleine charge. Même au bout de cinq ans, optimys se distingue par des résultats cliniques exceptionnels et donne lieu à une satisfaction très élevée des patients qui attribuent un nombre de points élevé dans les scores de fonction et l'évaluation réalisée par le biais de questionnaires subjectifs. Ce que l'on appelle la « forgotten hip » est possible avec cette tige. Avec optimys, le patient peut obtenir une fonction d'une qualité que nous ne connaissions pas auparavant.

Après cinq années d'utilisation clinique, à quel niveau se situent selon vous les challenges et les limites de la tige ?

Prof. Siebert : Notamment en cas d'ostéoporose importante à un âge avancé, toutes les statistiques montrent que les meilleurs résultats sont obtenus avec des tiges cimentées, pouvant aussi être soumises immédiatement à une charge. Toutefois, pour nous, la tige courte est de plus en plus souvent l'implant de premier choix pour un pourcentage élevé de nos PTH primaires et en cas de fractures du col du fémur. Chez les patients adipeux dont l'IMC est supérieur à 50 et pour une implantation très en varus, il est possible que des douleurs en charge pleine apparaissent au début. Nous pouvons traiter ces patients de manière concluante avec la tige optimys, mais la charge en postopératoire est seulement partielle pendant 3 à 6 semaines.

Prof. Pfeil : On est tenté d'effectuer toutes les interventions avec la tige optimys. Toutefois, la prise en charge cimentée est toujours pertinente, notamment pour les fractures du col du fémur qui s'étendent jusque dans la tige ou lorsque la qualité de l'os est particulièrement mauvaise. En cas d'ostéoporose modérée, nous ne voyons aucune contre-indication à l'implantation d'optimys. Nous espérons un jour disposer également de la tige optimys en version cimentée. Il serait alors possible de traiter entièrement toutes les situations avec le même implant.

Prof. Pfeil, Prof. Siebert, nous vous remercions pour cet entretien.

Radiographie en couverture avec l'aimable autorisation du Prof. J. Pfeil.

Un dosimètre pour la maison

Pendant leur travail, les médecins peuvent entrer en contact avec des rayonnements ionisants, par exemple dans le cadre de l'imagerie médicale ou de la médecine nucléaire. De ce fait, le port d'un dosimètre est obligatoire à certains postes de travail de la clinique. Pour tous ceux qui souhaitent contrôler leur niveau d'exposition personnel aux rayonnements, il existe à présent un dosimètre personnel innovant. L'avantage : DOSIME mesure et indique en temps réel le niveau d'exposition aux rayonnements dans les environs, également en dehors de la clinique.



Selon le fabricant, seule une part minime des rayonnements est due à des sources artificielles telles que l'énergie nucléaire ou les rayons X. La grande majorité de l'exposition est causée par la radioactivité naturelle issue du sol, de l'eau et de l'air.

DOSIME indique l'exposition aux rayonnements en milli rem et calcule aussi la dose cumulée. DOSIME peut être utilisé en version mobile avec l'application correspondante pour iPhone mais aussi en tant que dispositif d'alerte fixe.

Pour de plus amples informations, rendez-vous sur www.dosime.com



Ligamys au banc d'essai

Par Roy Hoogeslag, MD, Centre for Orthopaedic Surgery OCON, Knee & Sports Unit à Hengelo, Pays-Bas

Une étude contrôlée de laboratoire a analysé dans quelle mesure différentes techniques de reconstruction du

LCA par suture peuvent restaurer la cinématique de l'articulation du genou quant à leurs propriétés biomécaniques.

De nouvelles connaissances relatives à la biologie et la biomécanique des ligaments croisés déchirés ont ravivé l'intérêt porté à la réparation primaire de ruptures sévères du LCA au cours des dix dernières années. Plusieurs techniques de reconstruction du LCA par suture avec et sans augmentation formant un pontage de l'articulation, par exemple Ligamys, ont été mises au point et sont disponibles. Bien qu'aujourd'hui des traitements par suture du LCA déchiré soient effectués sur des patients, il manque des données biomécaniques objectives. Notamment, la manière dont les techniques actuelles de réparation par suture influencent la translation tibiale antérieure (TTA) sur tout l'arc de flexion et en charge cyclique du genou reste une question non élucidée. L'étude doit de plus indiquer comment les différentes techniques de suture agissent, comparé à un LCA intact et les unes par rapport aux autres.

Techniques de suture dynamiques et statiques du LCA

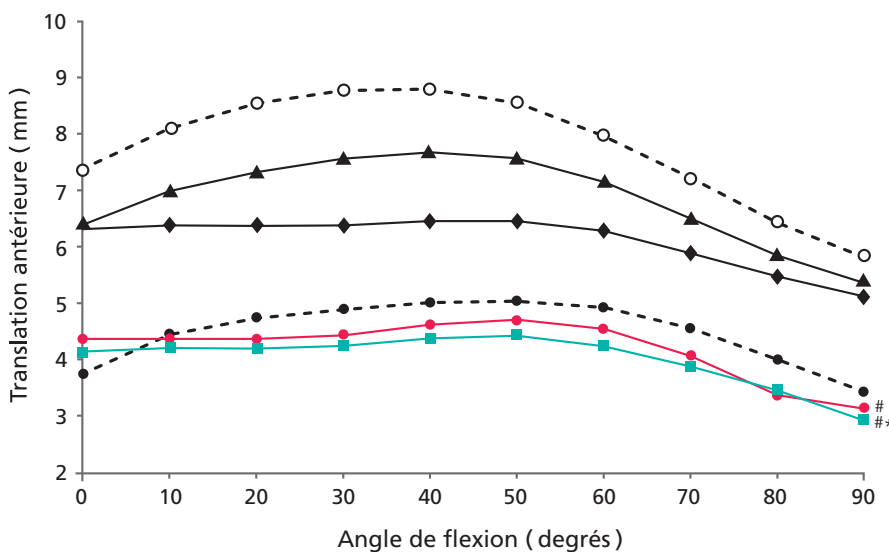
L'étude contrôlée de laboratoire avait pour objectif de comparer les propriétés biomécaniques de techniques de suture du LCA statiques sans augmentation, statiques avec augmentation et dynamiques avec augmentation. En outre, les différentes techniques ont été comparées avec le genou intact. La suture sans augmentation (dite technique de Marshall) était encore souvent utilisée à la fin du siècle dernier. Avec la technique de la reconstruction du ligament croisé, la suture est tombée aux oubliettes. Récemment et dans le cadre des nouvelles discussions enflammées relatives à une possible conservation du propre ligament croisé du patient, les techniques de suture ont un peu regagné du terrain.

Onze genoux humains de cadavres ont été montés dans un banc d'essai et des mouve-

ments de flexion de 0° à 90° ont été enregistrés à l'aide d'un système de suivi optique. Les mesures ont été réalisées et répertoriées d'une part sans charge et d'autre part avec une force antérieure de 89N. Les genoux ont été testés dans les états suivants : avec un LCA intact, avec un LCA sectionné, avec une réparation du LCA par suture sans augmentation, une augmentation ligamentaire statique et une augmentation dynamique (après l'ablation du LCA), respectivement après 10 (simulation de la situation directement après l'opération), 150 et 300 cycles de charge.

La TTA comparable à un LCA intact

Les résultats montrent que l'augmentation statique et dynamique ramènent la translation tibiale antérieure (TTA) directement après l'opération à des valeurs similaires à celles obtenues lorsque le LCA est intact. Ces valeurs ont pu aussi être conservées après une charge



- Intact
- LCA déf.
- ▲--- Marshall 300
- ◆--- Internal Brace 300
- 80-N Ligamys 300
- 60-N Ligamys 300

= Différence stat. sign. par rapport à la réparation par suture

* = Différence stat. sign. par rapport à l'augmentation ligamentaire statique

Illustration : Différence dans la translation tibiale antérieure (valeur moyenne en millimètres) sur toute l'étendue de la flexion du genou (en degrés) de la position neutre du tibia dans le genou intact soumis à une translation antérieure de 89N; pour le genou intact, après sectionnement du LCA et dans le cas d'un LCA cousu, à savoir pour le LCA avec augmentation statique ainsi que pour le LCA avec dispositif d'augmentation dynamique (Ligamys: réglé respectivement à 80N et 60N), après 300 cycles de mouvement (n = 11) dans les deux cas.



Affinis Inverse – 10 ans d'expérience clinique



Affinis Inverse était l'une des premières prothèses d'épaule avec combinaison de matériau inversé. L'utilisation clinique permet de voir si l'objectif, à savoir réduire le « notching » et les descellements, peut être atteint.

cyclique. En revanche, seule l'augmentation dynamique a pu garantir une diminution significative de la translation tibiale antérieure après une charge de 300 cycles. Par ailleurs, dans le cas de l'augmentation dynamique, la translation tibiale antérieure était nettement inférieure après la charge cyclique comparée à l'augmentation ligamentaire statique.

Les auteurs arrivent à la conclusion que, contrairement à la réparation par suture du LCA sans augmentation et à l'augmentation statique, l'augmentation dynamique permet la restauration de valeurs de translation tibiale antérieure similaires à celles d'un genou dont le LCA est intact.

Cette étude montre que l'on peut rapprocher les extrémités déchirées du LCA grâce à l'augmentation dynamique avec une précontrainte de 60 à 80 N et que ce rapprochement est conservé après la charge cyclique et sur l'entière arc de flexion.

Le rapprochement constant des moignons ligamentaires sur la « range of motion » totale est un prérequis important pour que la guérison d'une rupture du ligament croisé antérieur soit possible.

La prothèse d'épaule Affinis Inverse a été implantée pour la première fois en 2007. Cette endoprothèse inversée a été conçue en étroite collaboration avec des spécialistes européens de l'épaule. L'un des plus grands défis était de réduire les complications les plus fréquentes en lien avec les prothèses d'épaule inversées, le « notching » et le descellement des composants glénoïdiens.



La prothèse Affinis Inverse permet d'aborder le phénomène du « notching » sous deux angles: le « notching » mécanique peut être réduit par une technique opératoire reproductible et des implants excentrés avec un dépassement glénoïdien.¹ Le « notching » biologique (ostéolyse causée par usure du polyéthylène) en revanche peut aussi être évité par un remplacement du matériau du couple articulaire. Lors de son introduction sur le marché, Affinis Inverse était l'une des premières prothèses d'épaule qui présentait une combinaison de matériau inversée: du côté de l'humérus, on trouve de la céramique ou du métal, du côté glénoïdien, un composant en polyéthylène (PE), soit du PE standard soit vitamys, un PE hautement réticulé enrichi à la vitamine E. Avec la glénosphère en PE et un insert en céramique ou en CoCr, aucune particule d'usure PE, causée par un éventuel contact des composants huméraux et pouvant entraîner une ostéolyse, n'apparaît sur le col de l'omoplate.² Avec la combinaison céramique/PE et les composants en titane, l'implant est entièrement dépourvu de nickel et convient donc aux patients présentant une hypersensibilité au nickel.

Dans une étude PMCF multicentrique prospective internationale, les résultats à 2, 4 et 6 ans avec Affinis Inverse révèlent une bonne amélioration de la « range of motion » (ROM) active et du « constant score » (CS). Les valeurs demeurent également stables durant la période de suivi.^{3,4} Dans l'évaluation radiologique, 69 % des patients ne présentaient pas de « notching » inférieur au bout de 6 ans et le taux de complication était de 5,4 %.⁴

Sources

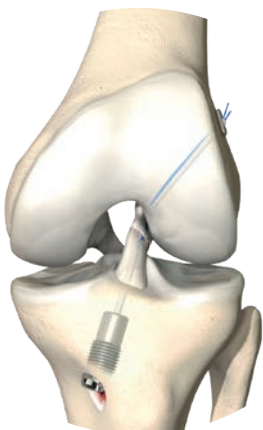
* X-Ray by courtesy of Dr Max Kääh

¹ Nyffeler RW, Werner CM, Gerber C.; J Shoulder Elbow Surg. 2005 Sep-Oct;14(5):524-8.; Biomechanical relevance of glenoid component positioning in the reverse Delta III total shoulder prosthesis.

² Kohut G, et al. J Biomech. 2012;45(3):469-73.

³ Irlenbusch U, et al. Arch Orthop Trauma Surg. 2015;135:161-69.

⁴ Kääh M. Podium Presentation at: Paris International Shoulder Course; 2017 Feb 9-11, Paris, France.





La médiation en médecine

Résoudre des conflits entre employés

Déficits en communication, malentendus, manque de confiance : les raisons

à l'origine de conflits sont nombreuses. La médiation est une stratégie

de solution permettant aux deux parties de ressortir gagnantes de la situation.

Le travail dans le domaine de la thérapie et des soins présente un potentiel de conflit élevé : il faut sans cesse se hâter de prendre des décisions lourdes de conséquences. Les structures de décision et d'action sont complexes et différentes attitudes et styles de travail se rencontrent. Tous travaillent certes en poursuivant un même objectif, le bien-être des patients, mais pas toujours ensemble et à partir de perspectives différentes.

Juste, rapide, peu onéreux et durable

Avant d'en arriver à des discussions houleuses voire des licenciements ou démissions, les médiations peuvent éviter les risques et les coûts qu'entraînerait une véritable escalade.¹ La médiation est une méthode structurée de règlement d'un conflit pendant laquelle un intermédiaire neutre, le médiateur, aide les parties à mettre au point une solution. L'objectif est un consensus à l'amiable, élaboré de manière volontaire et responsable et porté conjointement par les personnes impliquées dans le conflit. Grâce à la médiation, les conflits peuvent être résolus de manière plus juste, plus rapide, moins chère et plus durable.¹

Les médiations dans les hôpitaux ont généralement pour but de solutionner des problèmes entre patients (ou leurs proches) et leurs médecins traitants. C'est ce qu'un sondage de la European Hospital and Healthcare Federation (HOPE) qui a analysé entre autres les raisons à l'origine d'une médiation dans 12 pays, a montré.² En Belgique, les hôpitaux sont même tenus depuis quelques années d'employer des médiateurs auxquels les patients insatisfaits peuvent s'adresser. En Autriche, en Allemagne et en Suisse, la médiation est réglementée par la loi et le « médiateur » est un titre professionnel protégé.³

Critères pour le recours à une médiation

Jusqu'à présent, le recours à une médiation dans les cliniques était plutôt inhabituel en cas de conflits entre les employés,² par exemple entre les médecins-chefs, dans une équipe ou entre le personnel soignant et non soignant.

Pour ces cas, la médiation peut aussi être une procédure judicieuse, notamment lorsque les critères suivants sont remplis :

- ◆ Les parties ont reconnu qu'il y a un conflit.
- ◆ Les discussions et positions sont dans une impasse.
- ◆ Les personnes concernées veulent ou doivent aussi travailler ou rester en contact les unes avec les autres à l'avenir.
- ◆ Les deux parties sont disposées à résoudre le conflit de manière responsable.
- ◆ Une solution consensuelle permettant à aucune des parties de perdre la face est recherchée.

Pour y parvenir, on part du principe que les parties qui ont un conflit peuvent aussi s'en sortir ensemble.⁵

Les 6 étapes de la médiation

Pour qu'une médiation réussisse et que tous les aspects d'un conflit puissent être traités, outre l'attitude personnelle, il faut également une technique. L'objectif est de donner un cadre contrôlé à l'intérieur duquel une communication constructive entre les parties peut se développer. Les parties doivent avoir la possibilité d'explorer leurs besoins et de mettre au point un accord satisfaisant pour les deux parties.⁶ Pour l'essentiel, le déroulement est uniforme et est résumé dans le modèle à 6 phases suivants:⁶

1. Préparation de la médiation

La procédure de médiation est expliquée aux parties en conflit (les médiés). Les médiés et



Souvent, le conflit visible est seulement le sommet de l'iceberg

L'idée de la médiation se base sur le fait que les conflits interpersonnels sont souvent dus à des déficits en communication, à un manque de confiance et à des suppositions erronées.⁴ Sous le conflit factuel visible, qui est en quelque sorte le sommet de l'iceberg,^{5,6} un ensemble de facteurs plus situés sur le plan relationnel s'accroissent avec le temps et majorent le conflit au niveau émotionnel. Pour une bonne résolution du conflit, ce sont justement ces aspects qu'il convient de traiter.

le médiateur concluent une convention de médiation.

2. Collecte d'informations et de thèmes

Le médiateur détermine de quoi il est question dans le conflit et quels thèmes doivent être abordés.

3. Clarification des besoins et intérêts

Chaque partie peut expliquer librement son point de vue. Ainsi, les personnes impliquées prennent conscience de leurs besoins et des intérêts de la partie adverse.



Pour en savoir plus

Guillaume-Hofnung M.

La médiation.

7^e éd. Paris (FR) : Presses universitaires de France ; 2015.

Stimec A, Adijès S.

La médiation en entreprise : Faciliter le dialogue, gérer les conflits, favoriser la cooperation.

4^e éd. Malakoff (FR) : Dunod ; 2015.

Rochant H, Chevalier P.

La médiation médicale à l'hôpital : Un autre regard.

Tours (FR) Editions Lamarre ; 2008.

Quiz du nouvel an : Expédition *move!*

Chercher les sommets et gagner

En Suisse, nous sommes très fiers de nos superbes montagnes : au moins 48 sommets dépassent les 4 000 mètres, 1 161 culminent à plus de 3 000 mètres d'altitude et 2 132 à plus de 2 000 mètres. Nous vous invitons à partir pour une petite expédition à travers ce numéro de *move!* où vous découvrirez plusieurs sommets : **Combien de sommets avons-nous cachés dans ce numéro de *move!* ?**

Envoyez votre réponse sans plus tarder à la rédaction :

- ◆ Soit en faxant le formulaire de réponse ci-joint au :
+41 32 644 1 161
- ◆ Soit de manière informelle par e-mail :
move@mathysmedical.com

Pour leur excursion en montagne dans cette édition de *move!*, les « escaladeurs » les plus rapides recevront de délicieux chocolats pralinés suisses dans un emballage cadeau exclusif !*

* Malheureusement, l'envoi de chocolat en Australie et en Nouvelle-Zélande n'est pas possible. A la place, les gagnants reçoivent un petit cadeau surpris.

4. Recherche libre et créative de solutions possibles

Ensemble, toutes les solutions imaginables sont recueillies pour disposer d'un large choix d'idées.

5. Evaluation et sélection des solutions possibles

Les solutions envisagées font l'objet d'une discussion, d'une évaluation et de négociations quant à leur applicabilité.

6. Accord

Pour finir, les solutions trouvées sont consignées par écrit dans un accord. En apposant leur signature, les parties s'engagent à mettre ces solutions en œuvre.

La médiation, ça s'apprend

Le médiateur dirige le processus de médiation en posant des questions, en écoutant attentivement et en aidant les parties à parler

ouvertement et à comprendre le point de vue de l'autre. Il doit dans tous les cas être impartial et ne doit pas prendre des décisions de son propre chef concernant le conflit. Le Code de conduite européen pour les médiateurs prévoit entre autres que le médiateur ne peut avoir ni une relation personnelle avec les personnes concernées ni un intérêt propre quant à l'issue de la médiation.⁷ Non seulement des personnes externes mais aussi les propres employés peuvent aider à résoudre un conflit le plus tôt possible. Si des médecins ou des employés administratifs assument des fonctions de médiation dans leur établissement, ils ne doivent pas être affectés dans des services où ils travaillent eux-mêmes. Dans de nombreux pays, les médiateurs doivent justifier d'une formation correspondante et doivent suivre des formations continues.³ Les possibilités de formation sont variées et s'étendent du cours d'introduction de 4 heures à des études sanctionnées par un master.

Sources

- ¹ Miller M, Wax D. Instilling a mediation-based conflict resolution culture. *Physician Exec.* 1999;25(4):45-51.
- ² European Hospital and Healthcare Federation. *Mediation in Healthcare.* Brüssel: HOPE Publications; 2012. [Internet] http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/91_2012_HOPE-REPORT_Mediation-n-healthcare.pdf. Consulté le 24/07/17.
- ³ Hopt KJ, Steffek F. *Mediation Principles and Regulation in Comparative Perspective.* Oxford: Oxford University Press; 2013.
- ⁴ Gladu RA. Multilevel Mediation Approach to Conflict Management in a Family Practice Residency Program. *Fam Med.* 2001; 33(8):573-76.
- ⁵ Köstler A. *Mediation.* München: Ernst Reinhardt Verlag; 2010.
- ⁶ Pühl H. (Hrsg.). *Mut zur Lösung bei Konflikten in Klinik, Praxis und Altenpflege.* Giessen: Psychosozial-Verlag; 2016.
- ⁷ Europäischer Verhaltenskodex für Mediatoren [Internet] <http://www.aclanz.de/wp-content/uploads/2011/08/Europ%C3%A4ischer-Verhaltenskodex-f%C3%BCr-Mediatoren.pdf>. Consulté le 25/07/2017

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 • Responsable Communication du Marché & Congrès •
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 médecine, 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 ! Si vous disposez d'informations et si vous avez des conseils en orthopédie et dans les domaines cliniques vous pouvez participer à *move!* de façon personnelle. Vous êtes les bienvenus. Utilisez le formulaire de fax ci-joint ou bien directement par téléphone ou par E-mail.

MATHYS 
European Orthopaedics

X-Ray by courtesy of Dr Bosson

twinSys[®], tête en ceramique de Mathys et RM Pressfit vitamys[®]

Préservation du capital osseux

- Reconstruction des conditions anatomiques et biomécaniques individuelles
- RM Pressfit vitamys – prévention du « stress shielding » et de l'ostéolyse
- Excellente résistance à la rupture et à l'abrasion du couple dur-mou ceramys-vitamys