



UNE HISTOIRE DE L'ORTHOPÉDIE

L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE DE LA SUISSE ROMANDE
DANS LE CONTEXTE INTERNATIONAL
(18^e – 21^e SIÈCLE)

MARIAMA KABA

¹
**GENÈSE
ET ORIGINES**

MILIEU DU 18^e – 19^e SIÈCLE

15

²
LA BELLE ÉPOQUE

FIN 19^e SIÈCLE – ANNÉES 1920

53

³
**LES ANNÉES SOMBRES :
NOUVEAUX HORIZONS**

ANNÉES 1930 – 1950

93

⁴
L'ÂGE D'OR

1958 – 1975

131

⁵
**REMISES EN QUESTION
ET NOUVELLES
ORIENTATIONS**

FIN DES ANNÉES 1970 – ANNÉES 1990

179

⁶
**HISTOIRE RÉCENTE
ET PERSPECTIVES
D'AVENIR**

21^e SIÈCLE

229

- Remerciements – 6
- Avant-propos (*Alain Charles Masquelet*) – 7
- Introduction – 8
- Conclusion – 256
- Bibliographie – 258
- Responsables de l'Hospice/Hôpital orthopédique de la Suisse romande – 266
- Chronologie – 268
- Crédits – 271
- Liste des abréviations – 272
- Index des personnes, institutions et organismes cités dans le texte principal – 273

Remerciements

Ce livre est l'aboutissement d'un projet qui doit sa réussite à de nombreuses personnes que je tiens ici à remercier. Ma reconnaissance va d'abord au professeur Vincent Barras, directeur de l'Institut des humanités en médecine à Lausanne, dont le soutien a été sans failles tout au long de la recherche menant à la publication. J'adresse également toute ma gratitude à l'Association de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande qui a souhaité ce livre, et à la direction générale du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) qui m'a laissé toute latitude pour accéder aux sources et réaliser la recherche dans les meilleures conditions. Pour m'orienter dans les contenus médicaux d'hier et d'aujourd'hui, je suis très redevable aux membres du comité de pilotage du projet, également relecteurs attentifs du manuscrit, à savoir Mme Brigitte Broulis et le professeur Michel Dutoit, ainsi que le professeur Pierre-François Leyvraz et Mme Inka Moritz de la direction générale du CHUV. Un grand merci aussi au professeur Thomas Schlich de l'Université de McGill à Montréal pour sa relecture attentive et ses conseils, ainsi qu'au professeur Alain Charles Masquelet de l'Hôpital Saint-Antoine à Paris pour l'intérêt qu'il a témoigné à ce livre en acceptant d'en rédiger l'avant-propos.

J'adresse également mes vifs remerciements aux personnes qui se sont prêtées au jeu des entretiens, en toute confiance et toute franchise : Mme Michèle Bodmer, Mme Brigitte Broulis, le professeur Jean-Claude Caron, M. Bernard Cavin, M. Bernard Decrauzat, le professeur Michel Dutoit, le professeur Alain Farron, Me Jean-Noël Jaton, M. Pierre Kern, le professeur Pierre-François Leyvraz, le professeur Jean-Jacques Livio, Mme Patricia Meylan, Mme Inka Moritz, M. Jean Plé (†), Mme Geneviève Putigny. Leurs témoignages, à la fois personnels et précis, ont mis en lumière bon nombre d'aspects abordés peu ou prou dans les sources écrites.

Pour leur expertise et leur assistance ayant favorisé la conservation des documents de l'Hôpital orthopédique, je remercie les Archives cantonales vaudoises, en particulier le directeur Gilbert Coutaz et les archivistes Olivier Conne et Gilles Jeanmonod. Un grand merci à Mme Marie Tavera pour la documentation réunie lors de sa recherche préalable sur l'institution, à Mme Vreni Saegessenman pour sa visite du Musée d'Orbe et l'accès accordé aux documents sur Venel, à M. Anthony Kern pour sa visite détaillée de la société Ortho.Kern à Lausanne, à Mme Brigitte Nicod pour les informations et documents sur la famille Nicod, ainsi qu'à Mme Rita Zahnd, directrice de Swiss orthopaedics, et au Dr René Hauser, pour m'avoir facilité l'accès aux

archives de la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie. Pour les photographies, souvent inédites, ayant permis d'illustrer ce livre, que soient également remerciés le Service d'appui multimédia (SAM) et la Direction des constructions, ingénierie, technique et sécurité (CIT-S) du CHUV, la Fondation Pierre Izard à Lausanne, la société Zimmer Biomet à Winterthur, la société Symbios à Yverdon, le Musée historique de Lausanne, le Musée d'Orbe, la Bibliothèque cantonale et universitaire de Lausanne, la Clinique Balgrist à Zurich, Pro Infirmis Vaud, le Cabinet d'ergothérapie de l'avenue Victor Ruffy et la société Ortho.Kern à Lausanne.

J'ai pu compter en toutes circonstances sur les secrétaires de l'Institut des humanités en médecine, Mmes Eliane Lehmann puis Alba Brizzi, ainsi que sur l'équipe motivée de la bibliothèque du même institut, Mmes Maïka Garcia Casse et Caroline Hofer, sous la conduite de leurs responsables Mmes Daniela Vaj puis Magdalena Czartoryjska Meier. Qu'elles soient vivement remerciées pour leur disponibilité et leur efficacité, de même que Mme Roxane Fuschetto, responsable des collections de l'institut, qui m'a aidée dans l'acquisition de l'iconographie.

Enfin, j'adresse un chaleureux merci à ma famille pour son soutien et son écoute tout au long des phases de réalisation de ce livre.

Avant-propos

Ne boudons ni notre plaisir, ni notre intérêt passionné. Le présent ouvrage est une somme, au sens où l'entendaient les auteurs du Moyen Âge, soit une vision globalisante appelée à devenir une référence. L'ambition de l'auteure nous invitant à partager « un positionnement épistémologique original » est pleinement réussie. De quoi s'agit-il au juste ? Rien de moins que de mettre au jour ce qui a permis à une institution vénérable, l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, de naître il y a plus de deux siècles, de se maintenir et de se transformer jusqu'à nos jours. Il s'agit en outre, par un jeu d'entrelacs et de miroirs, de dévoiler simultanément les ressorts de l'orthopédie, activité spécifique de cet établissement centrée sur l'homme ou le petit d'homme, limité dans son interaction avec l'environnement par une insuffisance fonctionnelle de l'appareil musculo-squelettique qu'on s'efforce de réparer.

On pouvait craindre un déroulement linéaire et parallèle obéissant à la chronologie des événements : il n'en est rien. Le tour de force de l'auteure a consisté à restituer en permanence les contextes qui touchent à l'histoire, histoire des sciences, des techniques, de l'économie, de la médecine, de la culture, de la politique, et, par conséquent, à dépasser le simple point de vue sociologique ou anthropologique qui caractérise habituellement, dans le cadre des sciences humaines, les études sur le corps et ses technologies.

Il en résulte une impressionnante synthèse faite, à la fois, de repérages et de questionnements annonciateurs de tensions et de ruptures consécutives.

Il est permis de parcourir, sans effort, les vagues de pathologies successives qui ont affecté l'appareil locomoteur de l'humain ou plus précisément celles qui ont retenu l'attention à une époque donnée, qu'elles soient d'origine malformative (scolioses, pieds bots), infectieuse (tuberculose, poliomyélite), carencielle (rachitisme), traumatiques (conflits guerriers, accidents de la route, pratiques sportives) ou dégénératives (vieillesse, arthrose) ; ces pathologies recensées ont modelé l'activité et la structure de l'institution.

De cette dernière, on retient ses métamorphoses successives qui sont autant d'étapes d'adaptation réussies à mettre au crédit d'hommes et de femmes qui ont occupé des postes de responsabilité. D'abord hospice dédié aux enfants atteints de difformités, puis hôpital orthopédique ouvert aux adultes et à la chirurgie, clinique universitaire enfin, jusqu'à la toute récente convention avec le CHUV, dictée par des impératifs socio-économiques sous la coupe d'un « *new public management* »

qui s'est propagé à l'échelle mondiale, dans les pays développés, sous la forme de fusion et de constitution de réseaux.

On suit aisément les influences organisationnelles croisées, venues d'Allemagne et de France, et les méandres du financement, souci récurrent, de la philanthropie à la prise en charge étatique. Ces facteurs d'origine diverse ont joué un rôle essentiel dans les crispations et les sorties de crise, toujours à l'honneur de l'institution.

De l'orthopédie, on appréhende le foisonnement de sens et de pratiques qui découlent en partie de ce que « le concept a précédé la constitution d'un corps de praticiens », comme le souligne l'auteure. Où il est question de normalité mais aussi de normatif, de redressement, de rentabilité, et de conflits d'identité pour une discipline qui s'est longtemps cherchée. On y repère le rôle du premier conflit mondial où l'orthopédie a intégré le traitement des fractures, l'essor des sociétés savantes dans l'entre-deux-guerres, la multiplication des sur-spécialisations sur le modèle de la division taylorienne du travail et le développement sans limites des techniques chirurgicales et des matériaux, qui ouvre le passage de l'exosquelette, propre à l'orthopédie, à l'endosquelette qui résulte de l'action chirurgicale.

Cependant, au-delà de cette histoire protéiforme et articulée d'une discipline et d'une institution, se profile une sourde et tenace inquiétude qui caractérise l'époque contemporaine. L'orthopédie, devenue la chirurgie orthopédique, n'est-elle pas, par la prolifération des implants qu'elle met en place dans le corps humain, le banc d'essai de l'homme augmenté, dont l'aboutissement logique serait le cyborg ?

Ce qui pose, en toute splendeur, les questions irrésolues de l'autonomie, de l'identité et, somme toute, de la définition toujours fuyante de la nature humaine.

Ce n'est pas le moindre des mérites de cet ouvrage que d'évoquer, en arrière-plan de l'histoire, ce questionnement décisif pour l'avenir de notre espèce.

ALAIN CHARLES MASQUELET
Chirurgien de l'Hôpital
Saint-Antoine
Professeur à Paris VI
Membre de l'Académie
nationale de chirurgie
Membre correspondant
de l'Académie nationale
de médecine

INTERROGER LA PLACE DE L'ORTHOPÉDIE DANS LA MÉDECINE

Vue dans son ensemble et dans sa situation actuelle, l'orthopédie outrepassa la spécificité de l'âge (comme en pédiatrie ou en gérontologie), la délimitation d'un organe (comme en cardiologie ou en gynécologie) ou encore du moyen d'action (comme en chirurgie ou en radiologie). Elle relève le défi de toucher tous les âges de la vie en s'intéressant à une fonction (l'activité motrice) relevant de la structure osseuse et des articulations, avec implication des tissus, tendons, nerfs, cartilages. Elle fait usage d'un vaste éventail de pratiques et d'outils allant des thérapies physiques à la chirurgie de pointe, en passant par le bandage et la prothèse interne, ainsi que toute une panoplie d'appareillages de soutien.

La diversité étiologique caractérise aussi les « patients orthopédiques », accidentés, mutilés, invalides. Tributaires du contexte socio-économique et politique de l'époque contemporaine, ils subissent dans leur chair l'évolution des modes et hygiènes de vie, la mécanisation du monde du travail, les guerres, le développement des loisirs et du réseau routier; autant de causes qui, sur le long terme, ont pu favoriser rachitisme, malnutrition, tuberculose, maladies osseuses et dégénératives. L'évolution du contexte idéologique, fondé sur la culture du progrès comprenant une élévation du seuil de « normalité », ainsi que la question de la rentabilité des travailleurs – ou futurs travailleurs – ont accompagné les avancées médicales et eu un impact sur de nombreuses disciplines ayant des accointances avec l'orthopédie: médecine scolaire, médecine de guerre, médecine humanitaire, médecine du travail, médecine du sport. Et c'est finalement par la subdivision en spécificités (orthopédie pédiatrique ou chirurgie orthopédique, par exemple) et en hyperspécialités (orthopédie de la hanche, de l'épaule, du genou, etc.) que survit l'orthopédie – les orthopédies faudrait-il dire.

Par rapport aux trajectoires d'autres spécialités, celle de l'orthopédie ne se laisse donc que difficilement appréhender, échappe quand on croit la saisir. « L'orthopédie a ceci d'unique qu'au début était le mot. »¹ En soulignant cette singularité, l'historien Roger Cooter ouvre une piste fondamentale pour la compréhension de la construction de l'orthopédie, signifiant que le concept a ici précédé la constitution d'un corps de praticiens qui, nous le verrons dans ce livre, ont immédiatement eu à porter, justifier, repousser les bornes désignées par la première définition de l'orthopédie datant du 18^e siècle: rendre l'enfant droit (du grec *orthos*, droit et *paidion*, enfant). Historiquement parlant, le maintien du terme « orthopédie » semble donc relativement arbitraire, mais il n'en est pas moins signifiant puisqu'il a traversé plusieurs siècles et reste employé aujourd'hui. C'est donc dans son sens

pluriel et polysémique que sera employé dans ce livre le vocable « orthopédie », fil rouge lexical natif dont les limites et les ouvertures permettent d'appréhender la complexité de la discipline, ainsi que des pratiques et des institutions qui la concernent².

DE L'HISTOIRE DES PROFESSIONS À CELLE D'UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE

L'histoire de la profession médicale a connu des évolutions bien décrites par John C. Burnham³. Alors que la médecine occupait depuis plusieurs siècles déjà les historiens ou médecins amateurs d'histoire – ces derniers étant longtemps les principaux auteurs d'histoire de la médecine –, la sociologie des professions, développée dans les années 1950, en a longtemps fait son modèle d'étude privilégié. On retiendra que, par étapes, l'histoire de la profession médicale s'est penchée sur les écoles théoriques de pensée, puis sur les divisions par secteur basées sur des spécialités cliniques (ou disciplines médicales), avant de concevoir la profession médicale en tant que collectivité ou groupe social (les professionnels). Enfin, l'intérêt porté aux processus du développement d'une profession – ou « professionnalisation » – a permis de s'interroger sur l'ordre dans lequel les attributs modernes d'une profession apparaissent en médecine. Quant à la spécialisation – qui entretient une relation complexe avec la professionnalisation –, elle a permis aux chercheurs d'expliquer non seulement le fonctionnement de la médecine en tant qu'autorité externe, mais aussi les dynamiques internes de groupes.

Aussi l'émergence des spécialités médicales constitue-t-elle un axe d'étude fort dans l'historiographie (l'histoire de l'histoire) de la médecine de ces dernières décennies. Objet épineux touchant de multiples enjeux, ce domaine a d'abord été abordé en réaction à la lecture positiviste – basée sur l'idée d'un progrès continu – qui a longtemps prévalu dans les recherches sur la médecine et son passé. Dès les années 1940, George Rosen⁴ a remis en question l'idée selon laquelle le développement des spécialisations avait « naturellement » découlé de l'accroissement des connaissances. Ses travaux ont défendu la primauté du processus de transformation du domaine médical tout entier, sur les plans conceptuel et organisationnel, à partir du schéma de l'anatomie pathologique ou clinique. Le modèle explicatif de Rosen souligne ainsi l'importance du localisme organique en tant que principe de réorganisation de la discipline médicale et moteur d'une sectorisation de la pratique en diverses spécialités. Médecine des yeux, de la gorge, de la peau: la spécialisation est ici fonction de la géographie du corps que les recherches anatomiques ont dévoilée depuis la Renaissance.

Cette analyse a été à la fois remise en question et complétée par plusieurs approches ultérieures, dont celle de George Weisz⁵, qui ajoute à ce facteur anatomique celui de la catégorisation des patients concomitante de la médicalisation des anciens hôpitaux publics. En considérant la création de quartiers réservés aux femmes, enfants, aliénés ou vieillards comme des embryons de futures spécialités médicales, Weisz identifie l'organisation hospitalière comme cause plutôt que conséquence d'une expansion du savoir médical. Ce faisant, il place les facteurs politiques, économiques et culturels au cœur de l'histoire médicale, en tant qu'agents du développement théorique et clinique de la médecine. Selon la même idée, il met également en évidence la constitution de nouveaux champs médicaux à partir du champ politique, avec la

¹ Dans le texte original: « *Orthopaedics may be unique in that in the beginning was the word.* » Voir COOTER (2014 [1993]): 11.

² Je dois cette entrée en matière à Marie Tavera qui a initié la recherche. Qu'elle en soit ici remerciée.

³ BURNHAM (1998).

⁴ ROSEN (1944).

⁵ WEISZ (2006).

montée en puissance de l'État et de la santé publique, par exemple, ou les innovations issues du domaine technique, telles que la radiologie.

Ces quelques éléments suffisent à dessiner une première orientation, pour tenter d'identifier quelle pourrait être la logique qui sous-tend l'épanouissement de la spécialité orthopédique. Relevant du domaine du non-vital, l'orthopédie a pour but la restauration d'une norme fonctionnelle et esthétique qui concerne la capacité d'action – donc de production – allant de pair avec l'intégration sociale des individus. L'orthopédie sert donc un double enjeu, médical et social, initialement assigné aux enfants. À l'heure actuelle, on l'a dit, elle se définit comme la médecine de l'appareil locomoteur – le lieu du « moteur » ou du mouvement –, dévolue à tous les âges de la vie. Entre ces deux extrêmes, qui délimitent le champ d'application de l'orthopédie, il existe un vaste éventail de pratiques et d'outils qui ont forgé la discipline.

DE L'HISTOIRE DES INSTITUTIONS À CELLE DE L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE DE LA SUISSE ROMANDE

Contrairement à l'histoire des professions et suivant aussi en cela la sociologie, l'histoire des institutions a d'abord négligé la médecine dans ses premiers sujets d'étude. Elle s'est intéressée à des secteurs bien définis tels que les institutions internationales, administratives ou politiques⁶. C'est donc vers la fin des années 1970 et le début des années 1980 que la santé et la médecine entrent dans ce champ d'intérêt par le biais d'une institution spécifique: l'hôpital. Charles Rosenberg ouvre la voie avec l'histoire des hôpitaux dans les États-Unis du 19^e siècle⁷, suivi par Olivier Faure pour la France⁸, John Pickstone puis Lindsay Granshaw et Roy Porter pour le Royaume-Uni⁹. Une série d'études locales, souvent liées aux jubilés d'hôpitaux, voient le jour dès les années 1990, et c'est au début des années 2000 que paraît la synthèse de Pierre-Yves Donzé sur les hôpitaux de Suisse romande¹⁰. L'institution médicale donne ainsi lieu à des travaux académiques relativement dispersés: elle est perçue comme lieu d'interdisciplinarité entre divers secteurs de la santé ou, au contraire, comme lieu de cristallisation d'une spécialité médicale; elle est observée sur le plan médico-technique ou sur le plan architectural et hygiéniste; examinée sous l'angle des dispositifs qui structurent son fonctionnement; analysée du point de vue du personnel hospitalier, en tant que lieu de formation, en tant que lieu de vie des patients.

La Suisse se démarque en tant que point d'ancrage de l'institutionnalisation de l'orthopédie, qui remonte à l'héritage du médecin vaudois Jean-André Venel, dont il sera question au début de cet ouvrage. Considéré dans l'historiographie de la médecine comme le « père de l'orthopédie clinique », Venel est à l'origine de ce qui est considéré comme le premier institut orthopédique du monde, fondé en 1780 à Orbe dans le canton de Vaud. Il est aussi connu, entre autres, pour le sabot orthopédique qu'il a conçu et qui porte son nom – le sabot de Venel. Un certain nombre de travaux lui ont été consac-

crés: les articles biographiques de Bruno Valentin (1956) et Eugène Olivier (1987), la thèse de Roman Bischofberger (1970) et, plus récemment, mon article paru en 2015¹¹. Les orthopédistes, surtout suisses, se plaisent à rappeler à leur mémoire Venel et son établissement, comme lors du bicentenaire de l'institution d'Orbe en 1980¹². Mais on retrouve aussi Venel, cité aux côtés du chirurgien français Nicolas Andry, inventeur du terme « orthopédie » en 1741, dans les ouvrages traitant de l'orthopédie dans divers pays: Bruno Valentin à nouveau (1961), et les études de David Le Vay (1990) et Mercer Rang (2000)¹³. Deux thèses publiées se sont aussi penchées sur l'orthopédie du 19^e jusqu'au début du 20^e siècle: celle de Beat Rüttimann, une biographie de l'orthopédiste zurichois Wilhelm Schulthess située dans le contexte de l'orthopédie suisse (surtout alémanique) (1983), et celle de Doris Schwarzmänn-Schafhauser sur l'orthopédie en Allemagne (2004)¹⁴. La Société suisse d'orthopédie (actuelle Swiss orthopaedics) a aussi publié, à l'occasion de deux de ses jubilés, des historiques qui offrent un tour d'horizon documenté de l'orthopédie suisse¹⁵.

De façon générale, ces travaux se sont centrés sur l'institutionnalisation et la professionnalisation de la discipline orthopédique, avec un accent sur les parcours biographiques et dans des espaces géographiques bien délimités¹⁶. La monographie de Roger Cooter (1993)¹⁷, qui établit un parallélisme entre la profession de chirurgien orthopédiste en Grande-Bretagne et aux États-Unis, sur la période 1880–1948, offre un modèle convaincant d'histoire socio-culturelle de la médecine dans une perspective comparatiste.

Le présent livre tente de relever le double défi d'inscrire une histoire institutionnelle et locale dans une histoire plus générale de l'orthopédie. Ainsi, cet ouvrage a pour socle un établissement particulier, l'Hospice orthopédique de la Suisse romande (Suisse francophone), actuellement l'Hôpital orthopédique de Lausanne. Fondé en 1876 à Lausanne, chef-lieu du canton de Vaud, cet hôpital est rattaché depuis 2008 au nouveau Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Il s'inscrit dans la filiation de Venel – tant institutionnelle, familiale que disciplinaire – qui fait remonter ses origines à la fin du 18^e siècle. En reculant encore de quatre décennies jusqu'à Andry, auquel Venel se réfère lui-même, on obtient les limites chronologiques de l'ouvrage qui traverse quatre siècles, du milieu du 18^e siècle à nos jours.

Les 100 ans de l'Hôpital orthopédique fêtés en 1976 ont donné lieu à un livre anniversaire centré sur l'histoire régionale (Lausanne et la Suisse romande), rédigé par l'historien Jean Hugli et celui qui était alors le médecin-chef de l'établissement, Louis Nicod¹⁸. La direction générale actuelle du CHUV a souhaité qu'un nouvel ouvrage vienne documenter et analyser d'un point de vue historique les quatre décennies qui ont suivi le centenaire de l'Hôpital orthopédique. Pour ce faire, un mandat a été confié à l'Institut des humanités en médecine à Lausanne, auquel j'ai été rattachée pour mener cette recherche de type post-doctoral. Je me suis appuyée, pour les périodes plus

⁶ Voir TOURNAY (2011).

⁷ ROSENBERG (1977); ROSENBERG (1995).

⁸ FAURE (1982); FAURE/DESSERTINE (2012).

⁹ PICKSTONE (1985); GRANSRAW/PORTER (1989).

¹⁰ DONZÉ (2003); DONZÉ (2005).

¹¹ VALENTIN (1956); BISCHOFBERGER (1970); OLIVIER (1987); KABA (2015^e).

¹² Ainsi, la SSO lui rend hommage à trois reprises en 1980: lors de la journée de l'APO à Lausanne, lors du congrès annuel de la SSO à Zurich, ainsi qu'à l'occasion du cours de perfectionnement de la SSO qui se tient exceptionnellement à Orbe cette année-là. La revue *SwissMed* consacre la même année plusieurs pages à Venel: SCHOLDER (1980); ACKERKNECHT (1980). Voir aussi: TAILLARD (1980).

¹³ VALENTIN (1961); LE VAY (1990); RANG (2000).

¹⁴ RÜTTIMANN (1983); SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER (2004). Sur l'Allemagne, voir aussi RÜTT/HEIPERTZ/HOLFELDER/MARQUARDT (1993).

¹⁵ FREDENHAGEN (1966^e); FREDENHAGEN/ROMER/RÜTTIMANN (1992). Un troisième ouvrage, que je réévalue, est en cours, qui relate l'historique de cette même société depuis les années 1990 jusqu'à nos jours.

¹⁶ On peut encore mentionner le livre paru sur l'orthopédie béroise: KOCH/HÜGEL/HASLER/HINTERMANN/VALDERRABANO (2014); la biographie consacrée à l'orthopédiste bernois Hans Debrunner: DEJAN/WYDER (2014); ou encore les catalogues de musées toujours richement illustrés, par exemple ZICHNER/RAUSCHMANN/THOMANN (1999); ZICHNER/RAUSCHMANN/THOMANN (2000).

¹⁷ COOTER (2014 [1993]).

¹⁸ HUGLI (1976); NICOD (1976^e); NICOD (1976^e).

anciennes (18^e–début du 20^e siècle), sur ma thèse de doctorat et mes publications en histoire qui portent sur Venel et les premières années de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande, ainsi que sur mes travaux sur l'histoire du handicap du 19^e siècle à nos jours¹⁹. Au final, le livre est destiné à un large public, incluant notamment les professionnels de la santé, les politiques et les patients, tout en proposant un appareil critique (une introduction détaillée, des notes et une bibliographie) suffisamment étoffé pour encourager de futures recherches en histoire de la médecine.

Cette étude ne peut ni ne veut retracer une histoire totale de l'orthopédie, ni même la destinée du seul établissement lausannois. Elle entend en revanche faire entrer en résonance quelques aspects significatifs de l'une et de l'autre, observant comment ils peuvent – ou non – s'éclairer réciproquement. L'articulation entre l'histoire disciplinaire et l'histoire institutionnelle fournit le squelette de ce livre, dont l'établissement vaudois définit l'ancrage spatial, les jalons chronologiques et le corpus principal des sources utilisées. Il fonctionne ici à la fois comme matrice, trame et repère.

UNE HISTOIRE DES TECHNOLOGIES DU CORPS

En complément de cette exploration de la discipline orthopédique au travers d'une focale institutionnelle précise, le facteur technologique constitue un autre angle d'approche incontournable, cela pour différentes raisons. En premier lieu, l'enjeu de la maîtrise et du savoir-faire technologiques traverse véritablement l'orthopédie d'un bout à l'autre de son histoire, du sabot de Venel à la prothèse articulaire d'aujourd'hui. Par ailleurs, la Suisse dispose de ressources géographiques, politiques, culturelles et techniques spécifiques, qui ont certainement influencé le développement local, voire global, de l'orthopédie. L'étude de Thomas Schlich sur l'Association suisse de l'ostéosynthèse (AO)²⁰ va dans ce sens : elle démontre l'importance des réseaux de fraternité qui caractérisent la culture professionnelle des chirurgiens de l'AO pour le développement et la diffusion internationale de la technologie de l'ostéosynthèse. Sur le plan des moyens (diagnostiques et thérapeutiques), de l'évolution des objectifs de la discipline et des catégories de patients, la technologie est intimement impliquée dans l'histoire de l'orthopédie. Par ailleurs, les liens entre médecine et technologie constituent l'un des axes de recherche les plus fructueux de l'historiographie récente, où corps et technologies sont présentés comme intrinsèquement liés.

Il faut rappeler que l'investigation du corps sous (presque) toutes ses coutures a occupé les sciences humaines, surtout sous l'impulsion des théories foucaaldiennes. Dans les années 1970–1980, les questionnements sur l'(auto-)surveillance et le bio-pouvoir²¹ ont dirigé la focale sur le modèle « bio-social » ou la *somatic-body-centred-culture* des sociétés occidentales. Dans cette veine, toute une littérature sociologique et anthropologique a émergé sur le corps²². À la même période, l'histoire de la médecine s'ouvrait aux thèmes de la santé au quotidien avec Geneviève Heller pour la Suisse romande et Georges Vigarello pour la

France²³ et s'intéressait, grâce à Roy Porter et Jacques Léonard, au sort des patients et non plus seulement des médecins dans l'optique d'une histoire sociale par le bas (*from below*)²⁴. Dans les mêmes décennies, le tournant culturel et social des *disability studies* et les travaux d'Erwin Goffman en particulier ont inspiré, entre autres, les recherches sur le corps handicapé²⁵. L'orthopédie s'est aussi inscrite dans l'histoire du corps traditionnelle ouverte par Vigarello²⁶, qui s'est particulièrement intéressé à l'histoire des aspects médico-pédagogiques.

Parallèlement, dans le contexte émancipateur et contestataire des années d'après-guerre et en réaction à la montée en puissance des innovations technologiques, les sociologues des sciences ont souhaité rompre avec l'idée d'une science omnipotente et omnisciente, qui serait « hors du monde », soulignant que la connaissance scientifique est modelée par son environnement social et culturel²⁷. De nombreuses alliances méthodologiques, ou de champs historiques (histoire économique et sociale, histoire des sciences et des techniques) ont relevé l'interdépendance des technologies pensée en tant que système cohérent²⁸. L'histoire des technologies s'est donc engagée dans un processus de *bridge-building*, en particulier avec l'histoire économique et industrielle, mais aussi avec l'histoire culturelle et politique. Ce mélange des genres a offert une vision plus internationale de l'histoire des technologies²⁹, englobant également l'histoire de la médecine³⁰. Des travaux croisant l'histoire sociale des techniques et celle des hôpitaux ont notamment démontré que l'évolution des systèmes médico-techniques dépend étroitement de celle des systèmes hospitaliers, quelles que soient les périodes observées³¹.

Dans le domaine spécifique de l'histoire de l'orthopédie, les techniques conservatrices (non invasives) ont donné lieu à des études ponctuelles de dimension nationale³². L'intérêt porté au corps des invalides de la Première Guerre mondiale a, quant à lui, mis l'accent sur l'orthopédie et la médecine de guerre³³. Les années 2000 se distinguent particulièrement par un engouement pour les technologies orthopédiques de type chirurgical. Leslie Klennerman réunit un collectif d'auteurs³⁴ – pour la plupart des praticiens spécialistes des sujets développés. D'un abord très technique et parfois téléologique, l'ouvrage n'en propose pas moins un matériau riche et des données internationales, même si elles sont centrées surtout sur le monde médical anglo-saxon. L'intérêt porté au transfert des technologies apporte une dimension socio-culturelle plus marquée, notamment à travers l'étude sur la *success story* de l'AO de Thomas Schlich évoquée plus haut. Les prothèses de la hanche deviennent aussi l'objet privilégié d'études historiques, centrées sur les États-Unis et la Grande-Bretagne, qui mettent l'accent sur les aspects médico-techniques et hospitaliers, sur la fabrication et l'ingénierie, plus rarement sur les usagers porteurs de prothèse³⁵.

Enfin, l'historiographie récente de l'orthopédie a été marquée par toute une littérature inspirée des réflexions sur l'« homme-machine »³⁶, ouvrant la voie à une analyse critico-philosophique sur le corps et ses technologies. Des études ont exploré la dimension

naturelle *versus* artificielle (ou culturelle) du corps inhérente à la médecine moderne et à sa technologie³⁷. Dans cette même perspective, quelques ouvrages collectifs ont été consacrés aux prothèses orthopédiques et à leurs usagers, tels que le volume *Homo orthopedicus* dirigé par Nathalie Roelens et Wanda Strauven, moins centré sur les aspects médicaux qu'artistiques et littéraires³⁸. La dichotomie ou au contraire la convergence entre le « corps chair » et le « corps technologique » est aussi au programme du livre coédité par Katherine Ott, David Serlin et Stephen Mihm, dans lequel Ott prolonge d'ailleurs une analyse de la prothèse orthopédique jusqu'au cyborg, symbole populaire de l'humain-machine hybride³⁹.

Récemment, on a pu observer un intérêt ravivé pour le cyborg et ses variantes – l'hybride, le corps augmenté, l'humain simplifié ou déshumanisé – qui donne lieu à de nouveaux questionnements éthico-philosophiques et psychologiques, tel l'aspect identitaire, en lien avec le corps prothétique⁴⁰. Ces études prolongent en quelque sorte le paradigme de la promesse technologique⁴¹, inspiré des recherches critiques sur le modèle biomédical qui caractérise nos sociétés occidentales⁴². Ces réflexions font aussi écho à l'intérêt porté au handicap par la sociologie des sciences et des technologies qui, depuis deux décennies et les travaux de John Law (1999), renouvelle, jusqu'à un certain point, le modèle social du handicap, et en particulier la conception de l'autonomie des individus⁴³. Toutes ces études ouvrent de nouvelles perspectives de recherche dans des domaines convergents : l'étude du corps (potentiellement handicapé) et ses technologies. La dimension historique manque toutefois à ces récentes approches portées le plus souvent par la sociologie, l'anthropologie, voire l'éthique.

MÉTHODOLOGIE ET SOURCES

Avec cet ouvrage, la direction générale du CHUV a souhaité que les documents anciens de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande servent à restituer les aléas de l'histoire de l'institution depuis sa création jusqu'à son intégration au CHUV, qui impliquait sa perte d'autonomie juridique. Ce dernier aspect, vécu comme un processus complexe par le personnel et les cadres responsables de cette importante mutation, a notamment motivé la volonté de documenter les étapes antérieures – les autres grandes ruptures dans l'histoire de l'institution – et les processus à l'œuvre. Pour ce faire, l'objectif de la recherche a consisté à retracer l'histoire de l'Hôpital orthopédique sur le long terme, en tenant compte du contexte local et plus largement global, dans l'idée d'une histoire de l'orthopédie qui dépasserait le seul cadre institutionnel et géographique de l'établissement lausannois. Ce livre est ainsi le prétexte à un positionnement épistémologique original qui, tout en s'inspirant de l'historiographie récente de la médecine, propose des angles d'approche nouveaux liés aux sources et à leur traitement méthodologique.

Du local au global

L'existence et l'abondance des archives de l'Hôpital orthopédique, qui constituent une chance pour toute personne intéressée par l'histoire médicale institutionnelle, appellent à une valorisation de ce précieux patrimoine hospitalier. Le livre aurait ainsi pu se concentrer essentiellement sur l'histoire de l'Hôpital orthopédique, insérée dans son contexte local ou régional (Lausanne et la Suisse romande). Il a toutefois semblé judicieux d'élargir la focale en insérant cette histoire dans une perspective plus globale, en confrontant les aspects particuliers de l'institution avec ceux de l'orthopédie dans son ensemble, en Suisse et en dehors de celle-ci. Il s'est agi en quelque sorte de décroquer l'histoire institutionnelle – de sortir des murs de l'Hôpital orthopédique.

Dans ce même but, le livre retrace l'émergence de l'orthopédie comme spécialité, à travers l'évolution de la formation et de la professionnalisation, l'autonomisation de la discipline, les définitions mêmes de l'« orthopédie ».

Il accorde également une large place à l'évolution des pathologies et de la patientèle, ainsi qu'à l'impact des avancées technologiques et biologiques sur l'orthopédie, notamment à travers les collaborations avec d'autres pôles de recherche. À côté de l'évolution des prothèses, orthèses, implants et biomatériaux, l'influence des innovations médicales d'autres disciplines sur l'orthopédie a aussi été abordée.

Enfin, le livre soulève tout un questionnement sur les attentes des instances internes et externes à la discipline orthopédique et à ses institutions – exemplifiées ici avec l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande. À l'interne, il s'agit de répondre aux sollicitations des patients, des médecins, des professionnels de la santé et des administrateurs de l'institution. À l'externe, il faut tenir compte des requêtes de la Faculté de médecine, des pouvoirs publics, des assurances sociales et de la société dans sa globalité. En se centrant sur ces différents aspects et leur évolution au cours du temps, le livre souhaite aussi montrer ce qui peut mener un établissement, indépendant durant plus d'un siècle, à être finalement intégré dans un système public de santé.

C'est donc en tant qu'institution *per se* que l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande sera présenté, ayant sa vie propre, ses stratégies spécifiques dans le contexte général du système de santé suisse. À l'échelle de la micro-histoire, l'idée d'incarner le thème de l'orthopédie dans une institution vise à reconstituer le parcours d'une discipline dans toutes ses dimensions : médicale, sociale, économique, culturelle, politique. Mais il s'agit aussi d'articuler le contexte local (histoire de l'Hôpital orthopédique) et le contexte global (histoire de l'orthopédie et de la médecine) pour capter les moments de rupture et les interroger par une confrontation en contexte : les périodes de crise économique et sociale, l'avènement du management ont-ils une répercussion sur l'institution et, le cas échéant, comment ces répercussions se manifestent-elles ? Quelles tensions sont engendrées – tant dans la profession médicale que dans d'autres sphères sociales – lors de

¹⁹ Voir mes publications dans la bibliographie.

²⁰ SCHLICH (2002b).

²¹ FOUCAULT (2003 [1963]); FOUCAULT (1975).

²² Parmi les plus cités : MAUSS (1973) et en particulier le chapitre « Les techniques du corps » ; BOLTANSKI (1974) ; LE BRETON (1985) ; plus tard TURNER (1994).

²³ HELLER (1979) ; VIGARELLO (1985).

²⁴ PORTER (1985) ; LEONARD (1986).

²⁵ GOFFMAN (1975, 1^{re} éd. anglaise parue en 1968). Voir aussi KABA (2008).

²⁶ VIGARELLO (2001 [1979]).

²⁷ Parmi les plus connus : BARNES/SHAPIN (1979) ; BLOOR (1983) ; LATOUR (1987).

²⁸ Notamment BIJKER/ HUGHES/PINCH (1987).

²⁹ FOX (1998).

³⁰ MARKS (1993) ; HOWELL (1996) ; TIMMERMANN/ ANDERSON (2006).

³¹ Par exemple ROSENBERG (1987). Voir aussi un aperçu général de cette littérature dans DONZÉ (2005).

³² Pour la France : FAJAL (1972) ; pour la Suisse, surtout allemande : RUEPP (2002) ; ponctuellement chez les biographes de Venel : VALENTIN (1956) ; OLIVIER (1987).

³³ KOVEN (1994) ; PERRY (2014).

³⁴ KLENERMAN (2002).

³⁵ METCALFE/PICKSTONE (2006) ; ANDERSON/NEARY/ PICKSTONE (2007).

³⁶ ASSOUN (1999) ; RABINBACH (2004).

³⁷ Par exemple ORLAND (2005). Pour Nikolas Rose, le débat sur la division naturel/culturel n'a plus lieu d'être, car les humains sont entièrement artificiels, cela du fait de la médecine qui, depuis le milieu du 19^e siècle au moins, embrasse toutes les dimensions du corps, malade et sain, depuis la naissance (voire avant) et jusqu'à la mort. L'auteur argumente : « La distinction entre le naturel et le culturel a cessé d'être un outil analytique pertinent. La médecine a contribué à nous rendre profondément artificiels. » Je traduis de l'anglais. Voir ROSE (2007 : 701).

³⁸ ROELEN/STRAUVEN (2001).

³⁹ OTT (2002). Sur le concept de cyborg, voir l'incontournable « manifeste » de HARAWAY (1985).

⁴⁰ Par exemple le colloque « De l'être humain réparé à l'être humain augmenté. Quels impacts sur l'individu et la société ? » organisé par Pro Infirmis et l'Interface sciences-société de l'Université de Lausanne, en nov. 2014 à Lausanne ; le colloque international « L'humain et ses prothèses. Savoirs et pratiques du corps transformé », en déc. 2015 à Paris ; le colloque « Making Modern Disability. Histories of Disability, Design, and Technology », en oct. 2016 à Wilmington, Delaware. Voir aussi les travaux de GOURINAT (2014 ; en préparation).

⁴¹ Ce discours a été étudié depuis l'Antiquité par exemple chez BENSUADE-VINCENT (2003), ou pour des sujets très actuels tels que les nanotechnologies et les neurosciences par exemple chez AUDETAT/ BARAZZETTI/ DORTHE/CLAUDE/ KAUFMANN/ VINCK (2015).

⁴² SARGENT (2005) ; BURRI/DUMIT (2007) ; COOTER/STEIN (2013).

⁴³ LAW (1999*). Sur une synthèse critique des approches sociales du handicap, voir WINANCE (2016).

l'avènement d'une nouvelle discipline professionnelle telle que l'orthopédie? Certains éléments comparatifs viendront appuyer ces questionnements⁴⁴.

Entre histoire écrite et histoire orale

La longévité de l'Hôpital orthopédique en tant qu'institution privée explique qu'il a pu conserver ses archives, entreposées dans les combles de l'établissement, qui ont ainsi échappé aux effets destructeurs des déménagements et réaffectations de locaux caractérisant de nombreuses institutions. Ce problème allait toutefois finir par se poser. En décembre 2013, la direction du DAL décidait en effet d'affecter les combles de l'Hôpital orthopédique au stockage d'archives plus récentes provenant d'une autre institution, dont l'activité était nouvellement intégrée au département. Dans ce but, des tractations avec les Archives cantonales vaudoises (ci-après ACV) avaient déjà été entamées. Finalement, une partie des archives – des dossiers de patients surtout – a dû être éliminée, mais un tri préalable a permis d'en confier aux ACV un échantillon important destiné à la recherche⁴⁵. Des documents administratifs se trouvent encore, de façon transitoire, dans les combles de l'Hôpital orthopédique et à l'Institut des humanités en médecine à Lausanne. Il est prévu qu'ils soient récupérés par les ACV à l'issue de la recherche ayant mené à ce livre.

Ainsi, les sources qui documentent cet ouvrage sont constituées d'archives institutionnelles et administratives relatives à l'Hôpital orthopédique, mais aussi à d'autres entités telles que la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie-Swiss orthopaedics, ou la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique. Il s'agit surtout de rapports annuels d'établissements, de procès-verbaux des séances de comités ou d'assemblées générales de ces sociétés. La littérature médico-technique, issue notamment des revues spécialisées et des actes de congrès, a également été prise en compte, ainsi que quelques articles tirés de la presse plus généraliste et grand public.

Les dossiers de patients de l'Hôpital orthopédique ont aussi constitué un fonds d'archives digne d'intérêt pour cette étude. L'institution a ainsi mis à disposition ses dossiers produits depuis les années 1950 jusqu'au début des années 2000, à savoir des dossiers d'hospitalisation et de consultation polyclinique, des fiches de patients et des radiographies. Le contenu des dossiers permet de saisir des éléments qui ne paraissent pas dans d'autres types de sources, tels que les parcours individuels des patients, ou la relation entre le malade et son médecin. La conservation des dossiers de patients participe à la constitution d'une mémoire collective qui mérite l'attention que leur portent les archives, à une époque où le sujet sensible des données personnelles est plus que d'actualité⁴⁶.

Enfin, le livre comporte un volet d'histoire orale, reposant sur des entretiens de protagonistes ayant pratiqué ou pratiquant encore à l'Hôpital orthopédique. Ce faisant, les témoignages récoltés permettent une approche plus nuancée du passé et mettent en relief le contenu des sources écrites parfois arides pour les historiens⁴⁷. À travers les souvenirs, qui couvrent la période des années 1960 à nos jours, sont ainsi captées les expériences personnelles, les ambiances ressenties, qui sont généralement absentes ou très superficiellement traitées dans les sources officielles. La confrontation des souvenirs avec la documentation écrite permet au final d'obtenir une représentation réaliste du

passé, située quelque part entre les faits et la subjectivité, entre les documents et l'expérience vécue. Dans l'histoire particulière de l'Hôpital orthopédique, avoir accès à la subjectivité des acteurs renseigne aussi sur le sens que ceux-ci donnaient à leurs actions, lesquelles, d'une manière ou d'une autre, ont pesé sur l'histoire particulière de l'institution. Le choix nécessairement limité des protagonistes interrogés – 15 personnes en tout – offre forcément une vision partielle de ce passé vécu. On a néanmoins tenu compte de la diversité des pratiques et des professionnels, tout en ayant dû renoncer à développer certains domaines – les secteurs de l'intendance ou du secrétariat, par exemple, ne sont que marginalement abordés dans ce livre.

⁴⁴ Sur les questions de micro-histoire et d'histoire globale, voir CHARLE (1989); LÖWY (2007).

⁴⁵ ACV, SB 272, Dossiers de patients de l'Hôpital orthopédique.

⁴⁶ Ce sujet a notamment occupé le cycle de conférences organisé par les ACV, de mars à novembre 2016, intitulé: «Archives psychiatriques: "Faut-il consulter?" Contribution au débat sur la conservation des données personnelles».

⁴⁷ Sur les méthodes en histoire orale, voir DESCAMPS (2001).

CHAPITRES DU LIVRE

Cet ouvrage s'articule en six chapitres, qui délimitent quelques grandes périodes historiques allant du milieu du 18^e siècle à nos jours, représentant les traditionnelles phases de ruptures socio-économiques et culturelles occidentales. Car c'est en interrelation avec ce contexte que naît l'orthopédie suisse et que se développe l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande. S'il est vrai que les pratiques orthopédiques ont été décrites depuis Hippocrate au moins, et que les affections orthopédiques étaient déjà connues bien avant, ce livre ne s'y attardera pas pour se maintenir dans le cadre défini.

1

Ainsi, le chapitre un abordera la genèse de l'orthopédie depuis la création du mot « orthopédie » jusqu'aux premières années de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande (entre le milieu du 18^e et la fin du 19^e siècle). Il décrira la naissance de la clinique orthopédique, les rivalités entre médecins et non-médecins autour de cette nouvelle niche, et évoquera la première vague d'institutionnalisation depuis Venel en interrogeant l'existence – ou la non-existence – de la discipline orthopédique durant cette période.

2

Le chapitre deux traitera de la « Belle Époque » de l'orthopédie (de la fin du 19^e siècle aux années 1920), en s'intéressant à l'essor de la médecine dite moderne et à son influence sur le développement de l'Hospice orthopédique. La Première Guerre mondiale et la médecine militaire, mais aussi l'éducation et la médecine scolaire, seront au cœur de ce chapitre où l'orthopédie morale (pour les enfants) cohabite avec une nouvelle orthopédie d'urgence (pour les blessés de guerre).

3

Le chapitre trois décrira la période des années sombres (années 1930–1950), qui n'empêchent pas l'orthopédie d'obtenir certaines victoires: la mise en place d'une Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie et la création de la filiale suisse, une reconnaissance de la spécialité FMH d'orthopédiste, ou encore la première chaire du pays créée à Lausanne. Dans la suite des deux conflits mondiaux, la traumatologie commence à faire des émules au sein des orthopédistes, et une médecine sociale s'organise pour prendre en charge les grands traumatisés de la guerre. L'Hospice orthopédique, devenu par ailleurs hôpital et clinique universitaire, se distingue en la matière.

4

L'« âge d'or » de l'orthopédie évoqué au chapitre quatre (période de 1958 à 1975) décrit en réalité un contexte plus nuancé, où les développements institutionnels et médico-techniques tous azimuts montrent leurs limites. Les budgets de la santé sont toujours plus restrictifs et la concurrence entre spécialités est rude. Sur fond d'innovations technologiques inédites et en raison d'une patientèle en hausse exponentielle, il s'agit pour l'orthopédie de se positionner avec ou sans la traumatologie (ce sera d'abord sans pour l'Hôpital orthopédique), de circonscrire la discipline mais sans se cloisonner.

5

Le chapitre cinq est celui des remises en question dans un contexte socio-économique devenu morose (fin des années 1970–1990), qui implique de nouvelles stratégies. On intensifie les réseaux régionaux et transnationaux, et l'Hôpital orthopédique se rapproche du CHUV pour former un nouveau service orthopédique cohabitant désormais avec la traumatologie. Sur fond de récession, de programmes d'économies et de démarches qualité, l'institution poursuit son expansion, mais termine les années 1990 dans les chiffres rouges.

6

Le chapitre six aborde l'orthopédie du 21^e siècle, qui annonce quelques surprises de taille: des impératifs de gestion et de rentabilité imposés à l'échelle du pays et, pour l'Hôpital orthopédique en particulier, l'abandon de son statut d'institution privée et l'intégration dans un nouveau département du CHUV. De nombreux défis marquent déjà le nouveau millénaire, au nombre desquels une remise en question du modèle apparemment irrémédiable de l'hyperspécialisation médicale.

Au final, l'histoire de l'orthopédie offre la démonstration que la médecine a été pratiquée comme un art et s'est développée avec créativité en une science, pas seulement technique et biologique mais aussi sociale⁴⁸. L'Hôpital orthopédique apporte de nombreux exemples de cette évolution à travers le temps.

⁴⁸ Phrase que m'a inspirée la lecture de ROGERS (1950: 453).

GENÈSE ET ORIGINES

MILIEU DU 18^e – 19^e SIÈCLE⁴⁹

1

DU MOT À LA CLINIQUE: LES APPORTS D'ANDRY ET DE VENEL À L'ORTHOPÉDIE – 16

- Une conception plurielle du corps de l'enfant – 16
- Une orthopédie artisanale – 24
- La clinique de Venel – 24

L'ORTHOPÉDIE AU 19^e SIÈCLE: RIVALITÉS AUTOUR D'UNE NOUVELLE NICHE MÉDICALE – 26

- L'orthopédie: une affaire d'institutionnalisation avant tout – 26
- L'orthopédie est-elle (déjà) une spécialité médicale? – 27
- Quelques exemples de traitements orthopédiques – 28

NAISSANCE DE L'HOSPICE ORTHOPÉ- DIQUE DE LA SUISSE ROMANDE – 36

- Le contexte hygiéniste et philanthropique: un terrain favorable – 36
- Les ambitions d'Henri Martin et de ses « amis » – 37
- La fondation de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande – 40

LES PREMIÈRES ANNÉES DE L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE – 42

- S'organiser et trouver ses marques – 42
- L'orthopédie conservatrice selon Henri Martin – 45

BILAN – 49

⁴⁹
Ce chapitre s'inspire de ma thèse de doctorat: KABA (2011^b), partie II: « La médecine de la scoliose au pied bot: développement de thérapies techniques et physiques autour du corps infirme ». Voir aussi KABA (2015^a).

Du mot à la clinique : les apports d'Andry et de Venel à l'orthopédie

C'est au médecin français Nicolas Andry (1658–1742) que l'on doit le terme « orthopédie » (du grec *orthos*, droit, et *paidion*, enfant), qui intitule ainsi un ouvrage de vulgarisation paru en 1741. À l'aide d'exercices de maintien et de correction expliqués aux parents et éducateurs, l'auteur dit vouloir « prévenir et corriger dans les enfants les difformités du corps »⁵⁰. Quatre décennies plus tard, l'orthopédie clinique est instituée par le médecin vaudois Jean-André Venel (1740–1791), fondateur du premier établissement orthopédique connu au monde. En 1780, il rénove en effet une vieille abbaye surplombant la rivière de l'Orbe, dans le village du même nom situé dans le canton de Vaud, pour y accueillir des enfants ayant des difformités corporelles. Dans cette institution avant-gardiste sont alors réunies les conditions optimales pour le traitement de l'appareil locomoteur : soins médicaux, techniques de type physiothérapique (manipulations, massages, bains) et appareils de correction. À cela s'ajoute l'éducation intellectuelle par des cours réguliers pour les jeunes patients, qui sont amenés à être hospitalisés de longs mois, voire plusieurs années.

Quarante ans après l'ouvrage d'Andry, l'orthopédie prend donc une connotation clinique au sein de l'institut de Venel, où sont favorisées les méthodes dites non sanglantes (ou conservatrices), n'impliquant pas d'interventions chirurgicales. Initialement médecin accoucheur, Venel a été sensibilisé par les difformités de nombreux enfants qu'il a aidé à mettre au monde. Il a d'ailleurs fondé à Yverdon, avec le soutien du médecin et botaniste bernois Albrecht von Haller, la première école de sages-femmes de Suisse en 1776. À la même époque, Venel obtient la rémission inespérée d'un cas orthopédique sévère – redressement du pied bot d'un jeune garçon réalisé avec succès –, qui le réoriente vers l'orthopédie. Il part quelque temps se former en France avant d'ouvrir son institution orthopédique. Niche médicale plutôt marginale, l'orthopédie clinique s'inscrit néanmoins dans un contexte social et scientifique propice à son avènement.

UNE CONCEPTION PLURIELLE DU CORPS DE L'ENFANT⁵¹

En effet, l'image de l'enfant connaît une profonde mutation dès le milieu du 18^e siècle. À l'ère de l'encyclopédisme où l'homme, libéré du fatalisme divin, raisonne sur son devenir, aspire à un savoir moins élitiste et s'inquiète de la dépopulation, c'est logiquement sur la conservation des enfants que se porte une profusion de réflexions, en particulier médicales et pédagogiques. Hommes politiques et médecins sont sensibles à la mortalité infantile alarmante – près d'un enfant sur trois meurt encore en Europe après 1750⁵² –, ce que confirme le spectre de la « dégénération » (la lente altération de l'espèce humaine) associée à la dépopulation, qui domine une nouvelle littérature spécialisée couvrant le sujet de l'enfance⁵³.

L'impulsion vénélienne s'inscrit donc dans une époque durant laquelle se conceptualise non seulement une médecine plus attentive à la santé des enfants, mais aussi où s'organisent progressivement les principes de l'anatomopathologie, dite aussi anatomoclinique. Ce courant,

⁵⁰ ANDRY (1741). Pour un développement sur Nicolas Andry, voir VIGARELLO (2001 [1979]: 13–24); également PARAYRE (2004).

⁵¹ Les conceptions orthopédiques de Venel ont été analysées dans KABA (2015^e: 273–277), sous-chapitre: « Humeurs, irritabilité et "homme-machine": une conception plurielle du corps de l'enfant ».

⁵² Pour Genève par exemple, voir PERRENOUD (1979: 488).

⁵³ Voir ARIES (1973); VIGARELLO (2001 [1979]: 24–30).

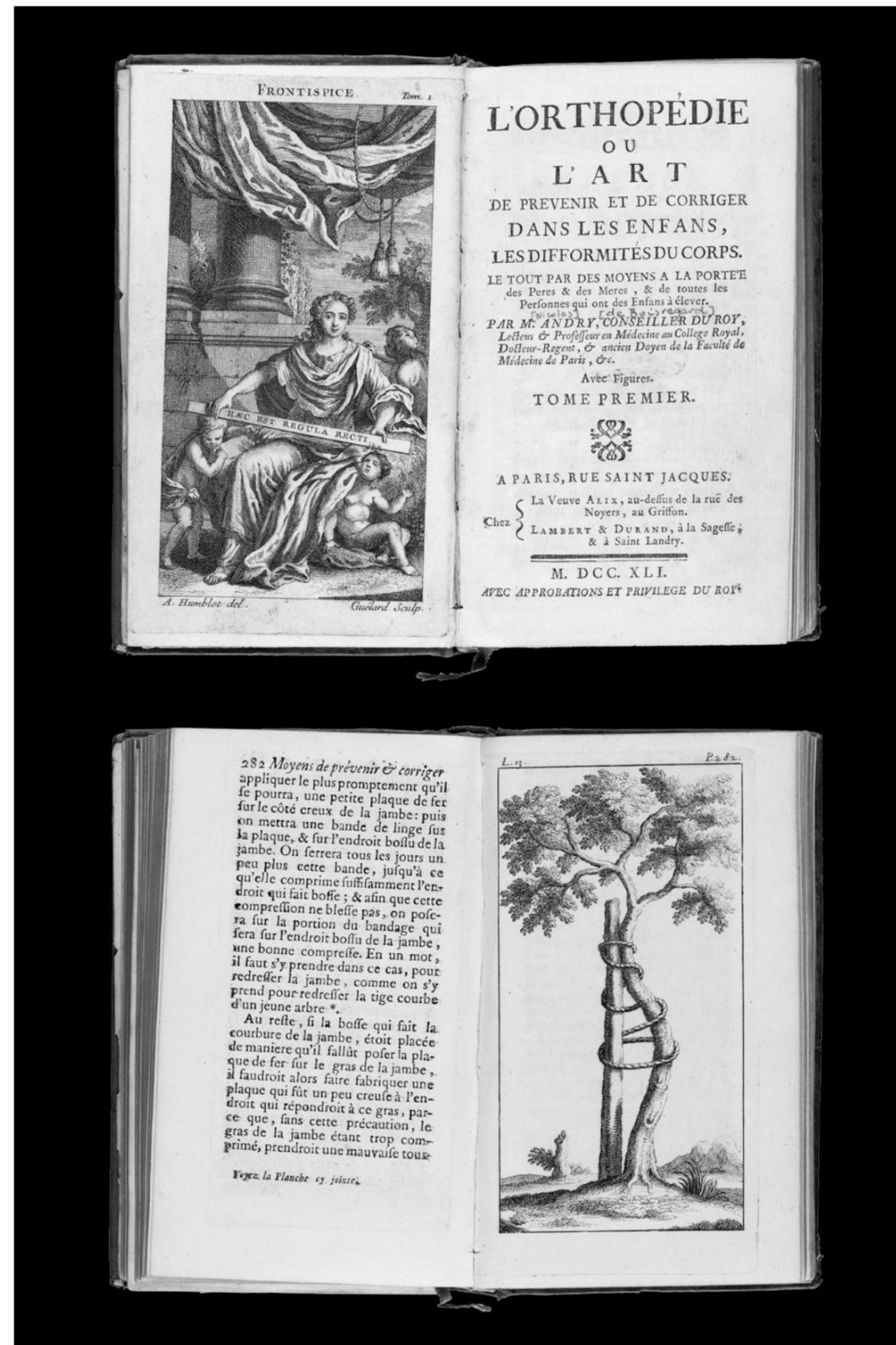


Fig. 1
« Frontispice » et page
de titre du livre
de Nicolas Andry,
l'Orthopédie (1741).

Fig. 2
L'arbre et son tuteur
symbolisant le corps
de l'enfant qu'il faut
redresser.
Cette image, tirée
de l'Orthopédie d'Andry,
est souvent utilisée
comme symbole
par les orthopédistes.

développé en Europe entre le 16^e et le 18^e siècle, se présente au tournant du 19^e siècle comme une nouvelle science médicale qui se concentre sur le rapport entre les symptômes et les lésions d'organes pour distinguer les différentes maladies. Il s'appuie sur l'observation clinique par un enseignement au chevet des malades, ainsi que sur la dissection des cadavres pour la recherche des lésions⁵⁴. Dans ce contexte particulièrement favorable à une réflexion sur le développement intellectuel et physique des enfants, on se donne désormais les moyens d'agir.

Ainsi, parmi les rares écrits laissés par Venel figure un manuscrit – non publié – rédigé vers 1788, consacré aux « Recherches, découvertes et observations sur la nature et la guérison de difformités osseuses des extrémités inférieures »⁵⁵. Ce texte donne une idée éclairante des conceptions de Venel sur sa pratique et de la dimension européenne de la diffusion des savoirs orthopédiques qui parviennent jusqu'à lui. Dans cet écrit, le médecin vaudois passe en revue les nombreux auteurs qui ont « beaucoup et très bien écrit, dans [son] siècle, sur l'éducation physique de l'homme » : Locke, Rousseau, Ballexserd, Vandermonde, Desessartz, Rollin sont mentionnés pour leurs traités généraux sur « les moyens de favoriser la nature dans ses développements ». Venel mentionne ensuite certains savants qui ont particulièrement montré comment la marche de la nature « s'égare souvent dans les développements de l'enfance ». Concernant plus spécifiquement ce qu'il appelle « la partie de l'orthopédie qui a les os pour objet », ou « orthopédie osseuse », il nomme notamment Portal, Le Vacher, Pouteau et Desault pour la France, Pott pour le Royaume-Uni, ainsi que Vyths et Van der Haar pour les Pays-Bas⁵⁶.

Venel rend aussi à Andry son tribut particulier, reconnaissant à cet auteur non seulement la paternité du terme « orthopédie », mais aussi un traité « sans conteste le plus étendu que nous possédions sur cette matière intéressante »⁵⁷. En effet, le traité d'Andry, *L'Orthopédie* (1741), ouvre la voie aux ouvrages consacrés à l'éducation morale et physique des enfants, dont l'*Émile ou De l'éducation* (1762) de Jean-Jacques Rousseau est le plus connu. Il inspirera sans doute Desbordeaux, qui publie à Paris une *Nouvelle orthopédie, ou Précis sur les difformités que l'on peut prévenir ou corriger dans les enfants* (1805). Mais Venel reproche à Andry la faiblesse de la nouveauté :

IL ÉTAIT IMPOSSIBLE QU'UN TEL TRAITÉ FÛT SUFFISAMMENT APPROFONDI, SUR-TOUT [PORTANT] SUR UNE MATIÈRE POUR AINSI DIRE NEUVE, DU MOINS À L'ÉGARD D'UN TRÈS GRAND NOMBRE D'OBJETS DONT JUSQU'ALORS ON NE S'ÉTAIT NULLE PART POINT OU PRESQUE POINT OCCUPÉ⁵⁸.

Au palmarès des affections orthopédiques traitées au tournant du 19^e siècle figurent alors les malformations des pieds, les jambes en X ou en O, et les déviations latérales de la colonne vertébrale, appelées aussi scoliose⁵⁹.

Selon l'historienne Doris Schwarzm-Schafhauser, le pied bot est le prototype du mal orthopédique du début du 19^e siècle, mal auquel la scoliose vole parfois la vedette⁶⁰. Venel confirme cette tendance, puisque les deux innovations techniques ayant fortement contribué à sa renommée sont le sabot qui porte son nom pour la correction des pieds bots, ainsi que l'appareillage de jour et de nuit – respectivement le corset et le lit à extension – pour le redressement des scolioses. La diffusion de ces appareils, sous de nombreuses variantes, sera favorisée par les écrits des médecins européens du tournant du 19^e siècle. Par ailleurs, la surreprésentation des pieds bots chez les garçons et celle des scolioses chez les filles feront l'objet de pratiques et de discours spécifiques liés à des enjeux médicaux et sociaux⁶¹. Dans *L'Orthopédie* d'Andry, par exemple, un intérêt particulier est déjà porté à la posture des jeunes filles, qui n'a pas son pen-

⁵⁴
Voir notamment FOUCAULT (2003 [1963]) ; KEEL (2001).

⁵⁵
VENEL (1788*), retranscrit dans OLIVIER (1937 : 423–430). Ce manuscrit de Venel devait aboutir à un ouvrage abondamment illustré et mis à la portée des parents, annoncé en date du 6 décembre 1788 dans la rubrique « Belles-Lettres » du *Journal de Lausanne*. Il a été précédé cinq ans plus tôt par un autre manuscrit portant « Sur quelques nouveaux moyens de corriger plusieurs espèces de difformités de parties osseuses » (VENEL (1783*), également non publié et retranscrit dans OLIVIER (1937 : 430–433).

⁵⁶
VENEL (1788* : 423–425).

⁵⁷
VENEL (1788* : 424).

⁵⁸
Voir note précédente.

⁵⁹
ZICHNER/RAUSCHMANN/THOMANN (1999 : 4).

⁶⁰
SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER (2004 : 117).

⁶¹
À l'heure actuelle, de nombreux diagnostics infantiles

soulignent la surreprésentation de l'un ou l'autre sexe dans certaines malformations, bien que, à l'époque comme aujourd'hui, les médecins ne s'accordent pas toujours sur les causes physiologiques ou biologiques de ces phénomènes. On peut par exemple mentionner la maladie de Duchenne (dystrophie musculaire) ou la maladie de Perthes (nécrose du noyau ossifié de la tête fémorale cause du nanisme) qui touchent davantage les sujets masculins, tandis que la luxation congénitale (ou dysplasie) de la hanche prédomine chez les sujets féminins. Voir KABA (2006^e : 212).

dant pour les garçons. Le médecin consacre à celles-ci un court chapitre (« En quelle situation les jeunes filles doivent coudre, lire, travailler en tapisserie, etc. ») et insiste ailleurs dans son ouvrage sur l'élégance féminine, révélatrice de l'attention particulière de l'auteur – et de son époque – portée au corps féminin⁶².

Dans son manuscrit de 1788 consacré au traitement des membres inférieurs, le projet de Venel est de se démarquer de la perspective quelque peu étriquée de ses prédécesseurs ou contemporains qu'il dit être surtout intéressés par la taille⁶³ – à savoir les déviations de la colonne vertébrale. Ses réflexions sur l'orthopédie, qu'il souhaite pour sa part mieux représenter que cela n'a été le cas jusqu'alors, en disent long sur la haute estime que le médecin vaudois a de sa mission de praticien. Il commence son récit par des considérations plus générales sur l'étiologie des difformités dans leur ensemble. Il vaut la peine de s'imprégner ici de la clarté des propos de ce précurseur :

POUR PEU QUE L'ON CONNAISSE L'ASSEMBLAGE OSSEUX QUI COMPOSE LE SQUELETTE HUMAIN, L'ON NE SERA POINT SURPRIS DU GRAND NOMBRE ET DE LA VARIÉTÉ DES DÉFAUTS DE CONFORMATION DONT IL EST SUSCEPTIBLE, PARTICULIÈREMENT DANS L'ENFANCE OÙ LES OS N'ONT PAS ENCORE LA CONSISTANCE QU'ILS DOIVENT AVOIR ET OÙ LES LIENS QUI LES UNISSENT ENSEMBLE SONT SI MOLS ET SI LÂCHES. [...] IL EST TRÈS VRAI [...] QUE LA TROP GRANDE MOLLESSE DES OS DISPOSE À UNE ALTÉRATION DANS LEUR PROPRE FIGURE, ET QUE LA TROP

À la suite de ces commentaires sur la mollesse du squelette de l'enfant, prédisposant à certaines difformités, Venel cite une série de « causes secondaires », extérieures et internes. Parmi les premières figurent les chutes, coups, pressions, entorses, efforts de tout genre, poids trop grand du corps ou de quelques parties sur d'autres, mauvaises attitudes souvent répétées, qui « produisent sans doute fréquemment des dérangements dans les os ». Les causes internes consistent quant à elles en la nutrition inégale des os, les divers gonflements humoraux de leurs tissus spongieux, les engorgements divers de leurs liens et de leurs enveloppes, la contraction ou l'action tonique irrégulière de muscles et de tendons qui, s'allongeant et s'affaiblissant, perdent leur faculté contractile⁶⁵.

Ces exemples étiologiques montrent qu'on se situe, avec Venel et à son époque, dans une appréhension hétérogène du corps malade, où se mêlent tradition et nouveauté. La tradition s'appuie sur la théorie humorale issue de la médecine antique⁶⁶, selon laquelle l'os peut être affecté par un déséquilibre des fluides, qui se traduit par un trop-plein : Venel mentionne les engorgements et les gonflements humoraux. Mais cette conception se fond subtilement dans les nouvelles théories tissulaires et de la contractilité, par l'évocation des tissus spongieux des os et de la contraction des muscles et des tendons. C'est en effet dès la seconde moitié du 18^e siècle que certains milieux médicaux, favorables aux expérimentations animales, reconnaissent à côté de la sensibilité le concept de la contractilité – ou irritabilité – comme fondement de l'organisme vivant⁶⁷.

C'est sans doute chez Albrecht von Haller que Venel puise son inspiration puisque les deux hommes se connaissent. Pour le savant bernois, qui en 1751 a sacrifié plusieurs dizaines d'animaux pour confirmer sa théorie de l'irritabilité ou contractilité, celle-ci est une propriété inhérente aux muscles, qu'il différencie de la sensibilité réservée au système nerveux. Le principe « naturel » hippocratique, que le médecin français Paul-Joseph Barthez, promoteur du vitalisme, avait reformulé par l'expression de « principe vital », laisse alors place aux « propriétés vitales », soit la mobilité (muscles) et la sensibilité (nerfs) désormais accessibles aux investigations⁶⁸. À la conception totalisante du corps se substitue donc peu à peu une classification morcelée de fonctions corporelles, qui peuvent s'appréhender distinctement.

⁶²
KABA (2006^e : 211) ; voir aussi KABA (2006^e).

⁶³
VENEL (1788* : 425).

⁶⁴
VENEL (1788* : 426).

⁶⁵
VENEL (1788* : 427).

⁶⁶
Voir par ex. JOUANNA (2005).

⁶⁷
SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER (2004 : 74–75). Voir aussi FOUCAULT (2003 [1963] : 125–130).

⁶⁸
DUPONT (1999), article : « Haller, Albrecht von ». Voir aussi REY (2000).

Fig. 3
 Vue du village d'Orbe
 avec le grand pont du
 Moulinet, le vieux moulin
 et, en arrière-plan et en
 hauteur, l'abbaye d'Orbe
 (Institut orthopédique
 de Venel).



Fig. 4
 Modèle du sabot de
 Venel admis comme
 authentique selon Mellet,
 dans son *Manuel pra-
 tique d'orthopédie* (1835).

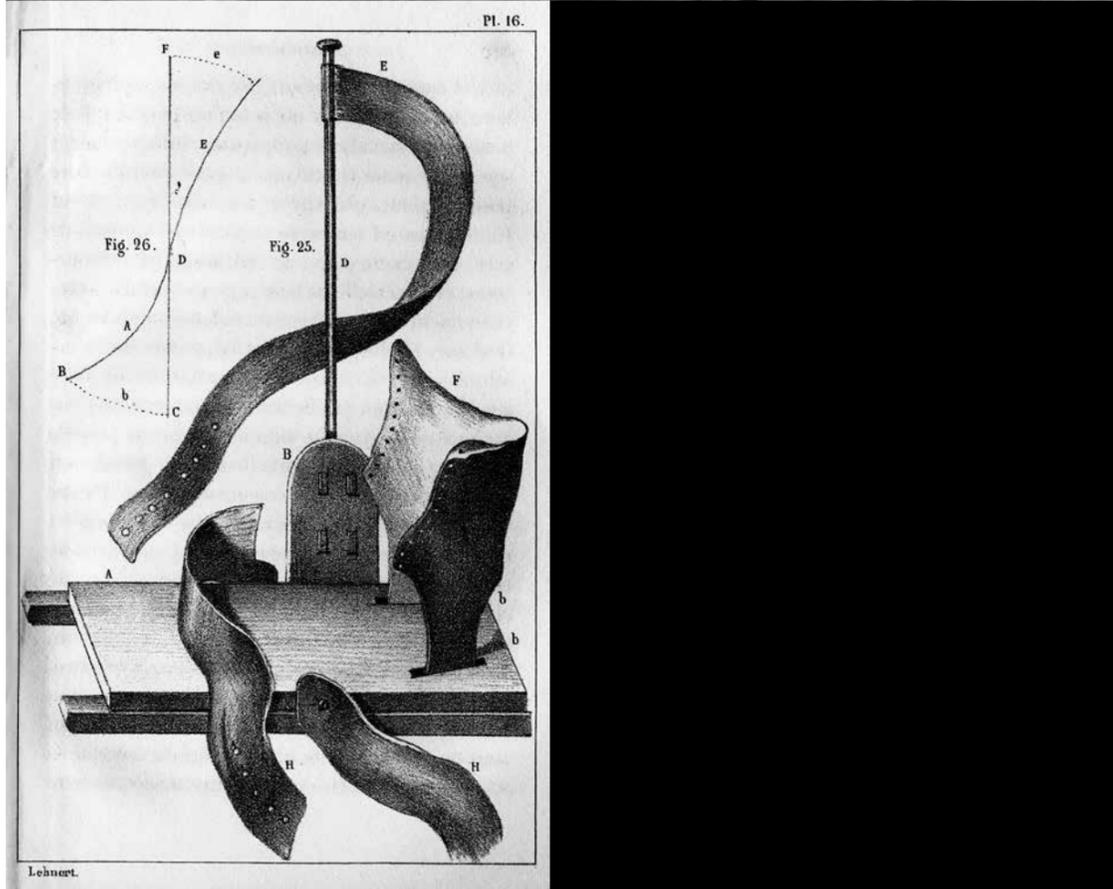


Fig. 5
 Reconstitution du sabot
 tel que conçu par Venel
 vers 1780, pour le traite-
 ment des pieds bots.



Fig. 6/7
Appareils de jour (corset)
et de nuit (lit à extension)
pour le traitement des
scolioses, selon des
croquis de Venel (1785).

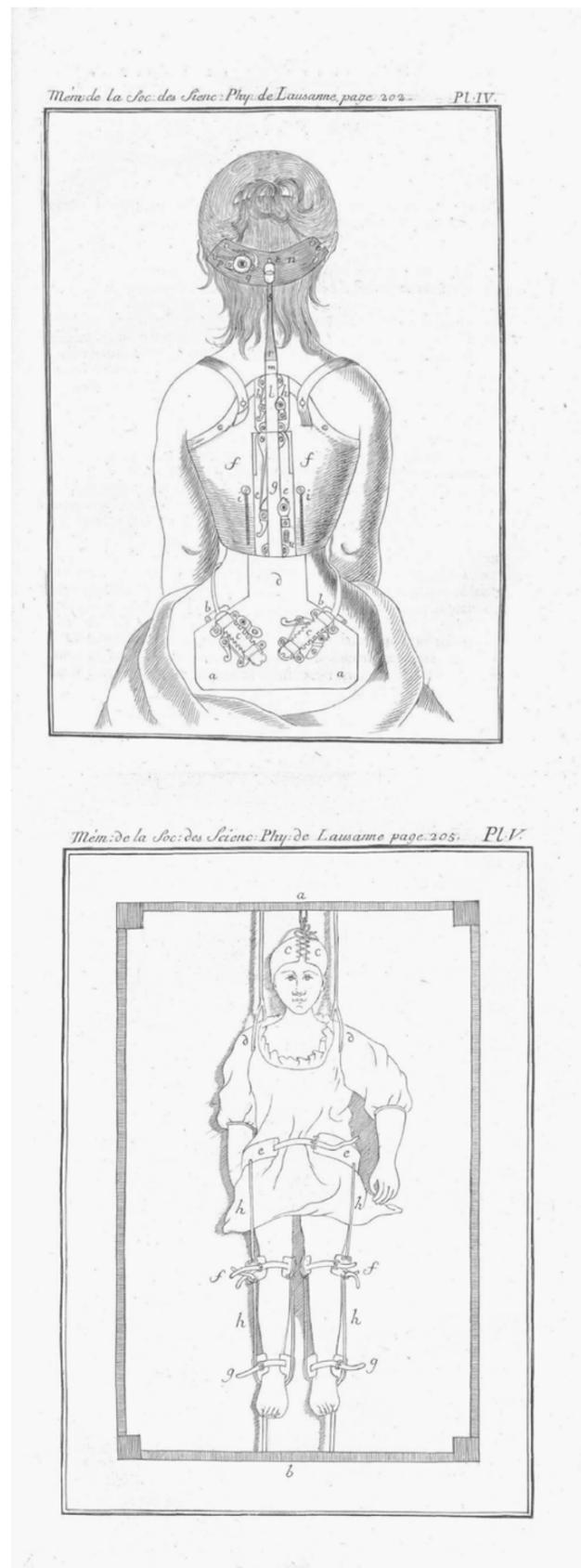


Fig. 8
Corset de Venel pour le
traitement de la scoliose,
reconstitué par le
technicien orthopédiste
Pierre Kern.



UNE ORTHOPÉDIE ARTISANALE

L'essor du traitement orthopédique – alors non chirurgical – est concomitant de l'intérêt porté aux appareillages correcteurs, à une époque où se manifeste un engouement certain pour la mécanique associée au corps humain. Cet intérêt se traduit notamment par une conception mécaniste de la médecine, évoquée par la métaphore de l'« homme-machine »⁶⁹. Remontant à Aristote, cette conception arrive jusqu'à Venel sous la forme de la théorie physiologiste de Haller, qui promeut l'idée du corps humain mû par une force innée attribuée à la théorie de l'irritabilité, dont il a été question plus haut. Dans le contexte de la proto-industrialisation helvétique de la seconde moitié du 18^e siècle, cette conception de « l'homme-machine » trouve un parallèle concret avec la vogue des automates contemporains de Venel: en 1774, la Musicienne, conçue par deux horlogers suisses et présentée à La Chaux-de-Fonds (Jura suisse), est un des deux androïdes les plus connus de cette époque florissante des automates; l'autre androïde est la Joueuse de tympanon, construite à Neuwied am Rhein (Allemagne) et offerte à Marie-Antoinette en 1785⁷⁰.

De nombreux petits ateliers parsèment alors le territoire, si bien qu'un certain nombre d'artisans ont pu se mettre à la disposition de médecins. Venel aurait lui-même requis l'aide d'un serrurier dénommé Corlet pour l'appareil du premier pied bot qu'il a traité⁷¹. Le médecin recrutera aussi des travailleurs occupant un atelier à l'institut d'Orbe. Selon l'orthopédiste et auteur René Ruepp, en matière d'orthopédie technique, la période vénélienne et celle de ses successeurs directs représentent, pour la Suisse, une exception louable. Car c'est plus tardivement, dès le milieu du 19^e siècle, que s'installent dans le pays les premières entreprises artisanales confectionnant exclusivement des appareils médicaux orthopédiques. L'impulsion est alors donnée par l'arrivée d'artisans immigrés provenant surtout d'Allemagne qui officient, entre autres, en tant que mécaniciens-orthopédistes ou mécaniciens-chirurgiens indépendants⁷². Certaines techniques de manipulation ainsi que la confection d'appareils orthopédiques sont aussi le fait d'empiriques, tels que les bandagistes, rebouteux, rhabilleurs, *bone setters*. Ainsi, le contexte mécaniciste pousse à la confection d'appareillages orthopédiques, qui ont pu être perçus comme des prothèses ou tuteurs des parties défaillantes de la grande machine humaine.

LA CLINIQUE DE VENEL⁷³

Durant la pratique orthopédique de Venel, soit depuis 1780, année de l'ouverture de l'institut d'Orbe, jusqu'au décès du fondateur en 1791, une centaine d'enfants seront traités dans l'établissement – soit en moyenne une dizaine par an⁷⁴. Ces enfants, atteints de difformités variées, viennent alors de toute la Suisse ainsi que de France et d'Allemagne. Le voyageur anglais William Coxe, qui visite l'institut d'Orbe à la fin des années 1780, le décrit comme étant « une espèce d'hôpital où les enfants de toute condition peuvent être admis et recevoir les soins de son fondateur »⁷⁵. En 1790 paraissent les traductions française et allemande des voyages de Coxe⁷⁶ qui, avec la version anglaise d'origine, ont dû contribuer à faire connaître l'institut de Venel au-delà des frontières helvétiques. Le succès semble en effet établi et reconnu par les contemporains, Venel recevant notamment du beau monde. Sa réputation l'amène aussi à se déplacer en Suisse et au-delà, lorsqu'il est appelé à traiter la progéniture de certains notables.

Venel est en outre soucieux d'une transmission familiale de son savoir. Il formera son frère Louis, apothicaire, qui fournit des remèdes à l'institut, ainsi que ses neveux, dont Pierre-Frédéric Jaccard (1768–1820). Au décès du maître, l'établissement d'Orbe conserve un certain temps sa renommée et une fréquentation soutenue, sous l'égide de Jaccard⁷⁷, aidé quelque temps par Louis Venel l'apothicaire et le fils du fondateur Henri Venel. Ce dernier se détournera finalement de l'orthopédie pour devenir instituteur. En 1820, le gendre de Jaccard, Antoine Martin (1794–1862),

⁶⁹ Sur l'homme machine, voir ASSOUN (1999); RABINBACH (2004: 96–97).

⁷⁰ Les deux automates fonctionnent encore dans leur musée respectif de Neuchâtel et de Paris. Voir VOSKUHL (2005).

⁷¹ DE LA HARPE (1940: 403), mentionné dans OLIVIER (1987: 87).

⁷² RUEPP (2002: 20–25).

⁷³ Voir aussi OLIVIER (1987); VALENTIN (1956).

⁷⁴ DE LA HARPE (1940: 403), mentionné dans OLIVIER (1987: 65).

⁷⁵ COXE (1789: 92), cité dans MARTIN (1883: 1).

⁷⁶ VALENTIN (1956: 314).

⁷⁷ À propos de Jaccard, voir OLIVIER (1987: 76–80).

reprend la direction de l'institut d'Orbe qu'il déplacera ensuite à Aubonne. Celui-ci reste une exception dans le paysage médical romand, comme l'atteste, en 1840, l'*Indicateur de la ville de Genève et de ses environs*. On y lit en effet sous la rubrique « orthopédie » le commentaire suivant:

NOUS SOMMES ÉTONNÉS QUE GENÈVE NE POSSÈDE PAS ENCORE UN ÉTABLISSEMENT ORTHOPÉDIQUE, ELLE QUI COMPTE UN NOMBRE INFINI D'INSTITUTIONS DE BIENFAISANCE. POUR COMBLER CETTE LACUNE, NOUS CROYONS DEVOIR INDIQUER LA MAISON D'ORTHOPÉDIE QUI EXISTE À AUBONNE, DANS LE CANTON DE VAUD: CETTE MAISON, RECOMMANDABLE SOUS TOUS LES RAPPORTS, EST DIRIGÉE DEPUIS DE LONGUES ANNÉES PAR M. LE DOCT. MORIN [MARTIN]⁷⁸.

Cette mention atteste de la prépondérance vaudoise dans l'institutionnalisation de l'orthopédie en Suisse, mais aussi de son isolement. En Suisse alémanique, le premier établissement destiné aux affections orthopédiques est l'Institut Zur Seerose, fondé en 1830 à Riesbach (Zurich) par Joseph Giesker, et également consacré aux maladies des yeux⁷⁹.

Bien qu'il n'ait pas laissé d'écrits conséquents sur ses méthodes, Venel a su élaborer un savoir-faire qui s'est non seulement cristallisé sous la forme d'une institution et de pratiques transmises, mais s'est aussi matérialisé, si l'on peut dire, sous la forme d'appareillages innovants, tels que le sabot qui porte son nom ou les appareils servant au traitement de la scoliose. Momentanément éclipsé au cours du 19^e siècle⁸⁰, son souvenir s'est vu réactivé au cours du 20^e siècle dans les milieux orthopédiques. Tout particulièrement en Suisse mais également à l'étranger, on se plaît à rappeler les racines vénéliennes de l'orthopédie lors de congrès ou de jubilés⁸¹. Ce sera le mérite du fils d'Antoine Martin, Henri Martin (1842–1914), de ressusciter la tradition vénélienne dans le dernier tiers du 19^e siècle, avec la fondation à Lausanne de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande⁸². Entre-temps, l'orthopédie du 19^e siècle s'impose progressivement sur le marché des soins, non sans quelques rivalités suscitées par cette nouvelle niche médicale aux multiples facettes.

⁷⁸ Mentionné dans RUEPP (2002: 20).

⁷⁹ Voir RÜTTIMANN (1983: 20–21); VALENTIN (1961: 217).

⁸⁰ Voir KABA (2015^e: 277–281), sous-chapitre: « Du déni à la reconnaissance: l'Institut d'Orbe après Venel et l'essor de l'orthopédie en Europe. »

⁸¹ Voir l'introduction du présent ouvrage, note 12.

⁸² OLIVIER (1987: 87).

L'ORTHOPÉDIE :

UNE AFFAIRE D'INSTITUTIONNALISATION AVANT TOUT

L'institut de Venel de la fin du 18^e siècle marque le début d'une première vague d'établissements orthopédiques durant les années 1810–1820 : ce sont par exemple, au Royaume-Uni, la Maison pour traitements orthopédiques des enfants à Hinckley (1810) et l'Hôpital orthopédique de Birmingham (1817) ; en Allemagne, l'Institut orthopédique de Würzburg (1812/1816), devenu le Carolinen-Institut (1822), l'Institut orthopédique de Leipzig (1828) et l'Institut pour personnes difformes (*Heilanstalt für Verkrümmte*) de Hanovre (1829) ; en Suède, l'Institut central (ou royal) de gymnastique (1813), devenu l'Institut de gymnastique orthopédique de l'État, à Stockholm (1827) ; en France, le premier établissement orthopédique s'ouvre à Morley (1817)⁸³, et à Paris se trouvent l'Institut orthopédique de Chaillot (1824/1825) et celui de la rue de Bellefond (1826). De telles institutions se distinguent aussi en dehors de l'Europe, surtout à partir des années 1830, tel l'Institut orthopédique de Brown à Boston (1837), ou celui de Bruni au Népal (1838)⁸⁴. C'est à la même époque que s'ouvre à Zurich l'Institut Zur Seerose de Giesker, mentionné plus haut.

Ainsi, durant la première moitié du 19^e siècle, l'engouement pour l'orthopédie est palpable dans plusieurs lieux d'Europe. Il se traduit par une floraison d'établissements privés fondés surtout par des médecins. Cette première vague est largement concurrencée par un essor non moins important d'instituts orthopédiques de praticiens laïcs (non-médecins), notamment en Allemagne, en France et au Royaume-Uni⁸⁵. S'y ajoutent également les institutions destinées à la médecine de type « généraliste » qui proposent aussi des traitements orthopédiques – c'est le cas, dès les années 1860, de nombreux bains thermaux suisses, ou de l'Hospice de l'enfance à Lausanne (1860) et de la Maison des enfants malades de Plainpalais à Genève (1872), comme on le verra plus loin. Ce mouvement s'accompagne d'une intense production de publications sur le sujet de l'orthopédie. Aussi, sur le terrain médical officiel du 19^e siècle, nombreux sont les chirurgiens à pratiquer les soins orthopédiques, et à manifester ouvertement leur désir de maintenir leur contrôle sur l'orthopédie.

⁸³ DESSEAUX/DUBRANA (2016).

⁸⁴ Pour une liste plus complète des établissements orthopédiques sur l'ensemble du 19^e siècle, voir KABA (2011^b: 760), annexe 6 : « Dates de création des établissements orthopédiques (ou s'y rattachant) en Europe avec mention de leur premier directeur (liste indicative) ». Voir aussi SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER (2004 : 23 note 52) et, pour l'Allemagne plus spécifiquement, Tableau 1 : « Orthopädische Anstalten nach therapeutischen Schwerpunkten 1815–1900 » (254–256).

⁸⁵ Voir note précédente. Pour la France en particulier, voir aussi QUIN (2009) ; QUIN (2010 : 400–407).

L'ORTHOPÉDIE EST-ELLE (DÉJÀ) UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE ?

L'orthopédie semble avoir acquis une certaine reconnaissance au sein des milieux médicaux qu'elle n'avait pas autrefois. Le chirurgien français Joseph François Malgaigne émet cette opinion dans ses *Leçons d'orthopédie* parues en 1862 :

SÉPARÉE PENDANT DE LONGUES ANNÉES DE LA SCIENCE, ET PLACÉE ENTRE LES MAINS DES SPÉCIALISTES QUI ÉTAIENT DES EMPIRIQUES ET NON DES CHIRURGIENS, SOIT ENTRE CELLES DES CHIRURGIENS SANS BEAUCOUP DE TALENT QUI AVAIENT QUITTÉ L'ÉTUDE DE LA CHIRURGIE POUR NE S'OCCUPER QUE DE CETTE

Le virage se fait clairement sentir dans l'article « Orthopédie » du célèbre *Dictionnaire des sciences médicales* de Panckoucke (1819), ou encore dans la publication des médecins français Charles-Gabriel Pravaz et Jules Guérin parue à l'occasion de la création de leur Institut orthopédique de Paris au Château de la Muette à Passy (1835). En substance, les auteurs de ces textes soutiennent que le chirurgien est celui qui, armé de connaissances approfondies en anatomie, en physiologie et en mécanique, doit s'efforcer de maintenir l'orthopédie dans la voie du progrès scientifique. Quant à l'artisan-mécanicien, si son secours est jugé nécessaire, il ne doit s'occuper que de la construction des machines qui atteignent le mieux le but assigné par le chirurgien⁸⁷.

Dans les faits, la hiérarchisation des savoir-faire entre médecins-chirurgiens et non-médecins ne s'applique que rarement, la réglementation étant encore très lâche en la matière. L'historien Georg Weisz a notamment montré, dans son étude comparative sur trois pays occidentaux, qu'il faut attendre la fin du 19^e siècle pour voir véritablement s'organiser une professionnalisation médicale par disciplines⁸⁸. En terre romande, avant l'avènement des universités qui remplacent les académies et fondent, entre autres, les facultés de médecine (1876 à Genève et 1890 à Lausanne), la chirurgie n'est pas une branche enseignée de manière autonome et la distinction entre médecins et chirurgiens reste vague. Les autorisations légales de pratiquer la médecine démontrent que la majorité des praticiens se disent « médecins » et « chirurgiens ». Les praticiens de l'époque sont par ailleurs les premiers à souligner la connivence des médecines dominantes : au début du 19^e siècle, le chirurgien français Jacques Mathieu Delpuch rappelle que la chirurgie ne peut être séparée de la médecine, car la lésion externe, sauf en cas de traumatisme, est sous la dépendance des causes internes. Aussi, au sein même du corps médical, la distinction entre praticiens relève-t-elle davantage de compétences spéciales que de spécialités clairement énoncées⁸⁹.

Trois éléments sont avancés par les historiens des sciences pour expliquer ce qui détermine la création d'une discipline : premièrement, les théories et notions attachées à la discipline, qui cautionnent l'existence de celle-ci et induisent une transformation des connaissances ; deuxièmement, des besoins sociaux continus et pressants, qui s'appréhendent par une analyse du développement du marché impliquant la discipline ; troisièmement, l'enseignement et la recherche (para-)universitaire, qui posent les bases institutionnelles d'une discipline spécifique⁹⁰. Pour la première moitié du 19^e siècle, c'est sans aucun doute le dernier point qui fait défaut, soit l'enseignement et la recherche. Les fondements de l'orthopédie de l'époque sont au stade de l'empirisme et les systèmes développés sont encore rares, ne s'imposant dans le milieu universitaire que comme des bribes de savoirs diffusées dans un enseignement médico-chirurgical plus général. En outre, si la demande semble fondée du fait même des nombreux instituts qui fleurissent un peu partout en Europe sur le marché médical et paramédical, l'offre extrêmement diversifiée ne facilite pas la réalisation du premier point, soit l'élaboration de notions et de théories permettant de créer une image de la discipline dans la culture médicale.

⁸⁶ Cité dans PETIT (1882 : 723).

⁸⁷ FOURNIER-PESCAV/BÉGIN (1819 : 297) ; PRAVAZ/GUÉRIN (1835* : 2).

⁸⁸ WEISZ (1997).

⁸⁹ DONZÉ (2003 : 18) ; THOMAS (1937* : 7).

⁹⁰ GUTAU/LAITKO (1987), cité dans SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER (2004 : 16–17).

SPÉCIALITÉ, L'ORTHOPÉDIE RESTA DANS L'OBSCURITÉ JUSQU'AU SIÈCLE DERNIER [LE 18^e SIÈCLE]⁸⁶.

Le corollaire de cette abondance d'acteurs et de pratiques orthopédiques est l'imprécision qui entoure la spécialité orthopédique, jusqu'à ébranler sa dénomination même. Ainsi, la désignation « orthopédie » fait rapidement débat : de l'aveu des praticiens de l'époque, elle s'applique certes aux enfants, comme le laisse entendre son étymologie, mais elle s'applique également aux adultes. On se risque à plusieurs néologismes : autour des années 1820 apparaît l'« orthomorphie » (Bricheteau et D'Ivernois, puis Delpech) et l'« orthosomatique » (Bricheteau et D'Ivernois), et vers le milieu du siècle l'« orthopraxy » (Bigg) ainsi que quelques paraphrases désignant le traitement « des maladies de l'appareil locomoteur » (Bouvier) ou des « *deformities of the human frame* » (Little).

Ces nouvelles désignations attestent sans doute de la frénésie qui caractérise le champ orthopédique. Elles reflètent aussi les conflits d'intérêts entre les spécialistes du corps, qui cherchent à se profiler face à la concurrence en renommant leur pratique. C'est néanmoins le vocable « orthopédie » qui se maintient dans la dénomination d'institutions toujours plus nombreuses, résonnant comme une valeur montante, en dépit du manque de consensus autour de la spécialité orthopédique et de sa reconnaissance académique. Des techniques spécifiques appliquées à l'appareil locomoteur favorisent un savoir-faire propre à l'orthopédie, tout en contribuant à la diffusion du terme.

QUELQUES EXEMPLES DE TRAITEMENTS ORTHOPÉDIQUES

Dès la première vague du développement orthopédique (années 1810–1820), le pied bot et la scoliose prennent la tête des affections traitées, et maintiennent leur position lors de la seconde vague des années 1830–1840. Cette période voit l'essor des interventions chirurgicales pour l'un, et de la gymnastique médicale pour l'autre.

Petite et grande chirurgie orthopédique⁹¹

Aux côtés des amputations et résections pratiquées par certains médecins chirurgiens, des « petites » interventions chirurgicales sont réalisées tout au long du siècle, par la section des muscles et des tendons (myotomie et ténotomie).

La ténotomie, d'abord limitée à la section du tendon d'Achille dans les cas de pieds bots, est tentée pour la première fois en Allemagne à la fin du 18^e siècle. L'opération, qui se fait alors « à ciel ouvert », tombe dans l'oubli quelques années, puis est réactualisée en 1816 par le chirurgien français Jacques Mathieu Delpech, qui introduit la méthode sous-cutanée. L'intervention qualifiée de « fermée » permet, par des incisions latérales, d'arriver jusqu'aux tendons sans couper la peau qui les recouvre, le but étant d'empêcher l'entrée de l'air vicié dans la plaie. Malgré l'échec résultant de l'unique tentative de Delpech, l'opération convainc d'autres médecins. C'est surtout dès les années 1830 que se diffuse la pratique des ténotomies et myotomies. Louis Stromeyer et Johann Dieffenbach en Allemagne développent la technique de façon méthodique et l'enseignent à des médecins étrangers, notamment anglais et américains, qui la font connaître dans leur pays. Certains chirurgiens ont plusieurs centaines d'opérations à leur actif, qui s'effectuent au niveau des tendons d'Achille, du tibia, des orteils, de la plante du pied, parfois au niveau du genou, voire du rachis. À cette époque se développe également la résection des os et des articulations, ainsi que le brisement forcé des os, pratiqué ouvert ou fermé (respectivement ostéotomie et ostéoclasie), cela à une époque où l'asepsie et l'anesthésie sont encore inconnues.

L'euphorie des nouvelles possibilités opératoires a pour effet une hausse inattendue et une radicalisation des interventions opératoires effectuées sur le système locomoteur : on résèque, on sectionne, on brise les muscles, tendons et os dans différentes parties du corps. Mais la multiplication des tentatives et le manque de traitement postopératoire pénalisent ces pratiques. Les mauvais résultats cosmétiques et fonctionnels montrent au public le superflu et le danger des interventions qui ne sont souvent pas vitales, et auxquelles la méthode conservatrice orthopédique laisse présager de meilleurs résultats. L'engouement pour la « petite chirurgie » est critiqué par certains chirurgiens, sur fond de procès de patients dépités.

⁹¹ Sur ce qui suit, voir RÜTTMANN (1983 : 33–34); SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER (2004 : 108–109); VALENTIN (1961 : 98 et 115–116).



Fig. 9
Les instituts orthopédiques fleurissent au début du 19^e siècle, comme ici celui des Drs Pravaz et Guérin à Paris.

Or dans le dernier tiers du 19^e siècle, nombreuses sont les interventions de cet ordre remises à l'ordre du jour par l'usage du pansement antiseptique du chirurgien anglais Joseph Lister. L'observation minutieuse des règles de Lister et l'usage de la bande d'Esmarch permettent d'obtenir de bons résultats sans suppuration. Dans les traitements des pathologies du système osseux s'impose de plus en plus l'intervention opératoire combinée à l'usage d'appareillages⁹². L'orthopédie conservatrice et l'orthopédie chirurgicale se complètent parfois, mais font aussi l'objet d'une rude concurrence. Certaines techniques conservatrices ancestrales sont d'ailleurs remises à l'honneur vers la fin du 19^e siècle, telles que les massages et la gymnastique médicale.

Gymnastique médicale suédoise et mécanothérapie⁹⁵

Dans le contexte du renouveau hygiéniste propre au 19^e siècle, qui accorde notamment une plus grande place au mouvement corporel, se développe un « système complet de gymnastique raisonnée »⁹⁴ appelé gymnastique suédoise, comportant des versants militaire, pédagogique et médical. Ce système est l'œuvre du Suédois Pehr Henrik Ling, maître d'escrime et pédagogue de la danse, nommé en 1813 directeur du premier Institut central de gymnastique de Stockholm, fondé par décret royal. Dans le versant médical de la gymnastique de Ling, certains exercices sont empruntés à la gymnastique pédagogique et intégrés dans un système complexe, combinant 75 positions avec une trentaine de mouvements (par exemple: flexion, extension, torsion, étirement, roulement, écartement, rapprochement, soulèvement, balancement, pression, tension). Ces mouvements sont dits actifs, passifs ou de résistance, et sont effectués pour certains avec l'aide d'un médecin ou d'une personne formée en la matière, le gymnaste⁹⁵.

La diffusion de la gymnastique suédoise prend une ampleur internationale et connaît un nouvel essor dans la seconde moitié du 19^e siècle, par le biais de la mécanothérapie. En 1857, l'orthopédiste suédois Gustav Zander a en effet l'idée de concevoir des appareils qui imitent la méthode manuelle de Ling: la main du médecin ou du gymnaste est remplacée par des machines, avec lesquelles peuvent être exécutés aussi bien les mouvements passifs que les mouvements de résistance. En 1865, Zander fonde à Stockholm le premier Institut médico-mécanique et exporte son système. Véritable produit de la ville industrielle, il connaît une diffusion favorisée par le transfert technologique de la mécanique et les critères économiques de standardisation et de rationalisation – un phénomène également observé dans d'autres domaines de la médecine, tels que la chirurgie⁹⁶. Cette méthode va gagner les principales villes européennes par la diffusion des premiers essais de Zander parus en plusieurs langues dans le dernier tiers du siècle. À la même époque, près d'une centaine d'instituts entièrement ou partiellement dédiés à la mécanothérapie voient le jour, surtout dans des villes de Suède et d'Allemagne, mais aussi en Autriche, en Suisse, en France, en Silésie prussienne, en Russie, aux États-Unis, dans les Indes néerlandaises ou encore au Chili. En plusieurs endroits, des appareils sont également fournis pour l'usage privé⁹⁷.

Les orthopédistes romands Charles Scholder et Camille Reymond, formés en Suède chez les successeurs de Ling et de Zander, sont alors les pionniers de l'implantation de la mécanothérapie dans l'espace géographique francophone, avec leurs instituts médico-mécaniques et orthopédiques fondés respectivement à Lausanne en 1896 et à Genève en 1898⁹⁸. Ce sont aussi, durant la Belle Époque, les seuls instituts médico-mécaniques de Suisse romande, en raison du contexte académique et médical propre à cette région: d'une part, la naissance de l'orthopédie clinique en terre vaudoise maintient l'ascendant du canton sur l'orthopédie tout au long du 19^e siècle; d'autre part, Genève et Lausanne se distinguent comme seules villes universitaires romandes – leurs Facultés de médecine étant fondées respectivement en 1876 et 1890 –, canalisant le savoir académique et scientifique médical de la région. À ce facteur, qui stimule l'essor institutionnel urbain, s'ajoutent la densité démographique et l'expansion du tourisme médical favorisées par le déve-

⁹² Sur d'autres types d'interventions orthopédiques durant cette période, voir ZICHNER/RAUSCHMANN/THOMANN (2000).

⁹³ Voir aussi KABA (2013).

⁹⁴ REYMOND (1893: 685).

⁹⁵ REYMOND (1893: 685–686); SCHOLDER (1897: 17–18).

⁹⁶ Sur la chirurgie, voir DONZÉ (2007).

⁹⁷ SCHOLDER (1897: 19–20 et 42).

⁹⁸ À l'exception d'une tentative avortée de l'usage de machines de Zander dans un gymnase parisien en 1879, l'implantation d'instituts médico-mécaniques en France est plus tardive. MONET (2009: 230–235 et 321, note 2).

loppement des transports (chemin de fer, bateau à vapeur), Lausanne et Genève figurant alors parmi les villes les plus attrayantes des bords du lac Léman. Enfin, la mécanothérapie constitue une niche professionnelle innovante sur un marché médical en pleine expansion, la démocratisation des études attirant de nombreux praticiens provenant de couches sociales moins élitistes qu'autrefois.

Thérapie neuve, la mécanothérapie est néanmoins rattachée à d'anciennes techniques telles que massage, gymnastique et manipulations orthopédiques, développées au sein de la gymnastique médicale suédoise. La mécanothérapie étant ainsi une adaptation de la gymnastique médicale suédoise, les troubles traités sont sensiblement identiques d'une thérapie à l'autre. Ainsi, les instituts médico-mécaniques et orthopédiques de Scholder et Reymond se destinent autant aux troubles de la locomotion consécutifs à un accident ou à une opération qu'aux troubles de l'assimilation (anémie, chlorose, faiblesse), en passant par les troubles digestifs, les maladies nerveuses, celles du cœur, des voies respiratoires, de la nutrition ou du sexe féminin⁹⁹. En outre, la mécanothérapie se conçoit comme une « gymnastique hygiénique », qui « convient [...] à tous ceux qui ont besoin de se *fortifier* et pour lesquels les formes ordinaires de la gymnastique seraient trop fatigantes ou trop difficiles »¹⁰⁰.

À l'instar de la gymnastique suédoise qu'elles sont censées remplacer, les machines de Zander semblent donc avoir la capacité de soigner par le mouvement une large palette de maux, au-delà des affections orthopédiques habituelles. L'orthopédiste de la fin du 19^e siècle qui, tel Scholder ou Reymond, s'empare de la mécanothérapie, serait un peu comme le chirurgien de l'époque: une sorte de généraliste capable, par son savoir-faire éclectique inspiré des nouvelles technologies, de soigner tant les affections internes qu'externes. Cependant, parmi l'ensemble des maladies que traite la gymnastique médicale suédoise, manuelle et surtout mécanique, c'est la scoliose, davantage représentée chez les femmes que chez les hommes, qui remporte la palme. Aussi, en vertu des conceptions hygiénistes et sociales relatives au corps féminin – liées à un souci d'esthétique et de procréation¹⁰¹ –, ces instituts attireront en ville une importante clientèle féminine, en particulier les jeunes filles de bonne famille et les écolières.

L'orthopédie du 19^e siècle occupe donc une place ambivalente, à la fois centrale et marginale. Elle est centrale car elle s'impose comme un modèle médical à un niveau régional – romand – qui essaimera un peu partout en Europe. Mais elle est aussi marginale car, outre les champs de la médecine et de la chirurgie, les traitements orthopédiques impliquent également les concepteurs d'appareillages, bandagistes, mécaniciens et autres artisans locaux. Ces débuts chaotiques de l'orthopédie annoncent la difficile quête d'identité que la discipline poursuivra au siècle suivant. Elle connaît en revanche une forte institutionnalisation depuis Venel. On peut donc dire que l'orthopédie du 19^e siècle est avant tout affaire d'institution et pas encore de discipline. L'histoire de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande montre comment institution et discipline deviendront, progressivement, indissociables.

⁹⁹ SCHOLDER (1897: 27–40); REYMOND (1901: 197).

¹⁰⁰ REYMOND (1898: 2^e page du prospectus inséré). Souligné dans le texte.

¹⁰¹ Voir KABA (2006^a; 2006^b).

Fig. 10
En gymnastique suédoise, le gymnaste (ou médecin) effectue le mouvement sur le patient, comme ici dans la suspension latérale.



Fig. 11
En mécanothérapie, les mouvements tels que la suspension latérale s'effectuent à l'aide des machines, ici selon le système Zander.

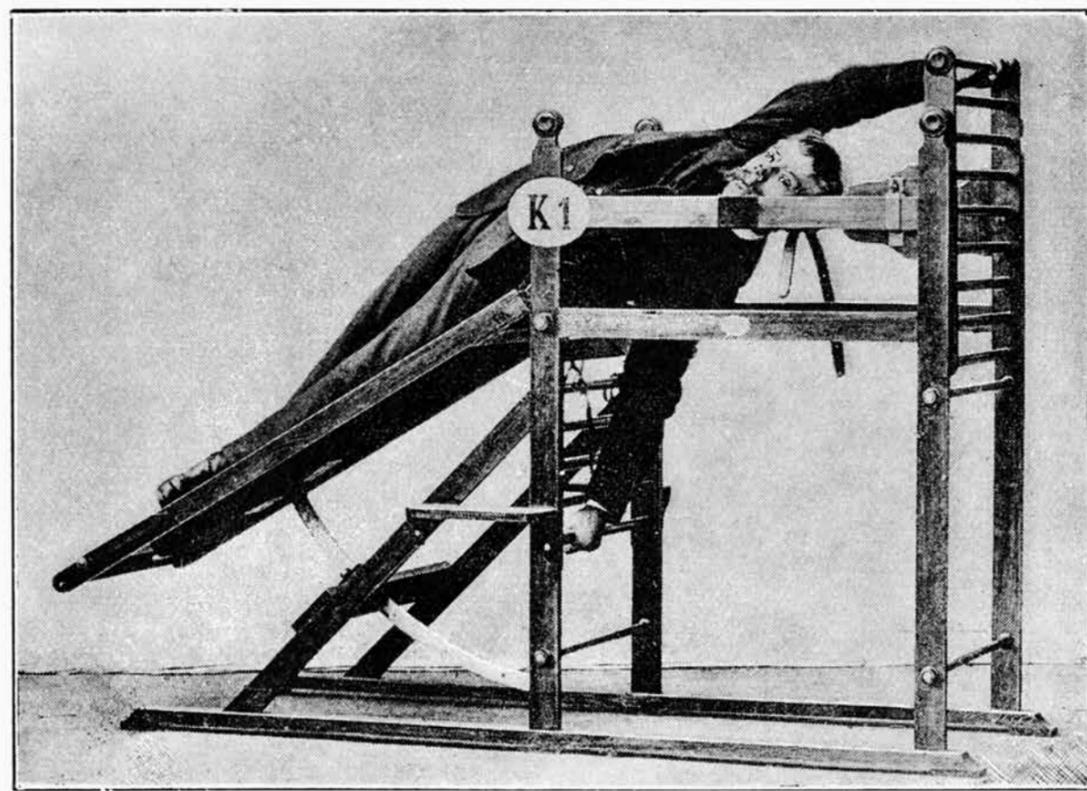


Fig. 12
Hachement du dos effectué par le gymnaste (ou médecin) en gymnastique suédoise.



Fig. 13
Percussions effectuées par une machine mécanothérapie selon le système Zander.

Fig. 14
Institut médico-mécanique
et orthopédique du
Dr Charles Scholder,
ouvert en 1896 à
Lausanne.

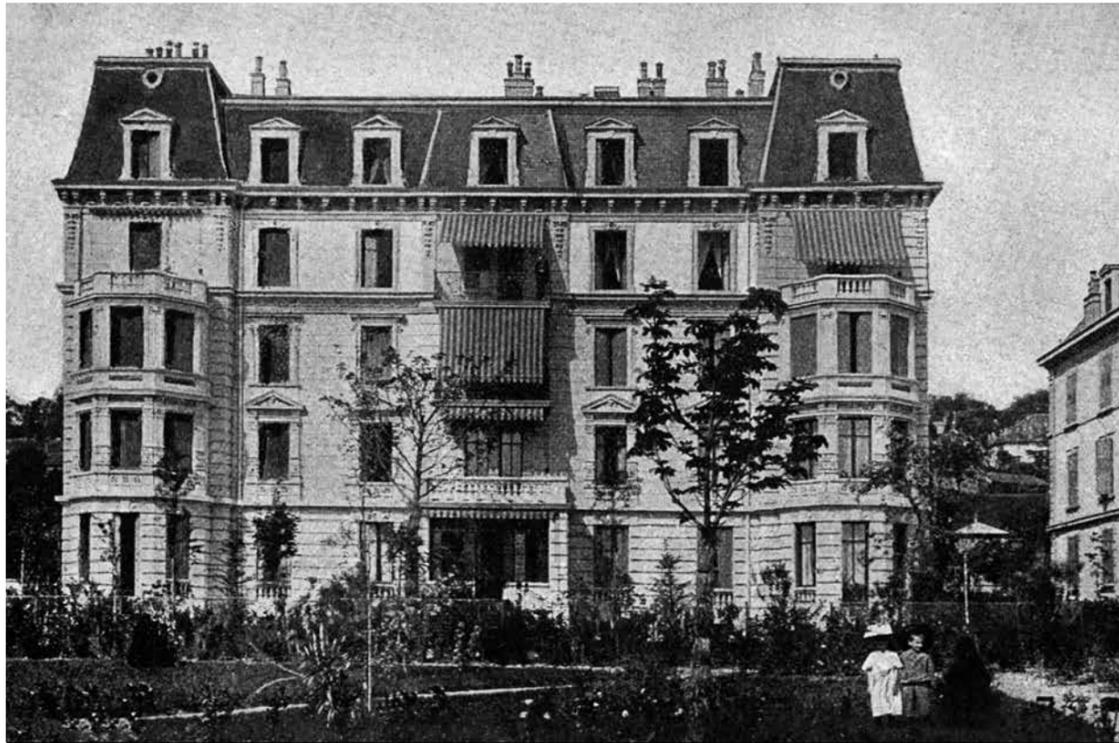
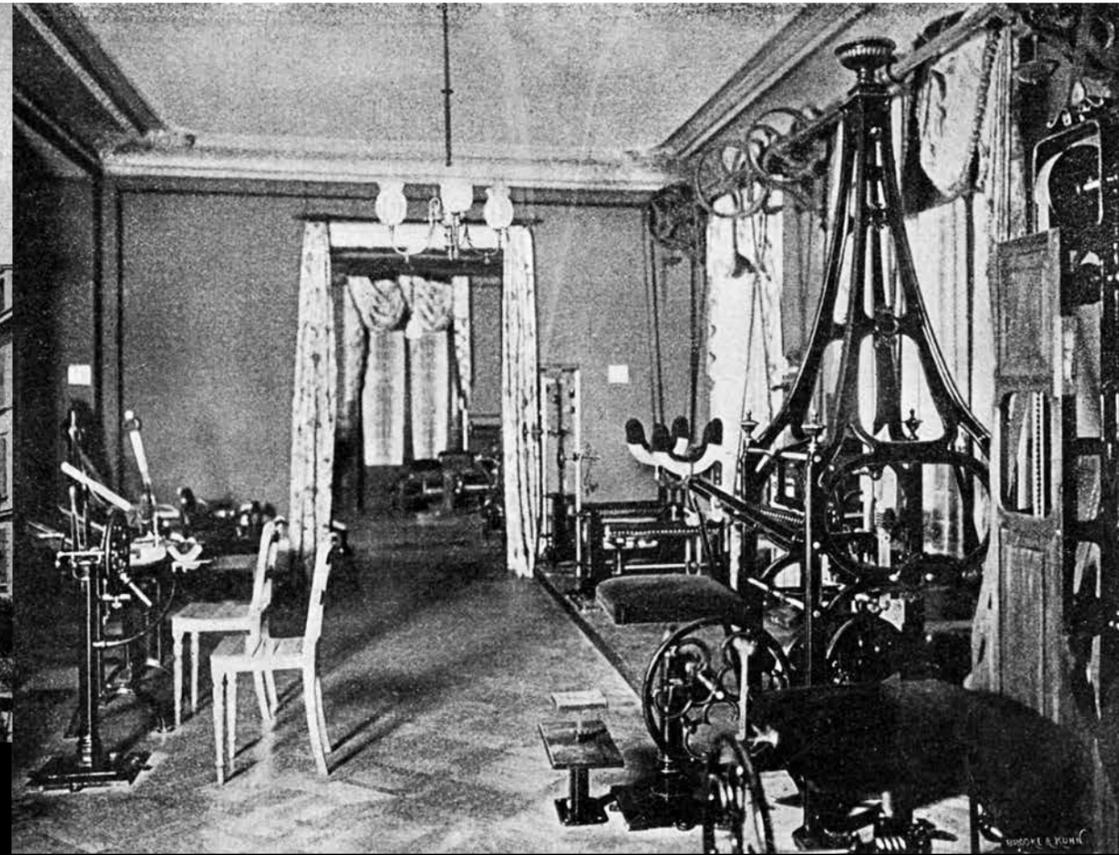


Fig. 15
Institut médico-mécanique
et orthopédique du
Dr Camille Reymond,
ouvert en 1898 à Genève.



Naissance de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande

Les principes humanistes du siècle des Lumières font souffler un vent de modernité sur le 19^e siècle, imposant une « culture du “ progrès ” » dans de nombreux secteurs de la société¹⁰². Dans la seconde moitié du siècle, alors que l'État fédéral des radicaux (1848) promeut une Suisse moderne et des principes de fonctionnement démocratiques, le pays vit sa seconde révolution industrielle dans un contexte de conjoncture économique favorable (années 1855–1875).

Cette ère nouvelle, aux velléités émancipatrices, renforce la volonté de mieux contrôler les populations – la masse productrice et reproductrice – dans un contexte d'idéologies eugénistes et nationalistes qui reposent, comme au 18^e siècle déjà, sur la crainte de la dénatalité et de la « dégénérescence ». Cette notion, qui qualifie initialement un individu et sa lignée (hérédité), évolue dès le milieu du siècle et pour une cinquantaine d'années dans diverses sphères de pouvoirs (et de savoirs), contemporaine de « l'émergence d'une réelle volonté de biologisation des mécanismes sociaux »¹⁰³. Les maladies invalidantes et les difformités corporelles constituent un véritable défi à l'idéologie dominante, qui fait de l'hygiène publique un élément indispensable au « relèvement » de l'ensemble de la population¹⁰⁴.

LE CONTEXTE HYGIÉNISTE ET PHILANTHROPIQUE : UN TERRAIN FAVORABLE

Ainsi, le discours sur la prétendue « dégénérescence » est tenu à la fois par les représentants des milieux politiques, médicaux et philanthropiques, ces trois milieux se confondant par ailleurs fréquemment. La mission de la philanthropie, décrite par les historiens comme « un instrument de pacification des conflits sociaux ou un facteur de cohésion sociale », va bien au-delà de l'humanisme qu'elle revendique. Elle implique aussi une relation de pouvoir :

LA PHILANTHROPIE COMME POLITIQUE D'APAISEMENT EST ÉTROITEMENT LIÉE À

UNE VOLONTÉ, DE LA PART DES DONATEURS, D'IMPOSER LEUR VISION DU MONDE

AUX RÉCIPENDAIRES¹⁰⁵.

Il en va ainsi des Sociétés d'utilité publique, organisations privées qui regroupent depuis le début du 19^e siècle les élites helvétiques, adeptes du « progrès social ». L'éducation et l'hygiène des classes populaires figurent au programme de ces sociétés et de bien d'autres œuvres de bienfaisance, qui investissent la sphère publique – la rue, l'usine, l'école – et privée – l'habitation familiale¹⁰⁶. Des ambitions similaires inspirent les premiers congrès nationaux et internationaux d'hygiène publique, tels que le congrès de Bruxelles sur le thème spécifique de l'amélioration des habitations urbaines pour ouvriers (1852) et, dans la même ville, le premier congrès international de bienfaisance traitant de questions similaires (1856).

Ainsi les médecins, à l'origine d'institutions médicales privées telles que l'Hospice orthopédique de la Suisse romande, sont des acteurs importants des milieux philanthropiques et parfois politiques, au sein desquels ils relaient les problèmes sociaux et sanitaires des popula-

¹⁰² JOST (2005 : 345–346).

¹⁰³ JEANMONOD (1998 : 84).

¹⁰⁴ VIGARELLO (2001 : 112).

¹⁰⁵ DAVID/GUILHOT/MAZBOURI/SCHAUFELBUEHL (2006 : 25).

¹⁰⁶ NICOD (1982) ; HELLER (1979).

tions qu'ils côtoient quotidiennement dans leur pratique. Sensibilisant leurs pairs et les poussant à l'action, ils participent activement aux réalisations relevant du domaine de la santé publique qui, dans la seconde moitié du 19^e siècle, vont mener à de nouvelles institutions et favoriser l'essor de certains secteurs médicaux, et notamment d'institutions destinées aux enfants malades. Première institution du genre en Suisse, l'Hospice de l'enfance à Lausanne (appelé aussi Asile de l'enfance) est créé en 1861 par les époux Steinen, sous l'influence de l'Église évangélique libre du canton de Vaud. D'autres hôpitaux pour enfants suivront, à Bâle (1862), Genève (1872) et Zurich (1874). Le traitement des difformités corporelles trouve partiellement sa place dans ces institutions qui répondent à l'une des préoccupations des hygiénistes centrée sur le développement des générations futures¹⁰⁷. Mais cette phase de « médicalisation »¹⁰⁸ va aussi servir des ambitions professionnelles au sein du marché médical.

Il faut d'ailleurs relever que l'enseignement relatif aux maladies des enfants a gagné du terrain durant tout le siècle. L'isolement des petits patients dans un établissement spécifique, séparés des adultes, est largement débattu et souvent réalisé¹⁰⁹. La « médecine des enfants » du 19^e siècle n'en est pas pour autant une spécialité médicale universellement reconnue. Comme le rappelle l'historien Philip Rieder, la création d'institutions ne va pas forcément de pair avec l'avènement d'une spécialité médicale, et les médecins des premières institutions pour enfants malades se définissent comme « généralistes » avant tout.

Il faut attendre le dernier tiers du 19^e siècle et le début du siècle suivant pour que soient créées, à l'instar d'autres spécialités, la « clinique des maladies des enfants » à Paris (1878), la première chaire de « *Kinderheilkunde* » en Allemagne (1888), et des chaires identiques à Genève (1908) et au Royaume-Uni (1918)¹¹⁰. C'est pourquoi les premières institutions, qui accueillent des cas orthopédiques, se trouvent au nombre des hôpitaux « généralistes », destinés aux enfants. Dans ce contexte s'inscrit la particularité vaudoise de l'institution orthopédique d'origine vénétienne, réactivée dans le dernier tiers du 19^e siècle.

LES AMBITIONS D'HENRI MARTIN ET DE SES « AMIS »¹¹¹

Descendant de Venel de la quatrième génération, Henri Martin a suivi les traces de son père Antoine Martin, qui l'a formé à sa pratique à l'Institut orthopédique d'Aubonne. Henri Martin complète ensuite sa formation par quelques années à Paris et lors d'un voyage en Allemagne. Il réussit son examen d'orthopédiste à Lausanne en 1868 – une formation propédeutique locale. Pour le canton de Vaud, il existe en effet, depuis 1850, un examen spécifique organisé par le Conseil de santé lausannois, qui porte sur les divers points médicaux et techniques que sont l'anatomie et la physiologie des organes de locomotion, les moyens orthopédiques – mécaniques ou non – employés pour les membres et le redressement de l'épine dorsale, des épaules et du bassin, ainsi que les moyens hygiéniques de leur emploi. Toutefois, un enseignement complet de la matière orthopédique fait défaut. Dès 1881, les matières médicales propédeutiques seront enseignées à l'Académie de Lausanne¹¹², en attendant l'établissement de la Faculté de médecine (1890) qui donnera l'occasion de repenser l'enseignement orthopédique.

À peine sa formation terminée, Henri Martin se fait déjà connaître dans les pages du principal organe des médecins romands, le *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande* (ci-après *BSMSR*)¹¹³. Ce bulletin, qui paraît dès 1868 sous l'impulsion de médecins prestigieux de Suisse romande, se veut un lieu d'échange des savoirs entre collègues romands et de diffusion des dernières connaissances de leurs homologues du reste de la Suisse et de l'étranger¹¹⁴. Dès sa pre-

¹⁰⁷ KABA (2011^e : 361 et 372).

¹⁰⁸ Inventé par le philosophe Michel Foucault, le terme « médicalisation », abondamment employé dans l'historiographie de la médecine, est résumé ainsi dans DONZE (2007 : 3) : « La " médicalisation " exprime une idée de processus, qui passe d'un avant à un après, ce dernier état se distinguant par une situation nouvelle dans laquelle la médecine occupe une position renforcée ». Sur l'usage polymorphe de cette notion, voir aussi FAURE (1998).

¹⁰⁹ Sur ces débats et réalisations, voir par exemple le cas genevois décrit par RIEDER (2001).

¹¹⁰ RIEDER (2001 : 36).

¹¹¹ Ce chapitre se fonde essentiellement sur KABA (2011^e : 404–412).

¹¹² GROSS (1993 : 32–33).

¹¹³ Nouveau type de publication créé au cours du 19^e siècle, le *Bulletin de société* – d'utilité publique, de science naturelle, etc. – vise un discours scientifique spécialisé, en réunissant comptes rendus annuels, études et articles. Voir CLAVIEN/LE DINH/VALLOTTON (1993 : 18–19).

¹¹⁴ Sur l'historique de ce bulletin, qui deviendra en 1881 la *RMSR*, voir GUISSAN (1929, 65–68).

mière année de parution, le nom d’Henri Martin figure dans le compte rendu d’une séance de la Société vaudoise de médecine¹¹⁵. Le compte rendu relate qu’Henri Martin, « orthopédiste à Aubonne », a présenté à la société le cas d’un enfant de 3 ans qui, à la suite d’une fracture du poignet, a souffert d’escarres et de cicatrices causées par un appareil mal posé. L’enfant présente en outre une rétraction complète des fléchisseurs de la main et l’extension est presque impossible. Henri Martin obtient de bons résultats après dix jours de manipulations, qui consistent en « frictions sur l’avant-bras et extension forcée, lente et graduelle des doigts et de la main, trois fois par jour pendant cinq à dix minutes ». Le médecin applique également un « appareil approprié », et l’ensemble du traitement permet finalement au membre de reprendre sa forme normale, sans douleurs ni déformation de l’avant-bras ; seules les forces sont plus lentes à revenir¹¹⁶. À noter que lors de cette séance, Henri Martin est alors le seul spécialiste désigné comme « orthopédiste », parmi les autres « médecins » qui spécifient parfois qu’ils sont des « chirurgiens », une distinction encore peu systématique à l’époque.

En 1872, Henri Martin quitte Aubonne pour se fixer à Lausanne. Il pratique déjà à Lausanne depuis 1869, puisqu’il s’occupe de certains cas de difformités corporelles à l’Hospice de l’enfance. Il y tient une consultation gratuite et a obtenu trois lits pour sa section orthopédique. Fondé en 1861, l’Hospice de l’enfance de Lausanne est alors le premier établissement suisse destiné exclusivement aux enfants malades – si on excepte les institutions spécifiques aux traitements orthopédiques de Venel et ses successeurs. Après les sept premières années de fonctionnement de l’Hospice de l’enfance, période durant laquelle le service médical est assuré par des mutations annuelles de médecins bénévoles, la direction médicale est confiée à François Joël (1821–1893) qui, dès 1868, assume ce poste qu’il occupera durant vingt ans¹¹⁷. Il soutient Henri Martin lorsque celui-ci décide d’interrompre son activité à l’Hospice de l’enfance afin de se consacrer à la fondation d’un Hospice orthopédique.

Secondé dans son entreprise par « quelques amis de Lausanne », Henri Martin lance une circulaire, en mai 1876, exposant l’utilité d’un tel établissement et sollicitant des dons¹¹⁸. Parmi ces amis figurent des personnalités influentes, qui se retrouveront dans le premier comité d’administration de l’Hospice orthopédique. Il s’agit de Louis Grenier, avocat, député au Grand Conseil vaudois, professeur de droit civil à l’Académie de Lausanne, plus tard municipal, puis juge cantonal. Il présidera le comité durant quarante-trois années, jusqu’à son décès. Les milieux de la finance et du commerce sont représentés par Robert Lehmann-Weith, agent de change, puis banquier, voisin d’Henri Martin. Enfin, Henri Martin est soutenu par deux médecins parmi les plus connus de Lausanne : Oswald Heer, cofondateur du Dispensaire central de Lausanne à la place Pépinet, lui aussi député au Grand Conseil, ainsi que François Joël, directeur, comme on l’a vu, de l’Hospice de l’enfance, mais aussi ancien vice-président du Conseil de santé et ardent propagateur de l’hygiène scolaire¹¹⁹.

La provenance socioprofessionnelle de ces hommes n’est pas anodine. Ici comme ailleurs entre en jeu ce que le sociologue Pierre Bourdieu a appelé le « capital social », à savoir l’action des relations au sein des réseaux professionnels et personnels des protagonistes, dont le niveau d’influence est déterminant dans la mise en place de collaborations et l’obtention de ressources nécessaires au projet¹²⁰.

¹¹⁵ Cette société est fondée en 1829 sous le nom de Société vaudoise des sciences médicales (réunissant médecins, chirurgiens, pharmaciens, vétérinaires et dentistes). Elle devient la Société vaudoise de médecine en 1862. Voir GUISSAN (1929).

¹¹⁶ « Société vaudoise de médecine. Séance du 13 août 1868, à Lausanne. Prés. du Dr Morax », *BSMSR*, 1868, p. 226.

¹¹⁷ DONZÉ (2003 : 93) ; DE REYNIER (1980 : 557 et 559). Voir aussi TAVERA / BARRAS (2011).

¹¹⁸ MARTIN (1883 : 3).

¹¹⁹ HUGLI (1976 : 20).

¹²⁰ BOURDIEU (1980).

En première ligne pour percevoir la nécessité d’un établissement destiné spécifiquement aux cas orthopédiques, François Joël joue de son influence pour diffuser dans les journaux lausannois un véritable plaidoyer en faveur de la création de l’Hospice orthopédique :

M. H. MARTIN, ORTHOPÉDISTE À LAUSANNE ET ACTUELLEMENT CHARGÉ DES TROIS LITS QUE L’HOSPICE DE L’ENFANCE CONSACRE AUX DÉVIATIONS ET AUTRES DIFFORMITÉS DE L’ENFANCE, A PU SE CONVAINCRE DE L’INSUFFISANCE DE CES TROIS LITS ET ENTREPRENDRE LA FONDATION D’UN INSTITUT ORTHOPÉDIQUE. POUR CELA, IL FAUT DE L’ARGENT ET M. MARTIN S’ADRESSE AUX PERSONNES CHARITABLES AFIN D’EN RECUEILLIR. L’UTILITÉ DE CETTE ŒUVRE EST ATTESTÉE PAR LA DÉCLARATION SUIVANTE : JE ME FAIS UN DEVOIR D’ENCOURAGER M. MARTIN DANS L’ŒUVRE ÉMINEMMENT UTILE ET PHILANTHROPIQUE QU’IL ENTREPREND. NOUS SOMMES ASSAILLIS DE PRESSANTES DEMANDES POUR DES ENFANTS AFFLIGÉS DE CES DÉFORMATIONS QUI PÈSENT DOULOUREUSEMENT SUR TOUTE L’EXISTENCE, ET L’HOSPICE DE L’ENFANCE, EN LEUR CONSACRANT TROIS LITS, A FAIT LA PART QU’IL POUVAIT À CES MISÈRES ; MAIS CE CHIFFRE EST ABSOLUMENT INSUFFISANT, ET D’AUTRE PART CES ENFANTS, VIVANT DANS UN MILIEU D’HÔPITAL, EN SUBISSENT TROP SOUVENT LES INFLUENCES. ILS ONT EU PRÉCÉDEMMENT LA COQUELUCHE, ILS ONT SOUFFERT DES ÉPIDÉMIES DE STOMATITE APHTEUSE QUI NOUS VISITENT DE TEMPS EN TEMPS, ET RÉCEMMENT ENCORE ILS ONT PAYÉ LEUR TRIBUT À UNE GRAVE ÉPIDÉMIE D’OPHTALMIES CATARRHALES ET PURULENTES QUI A ENVAHI NOS SALLES. À MON AVIS, UN INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DOIT ÊTRE ENTIÈREMENT DISTINCT D’UN HÔPITAL, ET JE SUIS CONVAINCU QU’EN CRÉANT UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIAL SUSCEPTIBLE D’UN DÉVELOPPEMENT PROPORTIONNÉ AUX BESOINS DE NOS

L’urgence de la démarche, relevée dans ce passage, reflète une nouvelle étape dans la sectorisation qui s’organise au sein des établissements hospitaliers. Après la séparation des adultes et des enfants, pour des raisons morales et médicales – on réalise au cours du 19^e siècle que les enfants malades doivent être traités différemment que les adultes –, les affections orthopédiques relèvent d’un domaine spécifique, celui du non-vital, voire de la chronicité, et ne doivent pas être confondues avec les maladies habituelles et généralement infectieuses des enfants. Le problème de la promiscuité entre patients souffrant de diverses affections est une des préoccupations d’Henri Martin. Placide Nicod (1876-1953), qui succédera à Henri Martin, rapportera dans une rétrospective que ce dernier a réalisé que le traitement des affections orthopédiques, essentiellement chroniques, est entravé et souvent interrompu par les maladies épidémiques contractées par ses jeunes patients en contact permanent avec d’autres enfants¹²².

Un siècle après Venel et grâce à la tradition orthopédique qu’il a contribué à fonder, la réflexion sur la spécificité orthopédique se poursuit donc avec l’Hospice orthopédique, et peut se réaliser en terre vaudoise de façon précoce. À Genève, où les préoccupations sont les mêmes,

POPULATIONS, M. MARTIN RENDRA UN GRAND SERVICE À SON PAYS. J’ESPÈRE QUE L’APPUI FINANCIER DES PERSONNES CHARITABLES NE LUI FERA PAS DÉFAUT. DR JOËL MÉDECIN DE L’HOSPICE DE L’ENFANCE. ADRESSER LES DONS CHEZ M. H. MARTIN, À LA FIORINA, LAUSANNE¹²¹.

¹²¹ *L’Estafette*, 8 mai 1876, cité dans HUGLI (1976 : 7).

¹²² Archives HO, NICOD (début années 1950 : 2).

c'est plus tardivement que la Maison des enfants malades de Plainpalais, fondée en 1872 par Édouard Martin, cousin d'Henri Martin, trouvera une solution, avec la création de l'Asile de Pinchat en 1899 destiné aux jeunes patients orthopédiques.

Tout idéologique qu'elle soit – et qu'elle doive probablement être pour mener à bien ses actions – « l'œuvre éminemment utile et philanthropique » d'Henri Martin, explicitement citée comme telle dans l'appel du Dr Joël, comble une lacune que les politiques sociales et sanitaires ne peuvent prendre en charge. Si les « personnes charitables » sont sollicitées, c'est que les indigents constituent la population cible des nombreuses institutions émergeant au cours du 19^e siècle. Dans la seconde moitié du siècle en particulier, vieillards, malades, accidentés et familles ont accès à divers services gratuits relevant de l'hygiène publique et domestique (par exemple bains, buanderie, crémation des corps), ou bénéficient de caisses de secours, crèches, colonies de vacances, cours d'éducation et de moralisation. Le souci de contrôle sanitaire et social accompagne l'accélération considérable du rythme de création des institutions philanthropiques dans le dernier quart du 19^e siècle¹²³.

LA FONDATION DE L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE DE LA SUISSE ROMANDE

L'appel d'Henri Martin et de ses amis lancé en mai 1876 est entendu par le public, comme en témoigne la somme collectée de 8'387,70 francs¹²⁴ qui représente près du double du salaire annuel d'un professeur de l'université (environ 4'500 francs)¹²⁵. Dans un premier temps, le choix de l'établissement ne fait pas débat : le fondateur met à disposition l'appartement du rez-de-chaussée de sa propre maison, la villa La Fiorina, située à la route d'Échallens. L'espace, habité au préalable, n'est initialement pas prévu pour un hôpital, mais cette situation n'a rien de marginal pour l'époque. Comme le rappelle l'historien Olivier Faure, la fidélité des hôpitaux à une architecture ancienne s'explique par des raisons économiques : les établissements doivent faire face à des investissements que les pouvoirs publics ne peuvent ou ne veulent assurer. C'est aussi pourquoi les établissements issus de fondations privées sont tributaires de petites maisons de maître disponibles, souvent mal adaptées, et rachetées par les individus qui financent l'institution. Ce système des fondations individuelles, particulièrement développé dans le canton de Vaud, « explique que les nouveaux petits hôpitaux soient volontiers installés dans des maisons particulières plus ou moins aménagées »¹²⁶. Enfin, la localisation de la ville de Lausanne est jugée avantageusement centrale et accessible aux petits enfants des autres cantons tels que Genève, Fribourg, Neuchâtel et le Valais¹²⁷.

Le comité d'administration de l'établissement, qui se réunit pour la première fois en septembre 1876, choisit le nom d'« Hospice orthopédique » – de préférence à Asile ou Institut. Le loyer, précédemment fixé à 1'200 francs, est ramené à 1'000 francs sur la demande expresse du fondateur Henri Martin. Celui-ci est désigné médecin directeur de l'Hospice orthopédique par le comité, qui l'autorise à assister aux séances avec voix consultative. Les statuts établis le 20 octobre fixent définitivement le nom d'« Hospice orthopédique de la Suisse romande » (ci-après Hospice orthopédique), reconnu comme personne morale par arrêté du Conseil d'État vaudois en décembre 1876¹²⁸. Le comité d'administration souhaite ainsi donner à l'établissement privé « le caractère d'institution publique qu'il comporte »¹²⁹.

Comme le mentionne Jean Hugli, l'ajout du complément « de la Suisse romande » vise à montrer que l'institution dépasse le cadre cantonal, ce qui est remarquable pour l'époque¹³⁰. Alors même que les hôpitaux locaux pour enfants, privés ou publics, ne manquent pas dans le paysage médical, un établissement spécifique aux cas orthopédiques reste, quant à lui, unique pour la région. La Suisse romande, explicitement mentionnée, laisse imaginer une large provenance des fonds.

¹²³
Voir PITTELOU
(1988 : 311 et 315).

¹²⁴
« Séance [du comité d'administration] du 22 sept. 1876 », en annexe dans HUGLI (1976 : 117).

¹²⁵
Lors de la transformation de l'Académie de Lausanne en 1890, le salaire annuel d'un professeur ordinaire de l'université est fixé entre 4'000 et 5'000 francs, mais le Conseil d'État peut octroyer jusqu'à 8'000 francs. Voir OLIVIER/PANESE (2000 : 1406).

¹²⁶
FAURE (2001 : 222–223).

¹²⁷
Archives HO, NICOD (début années 1950* : 2).

¹²⁸
« Arrêté du Conseil d'État du canton de Vaud du 8 déc. 1876 » ; « Séance [du comité d'administration] du 22 sept. 1876 », en annexe dans HUGLI (1976 : 116–117).

¹²⁹
« Rapport du comité sur l'exercice 1876 », *Rapport HO 1876*, 2.

¹³⁰
HUGLI (1976 : 20).

Ce sont toutefois les cantons de Vaud et de Genève qui se distinguent par leur soutien financier à l'Hospice orthopédique. Pour la période 1876–1896, Pierre-Yves Donzé a comptabilisé des dons pour un montant total de 173'720 francs¹³¹ – ce qui équivaut à près de 2% du budget annuel de l'État de Vaud, s'élevant alors à environ 8 millions de francs¹³². De cette somme, 56% proviennent du canton de Vaud et 35,5% de celui de Genève. En 1884, le résumé des activités de l'institution indique un montant reçu de 8'149,30 francs, dont plus de 7'000 ont été versés par Genève et Lausanne¹³³. Il faut noter par ailleurs que la famille d'Henri Martin, déjà active dans la philanthropie genevoise, participe également au financement durant tout le 19^e siècle.

Cette présence genevoise n'est pas sans lien avec la composition des instances régissant l'établissement. Les quatre membres participant à la première assemblée générale de l'Hospice orthopédique, qui se tient en mars 1877, sont Henri Martin, Louis Grenier et Robert Lehmann déjà cités plus haut, ainsi que le cousin genevois du fondateur, Édouard Martin. Celui-ci remplace le Dr Joël, démissionnaire, au comité d'administration, et y restera pour la durée record de cinquante années (1877–1927). Durant ce laps de temps, il se distinguera sur les scènes médicale et politique genevoises en tant que privat-docent à l'université pour les maladies infantiles, député au Grand Conseil genevois et conseiller municipal des Eaux-Vives, médecin-chef de la Maison des enfants malades de Plainpalais et fondateur de l'Asile de Pinchat pour l'orthopédie infantile. Son expérience du terrain laissera une empreinte durable dans les prises de décisions de l'Hospice orthopédique¹³⁴.

¹³¹
DONZÉ (2003 : 113).

¹³²
LASSERRE (1981 : 239).

¹³³
« CR HO », *Journal SVUP* 1885, 163.

¹³⁴
HUGLI (1976 : 21–22).

Les premières années de l'Hospice orthopédique

Selon le règlement de l'Hospice orthopédique, établi le 1^{er} novembre 1876, l'établissement est « destiné aux enfants atteints de difformités réclamant un traitement orthopédique » (art. 1). L'enfant admis doit en outre jouir d'une bonne santé générale, être sevré et vacciné, être âgé de moins de 12 ans, être muni de son acte de naissance ou d'origine (art. 3 et 4). Les nourrissons ne sont pas admis, l'âge minimal d'admission étant de 2 ans. Les causes d'exclusion de l'institution sont une pension qui n'est pas payée régulièrement, une maladie contagieuse ou infectieuse, le déclin de la santé de l'enfant par nostalgie (ennui de la maison, des parents, du pays), enfin les vices, mauvaises habitudes incorrigibles ou insubordinations graves (art. 8)¹³⁵. Lors de sa première séance de septembre, le comité d'administration avait déjà arrêté l'admission d'un certain nombre d'enfants, provenant de l'Hôpital de Genève et de localités vaudoises (Lausanne, Yverdon, Savigny, Dommartin et Bière). L'Hospice orthopédique, qui entre en fonction début octobre 1876, offre alors une capacité d'accueil de huit, puis de dix lits, nombre maximal estimé eu égard à l'espace à disposition¹³⁶.

S'ORGANISER ET TROUVER SES MARQUES

Durant les quatre premiers mois de son fonctionnement, l'établissement traitera 11 enfants : six cas de pieds bots, deux cas de rachitisme, un genou cagneux, une courbure du tibia et une paralysie infantile (séquelle de poliomyélite)¹³⁷. L'établissement se dote d'une garde-malade, qui s'occupe non seulement de la partie matérielle, mais aussi du développement intellectuel des enfants auxquels elle donne des leçons. De plus, l'épouse d'Henri Martin, aidée de quelques dames amies de l'œuvre, s'occupe de la lingerie ainsi que de la confection et de la conservation des habits des enfants¹³⁸. Ambiance familiale et bénévolat se côtoient donc dans l'institution philanthropique. À cette tradition ne déroge pas non plus l'origine sociale des patients, comme le rappelle Henri Martin en 1883 :

DÈS LE DÉBUT DE NOTRE PRATIQUE, NOUS SENTIONS LA NÉCESSITÉ D'UN HOSPICE ORTHOPÉDIQUE, C'EST-À-DIRE D'UN ÉTABLISSEMENT POUR LES ENFANTS DE PARENTS PAUVRES OU PEU FORTUNÉS. NOUS EN FÎMES UN ESSAI À AUBONNE OÙ NOUS AVIONS REPRIS L'ÉTABLISSEMENT DE NOTRE PÈRE ANT. MARTIN¹³⁹.

La clientèle indigente justifie la mission sociale et économique de l'œuvre, servie par un discours caractéristique des fondations philanthropiques de l'époque : selon Henri Martin, l'Hospice orthopédique vient au secours des « enfants pauvres auxquels, grâce à Dieu, il [est] possible de rendre, avec l'usage de leurs membres, la possibilité de gagner leur vie et de ne pas être à la charge de la société »¹⁴⁰. Ainsi, guérir un enfant de sa difformité – et de l'invalidité qui en résulterait – équivaut à le « retirer [er] de la triste misère à laquelle le condamnait son état précédent »¹⁴¹.

¹³⁵
« Règlement de l'Hospice orthopédique établi à Lausanne, le 1^{er} nov. 1876, par le comité de direction », cité dans MARTIN (1883 : 16).

¹³⁶
« Séance [du comité d'administration] du 22 sept. 1876 », en annexe dans HUGLI (1976 : 117) ; « Rapport du comité sur l'exercice 1876 », *Rapport HO 1876*, 1.

¹³⁷
Henri Martin décrit la paralysie infantile comme étant causée par une lésion de la moelle, entraînant la paralysie de

certains muscles, leur atrophie et les déviations qui en découlent. MARTIN (1883 : 5). Elle sera plus tard associée à la poliomyélite, maladie virale très contagieuse.

¹³⁸
« Rapport du comité sur l'exercice 1876 », *Rapport HO 1876*, 1.

¹³⁹
MARTIN (1883 : 2–3).

¹⁴⁰
« CR HO », *Journal SVUP 1882*, 44.

¹⁴¹
« CR HO », *Journal SVUP 1882*, 45.

Aussi l'Hospice orthopédique reçoit-il certains enfants gratuitement, et, pour les autres, adapte les tarifs aux ressources des parents. Par exemple, sur les 74 enfants traités à l'Hospice orthopédique pendant l'année 1885, 17 sont reçus gratuitement, 32 paient une pension entre 5 et 15 francs par mois ; pour neuf autres enfants la pension est de 20 francs, pour 12 autres de 30 francs, pour deux de 40 francs, pour un de 50 francs et pour un autre encore de 60 francs. Il est précisé que les quatre derniers ont payé plus que le prix coûtant. À la journée, la pension revient à 1,19 franc¹⁴². Le règlement de l'hospice précise que le prix de la pension est fixé par le médecin directeur, Henri Martin, qui décide également de l'admission – sauf avis contraire du comité (art. 2).

Dès les débuts, la capacité d'accueil de l'établissement ne suffit pas à la demande. Grâce aux dons reçus plus que généreux – « Au point de vue financier, nos espérances ont été dépassées », déclare le comité en 1877 –, l'Hospice orthopédique peut déménager, au printemps 1878, dans la villa Chantilly de l'avenue d'Échallens, proche de l'ancienne maison. Cette nouvelle propriété, acquise par Henri Martin, offre une capacité d'accueil de 16 lits dans des chambres plus spacieuses, auxquelles s'ajoutent une salle de gymnastique et un grand jardin. Deux nouvelles personnes se voient confier la direction du ménage et l'instruction des enfants, tandis que le bénévolat féminin reste ancré dans les habitudes, comme en atteste le rapport du comité pour l'année 1878 :

QUELQUES DAMES AMIES DE NOTRE HOSPICE VOUENT À NOS ENFANTS, À LEUR GARDE-ROBE, À LEUR SANTÉ, AUX JOIES ET AUX PEINES DE LEUR CŒUR, UNE SOLICITUDE DONT NOUS LEUR SOMMES TRÈS RECONNAISSANTS¹⁴³.

Cette même année, ce sont 29 enfants qui sont traités, majoritairement vaudois (20), mais également genevois (3), bernois (2), français (2), allemand (1) et italien (1).

Les vingt premières années de l'Hospice orthopédique sont une période faste pour l'institution et son fondateur. Tout est à faire en matière d'organisation et de gestion, mais la reconnaissance du public et des autorités assure à l'établissement un soutien sans faille. Dans le relevé des affections traitées et des résultats obtenus entre 1876 et 1896, Henri Martin note qu'une guérison certaine est obtenue pour les pieds plats valgus douloureux, les genoux cagneux (genu valgum), et les pieds bots congénitaux, lesquels sont les affections les plus fréquentes à l'Hospice orthopédique. Le rapport médical de 1882 rappelle en effet que :

COMME LES ANNÉES PRÉCÉDENTES, TOUS LES ENFANTS AYANT DES PIEDS BOTS CONGÉNITAUX QUI SONT SORTIS DE L'HOSPICE ÉTAIENT, OU COMPLÈTEMENT GUÉRIS, OU AUSSI REDRESSÉS QUE POSSIBLE, ET L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE AVAIT REPRIS DES MOUVEMENTS PLUS OU MOINS ÉTENDUS. CEUX QUI RESTENT ENCORE EN TRAITEMENT SONT EN BONNE VOIE DE GUÉRISON¹⁴⁴.

Concernant les autres affections, Henri Martin ne peut parler que d'amélioration : ce sont les scoliozes, les genoux fléchis à la suite d'arthrite, les affections du système nerveux et les difformités qui en résultent¹⁴⁵.

Sur les 582 enfants admis à l'Hôpital orthopédique durant les deux premières décennies (1876–1896), les pieds bots congénitaux (113 cas) et les scoliozes (90 cas) restent en tête des affections orthopédiques traitées, comme déjà à l'époque de Venel un siècle auparavant. Les paralysies infantiles (séquelles de poliomyélite) ou partielles et les difformités du genou sont également en nombre, loin devant d'autres affections telles que contractures, coxalgies, torticolis. Sur ces 582 patients, il n'y a pas de différence marquée dans la proportion des filles (311) et des garçons (271), en revanche les Vaudois restent majoritaires (280), loin devant les Bernois (63), les Français (57), les Neuchâtelois (56) et les Genevois (34). On compte en dizaines

¹⁴²
« CR HO », *Journal SVUP 1885*, 164.

¹⁴³
« Rapport du Comité sur l'exercice 1878, réalisé en mars 1879 par le comité de direction », *Hospice orthopédique de Lausanne, Rapports 1876–1907*, Archives HO.

¹⁴⁴
« CR HO », *Journal SVUP 1882*, 45.

¹⁴⁵
MARTIN (1896* : 2).

le nombre de Fribourgeois (25) et de Valaisans (21), ainsi que le nombre d'Italiens (11) et d'Allemands (11). Une poignée d'enfants seulement viennent des cantons d'Argovie, de Bâle, Lucerne, Soleure, Thurgovie, Schaffhouse, Zurich, du Tessin ainsi que des Grisons¹⁴⁶. Or rapidement, les malades se trouvent à nouveau à l'étroit à l'Hospice orthopédique, comme en témoigne un résumé de la situation pour l'année 1882 :

LE COMITÉ, EN PRÉSENCE DES NOMBREUSES DEMANDES D'ADMISSION, DOIT DANS UN AVENIR TRÈS PROCHAIN AGRANDIR L'HOSPICE. POUR FAIRE CELA, IL FAIT UN APPEL CHALEUREUX À LA GÉNÉROSITÉ DES ÂMES CHARITABLES SOIT POUR LES DÉPENSES JOURNALIÈRES DE L'ÉTABLISSEMENT, SOIT POUR ACQUÉRIR UN IMMEUBLE DANS LEQUEL L'HOSPICE POURRAIT S'ÉTABLIR PLUS LARGEMENT¹⁴⁷.

Henri Martin note en effet que, depuis l'ouverture de l'Hospice orthopédique, le nombre de lits a augmenté chaque année. Les huit lits de 1876 passent à 30 en 1883, mais plus de 20 enfants attendent encore d'être admis¹⁴⁸.

La villa Chantilly est finalement agrandie en 1891. Cet accroissement de la capacité d'accueil pousse Henri Martin à ne garder à son actif que la direction médicale de l'Hospice orthopédique, et à confier dès 1892 la direction matérielle aux diaconesses – communauté religieuse d'obédience protestante fondée en 1842 dans le canton de Vaud. Mais cette direction bicéphale se heurte aux prérogatives d'Henri Martin, jusqu'alors seul maître à bord. Des conflits d'intérêts et de gestion sont soulevés par le comité de l'hospice, qui évoque « des frottements désagréables entre la diaconesse-directrice et M. H. Martin, la diaconesse ayant un caractère despotique et les dépenses de ménage présentant un certain coulage »¹⁴⁹. Deux ans plus tard, les diaconesses sont remplacées par les infirmières laïques de l'École de La Source, qui est alors la principale école d'infirmières de Lausanne¹⁵⁰. Michel Gross, biographe de Placide Nicod, relève que l'Hospice orthopédique est alors le premier à Lausanne à avoir confié la responsabilité des soins infirmiers aux sourciennes, alors que l'Hôpital cantonal, l'Asile des aveugles et l'Hospice de l'enfance recrutent leur personnel infirmier chez les diaconesses de Saint-Loup¹⁵¹.

La demande en hausse constante et les besoins de réaménagements de l'établissement justifient les appels récurrents aux dons, ressource principale des œuvres philanthropiques de l'époque. Les montants et la provenance des dons renseignent sur l'étendue du réseau sollicité durant les vingt premières années de fonctionnement de l'Hospice orthopédique : sur un total de 173'720 francs récoltés, le canton de Vaud, avec près de 97'000 francs (56%), et celui de Genève, avec environ 62'000 francs (35,5%), assurent toujours l'essentiel du financement. On constate avec étonnement que les Pays-Bas suivent avec un don de 7'880 francs (4,5%), quand bien même l'Hospice orthopédique ne compte aucun patient néerlandais ; il en va de même pour les Anglais, qui versent 1'211 francs (0,7%). Cet altruisme des pays étrangers atteste de contacts existant au-delà de la frontière helvétique. Les autres mécènes étrangers sont la France (835 francs), l'Italie (340 francs), l'Autriche (125 francs), la Russie (20 francs) et l'Allemagne (15 francs). Pour les cantons suisses, ce sont Neuchâtel (2'675 francs), Berne (950 francs), Zurich (427 francs), Bâle (200 francs), Glaris (130 francs) et Fribourg (50 francs)¹⁵².

¹⁴⁶
MARTIN (1896* : chiffres tirés des tableaux 1 et 3 en annexe).

¹⁴⁷
« CR HO », *Journal SVUP* 1882, 45.

¹⁴⁸
MARTIN (1883 : 3).

¹⁴⁹
Citée dans HUGLI (1976 : 29). Pour d'autres détails sur les conflits d'intérêts au sein de l'établissement, voir HUGLI (1976 : 29–31).

¹⁵⁰
DONZÉ (2003 : 113) ; SAUDAN (1991 : 59).

¹⁵¹
GROSS (1993 : 54).

¹⁵²
MARTIN (1896* : 2 ; chiffres tirés du tableau 2 en annexe).

L'ORTHOPÉDIE CONSERVATRICE SELON HENRI MARTIN

Henri Martin fait connaître l'Hospice orthopédique et ses traitements variés dans un mémoire de 1883 portant sur les six premières années de fonctionnement de l'établissement¹⁵³, publié dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (ci-après *RMSR*)¹⁵⁴. Fermement opposé aux interventions opératoires, Henri Martin expose ainsi ses conceptions de l'orthopédie conservatrice :

NOUS SOMMES À UNE ÉPOQUE OÙ LE PANSEMENT DE LISTER A BEAUCOUP DIMINUÉ

LA GRAVITÉ DES OPÉRATIONS, AINSI A-T-ON PEUT-ÊTRE QUELQUEFOIS ABUSÉ DE

L'INSTRUMENT TRANCHANT DANS CERTAINS CAS QUI RELÈVENT DE L'ORTHOPÉDIE.

SOUVENT L'OPÉRATION PEUT ÊTRE ÉVITÉE ET LES MÊMES RÉSULTATS SERONT

OBTENUS PLUS LENTEMENT, IL EST VRAI, MAIS

SANS FAIRE COURIR AUTANT DE RISQUES AU

MALADE, PAR L'ORTHOPÉDIE NON CHIRURGI-

CALE. IL NE SERA DONC PAS INUTILE DE FAIRE

CONNAÎTRE LES RESSOURCES DONT DISPOSE

CETTE DERNIÈRE MÉTHODE ET D'EXPOSER

LES RÉSULTATS OBTENUS PAR SON EMPLOI¹⁵⁵.

¹⁵³

« (Travaux originaux). Notice de Henri Martin sur l'Hospice orthopédique de la Suisse romande », *RMSR*, 1883, 297–308. Aussi en tiré à part : MARTIN (1883).

¹⁵⁴

Cette revue fait suite au *BSMSR* dès 1881. En effet, à partir des années 1870–1880, l'appellation *Revue* détrône celle de *Bulletin* (voir plus haut aux notes 113 et 114), au moment où s'intensifient les projets d'encouragements à la recherche. S'il est vrai que les revues romandes ne datent pas de la fin du 19^e siècle, les années 1880–1914 constituent cependant une période exceptionnelle, marquée par l'explosion et la diversification des titres : les progrès techniques dans les domaines de la composition et de l'impression permettent le développement d'une presse toujours plus abondante et diversifiée : revues culturelles, familiales, satiriques, militantes, scientifiques. Voir CLAVIEN/LE DINH/VALLOTTON (1993 : 7 et 17–18).

¹⁵⁵

MARTIN (1883 : 5).

¹⁵⁶

SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER (2004 : 69–71).

¹⁵⁷

Au milieu du 18^e siècle, l'invention du premier condensateur (la bouteille de Leyde) permet d'accumuler l'énergie électrique, ce qui facilite la diffusion du traitement des paralysies par les chocs électriques. En 1800, Volta met au point la pile qui porte son nom, suivi peu après par la découverte de l'induction par Faraday, ce qui favorise l'usage médical des courants continus (galvanisation) et induit (faradisation), en remplacement de l'électricité statique. Partie de la physiologie neuro-musculaire, l'électrothérapie s'impose alors comme l'une des thérapies officielles dans les traités orthopédiques, pour lutter contre l'atrophie et l'immobilisation musculaire. Elle reste toutefois largement décriée et d'un emploi médical limité jusqu'au milieu du 19^e siècle, avant de connaître un réel engouement dans les dernières décennies. Voir BELTRAN/CARRE (1991 : 26–31) ; BENGUIGUI (1991 : 367–373).

¹⁵⁸

MARTIN (1883 : 2).

¹⁵⁹

« (Bibliographie). Henri Martin. – Du traitement des pieds bots, broch., 56 p. Lausanne, 1887 », *RMSR*, 1887, 360.

¹⁶⁰

MARTIN (1883 : 2).

¹⁶¹

MARTIN (1883 : 13).

¹⁶²

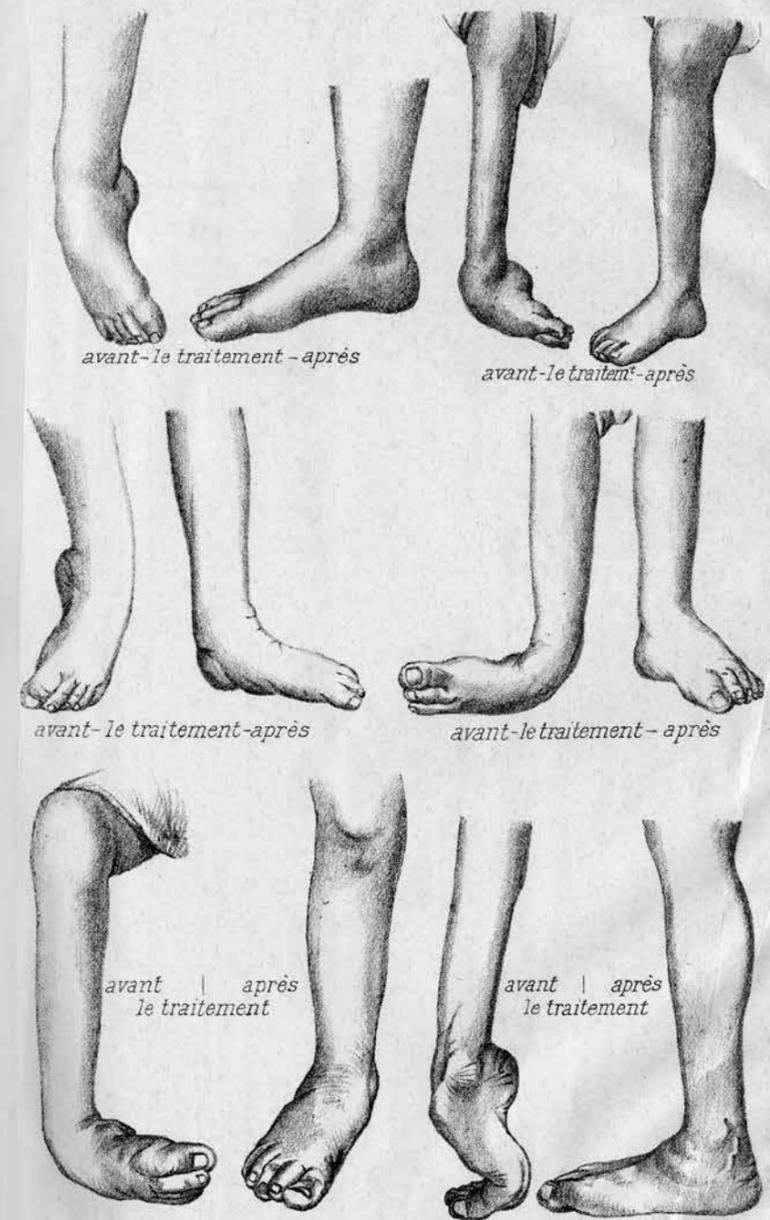
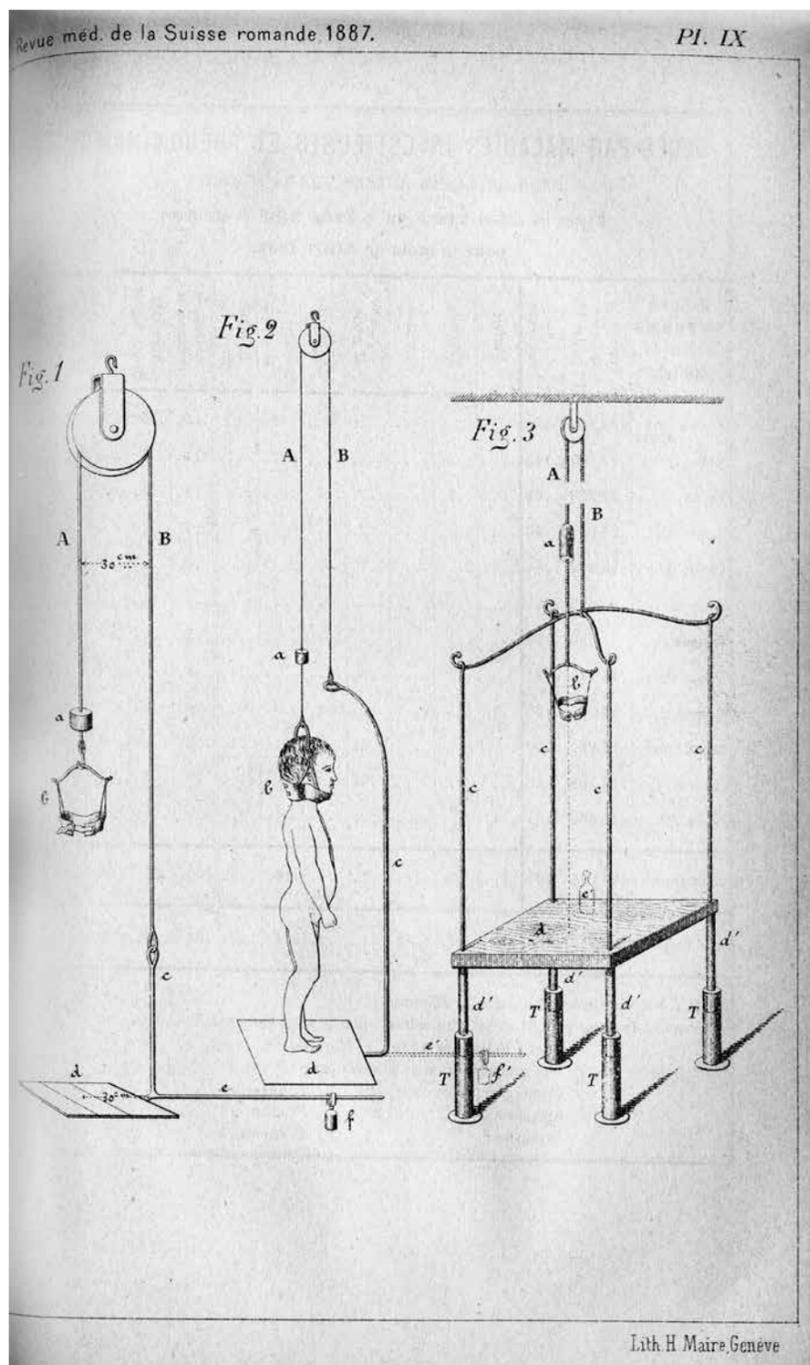
« CR HO », *Journal SVUP* 1882, 44.

En prônant l'orthopédie « non chirurgicale », Henri Martin s'inscrit aussi dans une orientation de la pratique fortement réaffirmée dès les années 1880–1890 : pour certains médecins et chirurgiens de renom (les Allemands Albert Hoffa et Florian Beely, ou l'Autrichien Adolph Lorenz, par exemple), l'orthopédie occupe une place – au sein de la chirurgie ou comme spécialisation à part entière – en tant que traitement exclusivement « mécanique » des difformités corporelles¹⁵⁶.

Ainsi, aux méthodes originelles, Henri Martin n'a ajouté que l'électrothérapie, en vogue depuis la seconde moitié du 19^e siècle¹⁵⁷. En dehors de cette allégeance à la modernité de son temps, le fondateur de l'Hospice orthopédique demeure le vaillant dépositaire des préceptes venéliens, à savoir massages, manipulations, extensions et gymnastique du côté des actions ; plâtres, bandages, corset et sabot du côté des moyens auxiliaires¹⁵⁸. L'institution établit une partie de sa renommée sur le traitement des pieds bots congénitaux dont l'issue, on l'a vu, est souvent heureuse, ce qui donne lieu à une brochure entièrement dédiée à ce type d'affection, signée par Henri Martin en 1887 et présentée dans la bibliographie de la *RMSR*¹⁵⁹.

De façon générale, les traitements orthopédiques s'effectuent sur un laps de temps relativement long – plusieurs semaines, mois, voire années –, le but étant de ne rien brusquer et de favoriser, sur la durée, la répétition du traitement ainsi que la douceur. Car, rappelle Henri Martin, « pour arriver à des résultats satisfaisants, il est important que les enfants en traitement soient soumis à une surveillance continue et pendant un temps assez long, variant, du reste, suivant la difformité »¹⁶⁰. Il explique, par exemple, que le traitement des pieds bots et celui des genoux cagneux consistent en deux périodes bien distinctes, celle du redressement, variant d'un à trois mois suivant le degré de la déviation, et celle de la convalescence, beaucoup plus longue et dépendant de la constitution de l'enfant¹⁶¹. Pour ce qui concerne les échecs d'un traitement, ils sont mis sur le compte de l'incurabilité de la maladie, ou mis en rapport avec un refus des parents ou des autorités communales – payeuses – de laisser l'enfant plus longtemps dans l'établissement¹⁶².

Fig. 16
Appareil à suspension
de Beely, adapté du
système de Sayre pour le
traitement de la scoliose,
et présenté par le chirur-
gien vaudois César Roux
dans la Revue médicale
de la Suisse romande
de 1887.



d'après photographie

AUT. J. CHAPPUIS, LAUSANNE.

Fig. 17
Corrections de pieds bots,
avant et après traite-
ment. Planche de dessins
réalisée par Henri Martin
d'après photographie
en 1896.

Le taux d'échec est semble-t-il suffisamment bas pour ne pas mettre en péril la méthode proposée par Henri Martin : durant les quatre premières années de fonctionnement de l'Hospice orthopédique, 89 enfants sont soignés, dont 40 sortent complètement guéris, 36 dans un état amélioré et 13 sans changement¹⁶³ – soit 14,6% d'échec. Il n'empêche que l'anesthésie par l'éther – testée pour la première fois à Boston en 1846 –, couplée aux méthodes antiseptiques de Lister diffusées dès les années 1870, permet d'obtenir des succès chirurgicaux certains. Dans le domaine de l'orthopédie, les ténotomies, myotomies et ostéotomies connaissent un nouvel essor dans les dernières décennies du 19^e siècle. En Suisse alémanique, les chirurgiens August Lüning, Wilhelm Schulthess et Carl Hübscher pratiquent ces interventions dans leurs cliniques privées d'orthopédie dédiées à la clientèle aisée¹⁶⁴. En France, le chirurgien orthopédique Léopold Ollier contribue fortement à l'essor de la chirurgie articulaire, en faisant état de 400 résections au niveau du membre inférieur avec une mortalité très faible. L'époque étant encore à la maîtrise globale de la chirurgie, Ollier est par ailleurs également connu pour pratiquer dans d'autres domaines tels que l'urologie et la chirurgie plastique – laquelle se démarque alors par la toute nouvelle greffe endo-épidermique¹⁶⁵. Il faut toutefois attendre le tournant du siècle pour voir la chirurgie de masse se généraliser, avec l'arrivée d'une nouvelle génération de chirurgiens, comme on le verra au chapitre suivant.

À la fin du 19^e siècle, l'Hospice orthopédique a acquis un certain renom assuré par une publicité soutenue. Outre les apparitions ponctuelles des travaux d'Henri Martin dans les pages de la *RMSR*, l'établissement fait l'objet d'une présentation détaillée à l'Exposition nationale de Genève en 1896, lors de laquelle il est très remarqué notamment par ses publications, photographies, vitrines avec moulages. Il en sera de même à l'Exposition cantonale vaudoise de Vevey de 1901, où il remporte une médaille d'or¹⁶⁶. Il voit aussi vanter ses mérites en 1898 dans les colonnes de la revue familiale illustrée *La Patrie suisse*, sous la plume du chirurgien genevois Eugène Revilliod¹⁶⁷, collègue d'Édouard Martin, cousin d'Henri. Fondée en 1893 lors de l'explosion des revues de vulgarisation qui caractérise les dernières décennies du siècle, *La Patrie suisse* est alors un journal d'information politique et culturel de forte audience, considéré au même titre qu'une institution nationale et diffusé jusque dans les colonies suisses de l'étranger¹⁶⁸.

¹⁶³
Voir note précédente.

¹⁶⁴
Voir RÜTTIMANN (1983 : 32–52).

¹⁶⁵
DE MOURGUES (1979 : 3).

¹⁶⁶
HUGLI (1976 : 34).

¹⁶⁷
REVILLIOD (1898 : 309–310).

¹⁶⁸
PAVILLON (1986 : 11–12).

Bilan

L'institutionnalisation de l'orthopédie fait sens dans un siècle où convergent plusieurs théories et pratiques nouvelles. Une conception plus morcelée du corps servie par les théories mécanistes et anatomopathologiques, l'idéologie du progrès promue par l'industrialisation et le capitalisme naissant, les idées galtoniennes et eugéniques de la « bonne engeance » favorisent une nouvelle image de la santé et de la médecine, où les médecins se profilent comme de nouveaux experts. Une rupture s'opère aussi dans la conception de l'invalidité : celle-ci devient moins acceptable et fait l'objet d'une nouvelle préoccupation médicale et politique – les premières assurances sociales de Bismarck dans les années 1880 en témoignent.

Néanmoins, l'orthopédie du 19^e siècle est clairement soutenue et promue par la philanthropie. Les enfants physiquement affaiblis par de graves infirmités corporelles passent de la marge au centre des préoccupations dès lors que de nouvelles possibilités thérapeutiques – conservatrices et chirurgicales – semblent apporter des résultats prometteurs. Le souci grandissant pour la préservation des jeunes générations, terreau d'une nation saine et peuleuse, se traduit par une intensification des institutions aux ressources essentiellement privées.

En dépit de l'ascension certaine de l'orthopédie depuis Andry et Venel, l'orthopédie est une branche artisanale et médicale qui s'impose avec difficulté au cours du 19^e siècle en tant que « spécialité » à part entière. Durant cette période, les savoirs médicaux qu'elle sollicite relèvent tout autant de la médecine officielle (interne et externe) que des empiriques, des techniques physiothérapeutiques (hydrothérapie, massages, gymnastique, bientôt électrothérapie) que chirurgicales (ténotomie, myotomie), ainsi que du domaine des confectionneurs d'appareillages orthopédiques qui incombent à des artisans divers (bandagistes, mécaniciens). Et de même que la pratique se révèle polymorphe, sans contours bien définis, de même le praticien orthopédiste est-il au bénéfice de diverses formations médicales ou non médicales, avec ou sans orientation chirurgicale. Aussi, l'institutionnalisation de l'orthopédie connaît-elle des voies parallèles à celles établies par la médecine officielle. Toutefois, s'il y a divergence sur l'attribution de la spécialité orthopédique, partagée entre divers acteurs, il y a néanmoins convergence sur la localisation corporelle du traitement, à savoir le système osseux et articulaire du tronc et des membres.

L'orthopédie « clinique » se situe donc à l'intersection de ces multiples champs. Elle se démarque sur le marché médical par le biais de nouvelles considérations institutionnelles sur la nécessité de séparer les petits patients des malades adultes, et de dissocier les cas aigus des cas orthopédiques. On relèvera à ce propos que, vers la fin du 19^e siècle, l'activité d'Henri Martin au sein de l'Hospice de l'enfance de Lausanne constitue un soutien, plus qu'une entrave, au projet de réalisation de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande. La question de la distinction entre orthopédie et hôpitaux pour enfants, qui a pu susciter ailleurs confusion et rivalité¹⁶⁹, ne s'est pas posée au moment de la création de l'Hospice orthopédique.

¹⁶⁹
Voir COOTER
(2014 [1993] : 34).

Hospice Orthopédique de la Suisse Romande à Lausanne



Fig. 18
Entre 1878 et 1927,
l'Hospice orthopédique
se situe à la villa Chantilly,
avenue d'Échallens
à Lausanne.

LA BELLE ÉPOQUE

FIN 19^e SIÈCLE – ANNÉES 1920

2

ESSOR INSTITUTIONNEL À L'AUBE DU 20^e SIÈCLE – 54

- Enfants scolarisés et implications – 54
- Un accent sur l'orthopédie physique et morale – 55
- L'Institut Balgrist pour enfants estropiés à Zurich – 56

L'ORTHOPÉDIE DANS LA MÉDECINE DITE MODERNE – 60

- Le modèle hospitalo-universitaire – 60
- Hausse de la demande médicale et démocratisation de la médecine – 64
- Mise en réseaux des chirurgiens et des orthopédistes – 64

L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE FACE À LA MODERNITÉ – 66

- Essor de l'Hospice orthopédique et nouvelles figures médicales – 66
- Deux conceptions de l'orthopédie clinique à l'aube du 20^e siècle – 68
- Les traitements à l'Hospice orthopédique : entre tradition et modernité – 69
- L'enseignement de l'orthopédie à l'université – 78
- Aux sources de la spécialisation (années 1900) – 79

PREMIÈRE GUERRE MONDIALE ET MÉDECINE MODERNE : UN CHANGEMENT DE FOCALITÉ – 81

- L'orthopédie en temps de guerre : de nouveaux défis – 81
- L'Hospice orthopédique durant la guerre : un premier rapprochement avec l'État – 83
- Première mue de l'Hospice orthopédique : le déménagement à Montagibert – 86

BILAN – 87

Dans le contexte hygiéniste et médicalisé du 19^e siècle, l'intérêt grandissant porté aux enfants, amorcé au siècle des Lumières, s'intensifie et se formalise par un essor institutionnel sans précédent. De ce long processus résulte aussi, dès les années 1880–1890, la découverte de « l'enfance », avec les premières lois de protection de l'enfance, ou encore la psychologie de l'adolescence¹⁷⁰. En Suisse comme ailleurs, la période est marquée par la multiplication d'œuvres centrées sur la jeunesse (orphelinats, crèches, hôpitaux pour enfants, colonies pénitentiaires pour adolescents, écoles), organisées d'abord par la philanthropie privée puis également par le secteur public. Ce dernier s'investit particulièrement dans la scolarisation par la mise en place de l'école primaire obligatoire et gratuite, entérinée par l'article 27 de la nouvelle Constitution suisse de 1874 – une innovation qui fait suite à la constatation du niveau d'instruction excessivement bas des recrues militaires.

ENFANTS SCOLARISÉS ET IMPLICATIONS¹⁷¹

Le regroupement des enfants dans les écoles publiques génère des problèmes d'intégration de bon nombre d'entre eux qui ne peuvent s'adapter à la norme scolaire. Dès la fin des années 1870, les visites médico-scolaires signalent les principales infirmités ou anomalies des écoliers, tandis que des enquêtes statistiques sont menées dans les différents cantons afin de mesurer l'étendue de « l'enfance malheureuse » en âge de fréquenter l'école (enfants faibles d'esprit, arriérés, atteints d'infirmités physiques ou négligés et moralement abandonnés) et de lister les possibilités de leur prise en charge pédagogique. Car l'accessibilité de l'instruction scolaire pour tous peine à s'imposer dans le pays, et ce malgré l'obligation scolaire de 1874. À Fribourg, par exemple, la loi sur l'instruction primaire de 1884 exclut encore des écoles du canton « les cas d'incapacité physique ou intellectuelle bien constatés ». Il en va de même à Genève, où le règlement des écoles primaires de 1888 spécifie, en continuité des règlements antérieurs à la loi fédérale :

AUCUN ENFANT RECONNU IDIOT, SOURD-MUET, AVEUGLE OU ATTEINT D'UNE

MALADIE CONTAGIEUSE OU REPOUSSANTE NE PEUT ÊTRE REÇU DANS LES ÉCOLES

Dans ce contexte ont lieu les premiers débats sur les classes spéciales, créées d'abord en Suisse alémanique (Bâle en 1888, Zurich en 1889) sous l'influence de l'Allemagne, et plus tardivement en Suisse romande (Lausanne en 1896, Genève en 1898) sous la pression d'une enquête nationale lancée en 1896 chargée de dénombrer les enfants faibles d'esprit et atteints d'infirmités physiques en âge de fréquenter l'école¹⁷².

Les enfants dits « anormaux » sont alors pris en charge par la « science de l'éducation », née d'une alliance plus ou moins consensuelle entre la pédagogie, la médecine, la psychologie et la psychiatrie. Or cette nouvelle science, qui cautionne une certaine conception de l'« anormal », est productrice d'inégalités entre les enfants scolarisés. Car la création des classes spéciales, qui répondent aux exigences égalitaires de la scolarité obligatoire et accessible à tous, produit paradoxalement un système éduca-

¹⁷⁰ Voir THIERCE (2008).

¹⁷¹ Ce sous-chapitre s'inspire de KABA (2010 : 81–83).

¹⁷² Mentionné dans RUCHAT (2003 : 22–23).

¹⁷³ Sur cette enquête et l'émergence des classes spéciales, voir RUCHAT (2003).

PRIMAIRES¹⁷².

tif inégalitaire, puisque tous les enfants n'ont pas la même instruction de base et sont exclus pour certains du circuit social auquel peut mener l'école normale.

Exclusion il y a, en effet, comme le reconnaissent les spécialistes eux-mêmes, à l'origine des mesures préconisées. Ainsi, le Dr Eugène Bourquin, médecin des écoles de La Chaux-de-Fonds et membre de la Commission pour l'œuvre de l'enfance anormale à Neuchâtel, note au tournant du siècle dans un rapport à la Société d'utilité publique du canton¹⁷⁴ :

LES ENFANTS ANORMAUX SONT DES ENFANTS DONT L'ÉCOLE ORDINAIRE ET L'HÔ-

PITAL NE VEULENT PAS; L'ÉCOLE LES TROUVE TROP PEU NORMAUX, L'HÔPITAL NE

LES TROUVE PAS ASSEZ MALADES. LEUR PLACE EST DANS DES ÉCOLES SPÉCIALES

OU DANS DES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIAUX¹⁷⁵.

À ce titre, les institutions orthopédiques – privées – comblent, jusqu'à un certain point, des lacunes du secteur public.

UN ACCENT SUR L'ORTHOPÉDIE PHYSIQUE ET MORALE

Le tournant du 20^e siècle peut être considéré comme une nouvelle période faste pour l'essor institutionnel de l'orthopédie dédiée aux enfants, après les premières vagues du début du 19^e siècle, décrites au chapitre précédent. L'esprit philanthropique constitue toujours le ferment de cette institutionnalisation, qui intègre désormais des paramètres thérapeutiques et éducatifs plus modernes.

L'Œuvre des bains de mer et l'Asile Dollfus

Genève vit à deux reprises un processus d'institutionnalisation semblable à celui qui s'est déroulé de façon précoce à Lausanne : les protagonistes d'une institution « généraliste » pour enfants malades s'impliquent ensuite dans la création d'une institution orthopédique. La première situation résulte de l'initiative d'Adolphe d'Espine, membre du Comité international de la Croix-Rouge et désigné professeur de pathologie interne lors de la création de la Faculté de médecine de Genève (1876) – il obtiendra en 1908 la première chaire de pathologies infantiles.

En 1880, Adolphe d'Espine fonde, à ses frais, un Dispensaire pour enfants malades issus de familles indigentes, qui prodigue des soins à domicile et offre l'hospitalisation pour des maladies contagieuses ou des traitements chirurgicaux. Pour répondre à la demande de certains patients nécessitant des traitements spéciaux que l'établissement ne peut recevoir, d'Espine s'investit dès l'année suivante dans l'organisation de deux œuvres parallèles situées sur le littoral méditerranéen français : l'Œuvre des bains de mer et l'Asile Dollfus. Ces œuvres ajoutent un élément naturel – l'eau de mer – à l'arsenal thérapeutique déjà bien fourni destiné à « la guérison des deux maladies chroniques les plus fréquentes de l'enfance, le rachitisme et la scrofule »¹⁷⁶.

¹⁷⁴ Depuis 1903, la Société cantonale neuchâteloise d'utilité publique débat en son sein de la question de l'enfance anormale. Prenant pour modèle la Société protectrice de l'enfance anormale fondée en Belgique en 1902, elle crée en 1906 la Commission pour l'œuvre de l'enfance anormale.

¹⁷⁵ BOURQUIN-LINDT (1908 : 13).

¹⁷⁶ *Rapports Œuvre des bains 1899–1900*, 16. Pour un historique plus complet sur ces institutions, voir KABA (2011^b : 395–404). Le rachitisme est une affection qui se manifeste par des déformations variables du squelette, en raison d'un défaut de calcium dû à un déficit en vitamine D – laquelle ne sera identifiée que dans les années 1920. Le terme est formé à partir du mot « rachis », la colonne vertébrale étant généralement touchée par l'affection. Les scrofules désignent des inflammations chroniques touchant le plus souvent les ganglions et vraisemblablement d'origine tuberculeuse.

L'Asile de Pinchat à Genève

De façon analogue et en filiation directe avec l'Hospice orthopédique – du fait des liens familiaux et professionnels, déjà évoqués plus haut, entre les cousins Henri et Édouard Martin –, l'Asile de Pinchat de Genève naît de la volonté de son fondateur, Édouard Martin, de soulager la Maison des enfants malades de Plainpalais. Sorte de clinique infantile avant la lettre, la Maison des enfants malades, fondée en 1872, tend à favoriser le renouvellement de cas aigus par une occupation des lits de courte durée.

Les affections orthopédiques qui nécessitent de longs traitements n'en demeurent pas

moins une préoccupation du médecin-chef, à laquelle répond la fondation de l'Asile de Pinchat en 1899. L'établissement accueille les enfants atteints de déformations congénitales ou acquises (pied bot, luxation, rachitisme, paralysie infantile) et de tuberculose osseuse et articulaire (mal de Pott, coxalgie, tumeur blanche du genou). À l'instar des autres institutions philanthropiques et de par son fonctionnement proche de celui de l'Hospice orthopédique, l'Asile de Pinchat reçoit bon nombre d'enfants gratuitement ou selon un tarif adapté¹⁷⁷.

L'Œuvre d'Eben-Hézer à Lausanne

À Lausanne, l'Œuvre d'Eben-Hézer est, quant à elle, liée à la fois à l'Hospice de l'enfance et à l'Hospice orthopédique de la Suisse romande. En effet, la fondatrice d'Eben-Hézer, Julie Hofmann, a fait ses premières armes en tant qu'aide-infirmière dans les deux institutions entre lesquelles elle a partagé son temps. En raison d'infirmités sensorielles, elle ne peut réaliser son souhait d'accéder au statut de diaconesse et décide de créer sa propre institution. L'Œuvre d'Eben-Hézer est alors conçue pour soigner, élever et donner une instruction aux enfants infirmes ou atteints de maux chroniques ou incurables, qui sont orphelins ou de parents indigents, provenant des cantons de Vaud, Neuchâtel, Genève et du Jura bernois¹⁷⁸.

Ces diverses institutions sont encore bien souvent, pour l'époque, le fruit d'un travail acharné de quelques-uns, dont l'isolement se fait parfois pesant. C'est dans le dessein de pallier cette situation qu'est fondée une institution aux aspirations nationales, spécifiquement destinée aux enfants « estropiés », l'Institut Balgrist.

L'INSTITUT BALGRIST POUR ENFANTS ESTROPIÉS À ZÜRICH¹⁷⁹

L'émergence d'un institut pour enfants infirmes en Suisse alémanique est directement liée à l'existence de modèles provenant d'autres régions. L'Hospice orthopédique de la Suisse romande, qui n'a pas sa contrepartie outre-Sarine, donne l'impulsion à la création d'une institution alémanique analogue. Mais c'est surtout le réseau professionnel liant certains médecins, notamment zurichois, avec le voisin germanique, qui servira de levier au projet ambitieux d'un établissement suisse pour enfants infirmes et estropiés. Un article émanant du comité de fondation de cet établissement, paru en 1907 dans le journal de la Société vaudoise d'utilité publique (ci-après SVUP), annonce la réalisation imminente de ce projet, qu'il justifie en ces termes :

DANS LA SUISSE ROMANDE, IL EXISTE, DEPUIS 1876, L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE DE LAUSANNE POUR 36 ENFANTS. NÉANMOINS, DANS NOTRE PAYS, LE BESOIN EST ENCORE TRÈS GRAND D'UN ÉTABLISSEMENT QUI RÉPONDE AUX EXIGENCES INDICÉES ET SOIT DESTINÉ À LA POPULATION EN GÉNÉRAL. CELA RESSORT DU FAIT QUE, PENDANT CES DEUX DERNIÈRES ANNÉES, PLUS DE 30 ENFANTS INDIGENTS, DE TOUTES LES PARTIES DE LA SUISSE, ONT CHERCHÉ ASSISTANCE DANS L'INSTITUT

L'orthopédiste zurichois Wilhelm Schulthess, mentionné dans ce passage, figure au nombre des célèbres chirurgiens orthopédistes qui fondent en 1891 la revue *Zeitschrift für orthopädische Chirurgie einschliesslich der Heilgymnastik und Massage*¹⁸¹ – dans un contexte de diffusion et d'émulation scientifiques sur lequel on reviendra plus loin. Schulthess sera l'un des protagonistes clés de l'institution Balgrist, dont l'initiative est d'abord privée et non étatique, à l'instar des autres institutions de ce type. Ce contexte est ainsi rendu dans l'article de la SVUP :

¹⁷⁷ KABA (2011^b : 389–395).

¹⁷⁸ KABA (2011^b : 424–425); HUGLI (1976 : 27 et 30). Voir aussi PILLOUD (1998).

¹⁷⁹ Chapitre inspiré de KABA (2011^b : 425–429).

¹⁸⁰ « Établissement suisse pour enfants infirmes et estropiés » (1907 : 207).

¹⁸¹ Voir RÜTTIMANN (1983 : 107).

ORTHOPÉDIQUE PRIVÉ DES DRS LÜNING ET SCHULTHESS À ZÜRICH, ASSISTANCE QUI MALHEUREUSEMENT N'A PU LEUR ÊTRE ACCORDÉE QUE D'UNE MANIÈRE INSUFFISANTE OU PAS DU TOUT, À CAUSE DE L'ORGANISATION DE CET INSTITUT DESTINÉ À UN PUBLIC RESTREINT¹⁸⁰.

LES ÉTATS ET LES COMMUNES S'OCCUPENT ENCORE TROP PEU, EN GÉNÉRAL, DE CETTE TRÈS IMPORTANTE TÂCHE DE PROTECTION. ET CEPENDANT LES UNS ET LES AUTRES ONT À TENIR COMPTE DES SUITES SOCIALES DU MAL D'UN GRAND

NOMBRE D'INDIVIDUS INCAPABLES DE TRAVAILLER OU DEVENUS PRÉMATURÉMENT INVALIDES. PAR CONTRE LA BIENFAISANCE PRIVÉE A DÉJÀ BEAUCOUP ACCOMPLI, SURTOUT À L'ÉTRANGER¹⁸².

Allusion est faite ici à l'Allemagne, où une enquête sur les enfants estropiés fait alors particulièrement grand bruit. Elle a été lancée en 1906 à l'initiative de Konrad Biesalski, orthopédiste prussien à l'origine du Secours allemand aux estropiés et fondateur de *Oskar-Helene-Heim für Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder*, sorte d'établissement modèle incluant le traitement médical et l'éducation scolaire des enfants infirmes¹⁸³. Avec l'appui d'un officiel et malgré les lacunes statistiques des services de santé du Reich, le dénombrement de Biesalski, à visée moins scientifique que de propagande, aura une répercussion assez importante pour dynamiser la création d'établissements pour estropiés – on en dénombre 33 en Allemagne en 1907 –, inciter le développement de l'orthopédie et mener, en 1920, à la première loi prussienne de secours aux estropiés (*Krüppelfürsorgegesetz*)¹⁸⁴. Le premier congrès allemand du Secours aux estropiés, en 1910, s'inscrit aussi dans ce contexte.

C'est sur le modèle de l'institution de Biesalski que sera fondé l'Institut Balgrist. L'impulsion provient du pasteur Joseph Kägi, directeur de la maison des diaconesses de Riehen (Zurich), et du Dr Fritz Zollinger, secrétaire du Département zurichois de l'éducation. Ils sont soutenus par Schulthess, qui avance les premiers financements et permet de réunir en 1909 un petit comité formant la Société suisse pour enfants estropiés. L'intérêt suscité au sein de la population ainsi qu'auprès des autorités, sans oublier des donations ultérieures, permettent, en 1912, la création de l'Institut Balgrist, auquel est annexée une polyclinique orthopédique. Biesalski figurera parmi les invités de la fête d'inauguration de l'institution.

D'une capacité d'accueil importante pour l'époque (90 à 100 lits), l'Institut Balgrist traite l'essentiel des infirmités acquises ou accidentelles. Le rachitisme vient en première position, suivi de la tuberculose, puis des maladies du système nerveux menant aussi à des cas de paralysie. Pour l'ensemble de ces affections orthopédiques sont préconisés des traitements mécaniques, par machines et gymnastique, ainsi que des interventions chirurgicales¹⁸⁵. Une enseignante est également rattachée à l'institut, lequel promeut aussi pour les jeunes patients la formation et l'apprentissage d'un métier. En 1920, le médecin de l'établissement Richard Scherb explique :

L'UNE DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES AFFECTIONS ORTHOPÉDIQUES CONSISTE DANS LE FAIT QUE, LE PLUS SOUVENT, ELLES TRANSFORMENT DES ENFANTS RELATIVEMENT NORMAUX, DANS LEUR INTELLECT ET LEUR VIE AFFECTIVE, EN CRÉATURES IMPOTENTES (*HÜLFLOSE GESCHÖPFE*)¹⁸⁶.

Il faut d'ailleurs relever que des occupations « utiles et attrayantes », déjà existantes dans les premières institutions pour enfants du 19^e siècle, sont particulièrement valorisées au tournant du siècle suivant. Ainsi, Auguste Rollier, fondateur du premier sanatorium suisse d'héliothérapie à Leysin (Valais), relève que « l'orthopédie de l'âme doit toujours marcher de pair avec celle du corps puisqu'ils sont inséparables »¹⁸⁷. En 1910, il met en place ce qu'il appelle la « cure de travail » ou « orthopédie morale », recommandée aux tuberculeux « chirurgicaux » – atteints de tuberculose osseuse –, afin de relever leur moral tout en leur apportant une aide pécuniaire. Le traitement orthopédique revêt ainsi une triple valeur thérapeutique : morale, physique et sociale.

Quelle sera finalement la portée nationale de l'institution Balgrist ? Dans les faits, depuis sa fondation en 1912 et jusqu'à fin 1919, l'établissement accueille 1'351 patients qui sont presque

¹⁸² « Établissement suisse pour enfants infirmes et estropiés » (1907 : 206).

¹⁸³ Voir OSTEN (2004).

¹⁸⁴ Voir RÜTTIMANN (1980); THOMANN (1995); THOMANN (2000).

¹⁸⁵ SCHULTHESS (1908); SCHULTHESS (1913).

¹⁸⁶ SCHERB (1920 : 156). Je traduis de l'allemand.

¹⁸⁷ ROLLIER (1945 : 129). À la même page, l'auteur spécifie aussi : « L'orthopédie est un correctif indispensable au redressement du dos ou des membres déformés par la tuberculose. L'orthopédie morale en est un autre tout aussi nécessaire au relèvement du psychisme des malades. »

exclusivement alémaniques, avec près de 98% des effectifs (1'320 patients). Parmi eux, les Zurichoïsiens viennent en tête (379 patients), suivis des Bernois (118 patients). Il n'y a que 31 patients romands représentés, soit six Vaudois, trois Valaisans – par ailleurs peut-être du Haut-Valais germanophone –, quatre Neuchâtelois et un seul Genevois. Les Tessinois sont plus nombreux, avec 17 patients¹⁸⁸. Les barrières linguistiques et géographiques y sont probablement pour beaucoup, les parents étant réticents à éloigner leurs enfants pour de longues périodes et craignant peut-être de les déstabiliser au contact d'une langue qu'ils ne maîtrisent pas – ce qui pose par ailleurs certains problèmes pour l'éducation intellectuelle.

Au final, l'Institut Balgrist de Zurich complète, plus qu'il ne le concurrence ou le remplace, l'Hospice orthopédique de la Suisse romande. Les deux établissements peuvent dès lors être considérés comme des institutions phares qui, en Suisse, prennent en charge les enfants atteints d'affections orthopédiques. Ils seront aussi, pendant plusieurs décennies, les seuls lieux de formation en Suisse pour la pratique orthopédique.

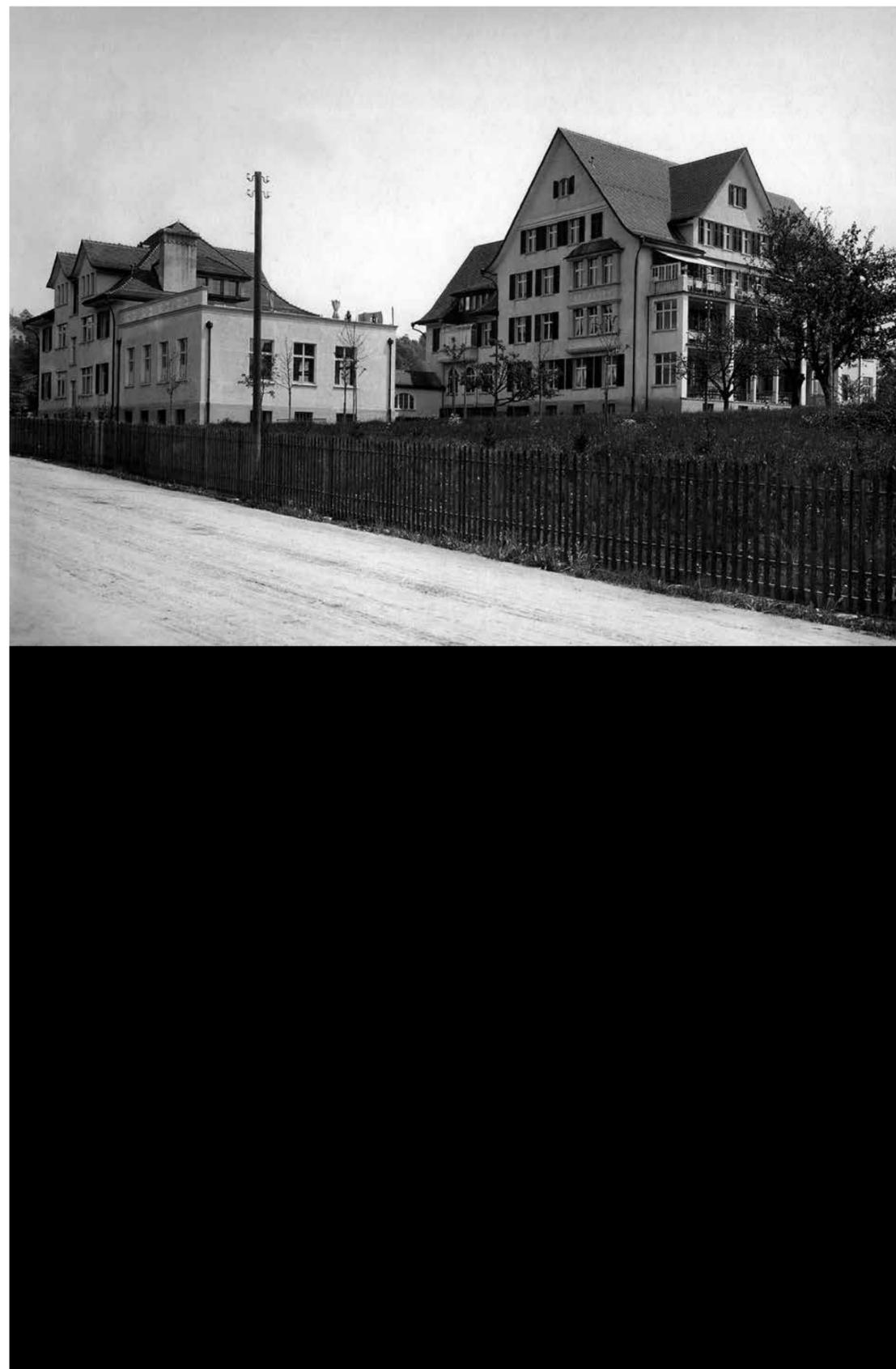


Fig. 19
Institut orthopédique
Balgrist, fondé en 1912
à Zurich.

¹⁸⁸
SCHERB (1920:160).

Depuis le milieu du 19^e siècle, une croisade est menée par certains médecins en faveur d'une médecine nouvelle, en rupture avec les grands systèmes nosologiques mis en place par le courant anatomoclinique. À l'origine de ce phénomène se trouve l'engouement pour la physiologie, dont on démontre l'utilité dans l'enseignement médical et dans la thérapeutique. Se distinguant nettement des sciences médicales descriptives de son époque, elle est considérée comme une science à part entière du fait de son caractère explicatif. Elle se présente d'abord davantage sous la forme d'un défi à relever que sous la forme d'une certitude diagnostique ou thérapeutique, et va devenir le prototype de la conception d'une nouvelle médecine scientifique de laboratoire¹⁹⁰.

À l'essor de la physiologie et au déploiement de l'anesthésie (éther, chloroforme, mais aussi morphine et opium) se sont ajoutées, dès les années 1870, les méthodes de l'antisepsie. Cette double révolution médicale marque l'avènement d'une médecine dite moderne où domine la chirurgie. Cette médecine moderne s'inscrit aussi dans le contexte concurrentiel entre les États-nations, dans une lutte d'abord politique et militaire. La guerre franco-allemande de 1870–1871 se solde par la victoire de l'Allemagne de Bismarck, ce dernier pays occupant alors la première place européenne sur les plans tant politique, économique, social et militaire que scientifique et médical. La Suisse, longtemps sous influence française, entre dans l'orbite de l'Empire allemand, dont la montée en puissance impressionne la bourgeoisie helvète¹⁹¹.

LE MODÈLE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Tandis que le modèle de l'anatomoclinique s'est développé sur le système des écoles spéciales, professionnelles et indépendantes, le modèle allemand se caractérise par son organisation hospitalo-universitaire, l'idéal visé étant que l'observation clinique aille de pair avec l'expérimentation en laboratoire. Ce modèle privilégie la proximité entre facultés de médecine, cliniques universitaires et laboratoires de recherche, et se révèle propice à l'organisation de disciplines scientifiques. La structuration d'un corps enseignant composé de trois classes, à savoir les professeurs ordinaires, les professeurs extraordinaires et les privat-docents, garantit en outre une émulation constante¹⁹².

L'avènement de la chirurgie

La chirurgie constitue alors « le vecteur principal et initial de la transformation du système hospitalier »¹⁹³. Les chirurgiens germaniques en font une discipline fortement expérimentale qui vise à l'ouverture des corps, pour agir directement sur les organes. De nombreuses innovations se caractérisent par leur dimension invasive, notamment en chirurgie abdominale et thoracique. En outre, les chirurgiens n'influencent pas seulement les pratiques au sein de leur propre établissement, ils interviennent également en tant que formateurs d'une nouvelle génération de médecins, lesquels s'engagent à leur tour dans la transformation et la modernisation d'hôpitaux¹⁹⁴.

En Suisse, l'un des principaux promoteurs de cette nouvelle chirurgie est Theodor Kocher. Formé en Allemagne, il est nommé en

¹⁸⁹ Je m'inspire pour ce chapitre de KABA (2011b: 264–269 et 484–487).

¹⁹⁰ BONAHA (2000: 15–16).

¹⁹¹ HUMAIR (2009: 131–141). Voir aussi RUFFIEUX (1998).

¹⁹² SAUDAN (1991: 94–95); BONAHA (2000: 12); DONZÉ (2007: 28).

¹⁹³ DONZÉ (2007: 12).

¹⁹⁴ DONZÉ (2013: 112).

1872 professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Berne, et reste en poste durant quarante-cinq années. Il recevra le Prix Nobel de médecine en 1909. Nombreux sont les médecins romands qui se forment chez Kocher, tel César Roux (1857–1934) qui deviendra l'une des figures de proue du secteur chirurgical romand. Tous deux inaugurent une transformation fondamentale de la chirurgie, qui acquiert le statut de discipline à part entière, distincte de la médecine. Ils seront également les fers de lance de la modernisation des établissements hospitaliers en réclamant la mise à disposition d'équipements spécifiques, tels que salles d'opération et appareils à rayons X¹⁹⁵.

À Genève, qui ouvre sa Faculté de médecine en 1876, la plupart des médecins sont titulaires d'un doctorat délivré à Paris, sur le modèle de l'anatomoclinique dominant jusqu'alors. À Lausanne, en revanche, l'ouverture plus tardive de la Faculté de médecine, en 1890, voit l'avènement d'une génération de médecins formés à l'école allemande – 11 médecins sur les 12 premiers professeurs nommés en 1890. La loi fédérale de 1877 sur l'organisation des examens de médecine permet en outre de contrôler et standardiser au niveau national les études médicales, ce qui contribue à élever le prestige des médecins par une formation et donc une reconnaissance universitaires¹⁹⁶.

Innovations médicales et techniques de la Belle Époque

Durant la Belle Époque (1890–1914), les technologies issues de l'industrialisation, telles que le moteur à vapeur, l'acier et l'électricité, atteignent une diffusion à grande échelle. De façon générale, l'Arc lémanique profite de la floraison d'innovations techniques dans de nombreux secteurs économiques : bâtiment, commerce, hôtellerie, transports et communication, services industriels, chemin de fer. La médecine profite aussi de cette émulation technologique¹⁹⁷, notamment dans la recherche en laboratoire et la production de nombreux produits.

Ainsi, le modèle de la bactériologie s'impose dans le diagnostic, la thérapeutique et la prévention : on isole pour la première fois les agents pathogènes, on élabore sérums et vaccins – sous l'impulsion de Louis Pasteur en France et de Robert Koch en Allemagne –, et les méthodes d'asepsie s'imposent dans les salles de chirurgie, réduisant davantage les risques de septicémie grâce à la stérilisation des instruments. La transfusion sanguine se généralise ; la pharmacologie s'affirme : à la morphine, digitaline et quinine, fleurons de la pharmacopée du 19^e siècle, s'ajoutent la tuberculine et les antidiptériques, l'aspirine de Dreser (1899) et, plus tard, le Salvarsan de Ehrlich contre la syphilis (1910). Dans le domaine de la chirurgie, la pratique tend à se mécaniser fortement au tournant du siècle, avec l'adoption de nouveaux instruments chirurgicaux, de nouvelles tables d'opération et de nouveaux types de stérilisateurs. Comme le note Pierre-Yves Donzé, « le recours à divers objets techniques produits en série entraîne une standardisation de la pratique chirurgicale, qui favorise à son tour le passage à une chirurgie de masse »¹⁹⁸.

Ces innovations font d'autant plus sens que la Belle Époque est une grande pourvoyeuse de patients médicaux. Retaper les accidentés des chantiers et gros œuvres (la construction des tunnels et barrages est un secteur en pleine croissance) est un enjeu socio-économique fort pour les gouvernements, qui s'intéressent au poids politique d'une classe sociale – les ouvriers – qui prend de l'importance. Pour toutes ces raisons, la pratique de la médecine n'a de cesse de s'étendre. Et au succès indéniable de la chirurgie viennent s'ajouter d'innombrables niches médicales réactivées ou nouvellement créées.

¹⁹⁵ Voir DONZÉ (2007).

¹⁹⁶ RIEDER (2009: 42); SAUDAN (1991: 96).

¹⁹⁷ Voir TISSOT (1999); LÜTHI (2000).

¹⁹⁸ DONZÉ (2007: 30).



E Steiner, Phot. Edit., Lausanne

1400 - Lausanne - L'Hôpital Cantonal

Fig. 20
L'Hôpital cantonal vau-
dois, construit à Lausanne
en 1883, est situé à
l'actuelle rue du Bugnon
n° 21. Ici, photographié
en 1909.

HAUSSE DE LA DEMANDE MÉDICALE ET DÉMOCRATISATION DE LA MÉDECINE¹⁹⁹

La pression démographique et le tourisme médical ont pour corollaire une augmentation de la demande, à moins qu'il ne s'agisse d'une demande qui s'exprime plus facilement qu'auparavant²⁰⁰, en même temps que la médecine se fait mieux connaître auprès d'un public davantage convaincu qu'autrefois par les effets de nouvelles thérapeutiques. La démocratisation des études, qui ouvre le marché médical à de nombreux praticiens, élargit encore la palette de l'offre.

Ainsi, parallèlement à l'essor de la médecine conventionnelle, se développent des thérapies dites « douces » ou « naturelles », centrées sur une conception holistique et individualisante des soins, telles qu'herborisme, végétarisme, homéopathie, ostéopathie. Des thérapies non médicamenteuses invoquant les éléments naturels de l'eau, de l'air et du soleil, appliquées à l'extérieur plutôt qu'à l'intérieur du corps, sont aussi popularisées dès la seconde moitié du siècle, notamment à travers la « cure atmosphérique » du Bernois Arnold Rikli, qui propose un modèle de sanatorium où alternent bains d'air chaud et froid, bains de soleil, marche à pieds nus et hydrothérapie²⁰¹. C'est aussi, dès 1890, la vogue des sanatoriums antituberculeux (Leysin, Montana), que nourrissent la poussée démographique locale ainsi qu'un tourisme médical en pleine expansion²⁰². Certaines thérapies « naturelles » ou physiques ne sont d'ailleurs pas dépourvues de technologies, dont la sophistication s'intensifie vers la fin du 19^e siècle, comme c'est le cas de l'hydrothérapie, l'héliothérapie, l'électrothérapie, ou la gymnastique médicale et sa variante, la mécano-thérapie, dont il a déjà été question.

La médecine de la Belle Époque connaît donc des bouleversements d'une intensité inédite dans les secteurs aussi divers que les institutions hospitalières, les champs disciplinaires, la formation et la professionnalisation, les connaissances théoriques et pratiques, les thérapies. L'ensemble est rendu visible grâce à la diffusion scientifique au sein des réseaux, où l'orthopédie va tenter de trouver ses marques.

MISE EN RÉSEAUX DES CHIRURGIENS ET DES ORTHOPÉDISTES

Premières sociétés et revues²⁰³

La prépondérance de la chirurgie dans la mise en place du modèle hospitalo-universitaire moderne et son omniprésence, déjà ancienne, dans l'enseignement et la pratique orthopédiques expliquent que la reconnaissance académique de l'orthopédie aboutira difficilement sans son affiliation à la chirurgie. L'ascension de cette dernière 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. L'Allemagne, qui a porté le nouveau modèle scientifique et médico-chirurgical, ouvre la voie avec quatre journaux dédiés exclusivement à la chirurgie – *Archiv für klinische Chirurgie* (1861), *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* (1872), *Zentralblatt für Chirurgie* (1874), *Beiträge zur klinischen Chirurgie* (1886) – et fonde sa première société nationale de chirurgie en 1872. Elle sera suivie par son homologue américaine (société en 1880, revues en 1885, 1888 et 1905). Des sociétés essaient également en Europe : en France (1882, revue en 1899), en Italie (1883), aux Pays-Bas (1902). La Suisse créera sa Société de chirurgie en 1913²⁰⁴, la même année où paraît le *British Journal of Surgery*²⁰⁵.

Parallèlement à ce réseau de chirurgiens émerge celui des chirurgiens orthopédistes, qui gagnent en visibilité par le biais des mêmes procédés – et souvent des mêmes acteurs. La France publie dès 1880 une *Revue illustrée de Polytechnique et de Chirurgie orthopédique*, suivie quatre ans plus tard par l'Italie (*Archivio di Ortopedia*) et l'Allemagne (*Zentralblatt für orthopädische Chirurgie*, qui devient *Zentralblatt für orthopädische Chirurgie und Mechanik* en 1888). Le rédacteur de la revue allemande est le chirur-

¹⁹⁹ Je m'inspire pour ce chapitre de KABA (2011^b : 267–269).

²⁰⁰ Observé pour la France dans FAURE (1984 : 602), relevé dans RIEDER (2009 : 39, note 213).

²⁰¹ Voir SANDOZ (2005) ; STEINKE (2010).

²⁰² SAUDAN (1991 : 93).

²⁰³ Je m'inspire pour ce sous-chapitre de KABA (2011^b : 485–486).

²⁰⁴ Sur cette société, voir STEINKE / WOLFF/SCHMID (2013).

²⁰⁵ TRÖHLER (1993 : 995) ; WEISZ (1995 : 72–73).

gien et orthopédiste berlinois Florian Beely – l'un des derniers orthopédistes revendiquant la méthode conservatrice de sa pratique²⁰⁶ – et la revue, unique en son genre, se donne pour but d'informer, au-delà des frontières, les lecteurs germanophones des échanges d'opinions internationaux.

Les Américains suivent en 1889 avec la revue *Transactions of the American Orthopaedic Association*, organe de la première association nationale orthopédique fondée deux ans plus tôt. Elle sera suivie par une société similaire britannique (1894) puis germanique (1901), et le journal américain deviendra en 1903 l'*American Journal of Orthopaedic Surgery*. Entre-temps est parue en Allemagne la revue *Zeitschrift für orthopädische Chirurgie einschliesslich der Heilgymnastik und Massage* (en 1891), dont on compte parmi les membres fondateurs Florian Beely (Berlin), Albert Hoffa (Würzburg), Adolph Lorenz (Vienne), Hermann Nebel (Francfort), Wilhelm Schulthess (Zurich) et Julius Wolff (Berlin) – soit une palette de praticiens reconnus de la discipline, émanant de surcroît de divers pays germanophones²⁰⁷.

Voyages médicaux et congrès transnationaux

Durant la même période, l'émulation transnationale est aussi favorisée 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 linguistiques²⁰⁸. À la fin du 19^e siècle, les sociétés nationales s'ouvrent à l'internationalisation, élargissant les opportunités d'échanges, d'acquisition de nouvelles perspectives, de formulation d'une opinion générale. De plus en plus, les revues 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 diffusées 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 méthodes²⁰⁹. 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. On y (re)trouve de grands noms tels que Edward Bradford (Boston), Gyula Dollinger (Budapest), Virgil Gibney (New York), Albert Hoffa (Würzburg), Édouard Kirmisson (Paris), Theodor Kölliker (Leipzig), Albert Landerer (Leipzig), William Little (Londres), Adolph Lorenz (Vienne), William Macewen (Glasgow), Paul Redard (Paris), Lewis Sayre (New York), Max Schede (Hamburg), le Dr Schreiber (Augsburg), Newton Shaffer (New York), Friedrich Trendelenburg (Bonn), Carl von Mosengeil (Bonn) et Julius Wolff (Berlin)²¹⁰ – une liste qui en dit long sur les implantations géographiques de la sous-discipline, où l'Allemagne se démarque toujours fortement²¹¹.

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 tous²¹². Quant à la création de la première Société internationale de chirurgie orthopédique, planifiée pour 1914, elle sera reportée en raison du premier conflit mondial.

²⁰⁶ VALENTIN (1961 : 275–276).

²⁰⁷ RÜTTIMANN (1985 : 106–107) ; BICK (1968 : 497).

²⁰⁸ ROGERS (1950 : 457).

²⁰⁹ SCHLICH (2016 : 254, 268–270).

²¹⁰ RÜTTIMANN (1983 : 107).

²¹¹ TRÖHLER (1993 : 1012).

²¹² Dans sa comparaison entre les États-Unis et la Grande-Bretagne, COOTER (2014 [1993] : 38–39) montre par exemple que si la spécialisation 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 généraliste – avec développement spécial – pour ne pas risquer de voir s'échapper la clientèle privée. L'orthopédie est d'ailleurs encore peu valorisée au Royaume-Uni, car considérée comme relevant d'affections infantiles émanant des couches défavorisées.

À la fin du 19^e siècle, les chefs-lieux genevois et vaudois sont les centres névralgiques de la médecine romande, qu'ils empreignent fortement. En effet, les deux seules Facultés de médecine de la région, à Genève (1876) et Lausanne (1890), favorisent à la fois la recherche, l'enseignement et la renommée des professeurs locaux, attirant des étudiants de divers horizons et de nouveaux praticiens; la démocratisation des études est en marche. Corollaire de l'émergence de la Faculté de médecine de Lausanne, l'histoire de l'Hospice orthopédique rejoint alors celle de la discipline orthopédique. En pleine phase de développement, l'institution doit faire face à l'ancien débat opposant orthopédie conservatrice et orthopédie chirurgicale. En cela, elle cristallise les tensions que génère le passage entre une tradition orthopédique de type vénétienne et le vent de modernité qui souffle sur l'ensemble de la médecine occidentale.

ESSOR DE L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE ET NOUVELLES FIGURES MÉDICALES

Dans la dernière décennie du 19^e siècle, l'Hospice orthopédique a acquis un certain renom. Les patients n'ont cessé d'affluer, la villa Chantilly de la route d'Échallens a été agrandie en 1891 et une direction bicéphale a été mise en place. En 1898, Henri Martin et sa famille quittent définitivement la villa Chantilly qui est entièrement occupée par l'Hospice orthopédique. L'établissement passe ainsi à 45 lits et une infirmerie est installée dans les combles. Pour secondar le directeur médical Henri Martin sur le site de l'établissement, il est décidé d'engager son adjoint Louis Perret (1863–1936) comme responsable du service médical – ce qui revient à lui laisser une partie de la direction médicale²¹⁵. Avec Louis Perret commence l'intrusion progressive et inévitable de la chirurgie dans les pratiques jusqu'alors très conservatrices de l'institution.

Henri Martin versus Louis Perret

Louis Perret, élève de Théodore Kocher puis de César Roux, est un fruit de la médecine moderne. Rappelons que César Roux est devenu le chantre de la nouvelle école chirurgicale en pays romand, et particulièrement à Lausanne. Aussi l'émergence de l'orthopédie comme discipline universitaire à la Faculté de médecine de Lausanne dépend-elle directement de la position « dominante » de César Roux, dont le pouvoir à la faculté lui permet de placer des proches ou d'anciens élèves dans l'enseignement des disciplines²¹⁴. Sur le modèle de son maître Théodore Kocher, Roux va véhiculer une tout autre approche de l'orthopédie, intégrant l'usage des dernières découvertes de la chirurgie. Son poulain Louis Perret est l'initiateur de ce programme novateur au sein de l'Hospice orthopédique.

Nommé chef du service médical de l'Hospice orthopédique en 1898, Louis Perret fait une double proposition au conseil d'administration : d'une part, il offre d'opérer gratuitement les jeunes patients de l'institution, en échange de la modernisation de son équipement ; d'autre part, il suggère la création d'une chaire d'orthopédie à la Faculté de médecine de Lausanne. Grâce au soutien de César Roux, la faculté accède à sa demande : il est nommé professeur extraordi-

²¹⁵ HUGLI (1976 : 24–39); Archives HO, « PV conseil HO », séance du 11 oct. 1900.

²¹⁴ DONZÉ (2007 : 40). Parmi les autres spécialités chirurgicales qui s'autonomisent à partir de la filière Roux se trouvent la policlinique chirurgicale (1892), la médecine opératoire (1901), la gynécologie (1903/1926), les accidents du travail (1913).

naire l'année suivante, mais le conseil de l'Hospice orthopédique rejette catégoriquement l'institutionnalisation de la chirurgie au sein de l'établissement. Henri Martin veut en effet maintenir la tradition de l'orthopédie conservatrice en restreignant au maximum les interventions chirurgicales.

Louis Perret tente néanmoins d'introduire les opérations chirurgicales, mais il se fait rappeler à l'ordre. En 1900, à la demande d'Henri Martin, le conseil d'administration de l'Hospice orthopédique doit rappeler à Perret que « Mr Henri Martin a et conserve la direction générale de l'Hospice d'une part, et que d'autre part d'après les principes qui sont ceux de l'Hospice dès sa fondation, le docteur doit s'abstenir de faire de la chirurgie »²¹⁵. Un conflit de pouvoir semble altérer les relations entre les deux hommes, le conseil prenant délibérément le parti d'Henri Martin. D'ailleurs, quelques mois plus tôt, Perret avait pris comme assistant Placide Nicod – qui jouera un rôle prépondérant dans l'avenir de l'hospice –, résidant dans l'établissement. À la fin 1899, le conseil discute de la position de cet assistant, semble-t-il trop envahissant :

MR HENRI MARTIN SE PLAINT DE CE QUE CET ASSISTANT, MR NICOD, PREND

TOUTE LA DIRECTION DU SERVICE MÉDICAL, QUOIQ'IL NE VIENNE QUE L'APRÈS-

MIDI, ENVIRON DEUX HEURES PAR JOUR. EN OUTRE MR NICOD ESTIME N'AVOIR

À DÉPENDRE QUE DE MR PERRET. LE COMITÉ EST UNANIME POUR TROUVER QUE

Dans la petite structure autrefois très familiale de l'Hospice orthopédique, menée jusqu'alors par un seul homme dont les seuls principes orthopédiques étaient suivis, une rupture semble se dessiner à l'aube du nouveau siècle.

En 1901, Louis Perret est finalement congédié de l'Hospice orthopédique, sous prétexte qu'il « ne peut se mettre à l'orthopédie telle que la pratique M. Martin », et qu'il vient trop irrégulièrement à l'hospice²¹⁷. Cette destitution entraîne la perte du poste de professeur, du fait que Perret ne dispose plus de service hospitalier. C'est ainsi que, sitôt créée, la première chaire d'orthopédie de Suisse disparaît. Il faudra attendre douze ans avant qu'un nouvel enseignement d'orthopédie soit dispensé à Lausanne, par le futur médecin-chef de l'Hospice orthopédique, Placide Nicod.

L'entrée en scène de Placide Nicod

Placide Nicod, ancien interne de César Roux et ancien assistant de Louis Perret à l'Hospice orthopédique, a de fortes affinités avec la chirurgie. Malgré cela et du fait de ses qualités de médecin remarquées, Henri Martin le garde après le renvoi de Louis Perret. Nicod devient l'assistant de Martin dès 1901, puis quitte momentanément l'Hospice orthopédique pour terminer sa formation auprès d'Adolphe Combe, détenteur de la chaire de pédiatrie et de clinique infantile à Lausanne depuis 1898. Au printemps 1903, Placide Nicod est rappelé à l'Hospice orthopédique pour être engagé comme médecin adjoint, mais à certaines conditions. Il est entendu que « Mr le Dr Martin conservera la haute surveillance et la haute direction médicale » dans l'établissement, et qu'en retour, Placide Nicod, finalement considéré comme un « partisan résolu du traitement orthopédique du Dr Martin », se logerait près de l'hospice et pourrait, sur sa demande, avoir des consultations en dehors de celui-ci²¹⁸.

L'Hospice orthopédique semble avoir trouvé un certain équilibre. Depuis 1902, Henri Martin cherche à accroître le nombre des membres du conseil de l'établissement, qui sont essentiellement vaudois et genevois, pour obtenir un grand comité intercantonal, à l'instar de la Colonie agricole de Serix près d'Oron (Vaud) destinée au placement des enfants mineurs délinquants. Institution romande également, la colonie de Serix se présente comme un modèle du genre aux côtés de l'Hospice orthopédique, à la différence qu'elle inclut également dans son comité des membres de Neuchâtel. Henri Martin souhaite suivre cette voie.

C'est le Dr Jacques de Montmollin qui se joint finalement au comité de l'Hospice orthopédique constitué alors de Louis Grenier, Lucien Gautier, Georges Guye, Oswald Heer et Édouard Martin. Les femmes ne sont pas absentes des postes à responsabilités au sein de l'hospice,

CETTE SITUATION EST TROP À L'AVANTAGE DE L'ASSISTANT ET DE MR PERRET. IL DÉCIDE DE SUPPRIMER À L'ASSISTANT ET CE DÈS LE 1^{er} JANVIER 1900, LE LOGEMENT, LA NOURRI- TURE ET LE BLANCHISSAGE²¹⁶.

²¹⁵ Archives HO, « PV conseil HO », séance du 22 mars 1900.

²¹⁶ Archives HO, « PV conseil HO », séance du 21 déc. 1899.

²¹⁷ Extrait du PV du conseil HO du 16 nov. 1905, cité dans HUGLI (1976 : 34).

²¹⁸ Archives HO, « PV conseil HO », séance du 9 oct. 1902.

puisque le couple Simond s'occupe de la direction générale et matérielle lors des absences d'Henri Martin. Aux côtés de son mari Jean Simond, économiste de l'hospice, Mme Simond, aidée de Mme Grenier, se charge en particulier, dès 1902, de gérer un « patronat de Dames » qui fournissent l'institution en vêtements et en linge. Elles rendent aussi des visites régulières aux enfants pour leur faire l'école du dimanche et des lectures ou pour jouer et travailler avec eux²¹⁹.

En 1903 également, Henri Martin décide de vendre l'Hospice orthopédique à l'association créée à cet effet. Henri Martin offre la villa Chantilly pour un montant de 100'000 francs, dont 25'000 sous forme d'obligation hypothécaire et 75'000 à payer comptant. Cette somme, avancée par Édouard Martin, cousin d'Henri, atteste des liens familiaux qui perdurent dans l'histoire de l'institution. D'ailleurs, Henri Martin se rapproche géographiquement de son cousin en s'installant avec sa famille à Genève, tout en continuant à venir régulièrement à l'Hospice orthopédique²²⁰.

DEUX CONCEPTIONS DE L'ORTHOPÉDIE CLINIQUE À L'AUBE DU 20^e SIÈCLE²²¹

Alors qu'il est installé dans les murs de l'Hospice orthopédique en tant qu'adjoint du directeur, Placide Nicod ne développe son activité chirurgicale qu'avec circonspection, tant est prégnante l'empreinte d'Henri Martin. Ce dernier a accepté le titre de directeur honoraire de l'établissement, remplace le jeune adjoint en cas d'absence et assiste aux séances du conseil. Il constitue donc toujours la référence tutélaire de l'Hospice orthopédique, dont Placide Nicod ne peut bouleverser les principes méthodologiques de manière frontale. Le conseil d'administration compte en outre toujours parmi ses membres Édouard Martin, cousin d'Henri et figure médicale importante à Genève. Mais vers la fin du règne d'Henri Martin, l'entente devient moins cordiale.

Fin 1905 en effet, le conseil d'administration de l'Hospice orthopédique relève déjà quelques « divergences de vue entre lui [Henri Martin] et Mr le Dr Nicod relativement à des méthodes de traitement différentes ». Henri Martin dit se sentir désormais inutile et explique « que Mr Nicod fait petit à petit de la chirurgie, de la même manière que jadis Mr Perret a essayé de le faire, en allant il est vrai plus vite en besogne que Mr Nicod ne le fait actuellement »²²². Dans ce commentaire quelque peu ironique pointe la déception et la lassitude d'Henri Martin face à l'avancée de méthodes qui vont à l'encontre de ses convictions.

En effet, Placide Nicod réussit à intégrer la chirurgie orthopédique, qu'il pratique à côté des traitements conservateurs, avec un certain succès pour les cas difficiles ou douteux. De guerre lasse et du fait de son âge avancé, Henri Martin démissionne après trente années au service de l'Hospice orthopédique, non sans résistance du conseil qui tente de le retenir. Placide Nicod reprend la direction médicale de l'établissement en 1906, et la conservera pendant plus de quatre décennies.

En peu d'années, de 1900 à 1905, le directeur et fondateur de l'Hospice orthopédique s'est donc trouvé confronté à l'émergence de l'approche chirurgicale en orthopédie, au point d'ailleurs d'entraîner son retrait. Déterminer les besoins auxquels l'institution peut répondre est intrinsèquement lié à la question des moyens. Annonçant sa démission, Henri Martin avertit :

NOUS NE SOMMES PAS OUTILLÉS POUR PRATIQUER LA CHIRURGIE ET [...]

SI NOUS EN FAISONS CELA POURRAIT, ABSTRACTION FAITE QUE CE NE SONT PAS

NOS MÉTHODES, NOUS ATTIRER, CAS ÉCHÉANT, DES ENNEMIS OU DES ÉCHECS²²³.

On voit poindre ici la notion d'équipement, qui soulève celle du risque encouru, tant pour les patients (« des échecs ») que pour l'institution (« des ennemis »). « Le mal, ajoute Henri Martin, vient de ce que l'Hospice accepte des cas qui ne sont pas strictement orthopédiques. »

Pour Henri Martin, l'enjeu fondamental est le risque d'infection osseuse, exorbitant face aux pathologies du squelette : celles-ci, aussi invalidantes soient-elles, ne mettent pas en jeu le pronostic vital, et ne justifient donc pas que

²¹⁹
Archives HO, « PV conseil HO », séance du 9 oct. 1902 ; « Rapport du comité », *Rapport HO 1910*, 3.

²²⁰
HUGLI (1976 : 36).

²²¹
Je m'inspire pour ce sous-chapitre des idées émises par Marie Tavera, dans l'étude préparatoire à cette recherche.

²²²
Archives HO, « PV conseil HO », séance du 16 nov. 1905.

²²³
Voir note précédente.

l'on risque la vie du patient par des opérations mal maîtrisées. À l'opposé, l'argument invoqué en faveur de la chirurgie orthopédique est celui du gain de temps dans le processus global de traitement. Placide Nicod relève que la longueur des traitements met la patience de ses malades et de leurs parents à rude épreuve ; il rappelle aussi que le coût d'une pension, qui s'étale souvent sur plusieurs mois, dépasse les moyens de la population indigente et à faible revenu, qui constitue la majorité de la patientèle de l'Hospice orthopédique²²⁴.

Immédiatement après la question du danger mortel d'infection, qui représente jusqu'à nos jours le risque majeur de toute intervention sur les tissus osseux, vient donc celle de l'évaluation des avantages et inconvénients respectifs à chaque méthode en termes de durée : longueur du traitement, du séjour hospitalier, de l'immobilisation et de la rééducation du patient. C'est toute une économie du temps qui se met en place, pour le patient, le médecin, l'établissement hospitalier et la société, en termes de restauration des fonctions motrices, de réputation, et de coût financier.

On assiste ainsi, entre Martin et Perret, puis entre Martin et Nicod, à un véritable conflit de générations (conflit de personnes et conflit de méthodes), qui repose moins sur un débat théorique autour de l'orthopédie en tant que discipline que sur le style d'orthopédie que l'Hospice orthopédique entend pratiquer. Ce débat soulève finalement la question de l'identité de l'établissement et de l'orthopédie – qui resurgira à de nombreuses reprises par la suite. L'orthopédie doit-elle être chirurgicale ou ne pas l'être ? Doit-elle s'élargir aux victimes de blessures et d'accidents ou rester du domaine des malformations congénitales ou acquises ? Découlant de cette dernière question : l'orthopédie doit-elle aussi s'intéresser aux adultes ou seulement aux enfants ?

Répondre à ces questions c'est évaluer les besoins médicaux d'une société en mutation. Or, pour Henri Martin, à l'inverse de Perret et Nicod, toute pathologie osseuse ne relève pas forcément de l'orthopédie. Une lecture attentive des séances du conseil d'administration de l'Hospice orthopédique suggère qu'il s'agit bien ici de défendre une méthode, une école, une identité de pratique. Les procès-verbaux mentionnent ainsi « les principes qui sont ceux de l'Hospice dès sa fondation », ou encore le « traitement orthopédique du Dr Martin »²²⁵. Il est aussi indiqué que Louis Perret lui-même « a déclaré en principe qu'en orthopédie il n'était pas partisan du traitement chirurgical, sauf dans des cas très spéciaux »²²⁶, ce que soutient également Placide Nicod.

Aussi, à ses débuts, souhaitant conserver une pratique chirurgicale tout en évitant les représailles, Placide Nicod opère-t-il en toute discrétion, notamment à la Clinique Bois-Cerf, où il hospitalise sa clientèle privée. Cette pratique parallèle ne fait guère ombrage à l'Hospice orthopédique, où une centaine de patients sont hospitalisés durant la première année entièrement placée sous la direction de Placide Nicod (1906), nombre qui s'élève jusqu'à 400 patients en 1913, avec l'augmentation des cas ambulatoires²²⁷.

LES TRAITEMENTS À L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE : ENTRE TRADITION ET MODERNITÉ

Sous l'ère de Placide Nicod, les types d'affections traitées à l'Hospice orthopédique évoluent quelque peu par rapport à la période antérieure. Ainsi, si les déformations du rachis (scolioses) et les pieds bots restent parmi les affections le plus souvent représentées, les cas de paralysies infantiles (séquelles de poliomyélite) connaissent une forte augmentation. En 1909, sur les 98 enfants traités, on dénombre une majorité de paralysies infantiles (18), suivies de près par les scolioses (17) et les pieds bots congénitaux (15). Sont également représentés en nombre les courbures rachitiques (19), les maux de Pott ou tuberculoses osseuses (8) et les luxations congénitales de la hanche, soit la dislocation de la hanche à la suite d'une malformation congénitale du bassin (8)²²⁸. Les traitements proposés par le médecin-chef conjuguent méthodes anciennes et nouvelles.

²²⁴
Archives HO, NICOD (début années 1950*).

²²⁵
Archives HO, « PV conseil HO », séances du 22 mars 1900, 9 oct. 1902 et 16 nov. 1905.

²²⁶
Archives HO, « PV conseil HO », séance du 28 juin 1900.

²²⁷
HUGLI (1976 : 39).

²²⁸
« Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1909*, 5.

La paralysie infantile

Dans le rapport d'activité de son établissement pour l'année 1909, Placide Nicod établit le constat suivant :

LA PARALYSIE INFANTILE, AUSSI POLYMORPHE DANS SES MANIFESTATIONS QUE

LA THÉRAPEUTIQUE EST MULTIPLE DANS LES MOYENS DE MÉDICATION, EST TOU-

JOURS PLUS LARGEMENT REPRÉSENTÉE À L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE QUE LES

AUTRES AFFECTIONS²²⁹.

Apparues à la fin du 19^e siècle, les épidémies de poliomyélite – principales causes de paralysies infantiles²³⁰ – touchent en effet fortement la plupart des pays occidentaux dans les premières décennies du 20^e siècle. En Suisse, des épidémies d'abord locales sont détectées dès 1901 à Lommis (Thurgovie), en 1904 à Interlaken (Berne), en 1909–1910 vers Porrentruy (actuel canton du Jura) ainsi qu'à Langenthal (Berne)²³¹. Aux États-Unis, un premier pic marque l'année 1916, avec 27'000 cas, dont 6'000 décès, dénombrés à travers 26 États; avec une proportion de 41,1 cas pour 100'000 habitants, ce sera la plus terrible épidémie du pays²³². Cette première vague, qui en annonce d'autres au cours du siècle, atteint alors essentiellement la population infantile.

Traitées dès l'ouverture de l'Hospice orthopédique par Henri Martin, les paralysies infantiles occupent une part importante de l'activité de Placide Nicod, tant dans l'institution que dans sa Clinique privée Bois-Cerf. Il y propose une prise en charge qui coordonne les méthodes physiothérapiques (massages, électricité, mécano thérapie), le redressement par plâtre, les appareillages et les traitements opératoires. Ce traitement doit être « adapté à l'âge du malade, à sa condition sociale et à la diversité des séquelles ». Avant toute intervention chirurgicale, le médecin favorise le rétablissement de l'équilibre statique par le plâtre, laissant une chance au procédé conservateur et à la mobilisation :

ON NE DÉTRUIT RIEN ET, APRÈS 48 HEURES, LA DESSICCATION ÉTANT COM-

PLÈTE, LA MARCHÉ EST PERMISE. LA MARCHÉ EST TRÈS IMPORTANTE, CAR ELLE

REDONNE AUX ARTICULATIONS, AUX MUSCLES ET AUX TENDONS, DES ÉBAUCHES

DE FONCTIONNEMENT DONT L'UTILITÉ EST INDÉNIABLE²³³.

Pour cette même raison, Placide Nicod condamne ses confrères qui, afin d'éviter des déformations secondaires, ordonnent la position couchée aux malades, qui sont alors parfois envoyés dans des asiles d'incurables. Or « les déformations se produisent bien plus rapidement chez l'enfant alité que chez celui qui ne l'est pas », observe le médecin²³⁴.

La scoliose

Comme on l'a vu plus haut, depuis Venel et même peu avant lui, la scoliose, ou déviation latérale de la colonne vertébrale, est un terrain d'investigation privilégié des médecins intéressés par les déformations du squelette. Durant les vingt premières années de fonctionnement de l'Hospice orthopédique, la scoliose représente le plus grand nombre de cas traités avec les pieds bots. Ses causes et ses traitements sont multiples et font l'objet d'une abondante littérature depuis le 19^e siècle au moins. En particulier, la prépondérance des filles dans les cas de scoliose alimente de nombreux débats sur l'étiologie de l'affection et sur la conception du corps féminin²³⁵. Actuellement, on reconnaît que la proportion des scoliozes selon les sexes est de huit à neuf filles pour un garçon. On s'accorde également à qualifier la scoliose d'« idiopathique » (dont la cause n'est pas connue) dans environ 75% des cas. Son origine serait probablement multiple (facteurs génétiques, hormonaux, neurologiques, biomécaniques, troubles de la croissance ou du métabolisme)²³⁶.

²²⁹
« Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1909*, 6.

²³⁰
Sur la paralysie infantile, voir note 137.

²³¹
« Histoire [de la poliomyélite] », Polio.ch.

²³²
ALTENBAUGH (2015: 9).

²³³
NICOD (1976^o: 99).

²³⁴
NICOD (1976^o: 100).

²³⁵
Voir KABA (2011: 516–545).

²³⁶
Voir HEFTI/FREULER/MORSCHER/BRUNNER/FLIEGEL/JUNDT/VON LAER (1998: 73); CAMPAGNE, (2000); Informations de Michel DUTOIT.

Au tournant du 20^e siècle, la médecine scolaire s'empare du sujet pour fustiger les effets délétères de l'école sur le corps des élèves, causés notamment par le mobilier inadapté, les mauvaises postures, le manque de mouvement. Une étude novatrice de 1901 menée sur les déviations de la colonne vertébrale dans les écoles de Lausanne met en garde contre les problèmes médicaux rencontrés chez les jeunes filles, soulignant que, dans les cas les plus graves de scoliose, le rétrécissement du bassin peut porter préjudice à une future grossesse²³⁷. Quant aux cas moins sévères, qui sont majoritaires, ils connaissent une importante visibilité expliquée par des considérations socioculturelles :

LA SCOLIOSE EST SURTOUT REGARDÉE PAR LES PARENTS COMME UN DÉFAUT

D'ESTHÉTIQUE. IL EST DONC NATUREL QUE CE SOIT SURTOUT POUR LES FILLES

QUE L'ON CONSULTE LE MÉDECIN, CAR LEUR COSTUME TRAHIT BEAUCOUP MIEUX

LA DIFFORMITÉ QUE CELUI DES GARÇONS²³⁸.

Il est intéressant de noter que parmi les auteurs de l'étude lausannoise figurent Charles Scholder, initiateur en Suisse romande de la gymnastique suédoise mécanisée, ou mécano thérapie – développée au siècle précédent –, ainsi que le professeur de clinique infantile Adolphe Combe, qui est alors aussi médecin des écoles de Lausanne. À l'époque de l'étude, il assume une partie de la formation de Placide Nicod, juste avant que celui-ci n'intègre l'Hospice orthopédique. Cette campagne de dépistage de la scoliose dans les classes, associée au traitement médical mécano thérapie, marque sans aucun doute le futur directeur médical de l'Hospice orthopédique.

En effet, la scoliose est suffisamment représentée dans l'établissement pour que soit créé un service annexe spécifique pour cette affection à partir de 1909. La scoliose est principalement traitée par la mobilisation, soit des mouvements d'autocorrection issus de la gymnastique médicale suédoise et de la mécano thérapie, ainsi que de la méthode Klapp²³⁹, toute récente. Depuis 1905 en effet, le chirurgien allemand Rudolf Klapp diffuse une méthode de traitement physiothérapique de la scoliose idiopathique, qui met l'accent sur une gymnastique médicale visant à éviter le port du corset – une méthode encore d'actualité²⁴⁰. Placide Nicod partage l'avis de Klapp sur les corsets, lorsqu'il évoque en 1910 la concurrence des produits réalisés par les bandagistes :

IL FAUDRAIT AUTANT QUE POSSIBLE ÉVITER L'USAGE DES CORSETS ORTHOPÉ-

DIIQUES; OR, MALHEUREUSEMENT, DÈS QU'UN ENFANT PRÉSENTE UNE LÉGÈRE

DÉVIATION, LES PARENTS S'ADRESSENT DIRECTEMENT AU BANDAGISTE QUI

LEUR FOURNIT UN CORSET SANS PLUS AMPLE

INFORMATION. LA DÉVIATION SE TROUVE

AINSI RENFORCÉE À GRANDS FRAIS²⁴¹.

Ce constat ne signe pas pour autant la fin du corset orthopédique. En 1913, le médecin adopte la méthode du chirurgien orthopédiste américain Edville G. Abbot, qui propose un appareil redresseur à l'aide d'un cadre à suspension, produisant une traction latérale inverse à la déviation et aboutissant à l'application d'un corset plâtré. La correction se fait alors par un jeu combinant compression du corset et respiration du patient. En 1916, Placide Nicod qualifie cette méthode de « meilleur moyen de correction connu jusqu'à ce jour », sans pour autant la destiner à toutes les affections scolio-tiques. Par ailleurs, la méthode présente le désavantage d'impliquer une longue hospitalisation et une surveillance constante du patient, ce qui pose des problèmes pratiques dans l'institution déjà très encombrée²⁴².

La correction des scoliozes restera longtemps un défi pour l'orthopédie, du fait d'une étiologie mal connue et des résultats mitigés des traitements. En témoigne la qualification d'« opprobre de la chirurgie » émise par le directeur médical de l'Hospice orthopédique en 1913²⁴³.

²³⁷
SCHOLDER/WEITH/COMBE (1901: 23).

²³⁸
SCHOLDER/WEITH/COMBE (1901: 34). Voir aussi KABA (2006^o: 211), et l'analyse détaillée de l'étude du cas lausannois dans KABA (2009).

²³⁹
« Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1911*, 6.

²⁴⁰
Voir KLAPP (1960, 1^{re} éd. allemande parue en 1949); Informations de Brigitte Broulis.

²⁴¹
« Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1910*, 6–7.

²⁴²
« Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1913*, 6–7; « Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1916*, 6–7.

²⁴³
« Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1913*, 6.

Fig. 21 / 22
En 1901 sort une étude
menée par trois
médecins dans les écoles
de Lausanne sur les
déviations de la colonne
vertébrale des enfants.

est du côté de la convexité est

est
ne
es
nt
o-
est
du

le
de
ni-
ou
ne
te
re
ns
tt.
ro-
et
ils
ps
nt
ux



Fig. 13.

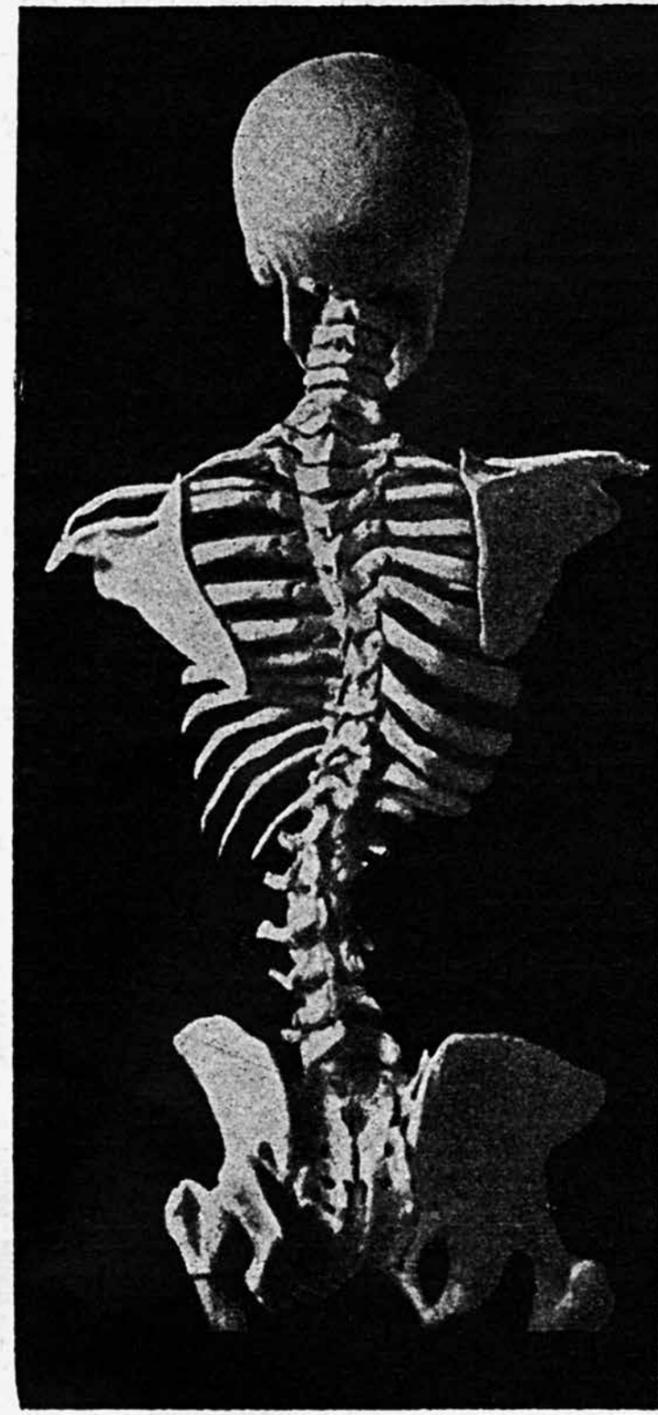


Fig. 9.



Fig. 14.

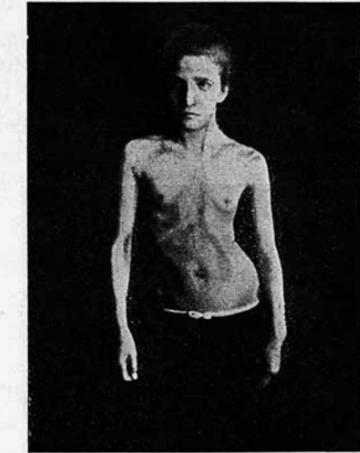


Fig. 14bis.

Fig. 23 / 24
La scoliose est particu-
lièrement contrôlée chez
les filles pour des raisons
d'ordre esthétique
(mariage) ainsi que
médicale (difficultés en
cas de grossesse).

Fig. 25 / 26 / 27
Selon l'étude lausannoise menée en 1901, le mobilier scolaire inadapté et la mauvaise position durant l'écriture figurent parmi les causes déterminantes de la scoliose.



Fig. 29.



Fig. 23.

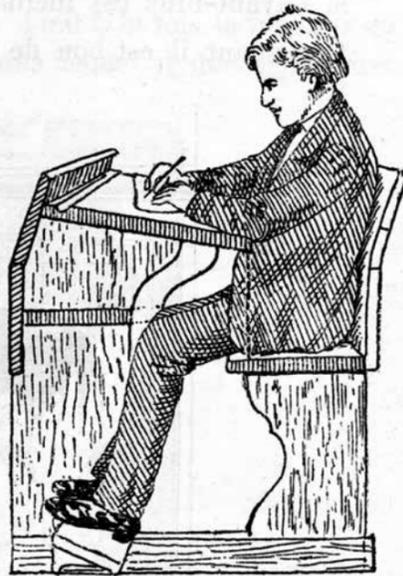


Fig. 24.

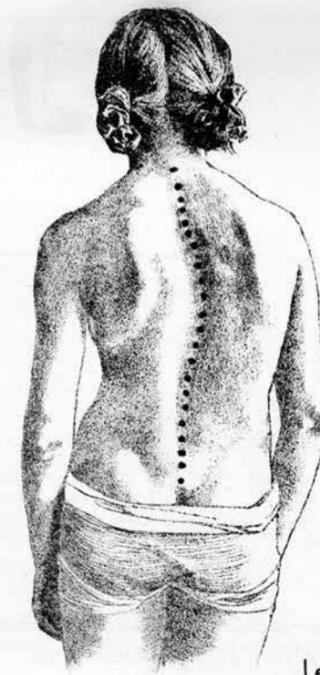


Fig.1

debout,

avant le traitement,



penchée

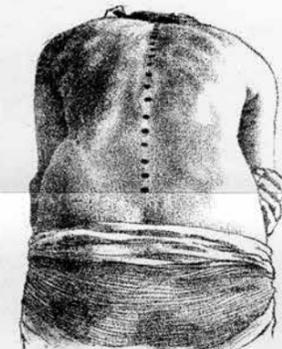


dans un corset plâtré

Fig.1



après le traitement, debout,



penchée

Fig. 28
Patiente avec scoliose avant/pendant/après le traitement plâtré d'Abbott. Croquis réalisés en 1914 par Placide Nicod, d'après photographies.

Les pieds bots congénitaux

Toujours en nombre important – ils représentent la majorité des cas traités durant les vingt premières années de l’Hospice orthopédique –, les pieds bots s’observent, quant à eux, surtout chez les sujets masculins. La proportion des cas congénitaux est d’environ deux garçons pour une fille, ce que les médecins relèvent dès la seconde moitié du 19^e siècle au moins. Pour justifier la prise en charge du pied bot chez les garçons, les orthopédistes avancent, entre autres, des arguments militaires ; arguments que l’on retrouve aussi chez Henri Martin puis Placide Nicod²⁴⁴. Ainsi, le premier plaidait à la fin du 19^e siècle pour le traitement conservateur :

LES ENFANTS ATTEINTS DE PIEDS BOTS CONGÉNITAUX AUXQUELS ON PRATIQUERAIT UNE OPÉRATION QUELCONQUE SERAIENT CERTAINEMENT EXEMPTÉS DU SERVICE MILITAIRE, TANDIS QUE, TRAITÉS PAR L’ORTHOPÉDIE NON CHIRURGICALE, ILS PEUVENT LE FAIRE COMME D’AUTRES NÉS PARFAITEMENT

Au début du siècle suivant, Placide Nicod insiste surtout sur la prise en charge précoce :

DANS L’ARMÉE, NOUS AVONS OBSERVÉ PLUSIEURS HOMMES ATTEINTS DE PIEDS BOTS, GUÉRIS DANS LEUR JEUNE ÂGE — ENTRE 2 ET 8 ANS — ET QUI, MALGRÉ LEURS PIEDS COURTS ET ÉTALÉS, FAISAIENT L’EXERCICE AUSSI AISÉMENT QUE LEURS CAMARADES²⁴⁶.

De fait, dans la cure du pied bot, les méthodes conservatrices anciennes se pérennisent à l’Hospice orthopédique à travers l’application du sabot de Venel, les massages et les manipulations. En parallèle, des procédés plus modernes sont employés combinant diverses méthodes. Placide Nicod suit en particulier celle du chirurgien orthopédiste allemand Julius Wolff, qui consiste dans l’élongation forcée du tendon d’Achille, l’emploi d’appareils plâtrés par étapes, puis le port de l’« attelle Martin » – du nom de son concepteur Henri Martin, le fondateur de l’Hospice orthopédique. Placide Nicod constate par ailleurs une évolution des mentalités par rapport à l’âge préconisé pour appliquer le traitement :

DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES, NOUS REMARQUONS AVEC SATISFACTION QUE LE NOMBRE DES MALADES ÂGÉS DE 2, 3, 4 ET 5 ANS ATTEINTS DE PIEDS BOTS ET N’AYANT SUBI AUCUN TRAITEMENT PRÉALABLE, AVANT LEUR ADMISSION À L’HOSPICE, VA EN DIMINUANT. CE QUI REVIENT À DIRE QUE L’IDÉE FAVORABLE

L’orthopédiste lausannois a en effet toujours revendiqué le traitement précoce des pieds bots, à l’encontre d’un certain courant médical réfutant cette méthode. Il faut également prendre en compte l’avis et la résistance des familles. En 1915, Nicod remarquera que le nombre des pieds bots à l’Hospice orthopédique a diminué de manière significative, du fait que « les parents consentent à faire soigner leurs enfants, atteints de cette difformité, dès les premières semaines après la naissance »²⁴⁸.

L’âge minimal d’admission dans l’établissement étant de 2 ans, les nourrissons sont traités ailleurs qu’à l’Hospice orthopédique, le plus souvent à l’Hospice de l’enfance ou à la Clinique infantile, créée et rattachée à l’Hôpital cantonal depuis 1916. Or la tendance s’inverse durant la décennie qui suit. La prise en charge précoce des pieds bots ayant fait ses preuves à l’Hospice orthopédique, Placide Nicod peut noter dans le rapport annuel de 1930 :

²⁴⁴
KABA (2006⁹ : 49–50) ;
KABA (2011 : 493–516).

²⁴⁵
MARTIN (1887 : 56).

²⁴⁶
NICOD (1908 : 68).

²⁴⁷
« Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1909*, 5.

²⁴⁸
« Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1915*, 6.

DE SOIGNER CETTE AFFECTION DÈS LES PREMIERS MOIS APRÈS LA NAISSANCE S’AFFERMIT DE PLUS EN PLUS DANS LE CORPS MÉDICAL, ET ABRÈGE AINSI L’HOSPITALISATION NÉCESSAIRE POUR PARACHEVER UNE CURE BIEN INSTITUÉE DÈS LE DÉBUT²⁴⁷.

LES PIEDS BOTS CONGÉNITAUX QUE NOUS VOYONS ARRIVER TOUJOURS PLUS NOMBREUX RÉCUPÈRENT LEUR FORME ET LEUR FONCTION D’AUTANT PLUS RAPIDEMENT QU’ON LES TRAITE PLUS TÔT APRÈS LA NAISSANCE. DURANT LES PREMIERS MOIS DE VIE, LE REDRESSEMENT SE FAIT FACILEMENT, AVEC PEU DE DOULEUR ET SANS INTERVENTION CHIRURGICALE QUELCONQUE. PAR CONTRE, LES ENFANTS QUI N’ONT PAS ÉTÉ TRAITÉS, OU DONT LE TRAITEMENT N’A PAS ÉTÉ SUIVI RÉGULIÈREMENT [...] DOIVENT ÊTRE SOUMIS À DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES DIFFICILES, DOULOUREUSES ET INTÉRESSANT LE SQUELETTE. LE REDRESSEMENT S’OBTIENT TOUJOURS, MAIS [...] LA FONCTION N’EST JAMAIS SI PARFAITE ET NE PEUT ÊTRE COMPARÉE À CELLE DES PIEDS BOTS REDRESSÉS SITÔT APRÈS LA NAISSANCE, COMME C’EST LE CAS POUR LES ENFANTS QUI NOUS SONT ENVOYÉS PAR LA MATERNITÉ. LA CONCLUSION QUI S’IMPOSE, C’EST QUE LE TRAITEMENT DES

Le règlement de l’Hospice orthopédique qui autorisait un âge d’admission minimal de 2 ans a donc élargi ses critères.

PIEDS BOTS DOIT ÊTRE TRÈS PRÉCOCE. L’ORGANISATION ACTUELLE DE L’HOSPICE NOUS PERMET DE LES ADMETTRE DÈS LES PREMIERS JOURS DE LA VIE²⁴⁹.

La luxation congénitale de la hanche

Un traitement précoce s’impose également pour les luxations congénitales de la hanche, dont la principale cause d’échec, selon Placide Nicod, réside dans l’âge du malade :

AUTREFOIS LA BOITERIE DE NAISSANCE ÉTAIT RÉPUTÉE INCURABLE, AUJOURD’HUI ON PEUT CLASSER CETTE OPINION COMME FAUSSE ET NOTRE IMPRESSION EST QU’[E], AU MOINS DANS LA MOITIÉ DES CAS, ON PEUT ARRIVER À LA RESTITUTION

Là encore, aux côtés des traitements habituels – manipulations générales et « modelantes », massages, électricité, appareils de redressement conservateurs –, le médecin opte parfois pour des pratiques plus invasives, telles que « les élongations et les transplantations tendineuses, l’arthrodèse et la greffe teno-musculaire »²⁵¹. Les techniques de greffes, précisons-le, sont alors relativement nouvelles puisque développées dans la dernière décennie du 19^e siècle. Aussi, ces méthodes sont-elles encore peu répandues et éprouvées, malgré les arguments pratiques et économiques avancés (éviter l’achat et l’entretien coûteux d’appareils, dont le poids peut en outre provoquer des atrophies chez des patients paralysés).

Dès 1903, le rapport de l’Hospice orthopédique mentionne pour la première fois la réduction des luxations par ostéotomie selon une technique que le médecin a acquise lors d’un stage à Vienne auprès du spécialiste Adolph Lorenz. En 1910, Placide Nicod recommande à ses confrères de lui confier le plus rapidement possible les enfants luxés. Il est alors admis que l’âge de prédilection pour une telle intervention se situe entre 2 et 5 ans, les réductions pouvant toutefois être pratiquées jusqu’à l’âge de 11 ans. Notons qu’à l’heure actuelle, la prise en charge se fait idéalement dès la naissance.

Les luxations congénitales de la hanche traitées à l’Hospice orthopédique connaîtront deux hausses majeures, avec 20 cas en 1929 et 22 cas en 1941. Ces luxations figurent parmi les affections orthopédiques fréquemment rencontrées dans la première moitié du 20^e siècle. Leur nombre ne dépasse toutefois pas celui des pieds bots et des paralysies infantiles, avec respectivement 29 et 49 cas en 1929²⁵².

²⁴⁹
« Rapport médical »,
Rapport HO 1930, 8.

²⁵⁰
« Rapport médical »,
Rapport HO 1930, 7.

²⁵¹
« Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1910*, 6.

²⁵²
NICOD (1976⁹ : 89–90) ;
« Rapport médical »,
Rapport HO 1929, 8 ;
« Rapport médical »,
Rapport HO 1941, 7.

Sortir des sentiers battus

L'Hospice orthopédique répond aussi au contexte environnant, en accueillant des enfants tuberculeux. La prise en charge de ce nouveau type de patients n'est pas du goût du conseil d'administration et en particulier d'Édouard Martin qui craint, comme son cousin autrefois, que la mission de l'établissement ne soit détournée. Le rapport du conseil mentionne en décembre 1912 :

MR LE DR ÉD. MARTIN DÉSIRE QUE L'HOSPICE RESTE ORTHOPÉDIQUE, ET QUE LES TUBERCULEUX NE SOIENT PAS TROP ENVAHISSANTS, POUR QUE L'ÉTABLISSEMENT NE DEVIENNE PAS TROP CHIRURGICAL, D'ABORD PARCE QUE C'EST LE BUT DE L'HOSPICE, ET PARCE QU'IL N'EST PAS TOUT À FAIT INSTALLÉ POUR CELA.

Placide Nicod explique qu'il reçoit les tuberculeux pour, d'une part, compenser la diminution des cas de pieds bots congénitaux et, d'autre part, soulager les familles concernées. Le rapport du conseil précise :

[MR NICOD] EST BIEN OBLIGÉ DE PRENDRE QUELQUES TUBERCULEUX, CAR LE NOMBRE EN EST GRAND, MAIS IL EST D'ACCORD AVEC LES OBSERVATIONS DE MR ÉD. MARTIN, ET IL AIMERAIT BEAUCOUP NE PAS AVOIR DE TUBERCULEUX²⁵⁵.

La proximité des enfants ne va pas sans des problèmes de transmission de maladies contagieuses : par exemple, une épidémie de teignes ébranle l'organisation de l'Hospice orthopédique en 1913²⁵⁴.

Tout en faisant face aux aspects pratiques de la clinique et à ses aléas liés à la particularité de la patientèle, l'Hospice orthopédique bénéficie aussi des innovations phares de la Belle Époque, qui marquent un pas de plus vers la modernité. En 1909, l'établissement se dote du chauffage central, et la lumière électrique est installée dans le bâtiment en 1912, en même temps qu'une cuisine est réaménagée en salle d'opération. La même année, Placide Nicod fonde son propre Institut de physiothérapie et de mécanothérapie, dans une maison qu'il a fait construire à Lausanne à l'avenue de la Gare. Destiné à la rééducation des patients paralysés ou souffrant de traumatismes aux membres, cet institut offre des traitements complémentaires à ceux de l'Hospice orthopédique, dont l'équipement est jugé insuffisant²⁵⁵. L'emploi du temps chargé du médecin l'amènera à déléguer l'exécution des traitements à des auxiliaires, et par la suite à former des masseurs de façon informelle²⁵⁶. L'Hospice orthopédique tente également de se profiler dans le milieu académique. Après le bref passage de Louis Perret, Placide Nicod va pouvoir compter sur le soutien de la Faculté de médecine, et de César Roux, pour promouvoir des cours d'orthopédie dans le cursus médical.

L'ENSEIGNEMENT DE L'ORTHOPÉDIE À L'UNIVERSITÉ

En 1912, l'enseignement de l'orthopédie est à nouveau autorisé à l'Université de Lausanne et confié à Placide Nicod à titre de privat-docent. L'orthopédie est ainsi réintégrée à la Faculté de médecine après une éclipse de plus de dix ans. Fort de cette nomination, Placide Nicod s'adjoint un assistant et, dès le printemps 1914, le comité envisage une extension de l'Hospice orthopédique « qui est trop loin de l'université » et dont les besoins sont grandissants²⁵⁷.

Force est de constater que, à l'instar des autres enseignements de la faculté, celui de l'orthopédie est tributaire du bon vouloir des médecins. Car dans le domaine médical, les autorités suisses ont essentiellement placé leur énergie dans l'unification des examens fédéraux, réalisée dans le cadre de la nouvelle Constitution de 1874. Elles ne se sont en revanche pas mêlées outre mesure du développement scientifique et académique promu par les facultés de médecine des cantons qui les abritent. Cette configuration

²⁵³ Archives HO, « PV conseil HO », séance du 12 déc. 1912.

²⁵⁴ Archives HO, « PV conseil HO », séances des 16 janv. et 17 avril 1913.

²⁵⁵ HUGLI (1976 : 42); GROSS (1993 : 37).

²⁵⁶ HASLER (2011 : 2).

²⁵⁷ Archives HO, « PV conseil HO », séance du 12 déc. 1912.

explique aussi qu'il est du ressort de chaque faculté d'instituer ou non des chaires de certaines disciplines, de mettre en place des cours plus ou moins officiels.

L'enseignement de la médecine des accidents du travail est un autre exemple de cette marge de manœuvre laissée aux cantons, qui doivent néanmoins répondre aux attentes fédérales, en l'occurrence la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA) adoptée en 1912. Ainsi, la chaire des accidents du travail est créée à Lausanne en 1913, l'année même où l'enseignement est prévu par le nouveau règlement des examens fédéraux, suite à l'adoption de la LAMA. À Genève, en revanche, le processus est plus complexe. L'enseignement de la médecine des accidents reste aux mains de la médecine légale et de la policlinique de chirurgie, avant que la Faculté de médecine ne décide de la création d'une chaire dès 1925. Ce sont donc encore les médecins impliqués dans le champ relevant de la chirurgie et/ou de l'orthopédie, davantage que les décisions politiques, qui régissent la formation au début du 20^e siècle²⁵⁸.

La tendance en Europe est que la pratique et l'enseignement de la chirurgie des accidents, et de la majorité de la chirurgie reconstructive du système locomoteur, restent dans le giron de l'omnipotent chirurgien général. En France et en Belgique, ainsi que dans les pays d'Europe centrale qui regardent en direction de la chirurgie française, l'orthopédie est considérée comme partie intégrale de la chirurgie pédiatrique. Elle s'intéresse aux pathologies liées à la période de développement de l'enfant, qui est considéré dans son ensemble. Il en va toutefois autrement dans les pays où prédomine la chirurgie allemande, laquelle s'intéresse au traitement des difformités qui résultent des maladies invalidantes et des accidents pour patients de tous âges. Ici, le médecin est moins souvent un généraliste qu'un spécialiste orthopédique, qui privilégie les mesures thérapeutiques conservatrices et mécaniques au détriment des interventions opératoires moins importantes²⁵⁹. Enfin, parmi les autres modèles institutionnels et académiques qui influenceront durablement l'orthopédie, en Suisse et ailleurs dans le monde, il faut aussi mentionner les développements qui ont lieu outre-Atlantique au sein des hôpitaux.

AUX SOURCES DE LA SPÉCIALISATION (ANNÉES 1900)

Le modèle américain de la division du travail

Entre la fin du 19^e siècle et le début du siècle suivant, la médecine américaine, à l'instar de bien d'autres secteurs de la société, développe les méthodes d'un nouveau type d'entreprises, en plein essor. L'économie américaine vit en effet la vague du taylorisme et de toutes ses déclinaisons : importante accumulation de capitaux et de technologies, division horizontale et verticale du travail, intégration d'unités de production, gestion directive – managériale – de l'activité. Très discutée par les milieux dirigeants de l'époque, cette influence, qu'elle soit perçue comme positive ou négative, s'impose progressivement dans les établissements médicaux²⁶⁰, dont le nombre connaît une augmentation fulgurante : les États-Unis comptent 660 hôpitaux en 1875, plus de 2'000 vers 1900, 4'000 vers 1910 et près de 7'000 dans les années 1920²⁶¹.

La taille institutionnelle et la complexité croissent en proportion. Les leaders du secteur médical consolident les écoles de médecine, les hôpitaux et les cliniques, dans le but de créer de nouvelles institutions organisées par départements selon les spécialités. Ici intervient la division horizontale du travail, qui subdivise le corps humain en unités de base favorisant des méthodes diagnostiques et des interventions spécifiques. Cette organisation horizontale des services hospitaliers draine un nouveau type de personnel, dont la gestion implique, quant à elle, une division verticale du travail, par la création de nouvelles professions médicales et paramédicales, et la formation de classes intermédiaires parmi les médecins. Aussi, la division du travail et la professionnalisation semblent-elles aller de pair : la spécialisation horizontale permet aux médecins de contrôler leur marché, et la spécialisation ver-

²⁵⁸ KABA (2011^o : 487–488).

²⁵⁹ PLATT (1950 : 570).

²⁶⁰ Sur la taylorisation du travail des chirurgiens en Suisse romande, voir DONZÉ (2007). L'historien relève que les acteurs concernés ne font pas explicitement référence à la « taylorisation » avant les années 1930, durant lesquelles ils emploient finalement cette terminologie pour évoquer la réorganisation de leur travail. Avant cette période, Pierre-Yves Donzé préfère parler de « division du travail » ou de « rationalisation ».

²⁶¹ BRIDGMAN PERKINS (1997 : 421–422).

ticale leur permet de contrôler leur travail et leur département. En outre, une accumulation de données relatives aux différents champs de spécialisation confère à ceux-ci une identité de science²⁶². Ce modèle médical américain, fortement porté par la chirurgie, vient donc détrôner le modèle allemand qui dominait jusqu'au début du 20^e siècle²⁶⁵.

La spécialisation est le point de départ de nombreuses innovations de nature scientifique ou technique. Par exemple, on relève vers 1900 le lien établi entre le développement de l'ophtalmologie, de la laryngologie et de la gynécologie et celui des instruments respectifs que sont l'ophtalmoscope, le laryngoscope et le spéculum²⁶⁴. Quant à la découverte des rayons X – ou rayons Röntgen – en 1895, elle aura un impact progressif dans de nombreux secteurs médicaux, y compris en orthopédie.

Les technologies dans le nouveau siècle : l'exemple des rayons X

C'est le physicien lausannois Henri Dufour qui introduit la radiologie dans le canton de Vaud. Il présente ses premières radiographies, réalisées sur la main de son fils de 10 ans, à la Société vaudoise de médecine en janvier 1896, moins d'un mois après l'annonce de la découverte faite par Wilhelm Röntgen. En 1898, l'Hôpital cantonal met en service son premier appareil de rayons X et, dès 1905, il dispose de deux laboratoires, l'un de radiographie et radioscopie dans le Service de chirurgie de César Roux, l'autre de radiothérapie dans le Service de dermatologie d'Émile Dind²⁶⁵. Lors de sa nomination à la tête de l'Hospice orthopédique, Placide Nicod demande au conseil de l'établissement la construction d'un nouveau bâtiment, incluant l'installation de la radiologie. Il lui faudra attendre deux décennies avant d'obtenir satisfaction²⁶⁶. En attendant, les radiographies sont effectuées gratuitement à l'Hôpital de l'enfance de Lausanne.

Dans un premier temps, l'imagerie médicale permet surtout de distinguer entre les corps opaques que sont les os et le reste des tissus (muscles, tendons et organes), lesquels ne seront investigués que plus tard au moyen de rayons plus sophistiqués. Aussi, les premières radiographies fonctionnent-elles mieux sur les membres (bras et jambes) que sur les parties plus profondes (colonne vertébrale et bassin), et servent à faciliter le diagnostic médical dans les cas de malformations des os²⁶⁷. Par ailleurs, l'usage des rayons X permet également de constater de manière plus objective les résultats des nombreuses méthodes de traitement de fractures, qui se sont multipliées de façon purement empirique jusqu'au tournant du 20^e siècle, ce qui permet d'éliminer un certain nombre de procédés inefficaces²⁶⁸. La nouvelle technologie dévoile aussi le rôle de l'irrigation sanguine dans le rétablissement des fractures, observé sur le chien dès 1906. Diverses expériences poursuivies après la Première Guerre mondiale viendront alimenter ce domaine de l'enseignement relatif aux fractures.

Outre l'efficacité avérée des radiographies, certains historiens ont relevé l'important pouvoir symbolique détenu par la machine à rayons X, et ce dès les premières décennies du 20^e siècle. Symbole de progrès et de prestige, la nouvelle technologie est également un moyen d'attirer des patients solvables et des médecins de renom dans les hôpitaux²⁶⁹.

Dans le processus de spécialisation qui marque la médecine de l'époque, la science et la technologie ne font pas tout. Des facteurs sociaux et économiques sont à l'œuvre²⁷⁰, qui incluent un environnement propice au développement médical – une demande sociale avérée et des ressources financières disponibles – ainsi que la mise en réseau de personnes, pour ne pas dire de personnalités aux idées novatrices. Parmi les facteurs qui influencent l'évolution de la médecine figurent aussi des circonstances dramatiques, telles que les guerres modernes qui vont marquer le 20^e siècle.

²⁶²
BRIDGMAN PERKINS
(1997: 419–424).
²⁶³
Voir SCHLICH (2016).
²⁶⁴
BRIDGMAN PERKINS (1997: 422).
²⁶⁵
TERRIER/CALINON/OSTINI
(1996: 1001–1008).
²⁶⁶
DE DARDEL (1963: 10).
²⁶⁷
RENTON (2002: 96).
²⁶⁸
TRÖHLER/MAEHLE
(1991: 36 et 42).
²⁶⁹
STANTON (1999: 439–440).
²⁷⁰
Comme l'a montré l'étude
de ROSEN (1944), citée dans
BRIDGMAN PERKINS (1997: 423).

Première Guerre mondiale et médecine moderne: un changement de focale

Les connaissances générées par les besoins de la guerre affectent fondamentalement le domaine médical dans son ensemble. Comme on l'a vu pour la Suisse du dernier tiers du 19^e siècle, la prise de conscience du mauvais état de santé des recrues, ajouté à l'impact des maladies sur la santé des armées, pousse les gouvernements à investir dans la médecine préventive (ou hygiène publique), destinée à divers domaines, privés et publics, de la société. Mais c'est surtout lors des guerres de la première moitié du 20^e siècle, du fait de l'importance des dégâts créés par les armes modernes et de l'ampleur mondiale des conflits, qu'apparaissent les conditions politiques et culturelles pour l'émergence de la médecine de guerre. Et alors que, jusqu'au début du 20^e siècle, les services médicaux se situaient essentiellement en périphérie des armées en temps de conflit, ces services sont désormais partie intégrante des troupes. Dans ce contexte, les médecins forment une alliance avec une institution, l'armée, immensément plus puissante que ne l'étaient les écoles, les entreprises et les autorités locales réunies²⁷¹.

L'ORTHOPÉDIE EN TEMPS DE GUERRE: DE NOUVEAUX DÉFIS

Un domaine largement couvert par les pratiques médicales en temps de guerre concerne les blessures graves des membres, devenues majoritaires dès 1914, tant chez les soldats que chez les civils – pour ces derniers essentiellement du fait des bombardements. Le corollaire est une expansion de l'orthopédie au sein de la médecine militaire, puis après la guerre dans le cadre de la réadaptation des invalides. Au Royaume-Uni et en Allemagne, par exemple, ce sont les nécessités médicales induites par les nombreux invalides du premier conflit mondial qui promeuvent la carrière académique des orthopédistes. Devenus experts dans les cénacles politiques qui discutent du relèvement de la nation d'après-guerre, ils acquièrent un rôle suffisamment important pour que la recherche et l'enseignement dans leur domaine soient reconnus²⁷². Les techniques et traitements orthopédiques développés à cette époque traversent les frontières par la diffusion de travaux scientifiques, tandis que la présence active de médecins internationaux – notamment suisses – dans les hôpitaux des pays en conflit participe à cette émulation de la discipline.

Ainsi, Placide Nicod est très actif dans le traitement des blessés sur le front français: durant deux ans et demi, il partage son temps entre l'Hospice orthopédique et un hôpital militaire de 220 lits situé dans la Drôme, où il passe de fréquentes périodes de quinze jours pour opérer dans une salle aseptique qu'il a fait installer. Il y est confronté de façon intensive aux méthodes de traitement pour adultes, venant ainsi compléter ses connaissances en orthopédie pédiatrique. D'autres médecins suisses vivent des expériences similaires, à l'instar d'Alfred Machard, directeur médical de l'Asile de Pinchat de Genève pour les traitements orthopédiques des enfants²⁷³. Ces deux exemples et bien d'autres à l'époque montrent que l'infrastructure médicale de guerre et les soins aux soldats mutilés sont aussi issus de l'expertise acquise auprès des enfants malades. La séparation entre les blessés qui relèvent de l'orthopédie et les autres patients, la réunion des divers services qui concernent l'orthopédie (chirurgie, massage et physiothérapie notamment), certains appareillages et jusqu'à l'aspect

²⁷¹
BOURKE (2000: 590–591).
²⁷²
Voir KOVEN (1994);
PERRY (2014).
²⁷³
HUGLI (1976: 44);
KABA (2011^e: 481).

psychologique lié aux amputations sont redevables de l'orthopédie infantile. Pour reprendre la formulation synthétique de l'historien Seth Koven : le nouvel homme réparé est à la fois, en amont, un produit des nouvelles technologies de guerre (armes modernes, bombardements en masse, etc.) et, en aval, un produit des nouvelles technologies de la science et de la médecine²⁷⁴.

La médecine de guerre et ses ambivalences

Les ambivalences ne manquent pas dans cette nouvelle médecine étroitement liée aux impératifs militaires. L'historienne Joana Bourke a notamment relevé une certaine déshumanisation de la pratique dès les premières guerres modernes du 20^e siècle, qui donne un statut ambigu aux professions soignantes, devenues à la fois antithèse et accomplissement de la médecine. Car la médecine militaire, appliquée dans l'urgence à un effectif démesurément élevé de patients, induit une réduction drastique des traitements à long terme et de l'attention portée aux besoins individuels. Elle implique aussi une plus grande distance entre le patient et le médecin, des techniques de management modernes telles que l'usage de cartes de données, ainsi que l'établissement de hiérarchies rigides au sein du personnel médical. L'idéologie militaire exige que les besoins médicaux du groupe priment sur ceux de l'individu. Plus radicalement encore, la médecine de guerre est également impliquée dans la destruction humaine : en sus de l'intention explicite de retaper le soldat pour le renvoyer au front, une partie du corps médical enrôlé contribue au développement des armes chimiques et biologiques de guerre.

D'un autre côté, la médecine militaire affecte durablement les hommes, les femmes et les enfants bien au-delà de toute zone de guerre. Elle s'accompagne d'une poussée technologique et d'infrastructures qui vont marquer les sociétés : on peut citer la création de routes d'aide médicale pour fournir des traitements rapides, l'usage de véhicules motorisés durant la Première Guerre et d'avions durant la Seconde Guerre pour l'évacuation des blessés, l'emploi des rayons X pour situer les balles reçues sans toucher la blessure. La Première Guerre voit aussi l'introduction des transfusions salines par intraveineuse, et l'organisation des premières équipes mobiles dans les domaines des laboratoires, permettant l'établissement de diagnostics bactériologiques, et de la chirurgie – une grande part des blessés peuvent être opérés dans les douze heures dès la Seconde Guerre. À ces techniques, qui accroissent fortement les chances de survie, s'ajoute la chirurgie plastique destinée aux « gueules cassées », qui favorise des avancées significatives dans ce domaine de recherche²⁷⁵.

Le traitement des fractures est un autre secteur directement affecté par les retombées de la guerre. Il est vrai que, dès la fin du 19^e siècle, les effets de l'industrialisation et des grands chantiers de la Belle Époque ont suscité une implication croissante des chirurgiens dans le traitement des fractures. Du fait des conséquences financières de l'invalidité d'un ouvrier, les compagnies ou les gouvernements ont commencé à s'intéresser aux moyens de développer une prise en charge efficace, afin d'assurer un retour au travail dans un délai optimal. Mais ce n'est qu'après la Première Guerre mondiale que l'orthopédie intègre véritablement le traitement des fractures par le biais de la traumatologie, comme on le verra au chapitre suivant.

Le corollaire de cette médecine, étroitement liée aux exigences de la guerre, est un déplacement des préoccupations sanitaires, qui passent des enfants et des indigents aux jeunes hommes en bonne santé issus de toutes les classes sociales, directement menacés par la maladie et l'invalidité²⁷⁶. En d'autres termes, la médecine moderne n'est plus tributaire des objets de préoccupation de la médecine philanthropique d'autrefois, ou du moins elle l'est de moins en moins. L'essor de l'orthopédie pour adultes et des mesures de réadaptation, dès les années 1910–1920, s'inscrit dans cette perspective.

²⁷⁴ La formulation d'origine est plus lapidaire encore : « *The newly restored disabled man was a human novelty produced by the new mechanisms of warfare and the new technologies of medicine and science.* » Voir KOVEN (1994 : 1200).

²⁷⁵ BOURKE (2000 : 589–590 et 594–595).

²⁷⁶ BOURKE (2000 : 589–590).

Médecine et réadaptation

Le manque de forces de travail généré par le premier conflit mondial ne permet plus d'ignorer celui qui était autrefois appelé « estropié » et que l'on qualifiait d'inutile pour la société. Comme l'ont montré les historiens Heather R. Perry pour l'Allemagne et Seth Coven pour la Grande-Bretagne, les tentatives des orthopédistes de réintroduire socialement et économiquement les invalides de guerre vont faire progresser les traitements chirurgicaux, révolutionner la technique des prothèses – plus solides, plus fonctionnelles et moins chères –, ainsi que faire naître un vif intérêt pour la réhabilitation²⁷⁷. Car c'est par le travail, cette valeur héritée des conceptions judéo-chrétiennes et capitalistes de nos sociétés occidentales, que les soldats infirmes et improductifs deviendront à nouveau des citoyens à part entière, autonomes et actifs.

Cette réorientation vers l'orthopédie adulte va à son tour inspirer l'organisation des institutions orthopédiques et de rééducation pour enfants, qui, on l'a vu, se sont multipliées dans le contexte d'un nouvel intérêt porté à l'assistance des « enfants estropiés ». L'histoire de l'orthopédie infantile devient dès lors indissociable de celle des adultes, toutes deux ayant désormais droit de cité dans les sphères médicales.

L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE DURANT LA GUERRE : UN PREMIER RAPPROCHEMENT AVEC L'ÉTAT

En 1915, malgré la dureté des temps, le comité de l'Hospice orthopédique estime avoir vécu une « année bénie ». L'établissement a pu remplir largement sa tâche, avec 105 patients hospitalisés. Ce sont 60 filles et 45 garçons, qui se répartissent quant à leur origine entre 86 Suisses (36 Vaudois, 9 Neuchâtelois, 9 Valaisans, 17 Fribourgeois, 12 Bernois, 2 Genevois, 1 Bâlois) et 19 étrangers (15 Français, 2 Italiens, 1 Allemand, 1 Grec). Pour l'ensemble de l'année, l'hospice comptabilise un total de 14'446 journées, chiffre qui n'avait encore jamais été atteint. Le rapport financier de l'établissement montre par ailleurs que la marche économique a été normale – « l'Hospice est plein et marche bien » note encore en avril le comité²⁷⁸ –, un succès qui s'explique notamment par une augmentation de la clientèle provenant en majeure partie de la campagne, « qui souffre moins de la crise économique et peut facilement payer les pensions ». De plus, les autorités communales et cantonales ont facilité le ravitaillement de l'institution en denrées alimentaires, qui bénéficie également de collectes organisées ponctuellement, lors des cultes d'action de grâce entre autres.

Mais il est aussi rappelé que depuis un certain nombre d'années, l'Hospice orthopédique ne peut plus accepter toutes les demandes d'admission adressées par les divers cantons romands, faute de place. Le besoin en personnel spécialisé compétent couplé à celui d'une qualité de formation universitaire reconnue entraîne également la nécessité d'une transformation structurelle de l'institution. Le comité entame des démarches en vue d'un agrandissement du lieu, mais reste tributaire de la conjoncture²⁷⁹.

En effet, dès 1914, le comité de l'Hospice orthopédique avait déjà pris contact avec le Département cantonal de l'intérieur pour obtenir un terrain permettant de reconstruire l'institution. La guerre bloque momentanément ces projets de construction. Dans les premiers moments d'affolement, les parents ont récupéré leurs enfants et l'Hospice orthopédique s'est trouvé presque vide. Puis il doit faire face à d'épineux problèmes de ravitaillement. Après la bonne reprise de 1915, l'hospice collabore l'année suivante avec les comités d'hospitalisation d'enfants de pays en guerre, mettant à leur disposition son bâtiment de gymnastique, où les petits réfugiés – près de 600 enfants belges, français ou serbes – peuvent être hébergés et nourris avant d'être répartis dans des familles ou des homes.

Placide Nicod s'intéresse alors particulièrement à la poliomyélite et observe que dans d'autres pays des instituts s'organisent pour traiter cette pathologie. « Il ne s'agit donc pas de voir notre patrie, qui fut le berceau de l'orthopédie, se laisser distancer », énonce le médecin vaudois²⁸⁰. Avec le soutien de Barbey de Budé, vice-président du comité de l'Hospice orthopédique, et du professeur Gustave Delay, chef du Service sanitaire, une convention est établie entre l'État de Vaud et l'Hospice orthopédique en 1917, qui montre l'importance prise par l'institution dans le domaine

²⁷⁷ KOVEN (1994) ; PERRY (2014).

²⁷⁸ Archives HO, « PV conseil HO », séance du 22 avril 1915.

²⁷⁹ « Rapport du comité (L. Grenier, F. Cart) », *Rapport HO 1915*, 3–4.

²⁸⁰ NICOD (1937 : 111).

de la formation universitaire. Cette nouvelle orientation de l'Hospice orthopédique pose la question des locaux et de l'équipement adéquat, qui intéresse les politiques :

L'ÉTAT DE VAUD DÉSIRE DÉVELOPPER L'ENSEIGNEMENT DE L'ORTHOPÉDIE À L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE EN UTILISANT À CET EFFET LE PERSONNEL, LES MALADES ET LE MATÉRIEL DE L'HOSPICE. IL A PARU DÈS LORS AUX DEUX PARTIES QU'UNE ENTENTE SERAIT AVANTAGEUSE, EN VERTU DE LAQUELLE L'ÉTAT CÉDERAIT À L'HOSPICE LE TERRAIN NÉCESSAIRE À SES NOUVELLES CONSTRUCTIONS, L'HOSPICE SE METTANT D'AUTRE PART À LA DISPOSITION DE L'ÉTAT POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENSEIGNEMENT ORTHOPÉDIQUE²⁸¹.

Du fait que les patients et les installations servent à l'enseignement de l'orthopédie, l'Hospice orthopédique répond entièrement aux trois missions du modèle hospitalo-universitaire : la clinique, la recherche et l'enseignement.

Aussi l'institution, qui a acquis une assise dans le paysage académique et scientifique médical, réagit-elle vivement lorsque son homologue allemande, l'Institut Balgrist, également en phase d'expansion et de recherche de fonds, revendique sa prépondérance dans le champ orthopédique suisse. Lors d'une séance de l'automne 1920, le conseil de l'Hospice orthopédique note et s'effusque :

UNE CIRCULAIRE EST RÉPANDUE JUSQU'EN SUISSE ROMANDE PAR L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE DE LA SUISSE ALLEMANDE. LEDIT HOSPICE PRÉTEND ÊTRE LE SEUL DE CE GENRE EN SUISSE ET DEMANDE DES SOUSCRIPTIONS POUR CONSTRUIRE²⁸².

Le conseil décidera d'envoyer un rectificatif aux journaux romands, en leur rappelant l'existence de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande et son intention de lancer lui aussi, prochainement, une souscription publique pour ses propres travaux.

Dans un premier temps, l'idée est de construire un bâtiment modeste, mais comportant toute l'infrastructure moderne nécessaire et susceptible d'agrandissements ultérieurs²⁸³. À cet effet, l'État de Vaud offre un terrain de 6'000 m² dans la région lausannoise du Bugnon-Montagibert, près de l'Hôpital cantonal – sur le site encore actuel de l'Hôpital orthopédique. La convention signe un premier rapprochement concret avec l'État, impliquant désormais des choix de gestion commune. Le document spécifie en effet :

LE DIRECTEUR MÉDICAL DE L'HOSPICE [ORTHOPÉDIQUE] DEVANT ÊTRE, DANS LA RÈGLE, LE PROFESSEUR D'ORTHOPÉDIE À L'UNIVERSITÉ, CE DIRECTEUR SERA, EN CAS DE VACANCE, DÉSIGNÉ ENSUITE D'ACCORD ENTRE LE CONSEIL D'ÉTAT DU CANTON DE VAUD ET LE COMITÉ DE L'HOSPICE²⁸⁴.

En attendant une baisse des prix dans le bâtiment, le comité de l'Hospice orthopédique engage les architectes Charles Thévenaz et Louis Brazzola pour réaliser l'esquisse d'un avant-projet comprenant, en plus des installations à l'avenue d'Échallens, un institut de mécanothérapie semblable à celui de Placide Nicod, une installation de radiologie et un atelier de bandagiste. En 1924, le comité décide la construction immédiate du nouveau bâtiment sur le terrain offert par le canton. Les architectes ont évalué à 575'000 francs le coût du bâtiment projeté²⁸⁵.

²⁸¹ Convention établie entre l'État de Vaud et l'HO en 1917, cité dans HUGLI (1976 : 45).

²⁸² Archives HO, « PV conseil HO », séance du 23 sept. 1920.

²⁸³ Sur les phases de développement du nouvel HO et les acteurs concernés, voir HUGLI (1976 : 45-48).

²⁸⁴ Convention établie entre l'État de Vaud et l'HO en 1917, cité dans HUGLI (1976 : 45).

²⁸⁵ HUGLI (1976 : 45-46); Souvenir de l'inauguration du 30 juin 1927 [de l'HO] (1927).

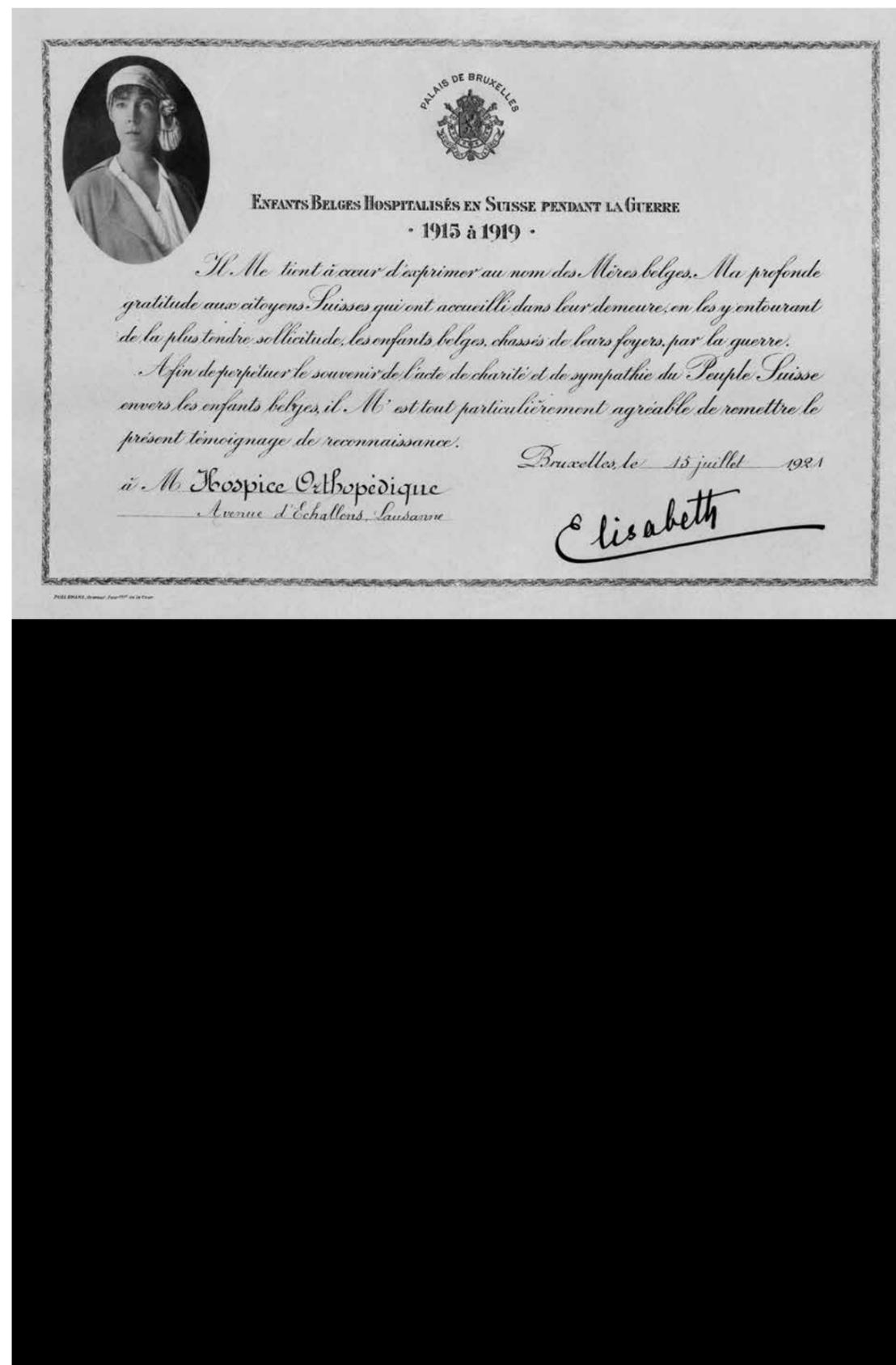


Fig. 29
Tableau offert par la reine Élisabeth de Belgique à l'Hospice orthopédique pour remercier de l'accueil fait aux enfants belges durant la Première Guerre mondiale.

PREMIÈRE MUE DE L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE: LE DÉMÉNAGEMENT À MONTAGIBERT

En 1927, dix ans après la signature de la convention établie entre l'État de Vaud et l'Hospice orthopédique, celui-ci se transforme et déménage à Montagibert, à proximité de la Maternité et de la Clinique infantile de l'Hôpital cantonal. Les 34 enfants en traitement dans l'ancien Hospice orthopédique arrivent à Montagibert le 28 mai. En juin sont signés les nouveaux statuts de l'établissement, qui rappellent à leur article 1^{er}:

L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE DE LA SUISSE ROMANDE A POUR BUT LE TRAITEMENT
DES MALADES ATTEINTS D'AFFECTIONS RÉCLAMANT UN TRAITEMENT ORTHO-
PÉDIQUE²⁸⁶.

Après avoir passé ses cinquante premières années à l'avenue d'Échallens, l'Hospice orthopédique s'installe donc dans une construction entièrement nouvelle²⁸⁷.

Placide Nicod se félicite d'obtenir ainsi la création d'un « hospice orthopédique muni d'une salle d'orthopédie perfectionnée ainsi que de toutes les installations orthopédiques les plus modernes ». Le conseil d'administration de l'Hospice orthopédique a en effet ratifié l'ensemble des propositions d'achat du médecin-chef, très informé sur les dernières technologies: des installations médicales électriques provenant d'une maison américaine, des appareils de mécanothérapie d'une maison allemande de Wiesbaden, des tables pour massage et pour bains de lumière, des appareils de gymnastique²⁸⁸. Ainsi, l'Hospice orthopédique consacre un volet spécifique aux thérapies physiques, en intégrant une salle sur le modèle de l'Institut privé de physiothérapie et de mécanothérapie de Placide Nicod. Par ailleurs, depuis 1917, l'hospice emploie à plein temps un masseur aveugle, Louis Jacot, qui deviendra un précieux collaborateur pour les médecins²⁸⁹.

La métaphore de la mue ou la maturité de l'établissement se vérifie jusque dans le critère d'admission de l'âge des patients, qui s'élargit en amont et en aval: l'ancien établissement ne recevait que les enfants de 2 à 12 ans; le nouvel hôpital s'ouvre aux adultes ainsi qu'aux nourrissons. Ainsi, comme le rappellera le médecin-chef dans les années 1930:

CETTE DISCIPLINE MÉDICALE [L'ORTHOPÉDIE] NE DOIT PAS ÊTRE LIMITÉE PAR
L'ÂGE DES MALADES; ON NE SAURAIT JAMAIS ASSEZ LE PRÉCISER ET L'AFFIRMER²⁹⁰.

Cette nouvelle donne, associée à la gestion d'un établissement beaucoup plus vaste et aux rapports plus étroits avec l'Hôpital cantonal et l'université, rend sensiblement plus complexe la direction médicale et administrative de l'établissement de Montagibert. Aussi est-il décidé d'adjoindre au médecin-chef une responsable du secteur infirmier. Après une tentative avortée auprès des diaconesses, c'est finalement une garde-malade diplômée de l'École lausannoise de La Source qui est engagée. L'Hospice orthopédique débâche ainsi Eugénie Panchaud (1899–1984), directrice de la Clinique infantile de l'Hôpital cantonal de Genève, qui sera infirmière-chef de l'Hospice orthopédique durant vingt-cinq années. Par ailleurs, quatre dames sont également admises à part entière pour prendre en charge les questions d'organisation intérieure du nouveau bâtiment: acquisition et disposition du mobilier, du matériel de cuisine, de la literie, notamment.

²⁸⁶
Archives HO, Classeur
« Association »:
Statuts de l'HO du 30 juin 1927.

²⁸⁷
« Inauguration du 4 mai
1927. Allocution de M. Robert
Rivier, Président du conseil »,
Rapport HO 1927, 14.

²⁸⁸
Archives HO, « PV conseil HO »,
séance du 9 mars 1927.

²⁸⁹
HUGLI (1976: 44–45).

²⁹⁰
NICOD (1937: 112).

Bilan

Après 1900, l'accès à la nouvelle infrastructure technique, concentrée dans des hôpitaux et des cliniques, devient un enjeu majeur et contribue à faire de la médecine un marché profitable. L'implantation en masse des cliniques privées, en particulier, est justifiée par leur orientation vers telle spécialisation ou telle technologie²⁹¹. Certains groupes influents de praticiens, réunis en sociétés et associations, contrôlent ce marché ainsi que le milieu scientifique, face aux médecines sous-évaluées – les officiers de santé disparaissent au tournant du 20^e siècle –, aux charlatans et empiriques, lesquels restent néanmoins très actifs, notamment dans les campagnes.

Le tourisme est également un facteur puissant de l'essor médical en Suisse romande, où Lausanne se démarque fortement, au point d'avoir été qualifiée par l'historien Guy Saudan de « Mecque médicale »²⁹². En effet, le doublement du nombre de cliniques privées durant la période 1899–1914 suit de près l'augmentation du nombre d'étrangers en visite dans la capitale du canton de Vaud. En dépassant le seuil de 20 établissements avant 1914, Lausanne est de loin la ville avec la plus grande densité de cliniques de l'Arc lémanique²⁹³. De par sa localisation, l'Hospice orthopédique a sans aucun doute bénéficié de la bonne conjoncture lausannoise.

Par ailleurs, la médecine se démocratise par le développement de la médecine sociale et préventive qui agit dans divers secteurs, allant de la famille à l'école, en passant par l'armée et le travail; on voit alors percer de nouvelles spécialités, comme la médecine scolaire et la médecine militaire. L'industrie et les dégâts causés par les guerres stimulent la recherche de solutions issues d'innovations techniques portées par la *business medicine* (division rationnelle du travail) et la médecine d'urgence pratiquée sur le champ de bataille. Dans ce contexte, la question de l'incurabilité et de la chronicité de certaines pathologies se pose très différemment, et on assiste à la remise en cause des modèles thérapeutiques anciens: plutôt que de laisser s'installer, comme autrefois, l'invalidité parmi une population pour laquelle on manquait d'intérêt et donc de moyens thérapeutiques, pourquoi ne pas traiter l'adulte sur le modèle des enfants tout en bénéficiant de l'essor technologique de l'époque? Après l'enfant, le soldat invalide et l'ouvrier sont directement visés, notamment par l'orthopédie, comme réponse aux besoins à la fois politiques et économiques des nations.

²⁹¹
DONZÉ (2013: 111).
Voir aussi KABA (2011^a).

²⁹²
SAUDAN (1991: 94).

²⁹³
ESPOSITO (2014: 219).

Fig. 30
L'Hospice orthopédique
entièrement reconstruit
à Montagibert, sur son
site actuel, est inauguré
en 1927.

HOSPICE ORTHOPÉDIQUE DE LA SUISSE ROMANDE

Avenue de Beaumont, Montagibert, Lausanne
Téléphone 85.56 — Chèque postal II. 33.05

SOUVENIR

DE L'INAUGURATION DU 30 JUIN 1927



Vue du nouvel hospice orthopédique érigé de 1926 à 1927 à Montagibert, sur le terrain donné par l'Etat de Vaud, à proximité de la Maternité et de la Clinique infantile, d'après les plans de M. Charles Thévenaz, Architecte, avec la collaboration de M. Louis Brazzola, architecte, à Lausanne.

Les legs de M^{lle} Julie Bessières (1834-1914) et de son frère M. Victor Bessières (1828-1917), de même que d'autres dons, ont rendu possible cette construction.



Fig. 31
Salle d'opération de
l'Hôpital orthopédique
dans les années
1927-1940.

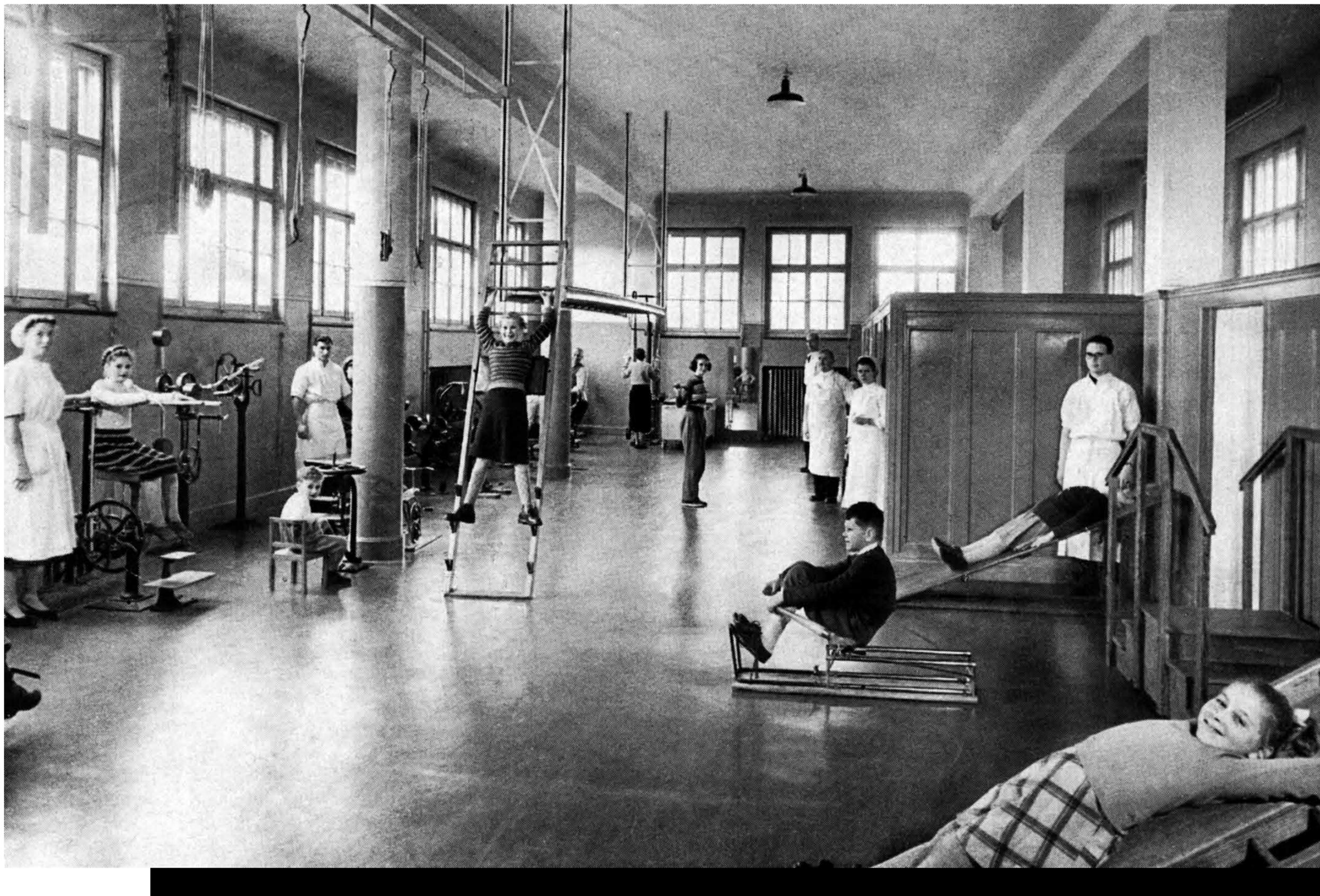


Fig. 32
Salle de physiothérapie
et de mécano-thérapie
en service de 1927 à 1962,
dans le bâtiment de
Montagibert de l'Hôpital
orthopédique.

LES ANNÉES SOMBRES : NOUVEAUX HORIZONS

ANNÉES 1930 – 1950

3

ÉLARGIR LES HORIZONS ET RAFFERMIR SON IDENTITÉ – 94

- Réunir traumatologie et orthopédie : les différentes écoles – 94
- Un consensus : le réseau international de la SICOT – 95
- Fille de la SICOT : l'Association libre des orthopédistes suisses – 96
- Reconnaissance FMH de l'orthopédie en Suisse – 96
- L'Hospice orthopédique dans les années 1930 – 97

L'ORTHOPÉDIE ET LA SECONDE GUERRE MONDIALE – 102

- Faire face aux difficultés durant le conflit – 102
- L'orthopédie comme médecine sociale – 102
- Le service de Pro Infirmis Vaud – 103
- Le « chalet » pour mutilés civils victimes de la guerre – 106

AUX LENDEMAINS DE LA GUERRE – 110

- L'Hospice orthopédique à l'heure du bilan – 110
- Fin de règne, difficultés financières et rapprochements avec l'État – 111
- L'appel du large et le modèle américain – 113
- Réactiver le réseau suisse des orthopédistes : la SSO et la SICOT – 114

SITUATION DU MARCHÉ MÉDICAL ET DE LA PATIENTÈLE :

PLÉTHORE OU PÉNURIE ? – 116

- À la recherche de personnel infirmier qualifié – 116
- Les jeunes patients et leur scolarisation – 120
- Le service des infirmes moteurs cérébraux – 121

BILAN – 126

Après la Première Guerre mondiale, le changement de modèle de la pratique orthopédique, dont la sphère s'est étendue pour inclure le traitement des fractures et des blessures associées, commence inévitablement à influencer la stratégie de l'orthopédie continentale. Comme l'a montré l'historien Roger Cooter, l'intégration de la traumatologie va non seulement contribuer à modifier le visage de l'orthopédie, mais aussi influencer sur la réorganisation hospitalière qui caractérise une grande partie du 20^e siècle²⁹⁴. Toutefois, ce rapprochement ne soulèvera pas l'adhésion de tous, si bien que l'orthopédie cherche encore sa place, notamment au sein du champ académique.

En effet, si beaucoup en Europe continuent à se désigner comme « médecins orthopédistes » – médecins avant d'être chirurgiens –, aux États-Unis, au contraire, les chirurgiens orthopédistes cherchent à se distancier de l'orthopédie conservatrice, en se nommant « *bone and joint surgeons* ». Leur organe de diffusion, très lu à travers le monde, le *Journal of Orthopaedic Surgery*, devient même en 1922 *Journal of Bone and Joint Surgery*. Les États-Unis se démarquent par une prédilection pour la chirurgie invasive et les techniques médicales qui ne se démentira pas par la suite. En Europe en revanche, dans le contexte de récession économique des années 1920–1930, des pays comme la Grande-Bretagne miseront plus longtemps sur des soins peu invasifs et donc moins coûteux – une « *low-economic therapy* » en quelque sorte²⁹⁵.

RÉUNIR TRAUMATOLOGIE ET ORTHOPÉDIE : LES DIFFÉRENTES ÉCOLES

Bien avant l'augmentation des accidents de la route et des loisirs, l'industrialisation et les guerres conditionnent le développement de la traumatologie, associée ou non à l'orthopédie. Or, sur le plan institutionnel, les différences nationales sont importantes concernant la délimitation entre orthopédie et traumatologie.

On peut toutefois identifier deux écoles qui se dessinent dès la fin du 19^e siècle et le début du 20^e. Robert Jones en Grande-Bretagne (1888) et Vittorio Putti en Italie (1914) organisent des services de traumatologie pour les accidentés du travail, puis dans le cadre de la traumatologie de guerre. Le premier, d'ailleurs issu de l'orthopédie infantile, est considéré par certains de ses pairs comme le leader mondial d'une nouvelle orientation dans la prise en charge des blessés de guerre. Le second a fondé durant la guerre un centre de chirurgie reconstructive et de réhabilitation pour les soldats blessés, qui devient dans l'entre-deux-guerres la « Mecque » des jeunes chirurgiens à travers le monde, et plus spécialement des pays d'Amérique latine²⁹⁶. Mais autant Jones que Putti tiennent à développer également « l'orthopédie froide » (conservatrice), combinant les traitements orthopédiques pour enfants et adultes, infirmes ou accidentés.

Parallèlement, un jeune médecin de compagnie d'assurances, l'Autrichien Lorenz Boehler, prend l'initiative en 1925 de créer un poste de secours puis un petit hôpital pour les accidentés du travail. Il y codifie les étapes de la prise en charge (traitement des fractures, surveillance pendant la consolidation, rééducation fonctionnelle, étude des résultats), selon son expérience personnelle acquise pendant la Première Guerre mondiale. Sa méthode,

²⁹⁴ COOTER (2014) [1993] : 180–198.

²⁹⁵ Voir note précédente.

²⁹⁶ PLATT (1950 : 570 et 577) ; MERLE D'AUBIGNÉ (1980 : 14–18). Sur Robert Jones, voir KOVEN (1994).

fondée sur des statistiques, vise à démontrer que les fractures et les luxations guérissent mieux et coûtent moins cher à la collectivité si elles sont traitées dans des services spécialisés.

Dans l'entre-deux-guerres, c'est sur le modèle de Boehler que sont créés en Autriche et en Allemagne, avec le soutien des compagnies d'assurances, des services de traumatologie centrés sur la notion d'urgence plus que sur l'appareil locomoteur, et donc indépendants des services d'orthopédie. Le Royaume-Uni et l'Italie suivent la voie ouverte par Jones et Putti en regroupant les lésions traumatiques et non traumatiques dans les services d'orthopédie. L'argument porte ici sur les avantages techniques et économiques : même matériel, mêmes conditions de surveillance prolongée, même esprit tourné vers la récupération fonctionnelle et la rééducation. La France des années 1930, quant à elle, développe deux services de traumatologie du type allemand, l'un à Nantes et l'autre à Strasbourg, tenus toutefois par des chirurgiens généraux. Car en France, sur le plan officiel, c'est à la chirurgie générale à prédominance viscérale qu'appartient le prestige médical²⁹⁷. Par conséquent, au sein des réseaux internationaux, il n'est pas toujours simple de s'y retrouver.

UN CONSENSUS : LE RÉSEAU INTERNATIONAL DE LA SICOT

Nous avons vu au chapitre précédent que 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.

Ainsi, suite à la création de diverses sociétés nationales de chirurgie orthopédique, une première société à dimension internationale, planifiée en 1914 mais reportée en raison de la guerre, est finalement constituée en 1929. Il s'agit de la Société internationale de chirurgie orthopédique, fondée par un groupe d'orthopédistes de renom : Vittorio Putti (Italie), son premier président, et Robert Jones (Royaume-Uni), mais aussi Fred Albee (Royaume-Uni), Jean Delchef (France), Fritz Erlacher (Autriche), John Fairbank (Royaume-Uni), Murk Jansen (Pays-Bas), Ioan Jiano (Roumanie), Louis Ombredane (France), Harry Platt (Royaume-Uni), Jan Zahradniček (Tchécoslovaquie). Robert Jones, dont on a relevé le rôle dans le regroupement de l'orthopédie et de la traumatologie, préside le premier congrès de cette société internationale qui se tient à Paris en 1931. Dans son discours d'ouverture, le président s'exprime sur les liens entretenus entre la chirurgie générale, le traitement des fractures et sa spécialité, l'orthopédie :

LES FRACTURES LES PLUS RÉCENTES, DISJOINTES OU MAL CONSOLIDÉES, AINSI

QUE LES BLESSURES DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES DEVRAIENT ÊTRE INCLUSES

EN ORTHOPÉDIE. [...] LE SPÉCIALISTE IDÉAL EST LE CHIRURGIEN GÉNÉRAL QUI

Forte de cette conviction, la Société internationale de chirurgie orthopédique inclut explicitement la traumatologie lors de l'assemblée générale de son troisième congrès qui se tient à Bologne en 1936 : elle devient la Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie (SICOT). L'absence de la traumatologie dans la première dénomination de la société peut être attribuée, d'une part, au fait que le projet initial de 1914 datait d'avant les effets de la Première Guerre et de son impact sur la traumatologie ; d'autre part, il s'agissait de rallier le maximum de praticiens en évitant les conflits d'écoles. En 1936, forte du succès de son troisième congrès, la société, désormais bien établie, ose franchir le pas malgré quelques résistances : les membres allemands, dont le pays n'adhère pas au rapprochement entre l'orthopédie et la traumatologie, votent en un bloc minoritaire contre la proposition d'ajout de la traumatologie au titre de la société²⁹⁹. Le rapprochement des deux disciplines n'est donc pas universellement admis et aura ses détracteurs tout au long de l'histoire de l'orthopédie.

SE CONCENTRE SUR UNE BRANCHE SPÉCIALE

DE SON ART ; LA CHIRURGIE GÉNÉRALE ET LA

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE NE DEVRAIENT

JAMAIS ÊTRE SÉPARÉES²⁹⁸.

²⁹⁷ MERLE D'AUBIGNÉ (1966 : 14–18).

²⁹⁸ Cité dans MERLE D'AUBIGNÉ (1966 : 3). Je traduis de l'anglais.

²⁹⁹ PLATT (1950 : 571).

FILLE DE LA SICOT :

L'ASSOCIATION LIBRE DES ORTHOPÉDISTES SUISSES

C'est dans le giron de la SICOT que va naître le premier groupement des orthopédistes suisses, bien après la fondation de la Société nationale de chirurgie (1913) et même celle de la Société de la médecine des accidents (1912). L'impulsion vient donc de l'extérieur, car c'est dans le cadre de la constitution de la Société internationale de chirurgie orthopédique de 1929 que se rencontrent le Genevois Alfred Machard, médecin-chef de l'Asile de Pinchat, le Zurichois Richard Scherb, médecin-chef à l'Hôpital Balgrist, et leur homologue de l'Hospice orthopédique à Lausanne, Placide Nicod. Ils se retrouvent à nouveau en 1931 à Paris lors du premier congrès de la Société internationale, avec d'autres collègues helvètes. Les débuts de la Seconde Guerre mondiale viennent freiner les premières impulsions de regroupement national, mais les échanges se poursuivent par correspondance, sous l'impulsion de Hans Debrunner, alors privat-docent d'orthopédie à l'Université de Zurich. Celui-ci estime que les orthopédistes suisses doivent pouvoir créer leur propre organe national, qui serait l'interlocuteur des diverses instances du pays (facultés, autorités politiques, sociétés des médecins, assurances)³⁰⁰.

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 Alfred Machard, décédé en 1931, qui avait été membre de la délégation suisse à la SICOT. Il est décidé lors de cette réunion 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'adhérer³⁰¹.

Les statuts de cette association sont signés lors de sa première session, qui se tient en novembre 1942 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)³⁰². Ouverte à « tout médecin suisse possédant le diplôme de spécialiste FMH [reconnu par la Fédération des médecins suisses] en orthopédie » (art. 2.2), l'association regroupe alors 20 des 29 titulaires du diplôme d'orthopédie réglementé par la FMH, alors fraîchement introduit³⁰³!

RECONNAISSANCE FMH DE L'ORTHOPÉDIE EN SUISSE

Le contexte des années 1930 est en effet 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 spécialités chirurgicales – au détriment de la chirurgie générale. Aussi le nombre de médecins ayant le droit d'exercer en Suisse connaît-il une progression constante : il y avait 1'873 habitants pour un médecin en 1890, ils chutent à 1'502 en 1910, et 1'200 en 1930.

Comme le relève Pierre-Yves Donzé, cette densification du marché des soins au cours de l'entre-deux-guerres suscite chez les médecins la crainte d'une détérioration de leurs conditions matérielles. Le sentiment d'une « pléthore médicale » est largement répandu, même si le phénomène n'est jamais explicitement défini. Afin que chaque médecin trouve son compte dans le marché médical suisse, il s'agit, d'une part, de protéger ce marché contre toute concurrence extérieure; d'autre part, on s'efforce de réglementer de manière très stricte la formation des « spécialistes » et de limiter le nombre des

³⁰⁰
DEBRUNNER (1969*).
Sur Hans Debrunner,
voir DEJAN/WYDER (2014).

³⁰¹
Archives SSO, Classeur
« Freie Vereinigung Schweizer
Orthop. » : « Association libre
des orthopédistes suisses.
Statuts. Lausanne,
14. nov. 1942 ».

³⁰²
Archives SSO, Classeur
« Freie Vereinigung Schweizer
Orthop. » : « PV de la séance
du comité suisse de la
SICOT, 27 sept. 1941 ».

³⁰³
SCHOLDER (1978 : 89).

appellations, de sorte qu'à l'intérieur du marché médical s'autonomisent des niches de soins spécifiques dominées par un groupe de médecins reconnus par leurs pairs³⁰⁴.

Dans ce but, la FMH mandate 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 charge³⁰⁵. Le titre FMH délimite aussi la base de la formation des spécialités. Pour l'orthopédie sont ainsi prévues deux années d'orthopédie et deux années de chirurgie³⁰⁶. Les premiers diplômés suisses – au nombre de 29 – sortent en 1933³⁰⁷. C'est dans ce contexte qu'est créée à Lausanne la première chaire d'orthopédie de Suisse.

L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE DANS LES ANNÉES 1930

Première chaire d'orthopédie en Suisse

En 1931, Placide Nicod est nommé professeur extraordinaire d'orthopédie, obtenant ainsi la légitimité tant attendue de la discipline reconnue comme branche d'enseignement à part entière, à la grande satisfaction de son promoteur. Désormais, l'Hospice orthopédique peut délivrer le titre de spécialiste FMH en orthopédie aux étudiants qui viennent en stage de formation³⁰⁸. Lors de la leçon inaugurale du professeur Nicod, la Faculté de médecine se réunit en nombre dans la salle de gymnastique de l'Hospice orthopédique pour entendre le nouveau titularisé s'exprimer sur « Le traitement des luxations congénitales de la hanche »³⁰⁹.

Dans l'établissement flambant neuf semble se dessiner une pratique nouvelle, Placide Nicod revendiquant une « orthopédie moderne », libérée des appareils orthopédiques de maintien. Le professeur l'explique en ces termes :

LES CORSETS ORTHOPÉDIQUES CORRECTEURS POUR DÉVIATIONS VERTÉBRALES,

LES PROTHÈSES ORTHOPÉDIQUES POUR LES MEMBRES ATTEINTS DE PARALYSIE

INFANTILE OU DE DÉFICIENCES OSTÉOARTICULAIRES DOIVENT ÊTRE ÉVITÉS ET

SUPPRIMÉS, AUTANT QUE POSSIBLE³¹⁰.

Ainsi, c'est la fonction qui doit développer l'organe, par l'alliance des « phénomènes vitaux », à savoir le biologique, le statique et le mécanique³¹¹. Cette vision plus globale du corps, inspirée de la mécanique industrielle, va de pair avec des méthodes et un outillage technique appropriés. C'est pourquoi Placide Nicod réserve une place de choix aux méthodes de massage et de kinésithérapie, déjà prodiguées dans son Institut privé de physiothérapie et de mécano-thérapie à l'avenue de la Gare (depuis 1912), puis reproduites dans le nouvel Hospice orthopédique de 1927. Les salles d'opération sont ainsi complétées par de nouvelles installations de thérapies physiques, et il est fait un usage plus soutenu de l'électrothérapie.

Promotion de la physiothérapie et École vaudoise de massage

Ainsi équipé, l'Hospice orthopédique promeut la complémentarité des traitements chirurgicaux et orthopédiques dans les diverses affections de l'appareil locomoteur, et plus particulièrement pour la rééducation active des poliomyélitiques dont Placide Nicod est l'un des pionniers³¹². Car les années 1930 sont celles des grandes épidémies de poliomyélite qui, en Suisse, dépassent annuellement les 1'000 cas (1'269 en 1936, 1'494 en 1937)³¹³.

³⁰⁴
DONZÉ (2013 : 111
et 118-119).

³⁰⁵
DONZÉ (2013 : 119).

³⁰⁶
« Extrait du PV de la séance
de la Chambre médicale
suisse du 28 juin 1931 »,
Bulletin des médecins suisses
36, 1931, 503.

³⁰⁷
SCHOLDER (1978 : 89).

³⁰⁸
GROSS (1993 : 41).

³⁰⁹
« Rapport du conseil d'admini-
stration (G. F. Meylan) »,
Rapport HO 1931, 3-4.

³¹⁰
NICOD (1937 : 112).

³¹¹
NICOD (1937 : 113).

³¹²
Archives HO, Dossier « ECVF » :
NICOD (1963 : 2).

³¹³
« Histoire [de la
poliomyélite] », Polio.ch.

En comparaison, les États-Unis connaissent aussi une hausse impressionnante du nombre d'enfants poliomyélitiques pour deux années de la décennie 1930 qui recensent plus de 25'000 individus atteints. L'augmentation de la population est en cause, mais aussi la virulence du virus qui, à chaque décennie, touche des cohortes d'enfants toujours plus âgés³¹⁴. L'expérience de Placide Nicod dans le traitement des séquelles de poliomyélite et dans celui de la luxation congénitale de la hanche lui confère un statut d'expert reconnu par ses pairs.

Aussi, dès 1935, Placide Nicod dispense-t-il un cours de physiothérapie aux étudiants de la Faculté de médecine de Lausanne³¹⁵. À cette époque, la physiothérapie est essentiellement une physiothérapie de l'appareil locomoteur, pratiquée par ceux que l'on appelle des « masseurs ». La qualité des installations de l'Hospice orthopédique, l'effectif élevé des masseurs qui y font leur apprentissage, le grand nombre de malades qui ont recours à l'établissement et les solides convictions de son médecin-chef sur l'efficacité de la physiothérapie sont les raisons pour lesquelles le Département de l'intérieur charge Placide Nicod, en 1936, d'organiser au sein de son établissement une École cantonale vaudoise de massage, ouverte une année après celle de Genève, et qui sera renommée dans les années 1950 « École cantonale vaudoise de massage et de physiothérapie ». Un médecin assistant et le chef masseur Louis Jacot dispensent les cours, tandis que les installations de mécanothérapie contribuent pour une grande part à l'enseignement de la kinésithérapie de l'appareil locomoteur. Cette nouvelle formation, qui se déroule sur deux années, permet d'obtenir non pas une autorisation de pratique, comme cela était le cas jusqu'alors, mais un certificat de capacité de masseur diplômé³¹⁶.

L'Hôpital orthopédique, à travers Placide Nicod en particulier, donne donc l'impulsion au développement de la physiothérapie lausannoise – Genève en fait autant à la même époque –, tout en la maintenant sous contrôle. Ce d'autant qu'un demi-siècle sépare la reconnaissance par les pouvoirs publics des professions médicales et des professions auxiliaires (masseurs, physiothérapeutes et kinésithérapeutes), puisque la médecine a été réglementée au plan fédéral dès 1877, alors que les professions auxiliaires sont organisées et réglementées dans l'entre-deux-guerres au plan cantonal seulement. « Il s'ensuit des spécificités propres à segmenter un groupe professionnel et à empêcher toute prise de pouvoir de celui-ci », relève l'historienne Véronique Hasler. Ainsi, ces professions auxiliaires ne peuvent traiter leurs clients que sur prescription d'un médecin³¹⁷.

Force est de constater qu'à la fin des années 1930, l'orthopédie a acquis ses lettres de noblesse dans le milieu académique. En 1937, Placide Nicod s'en réjouit :

L'ORTHOPÉDIE DEVIENT UN RAMEAU DE PLUS EN PLUS IMPORTANT DE LA CHIRURGIE DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR ET IL FAUT SE FÉLICITER DE CE QUE, DANS LE NOUVEAU RÈGLEMENT DES ÉTUDES MÉDICALES, UNE PLACE LUI SOIT FAITE, COMME BRANCHE OBLIGATOIRE³¹⁸.

En effet, le nouveau règlement des études médicales, entré en vigueur en 1940, rend obligatoire un semestre de clinique orthopédique ainsi qu'un cours de physiothérapie. Dans cette optique, l'Hospice orthopédique émet le souhait d'obtenir un auditoire pour les cours et les présentations cliniques qui lui fait cruellement défaut. Les salles de l'institution sont trop exigües pour accueillir les étudiants ou les membres de la Société vaudoise de médecine qui y ont été reçus en 1940³¹⁹. L'idée est en gestation.

Le rôle grandissant des assurances

La nouvelle assise de l'Hospice orthopédique est d'autant plus significative que, passées les quelques années d'adaptation dans le nouveau bâtiment, l'établissement crée des liens plus étroits avec les assurances. Depuis 1921, l'introduction de l'assurance infantile obligatoire a

³¹⁴ ALTENBAUGH (2015: 14).

³¹⁵ GROSS (1993: 41).

³¹⁶ Archives HO, Dossier « ECVF » : NICOD (1986: 3); CLERC (1996: 4). Sur les développements de la physiothérapie vaudoise et en Suisse romande, voir HASLER (2011); HASLER (2013); HASLER (2018).

³¹⁷ HASLER (2011: 2).

³¹⁸ NICOD (1937: 114).

³¹⁹ « Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1940*, 10.

permis à l'Hospice orthopédique de résoudre certains problèmes financiers, et notamment ceux des traitements coûteux pour les enfants hospitalisés. En outre, en 1928, Placide Nicod obtient de la Caisse cantonale vaudoise d'assurance infantile, en cas de maladie, une subvention annuelle de 2'000 francs pour les traitements ambulatoires et les séances de gymnastique prodigués aux enfants assurés³²⁰.

Deux ans plus tard, l'établissement enregistre une augmentation importante des prises en charge ambulatoires, soit 180 patients qui s'ajoutent aux 275 malades hospitalisés. Il s'agit pour la plupart d'élèves des écoles primaires dont le traitement est confié à l'Hospice orthopédique par l'assurance infantile³²¹. Aussi le comité se félicite-t-il, en 1933, de constater que jamais autant de malades n'ont été traités dans l'institution, tout en précisant :

LA SALLE DE GYMNASTIQUE ET LES SOINS AUX EXTERNES NOUS RAPPORSENT BEAUCOUP ET CELA EN GRANDE PARTIE GRÂCE AUX CIES D'ASSURANCE³²².

De plus, la Mutuelle vaudoise, la Caisse nationale d'assurance (CNA, appelée SUVA en Suisse alémanique) et la Winterthur envoient à l'Hospice orthopédique ceux de leurs assurés adultes, accidentés du travail, qui ont besoin de massages, de mécanothérapie et d'électrothérapie. Placide Nicod regrette cependant l'attitude de certains de ces patients, comme il le confie dans le rapport d'activité de 1930 :

LEUR BONNE VOLONTÉ ET LEUR DÉSIR DE GUÉRIR RAPIDEMENT NE CORRESPONDENT PAS TOUJOURS À NOS EFFORTS ET AU TRAVAIL CONSCIENCIEUX DE NOS MASSEURS ET MASSEUSES.

Mais le directeur médical ne cache pas que le partenariat avec les assurances est suffisamment important, pour ne pas dire essentiel, pour ne pas se laisser décourager :

L'INTÉRÊT QUE NOUS TROUVONS À COLLABORER DANS NOTRE MODESTE RAYON D'ACTIVITÉ AVEC LES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE NOUS POUSSE CEPENDANT À REDOUBLER D'EFFORTS POUR JUSTIFIER LA CONFIANCE DES DIRECTEURS DE CES ASSURANCES ET CELLES DES CONFRÈRES QUI EN SONT LES MÉDECINS CONSEILS³²³.

La décision est judicieuse, car la suite de la décennie annonce des perspectives moins favorables : le nombre d'enfants traités à l'Hospice orthopédique est en diminution – ils passent de 84% des effectifs en 1930 à 68% en 1939³²⁴. Il y a donc tout intérêt à élargir la clientèle.

Orthopédiste polyvalent, Placide Nicod devient aussi, dans les années 1930, le promoteur en Suisse des méthodes arthroplastiques (remplacement des articulations). Se lançant dans des opérations nouvelles de l'arthroplastie de la hanche et du genou, il perfectionne sa technique opératoire par de nombreux voyages d'études à Lyon, Bologne, Paris, Berck-sur-Mer, Berlin, Munich, Heidelberg³²⁵. En juin 1939, peu avant l'éclatement de la guerre, il fait une démonstration d'arthroplastie de la hanche à la réunion de la Société française de chirurgie orthopédique et de traumatologie (SOFOT), qui se tient alors à Lausanne³²⁶. Sa notoriété lui vaudra d'être nommé doyen de la Faculté de médecine de Lausanne de 1942 à 1944. Mais entre-temps éclate la Seconde Guerre mondiale, puissant facteur de déséquilibre humain et matériel, qui entraîne chacun vers d'autres devoirs.

³²⁰ HUGLI (1976: 45); Archives HO, « PV conseil HO », séances des 7 sept. 1927 et [?] mai 1928.

³²¹ « Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1930*, 7.

³²² Archives HO, « PV conseil HO », séance du 16 mars 1933.

³²³ « Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1930*, 7–8.

³²⁴ DONZÉ (2007: 178–179).

³²⁵ Archives HO, Dossier « Documents concernant le prof. Placide Nicod » : Placide Nicod 1876–1953; SCHOLDER (1953*).

³²⁶ HUGLI (1976: 66).

Fig. 33
Salle des petits enfants
de l'Hospice orthopé-
dique dans les années
1930.



FAIRE FACE AUX DIFFICULTÉS DURANT LE CONFLIT

Au 1^{er} septembre 1939, la population suisse est appelée à la mobilisation générale. À l'Hospice orthopédique, sur 12 infirmières, dix doivent immédiatement quitter l'établissement pour rejoindre leur poste militaire dans les hôpitaux et infirmeries de l'armée. Les malades étrangers qui payaient la pension complète ont quitté l'établissement et rien n'assure que les dons continueront d'affluer du fait des difficultés économiques à venir. La mise en vigueur du régime des cartes alimentaires vient compliquer l'organisation interne de l'établissement. Dans les années qui suivent, le personnel continuera de s'absenter par intermittence. L'hospice peut compter sur beaucoup de bonnes volontés pour faire face à cette période agitée³²⁷. Personne ne sait toutefois si le pays pourra, comme lors du premier conflit mondial, échapper à la montée de violence qui frappe les nations alentour.

L'orthopédie suisse doit alors se battre sur plusieurs fronts à la fois : structurer ses propres convictions sans plus pouvoir les confronter avec celles de l'étranger, apporter son tribut à la lutte menée contre les ravages de la tuberculose endémique et ceux de la poliomyélite, assurer de nombreuses responsabilités du secteur militaire, et répondre aux exigences de la vocation helvétique humanitaire à l'égard des victimes de la guerre. L'orthopédie est, paradoxalement, à la fois repliée sur elle-même et chargée de missions étrangères dans le domaine de l'appareillage prothétique des amputés grecs, puis français et yougoslaves, notamment³²⁸. La problématique des invalides de guerre, militaires et civils, amplifie les besoins médicaux dont la Première Guerre avait posé les bases et que de nouvelles découvertes médicales viennent alimenter. La guerre d'Espagne et surtout la Seconde Guerre mondiale deviennent le terrain d'un usage à large échelle du vaccin anti-tétanos, de la pénicilline, des sulfonamides et des transfusions sanguines³²⁹.

Habitué à évoluer dans un environnement médical pluridisciplinaire et au fait des besoins sociaux des personnes qu'ils traitent, les orthopédistes sont en tête de file pour promouvoir un suivi régulier des malades pendant mais aussi après le traitement médical, par la réhabilitation et la réintégration sociale. C'est aussi pourquoi ils sont parmi les pionniers dans ce qui s'appellera bientôt la médecine sociale. Ainsi, l'orthopédiste alémanique Hans Debrunner, initiateur de l'Association libre des orthopédistes suisses et colonel responsable de services sanitaires durant la guerre, s'implique dans des projets de réhabilitation pour les patients handicapés qui vont inspirer les recommandations en vue de l'assurance invalidité (AI) fédérale de 1960³³⁰. Quant à l'Hospice orthopédique, il sert de tremplin à la création de la section vaudoise de Pro Infirmis, sous la houlette de Placide Nicod.

L'ORTHOPÉDIE COMME MÉDECINE SOCIALE

Il faut rappeler que l'aide aux enfants dits « infirmes » fait partie du paysage social suisse depuis de nombreuses décennies. Dès la fin du 19^e siècle, les milieux philanthropiques et la pédagogie curative ont promu l'organisation de sociétés locales en faveur des enfants infirmes, qui connaissent dès le 20^e siècle une centralisation

³²⁷ « Rapport du conseil d'administration (G. Meylan) », *Rapport HO 1939*, 3-4 ; « Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1940*, 10.

³²⁸ SCHOLDER (1978 : 90).

³²⁹ BOURKE (2000 : 590).

³³⁰ DEJAN/WYDER (2014).

nationale. Certaines de ces sociétés se sont regroupées dans le but de mieux cibler l'investissement éducatif et social en fonction des types spécifiques de handicap. C'est par exemple la fondation de l'Union centrale suisse pour le bien des aveugles, de la Société suisse de patronage des sourds-muets, de la Société suisse pour l'éducation et les soins aux faibles d'esprit, ou encore de la Société suisse en faveur des estropiés. En 1920, ces organismes se regroupent au sein de l'Association suisse en faveur des anormaux, devenue Pro Infirmis en 1938. Cette organisation faîtière, qui sert de secrétariat général permanent des œuvres de secours, assume la responsabilité d'une ligne directrice nationale en matière de protection et de soutien aux personnes en situation de handicap, en l'absence d'une AI encore en gestation³³¹.

La guerre vient transformer la perception de l'invalidité qui, d'une traditionnelle indifférence ou d'un rejet, suscite progressivement une meilleure compréhension sociale et psychologique des infirmes. De par le nombre des personnes victimes du premier conflit mondial, chacun se sent désormais davantage concerné par l'infirmité. L'orthopédie moderne devient alors un modèle typique de la dissolution des frontières entre médecine curative et préventive, entre médecine préventive et santé publique³³². Aussi les programmes sociaux liés à la médecine se développent-ils, à l'instar de Pro Infirmis, dans une collaboration active avec les orthopédistes.

LE SERVICE DE PRO INFIRMIS VAUD

L'association suisse Pro Infirmis connaît un tel succès que son siège, situé à Zurich, est rapidement saturé. Un certain nombre de services régionaux et cantonaux sont créés dès 1935, principalement en Suisse alémanique, tandis qu'un secrétariat romand est établi pour la Suisse francophone. Neuchâtel est le premier canton en 1940 à se doter d'un service social de Pro Infirmis, qui s'illustre par une étude inédite menée sur les besoins des personnes en situation de handicap dans le canton. Cette étude révèle le nombre important de personnes atteintes de déformations physiques handicapantes, condamnées pour cette raison à une vie quasi clandestine. Or les avancées de la médecine rendent désormais possible la correction chirurgicale de certaines déficiences physiques. Le problème est de parvenir à atteindre les bénéficiaires potentiels de tels traitements, d'où la nécessité de faire appel aux services d'une assistante sociale qui permette de dépister les cas et de faciliter la prise en charge médicale.

Sensibilisé par sa propre expérience et par les résultats de l'étude neuchâteloise, Placide Nicod promeut la création d'un service social de Pro Infirmis en terre vaudoise, avec l'aide de sept membres de la commission romande de Pro Infirmis. Le médecin-chef de l'Hôpital orthopédique préside ce service, placé sous la direction de Suzanne Gavin, secrétaire romande de Pro Infirmis. Le service s'ouvre à Lausanne en février 1941, en pleine période de guerre. L'opinion est alors sous le choc de la débâcle française et la Suisse vit dans la crainte d'être entraînée dans le conflit. Dans cette période sombre placée sous l'influence délétère de l'idéologie du national-socialisme – idéologie que la faîtière suisse de Pro Infirmis s'efforce de combattre³³³ –, il semble d'autant plus important de sensibiliser la population à l'oubli dans lequel sont maintenues les personnes en situation de handicap. Car dans le canton de Vaud comme ailleurs, ces personnes vivent dans un isolement profond, les barrières psychologiques étant encore importantes³³⁴.

Durant les toutes premières années, le service vaudois de Pro Infirmis vient surtout en aide aux personnes physiquement handicapées, parmi lesquelles, sans surprise, les enfants poliomyélitiques figurent en majorité. De nouvelles épidémies de poliomyélite ont atteint la Suisse durant la décennie, avec des pics en 1941 (1'479 cas) et en 1944 (1'793 cas)³³⁵. En l'absence de soutien financier établi – l'AI n'existe pas encore –, les infrastructures telles que les institutions spécialisées et homes-écoles sont en nombre réduit et peu développées : les jeunes handicapés y sont accueillis dans des locaux rudimentaires et sans programme établi. La guerre freine encore le développement de ces institutions d'accueil³³⁶.

Dans ce contexte, la mission de Pro Infirmis comporte trois volets : dépister les enfants concernés, faciliter leur accès aux traitements et

³³¹ KABA (2007 : 70). Voir aussi WOLFISBERG (2002).

³³² COOTER (2014 [1993] : 165-166).

³³³ Voir KABA (2007 : 70-74) ; WOLFISBERG (2002 : 264-271).

³³⁴ Pro Infirmis-Vaud (1992 : 7-8).

³³⁵ « Histoire [de la poliomyélite] », Polio.ch.

³³⁶ Pro Infirmis-Vaud (1992 : 10).

leur proposer une réadaptation au travail. Relatant le programme caritatif qu'il a contribué à mettre sur pied, Placide Nicod souligne certaines résistances de la population lors des campagnes de dépistage :

IL EXISTE UNE SURVIVANCE DANS CERTAINES COUCHES DE LA POPULATION DE L'IDÉE QUE LES DÉFORMATIONS DE NAISSANCE SONT INCURABLES ET QU'IL EST INUTILE DE VOULOIR LES SOIGNER. « À QUOI BON FAIRE SOUFFRIR CET ENFANT, ON

À l'idée d'incurabilité, relève encore Placide Nicod, s'ajoutent les sentiments de déshonneur éprouvés par certaines familles qui cachent leur enfant infirme, ou l'utilisation de celui-ci pour demander la charité³³⁸.

Le travail de dépistage des assistantes sociales est dès lors essentiel : elles s'informent auprès des autorités ecclésiastiques, scolaires et communales, rendent visite aux familles et orientent les enfants vers les établissements de soins appropriés : les hôpitaux cantonaux et les infirmeries de district traitent les déformations par suite d'accidents (fractures vicieusement consolidées) et les pseudarthroses ; les ostéoarthrites tuberculeuses avec déformations secondaires sont soignées dans les hôpitaux et les sanatoriums d'altitude, ainsi que dans les services orthopédiques de la plaine. Et c'est à l'Hospice orthopédique que reviennent les déformations des membres ou du tronc d'origine rachitique, paralytique, post-traumatique ou nerveuse. L'assistante sociale soutient également les parents, pour veiller à l'observation des indications thérapeutiques et leur faciliter les démarches en cas de subventions nécessaires pour le traitement ou l'achat d'appareils orthopédiques. Enfin, l'assistante sociale réapparaît à la sortie de l'hôpital comme conseillère d'orientation professionnelle, dans le cadre d'une institution de rééducation ou d'un apprentissage. Elle a notamment pour tâche de faire tomber les préjugés des employeurs³³⁹. Cette démarche, à la fois sociale et économique, caractérisera l'ensemble des programmes de Pro Infirmis.

Placide Nicod, qui présidera la section vaudoise de l'association jusqu'en 1952, se félicite de pouvoir compter sur la générosité de la population suisse et d'obtenir des résultats significatifs pour les principaux concernés. Il mentionne, entre autres exemples, la situation de cet enfant :

ENFANT DE 15 ANS, LE 9^e D'UNE FAMILLE DE 16 ENFANTS, ATTEINT D'ANKYLOSE DES DEUX HANCHES, EN POSITION VICIEUSE DE FLEXION ET D'ADDUCTION. L'INFIRME MARCHAIT LES JAMBES CROISÉES ET ATTIRAIT AINSI TOUS LES REGARDS PAR SA DÉMARCHE INUSITÉE ET FORT DISGRACIEUSE. APRÈS INTERVENTION SUR LES DEUX HANCHES, LE MALADE A PU MARCHER, DANS UNE ATTITUDE NORMALE.

Et de conclure dans le même rapport sur son activité auprès des enfants :

SOUS LES FORMES DISGRACIEUSES DE CES CHERS MALADES, SE CACHENT BIEN SOUVENT DES NATURES ÉPRISES D'IDÉAL. À CEUX QUI LES ONT GUÉRIS, COMME À CEUX QUI LES ONT AIDÉS, ILS VOIENT UNE RECONNAISSANCE INALTÉRABLE ; ELLE EST POUR TOUS, LE MEILLEUR RÉCONFORT³⁴⁰.

La correspondance et les photographies envoyées par les patients au personnel de l'Hospice orthopédique, souvent bien après leur sortie de l'établissement, témoignent de cette reconnaissance³⁴¹.

Un élan humaniste porte l'œuvre de Placide Nicod – issu des milieux catholiques sociaux –, qui s'érige en expert au-delà de la région vaudoise. On retrouve ainsi le médecin soutenant la Fondation de l'enfance infirme de l'Institut Notre-Dame de Lourdes, créée à Sierre (Valais)

³³⁷
Archives HO, NICOD
(début années 1950* : 4).

³³⁸
Voir note précédente.
Sur les représentations sociales
du handicap dans la société,
voir par exemple GRIM (2000).

³³⁹
Archives HO, NICOD
(début années 1950* : 4-7).

³⁴⁰
Archives HO, NICOD
(début années 1950* : 8).

³⁴¹
Entretien avec
Geneviève Putigny.

L'infirme

Un impotent? Non
Un incapable? Encore moins

L'infirme peut travailler
quand-même !

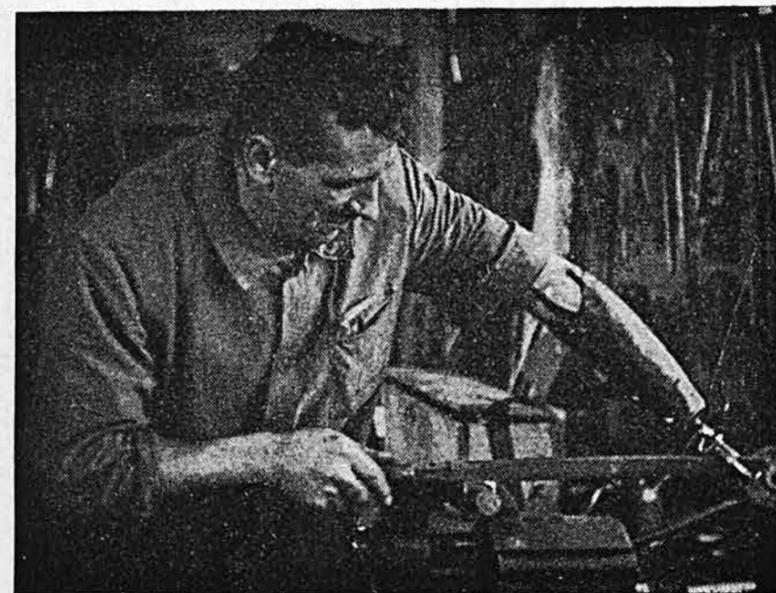


Fig. 34
Numéro spécial de la
revue *Pro Infirmis* paru
en 1951, consacré à la
réadaptation profession-
nelle. Ici, la page de titre.

en 1943. Placide Nicod y assure la formation des religieuses pour le traitement des pensionnaires atteints d'infirmités physiques osseuses et musculaires, et il y envoie souvent des petits patients de l'Hospice orthopédique en convalescence. Inversement, il reçoit régulièrement à l'Hospice orthopédique les enfants de l'institution valaisanne pour une consultation ou une intervention chirurgicale³⁴². Son expérience à Pro Infirmis Vaud l'incitera aussi en 1947, alors tout juste retraité, à proposer à la faïtière suisse de Pro Infirmis le projet de créer un Office romand d'intégration professionnelle pour handicapés, dont il prendra la présidence³⁴³.

Échanges et solidarité sont d'autant plus nécessaires que, dès la cessation des hostilités survenue en mai 1945, les contacts ont repris entre la Suisse et l'étranger. Dès lors, le travail s'intensifie au sein des institutions médicales et sociales, à l'exemple du chalet annexe de l'Hospice orthopédique qui sollicite la collaboration de plusieurs instances du canton.

LE « CHALET » POUR MUTILÉS CIVILS VICTIMES DE LA GUERRE

Dès le mois de novembre 1945, sur l'initiative de Pro Infirmis et de la Croix-Rouge suisse, des enfants mutilés civils sont reçus en Suisse, principalement à Zurich et Lausanne. De façon générale, l'accueil des malades étrangers concerne de nombreux services médicaux et cliniques du pays, soutenu par un élan de solidarité historiquement connoté et relayé dans l'opinion publique par voie de presse. L'Hospice orthopédique s'en fait l'écho dans son rapport annuel de 1945 :

LA SUISSE, BERCEAU DE LA CROIX-ROUGE INTERNATIONALE, FIDÈLE À SON IDÉAL

TRADITIONNEL DE CHARITÉ, LES ACCUEILLE [LES MALADES ÉTRANGERS] SANS

Venus d'Alsace, de Lorraine, de Normandie, de Belgique, d'Autriche et des Pays-Bas, des enfants et des adolescents, amputés des bras et des jambes ou atteints de déformations des membres, sont reçus à l'Hospice orthopédique pour être soignés dans une baraque militaire mise gracieusement à disposition par l'armée suisse. Installé sur le terrain de l'Hôpital cantonal, ce bâtiment, appelé « chalet », peut recevoir 40 malades.

Ravitailés par l'Hôpital cantonal, traités et appareillés par l'Hospice orthopédique, les patients du chalet bénéficient aussi d'un examen psycho-technique dispensé par l'Institut de psychologie appliquée de Lausanne, tandis que diverses personnes et sociétés contribuent aux loisirs des jeunes. Une fois appareillés et habitués à leur prothèse, ils sont rapatriés par les soins de la Croix-Rouge et aux frais du Don suisse, puis remplacés par d'autres mutilés venant des mêmes régions. L'Hospice orthopédique est donc au centre d'un dispositif d'entraide aux rouages bien huilés, bénéficiant de l'expérience des réseaux caritatifs organisés dès avant le conflit et surtout pendant³⁴⁵.

Au chalet, le service médico-chirurgical est assuré par Louis Nicod (1912–2006), aidé d'un médecin assistant et d'un bandagiste qui confectionne les prothèses sous la supervision du médecin. Fils de Placide Nicod, Louis Nicod vient d'être nommé en 1946 médecin-adjoint de l'Hospice orthopédique, après avoir été premier assistant depuis 1940. Durant la guerre, avec la Croix-Rouge suisse, il avait éprouvé ses compétences de jeune chirurgien dans les hôpitaux de campagne de l'Est européen³⁴⁶. Au chalet, il s'investit pleinement dans ce que son père considère comme étant alors un « nouveau champ d'activité pour l'Hospice »³⁴⁷.

Le traitement des enfants du chalet est particulièrement difficile du fait de la sévérité des blessures et de leur prise en charge effectuée pendant la guerre dans des conditions parfois limitées. Car ces blessés ne présentent pas uniquement des membres amputés à appareiller, comme l'explique le médecin-directeur de l'Hospice orthopédique, Placide Nicod, dans le rapport annuel de 1946 :

³⁴²
Voir BRUCHEZ (1994 : 36–38).

³⁴³
Archives HO, NICOD (début années 1950* : 8).

³⁴⁴
« Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1945*, 7.

³⁴⁵
Voir DROUX/KABA (2005).

³⁴⁶
« Une carrière au service de l'orthopédie » (1977).

³⁴⁷
« Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1945*, 7.

QUELQUES-UNS ONT DES PLAIES TORPIDES QUI NE CICATRISENT PAS, D'AUTRES

ONT DES SÉQUESTRES OSSEUX À ÉLIMINER, DES NERFS COMPRIMÉS ET PARALYSÉS

PAR DES CALS VICIEUX, DES RÉTRACTIONS CICATRICIELLES DÉFECTUEUSES QUI

ENTRAVENT LA MOBILITÉ DES MOIGNONS, ETC.

Aussi la durée moyenne de séjour au chalet pour chaque blessé est-elle de septante jours, ce que le médecin justifie comme suit :

QUAND ON SONGE AU TEMPS QU'IL FAUT POUR LA CONFECTION D'UNE PRO-

THÈSE, POUR SON ADAPTATION ET POUR LA RÉÉDUCATION À LA FONCTION, LA

MOYENNE DE 70 JOURS EST RELATIVEMENT FAIBLE; D'AUTANT PLUS QUE CHEZ

DE NOMBREUX MUTILÉS LES MOIGNONS N'ÉTAIENT PAS BIEN CONDITIONNÉS,

ET QUELQUES-UNS ONT DÛ ÊTRE RÉOPÉRÉS AVANT D'ÊTRE APPAREILLÉS. LES

BLESSÉS DONT LES MOIGNONS ÉTAIENT EN BON ÉTAT ONT PU ÊTRE APPAREIL-

LÉS IMMÉDIATEMENT ET, APRÈS DEUX OU TROIS SEMAINES D'ADAPTATION ET

DE RÉÉDUCATION À LA MARCHÉ, ILS SONT

RENTRÉS [CHEZ EUX] AFIN DE FAIRE PLACE

À D'AUTRES³⁴⁸.

En outre, les jeunes blessés bénéficient à l'Hospice orthopédique de toute l'infrastructure nécessaire à leur traitement préopératoire et postopératoire : physiothérapie, massages, bains de lumière et mécano-thérapie. En contrepartie, et dans un contexte géopolitique bien plus serein qu'en temps de guerre, cette période est aussi marquée par une production intense d'appareillages pour amputés qui favorise l'évolution des savoir-faire et des techniques dans le domaine. Ici comme ailleurs, les victimes de la guerre auront fait progresser les connaissances sur plusieurs plans, comme le consigne Louis Nicod dans le rapport annuel de 1947 :

J'AI LA CONVICTON QUE LE SOUVENIR DE CETTE ŒUVRE RESTERA TRÈS VIVANT

DANS LA MÉMOIRE DES MÉDECINS, INFIRMIÈRES ET EMPLOYÉS DE L'HOSPICE

ORTHOPÉDIQUE. ELLE NOUS A NON SEULEMENT PERMIS DE COMPLÉTER NOS

CONNAISSANCES DANS LE DOMAINE DE L'APPAREILLAGE ET DANS L'APPLICA-

TION DE CERTAINES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES PROPRES À OBTENIR UN BON

MOIGNON; MAIS, SURTOUT, ELLE A ÉTÉ POUR TOUS UN MAGNIFIQUE CONTACT

HUMANITAIRE AVEC D'INNOCENTES VICTIMES DE LA GUERRE³⁴⁹.

Plus de 300 jeunes mutilés auront été amenés à Lausanne par la Croix-Rouge suisse entre 1945 et 1947. De plus, à trois reprises, Louis Nicod et son équipe se sont rendus en France et en Afrique du Nord pour opérer des mutilés de l'armée française, à la demande conjointe des généraux Guisan et De Lattre et avec le soutien du Don suisse³⁵⁰. Ces opérations à l'étranger allaient être amenées à se répéter dans le cadre d'actions humanitaires durant les décennies à venir.

³⁴⁸

« Rapport médical : Le Chalet (Placide Nicod) », *Rapport HO 1946*, 13–14.

³⁴⁹

« Le Chalet : Rapport (Louis Nicod) », *Rapport HO 1947*, 12.

³⁵⁰

« Une carrière au service de l'orthopédie » (1977).

Fig. 35
Mutilés victimes de
la Seconde Guerre mon-
diale, traités et appareil-
lés à l'Hospice orthopé-
dique en 1945.
Ici, avant traitement
et appareillage.



Fig. 36
Ici, après traitement
et appareillage.



FIG. 1. — A l'arrivée.

1^{er} cas
Poliomyélite grave



FIG. 2. — Au départ.

Fig. 37
Jusqu'au milieu du
20^e siècle, la poliomyélite
est parmi les principales
causes de déformations
osseuses et musculaires
des patients traités à
l'Hôpital orthopédique.

L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE À L'HEURE DU BILAN

Dès la période d'après-guerre, l'Hospice orthopédique accueille une patientèle dont le profil d'âge a définitivement changé. Le rapport de 1940 rappelait déjà cette évolution entamée deux décennies auparavant :

L'HEURE EST DE CONSTATER QU'UN MOUVEMENT SE POURSUIT QUI CHANGE

L'UN DES CARACTÈRES PRIMITIFS DE L'HOSPICE. C'ÉTAIT, AUTREFOIS, AVANT

En effet, il y avait 26 malades âgés de plus de 18 ans en 1928 ; ils sont 179 âgés de plus de 16 ans en 1940 – dès cette année, la statistique fédérale oblige à prendre 16 ans comme limite de l'âge des enfants³⁵².

La diversité des cas est la règle, même si les séquelles de la poliomyélite constituent le plus important pourcentage des malades traités durant les années 1940 – 56 cas sur 376 malades en 1940 (soit 15%) ; 93 cas sur 488 malades en 1946 (soit 19%)³⁵³. En comparaison, la population américaine des baby-boomers comptabilise un contingent impressionnant de 42'000 cas de poliomyélite en 1949, et jusqu'à 57'000 en 1952 (soit 37,2 cas pour 100'000 habitants). La maladie n'épargne plus les adolescents et même les adultes, toujours plus nombreux à être concernés³⁵⁴.

Entre les années 1940 et le début des années 1950, les épidémies de poliomyélite atteignent une virulence inédite au niveau planétaire, et la spécificité de la maladie, qui touche toutes les classes sociales, contribue à une forte mobilisation des élites. Des fondations et des associations privées, spécifiquement dédiées à cette cause, sont créées, qui bénéficient de l'implication des milieux médicaux – orthopédistes, traumatologues, infirmières, physiothérapeutes. En diminuant l'impact des séquelles de la maladie, les initiatives des milieux privés pallient les actions parfois lacunaires des pouvoirs publics, sans pour autant réussir à enrayer la maladie. Il faudra pour cela attendre la découverte, au milieu des années 1950, de deux vaccins distincts³⁵⁵.

En 1946, à la veille de quitter sa fonction, Placide Nicod tire le bilan de l'évolution de l'orthopédie telle que pratiquée à l'Hospice orthopédique :

SI, DEPUIS SON TRANSFERT À MONTAGIBERT, L'ÉTABLISSEMENT A PRIS UN DÉVE-

LOPPEMENT TRÈS RÉJOUISSANT, C'EST QUE LA TECHNIQUE ORTHOPÉDIQUE

S'EST ENRICHIE CES VINGT DERNIÈRES ANNÉES DE TRÈS NOMBREUX PROCÉDÉS

³⁵¹ « Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1940*, 7.

³⁵² « Rapport du conseil d'administration (G. Meylan) », *Rapport HO 1940*, 4.

³⁵³ « Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1940*, 7 ; « Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1946*, 7.

³⁵⁴ ALTENBAUGH (2015 : 14).

³⁵⁵ BRÉGAIN (2014 : 181). Voir aussi MARTINEZ-PÉREZ (2009).

TOUT, UNE MAISON POUR ENFANTS, ET QUAND NOUS L'AVONS INSTALLÉ À MONTAGIBERT, LES TRAITEMENTS POUR ADULTES ÉTAIENT L'EXCEPTION. OR, ACTUELLEMENT, NOUS NOUS TROUVONS EN FACE D'UNE SITUATION TRÈS DIFFÉRENTE³⁵¹.

OPÉRATOIRES, DONT ONT BÉNÉFICIÉ DE NOM-

BREUX MALADES. EN OUTRE, DANS LE PETIT

ÉTABLISSEMENT DE LA ROUTE D'ÉCHALLENS

NOUS N'ÉTIONS ORGANISÉS QUE POUR RECE-

VOIR DES ENFANTS DE 2 À 16 ANS ENVIRON.

OR DE NOMBREUX BÉBÉS QUI NAISSENT AVEC

DES PIEDS BOTS OU D'AUTRES DÉFORMATIONS CONGÉNITALES DOIVENT ÊTRE TRAITÉS LE PLUS TÔT POSSIBLE [...]. D'UN AUTRE CÔTÉ LES ADOLESCENTS ET LES ADULTES PRÉSENTENT SOUVENT DES AFFECTIONS ORTHOPÉDIQUES QUI RENTRENT TOUT À FAIT DANS LE CADRE DE LA SPÉCIALITÉ. IL NE FAUT DONC PAS SÉPARER, COMME DANS CERTAINES AUTRES VILLES UNIVERSITAIRES DE PAYS QUI NOUS ENTOURENT, L'ORTHOPÉDIE DE L'ENFANCE DE CELLE DE L'ADULTE. TOUTES DEUX FORMENT UN TOUT HOMOGENÈME, BIEN DISTINCTES PAR CERTAINES PARTICULARITÉS, MAIS QUI BÉNÉFICIENT L'UNE ET L'AUTRE DE MÉTHODES PHYSIOTHÉRA-

La position de Placide Nicod quant à l'orthopédie est donc claire : elle se définit comme une discipline qui marie chirurgie et physiothérapie, et doit se destiner à tous les âges. De fait, entre 1948 et 1951, le nombre des adultes va encore doubler. La diversité de sexe et de l'âge des malades exigerait des services séparés, ce que le bâtiment d'alors ne permet pas³⁵⁷. La nécessité de se développer dans un avenir proche se fait sentir.

PIQUES ET CHIRURGICALES QUI, COMBINÉES ET BIEN ADAPTÉES À CHAQUE CAS PARTICULIER, DONNENT EN GÉNÉRAL D'EXCELLENTS RÉSULTATS³⁵⁶.

FIN DE RÈGNE, DIFFICULTÉS FINANCIÈRES ET RAPPROCHEMENTS AVEC L'ÉTAT

Au printemps 1947, Placide Nicod a passé le flambeau à Jean-Charles Scholder (1891–1958), nommé professeur d'orthopédie à l'Université de Lausanne et appelé au poste de médecin-chef de l'Hospice orthopédique. Ayant fait toute sa carrière de médecin-orthopédiste à Lausanne, Jean-Charles Scholder avait dirigé, après son père Charles qui l'avait fondé, le premier Institut médico-mécanique et orthopédique de Lausanne. Il était depuis plusieurs années en relation régulière avec l'Hospice orthopédique³⁵⁸. Il reprend également la direction de l'École cantonale vaudoise de massage et gardera ses nouvelles fonctions jusqu'en 1954.

Les difficultés ne manquent pas à l'Hospice orthopédique pour poursuivre ses missions, comme l'exprime le nouveau médecin-chef en 1949 :

NOUS AVONS UNE SITUATION DIFFICILE, CELLE DE NOUS MAINTENIR À LA HAUTEUR DE NOTRE TÂCHE AVEC UN BUDGET INSUFFISANT. [...] IL NE S'AGIT PAS SEULEMENT DE MAINTENIR EN ÉTAT CE QUE NOUS POSSÉDONS, MAIS IL S'AGIT D'ACQUÉRIR TOUS LES INSTRUMENTS ET APPAREILS NOUVEAUX QUI APPORTENT

De surcroît, la demande en lits ne cesse d'augmenter. Les hospitalisations de l'Hospice orthopédique sont fournies par la policlinique de l'établissement, ainsi que par deux consultations orthopédiques mensuelles à Neuchâtel et Fribourg sous le patronage de Pro Infirmis, qui drainent à Lausanne de nombreux malades. Des demandes d'admission parviennent aussi de l'étranger, si bien que ce sont une trentaine de malades qui attendent d'être reçus dans l'établissement. En 1951, ils seront une dizaine de plus sur la liste d'attente³⁶⁰.

La collaboration avec les institutions proches est un élément clé de l'essor de l'Hospice orthopédique : les patients circulent notamment entre l'établissement et l'Hôpital cantonal, qui se partagent aussi certaines technologies telles que les services de radiologie. Toutefois, les anciennes querelles entre chirurgie et orthopédie sont toujours présentes, qui relèvent de conflits de pouvoir entre personnes plus que d'une incompatibilité – désormais infirmée par l'expérience – entre les deux disciplines. En effet, Pierre Decker, successeur de César Roux à la

UNE AIDE EFFICACE ET UN PROGRÈS RÉEL³⁵⁹.

³⁵⁶ « Rapport médical (Placide Nicod) », *Rapport HO 1946*, 9.

³⁵⁷ « Rapport du conseil d'administration », *Rapport HO 1951*, 3.

³⁵⁸ « Rapport du conseil d'administration », *Rapport HO 1947*, 3.

³⁵⁹ « Rapport médical (Jean-Charles Scholder) », *Rapport HO 1949*, 7.

³⁶⁰ « Rapport médical (Jean-Charles Scholder) », *Rapport HO 1949*, 7 ; « Rapport médical (Jean-Charles Scholder) », *Rapport HO 1951*, 7.

chaire de chirurgie, semble avoir tenu en faible estime la discipline orthopédique. À ce propos circule une anecdote partagée par les historiens et les orthopédistes lausannois, rappelée ici par Michel Gross, auteur d'une biographie de Placide Nicod :

EN 1950, PIERRE DECKER AVAIT REQUIS LES SERVICES DE L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE À PROPOS D'UNE « COXITE TUBERCULEUSE CONSOLIDÉE EN FORTE ABDUCTION ». SELON DECKER, IL FALLAIT METTRE À LA DISPOSITION DU MALADE UNE « CHAUSSURE CONTROLATÉRALE SURÉLEVÉE ». LE SUCCESSEUR DE PLACIDE NICOD À LA CHAIRE D'ORTHOPÉDIE, JEAN-CHARLES SCHOLDER, CONSEILLA, AVEC RAISON, DE PRATIQUER AU PRÉALABLE UNE OSTÉOTOMIE DE CORRECTION. PRÉSENTANT LE CAS DU PATIENT QUELQUES JOURS PLUS TARD DEVANT

Avec Frédéric Saegesser, qui succédera en 1957 à Pierre Decker à la chaire de clinique chirurgicale, les tensions iront en s'amenuisant. Cette nomination, note Michel Gross, « permet d'entrevoir une recherche complémentaire entre les responsables des services de chirurgie et d'orthopédie »³⁶².

Fier de son passé, l'Hospice orthopédique tient à défendre son statut d'institution privée, non sans quelques interrogations soulevées par le médecin-chef de l'établissement :

AVONS-NOUS RAISON DE RESTER INDÉPENDANTS MALGRÉ LES SACRIFICES ET LES RESTRICTIONS QUE CETTE INDÉPENDANCE NOUS IMPOSE ? NOUS L'ESPÉRONS

Or, force est de constater que le soutien du canton est devenu plus nécessaire que jamais, tandis que, conséquemment, son contrôle s'est resserré. Cette situation touche l'ensemble des hôpitaux régionaux du canton de Vaud, lesquels ont connu, depuis l'extrême fin des années 1890 et jusqu'à l'entre-deux-guerres, une croissance continue et coûteuse. Pierre-Yves Donzé rappelle que la modernisation des hôpitaux, effectuée par l'intégration d'une nouvelle infrastructure médico-technique et la construction de nouveaux bâtiments hospitaliers, a incité les différentes administrations hospitalières à attirer un nombre toujours plus important de malades rentables, à augmenter leur part de marché et à positionner leur établissement les uns par rapport aux autres. Le système hospitalier est devenu beaucoup plus compétitif. Aussi, au sortir de la guerre, les hôpitaux régionaux connaissent-ils tous de graves difficultés liées à des ressources financières insuffisantes, ressources qui reposent essentiellement sur les pensions versées par les malades ou ceux qui les supportent, à savoir les assurances et, de plus en plus, l'État³⁶⁴.

Il faut rappeler qu'en matière d'assurance, la Suisse n'a pas suivi le modèle du rapport Beveridge de 1942 qui a rencontré un vaste écho sur la scène internationale. Ce rapport prônait un développement important de l'État providence britannique, par l'instauration d'un système national de sécurité sociale incluant toutes les assurances. Or le Conseil fédéral suisse a estimé ce modèle incompatible avec un État social de tradition fédéraliste et réservant une place importante aux assureurs privés. L'après-guerre se caractérise donc par une croissance durable des caisses maladie et un élargissement de la couverture de l'assurance, reflet de l'élévation du niveau de vie de la période qui favorise la propagation du principe de l'assurance. Mais dans la seconde moitié du 20^e siècle, la croissance du secteur de la santé et la demande toujours plus importante en soins médicaux pèsent sur les finances des caisses³⁶⁵. La plupart des acteurs du système hospitalier se tournent dès lors vers le principal bailleur de fonds du système, l'État, et entreprennent toute une série de négociations.

Ces tractations débouchent sur la signature de conventions et la création de réseaux

³⁶¹ GROSS (1993 : 40–41). Il m'a semblé opportun de retranscrire ici une version de cette anecdote, qui m'a souvent été rappelée lors des entretiens effectués pour ce livre.

³⁶² GROSS (1993 : 41). « Rapport médical (Jean-Charles Scholder) », *Rapport HO 1949*, 7.

³⁶⁴ DONZÉ (2013 : 125–126). « Caisses-maladie », *Histoire de la sécurité sociale en Suisse*.

SES ÉTUDIANTS, PIERRE DECKER LAISSA TOMBER DÉDAIGNEUSEMENT : « UN CORDONNIER CONSEILLE D'OPÉRER LE MALADE. »

afin de négocier les conditions de fonctionnement entre institutions, et avec l'État. Ainsi, l'Hospice orthopédique est affilié au Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV) créé en 1947 – future Fédération des hôpitaux vaudois (FHV)³⁶⁶. Comme ses institutions sœurs intégrées dans le réseau, l'Hospice orthopédique touche dès 1948 une indemnité journalière du canton pour les malades vaudois indigents. Or l'indemnité ne couvre plus les frais de la plupart des hôpitaux privés, qui demandent une augmentation à l'État. Avant de se prononcer, le Département de l'intérieur exige dès 1951 que la comptabilité des institutions concernées soit faite de façon uniforme, selon un schéma établi d'un commun accord. Elles doivent en outre transmettre au canton les comptes qui se rapportent aux journées d'hospitalisation. Le conseil d'administration de l'Hospice orthopédique abdique, tout en martelant dans son rapport de 1950 :

NOUS TENONS À RAPPELER ICI QUE NOUS SOMMES UNE INSTITUTION INDÉPENDANTE DE L'ÉTAT ET QUE NOUS VOULONS LE

L'APPEL DU LARGE ET LE MODÈLE AMÉRICAIN

L'armistice de 1945 a rouvert les frontières aux médecins suisses qui se précipitent à l'étranger auprès de confrères européens ou américains, spécialisés dans des niches négligées par les conséquences de la guerre. En Europe, le chirurgien Robert Merle d'Aubigné et son école de l'Hôpital Cochin à Paris prennent la tête de la chirurgie reconstructive, incluant la chirurgie du rhumatisme, tandis que les États-Unis et le Royaume-Uni donnent le ton dans le domaine de la chirurgie orthopédique. Jusqu'alors majoritairement appliquée à la correction des malformations congénitales des membres et de la colonne vertébrale chez les enfants, ainsi qu'aux paralysies consécutives aux endémies de poliomyélite, l'orthopédie tend à s'élargir à toute la traumatologie de l'appareil locomoteur. Elle inclut par conséquent le traitement des fractures et de toutes les atteintes anatomiques et fonctionnelles de la locomotion, et s'applique plus largement aux adultes. Dans ce champ considérable, les procédés de chirurgie plastique trouvent par ailleurs d'innombrables applications.

De celles-ci profite notamment la chirurgie de la main, qui a également fait un bond durant le conflit du fait du nombre élevé de blessures de ce membre. On réalise alors à quel point il est important que tous les tissus de la main soient réparés par un seul et même chirurgien, entièrement familiarisé avec cette entité anatomique complexe. Aux États-Unis est créée en 1946 la première Société nationale de chirurgie de la main, à l'initiative du général Kirk particulièrement sensibilisé à cette problématique durant la guerre. Alors chirurgien en chef des armées américaines, il avait créé un inspectorat itinérant des hôpitaux militaires, confié aux chirurgiens plastiques, d'orthopédie et de neurochirurgie³⁶⁸. La pluridisciplinarité est à l'œuvre.

Dans ce contexte, on s'interroge aussi sur la légitimité de l'ancien modèle – l'orthopédie pratiquée par un seul homme dans un seul hôpital. Au milieu du siècle, Harry Platt, professeur de chirurgie orthopédique à l'Université de Manchester, émet cette réflexion :

À L'HEURE ACTUELLE, NOUS FAISONS FACE À UNE SITUATION DANS LAQUELLE LE

CHAMP DE L'ORTHOPÉDIE MODERNE EST DEVENU SI LARGE ET SI COMPLEXE, QUE

L'ON PEUT SE DEMANDER SI L'ENSEMBLE DE LA SPÉCIALITÉ PEUT ÊTRE EMBRASSÉE

ADÉQUATEMENT PAR UN SEUL HOMME, OU ÊTRE HEBERGÉE DE FAÇON ÉQUILIBRÉE

Il faut aussi relever que la spécialisation croissante des activités médicales est rendue possible par la mise en place de nouveaux soutiens institutionnels au cours des années 1940 et 1950, tels que l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM, 1943) et le Fonds national de la recherche scientifique (FNS, 1952). Bénéficiant du soutien d'entreprises privées, l'ASSM favorise notamment les voyages de formation à l'étranger, principalement aux États-Unis. Elle fonde en 1945 le *Swiss American Center of Medical Exchange*

³⁶⁶ Sur l'histoire du GHRV/FHV, voir DONZÉ (2004) ; *FHV : Historique*.

³⁶⁷ « Rapport du conseil d'administration », *Rapport HO 1950*, 4.

³⁶⁸ VERDAN (1985 : 9–11). Claude Verdan relève la difficulté à faire émerger, au début des années 1960, une société suisse réunissant les chirurgiens spécialistes de la chirurgie plastique. Ce secteur de la chirurgie a

SOUS LE TOIT D'UNE UNIQUE INSTITUTION

en effet longtemps fait partie de la chirurgie générale, et subsidiairement de l'orthopédie, de l'urologie, de la gynécologie, de l'oto-rhino-laryngologie ou même de la chirurgie maxillo-faciale et de l'ophtalmologie. VERDAN (1985 : 7).

³⁶⁹ PLATT (1950 : 571). Je traduis de l'anglais.

and Information à New York. À la même époque s'intensifie aussi le soutien de fondations privées, comme la *Rockefeller Foundation* ou l'*American Swiss Foundation for Scientific Exchange* à Boston, soutenue par des industriels helvétiques. Il s'agit clairement d'aller acquérir les nouveaux savoir-faire mis au point aux États-Unis et de les transférer dans les hôpitaux suisses⁵⁷⁰.

Au-delà de la formation scientifique proprement dite, le modèle américain fascine les médecins suisses par ce qu'il apporte comme nouvelles méthodes de travail (haute qualité technique de l'équipement, investissements financiers d'envergure, travail en équipe, notamment). L'Hôpital cantonal de Lausanne en est un exemple édifiant. Sous la direction de Pierre Decker, influencé par une formation aux États-Unis, mais également ancien élève de César Roux auquel il succède à la chaire de clinique chirurgicale (1932–1957), l'organisation de la chirurgie est passée d'une organisation hiérarchique du travail, avec division verticale des tâches selon le modèle allemand, à une division horizontale du travail sur le modèle américain, impliquant un travail d'équipe et de diversification des compétences individuelles, avec un fort accent sur l'internationalisation et les activités de recherche⁵⁷¹. La période n'est pas pour rien dans cette nouvelle adaptation de l'orthopédie. Comme le note Roger Cooter, si le développement des nouvelles bases de l'orthopédie ne vient pas de la guerre elle-même, mais de la réorganisation générale de la médecine, celle-ci a néanmoins été accélérée et amplifiée par la guerre⁵⁷².

RÉACTIVER LE RÉSEAU SUISSE DES ORTHOPÉDISTES : LA SSO ET LA SICOT

Pour s'ouvrir davantage aux relations internes et externes, l'Association libre des orthopédistes suisses a renoncé en mai 1945 – période de l'armistice – au terme « libre », lequel « faisait figure de pléonasme dans un pays resté miraculeusement préservé »⁵⁷³. L'Association est présidée par Placide Nicod entre 1945 et 1947, année de son départ à la retraite. Son successeur à la chaire d'orthopédie et à la direction médicale de l'Hospice orthopédique, Jean-Charles Scholder, reprend également à sa suite la présidence de l'Association de 1948 à 1951. En 1963, l'Association des orthopédistes suisses deviendra la Société suisse d'orthopédie (SSO)⁵⁷⁴, qui associera la traumatologie au début des années 2000 pour devenir la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie – preuve s'il en est des résistances à connecter les deux disciplines.

Lors du congrès annuel de la SSO qui se tient à Zurich en 1951, le président Jean-Charles Scholder relève alors le climat à la fois d'émulation et de concurrence qui pousse l'orthopédie à s'étendre davantage :

EN CES DERNIÈRES ANNÉES L'ORTHOPÉDIE A PRIS DES AILES, DES PROBLÈMES NOUVEAUX SE POSENT À NOS ESPRITS, DES HORIZONS LOINTAINS S'OUVRENT À NOS REGARDS. LES AMÉRICAINS, LES FRANÇAIS, LES ITALIENS ONT DÉPLACÉ

Cette vision élargie de l'orthopédie souligne encore la nécessaire transdisciplinarité que sollicite la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur, qui semble faire consensus dans de nombreux pays. Mais au sein même des disciplines concernées, le partage des compétences n'est pas toujours aussi aisé, comme nous le verrons.

Le réseau international est aussi réactivé par le biais de la SICOT, qui poursuit son activité après la guerre. La Suisse est amenée à recevoir à Berne le 6^e congrès de la Société internationale à la fin de l'été 1954. Le congrès précédent avait eu lieu en 1951 à Stockholm, inauguré par le roi de Suède en personne. La Suisse est alors « fière et surprise » d'avoir été choisie pour recevoir le prochain congrès, étant très modestement représentée au sein de la SICOT : en effet, en fonction d'un numerus clausus reposant sur le principe de proportionnalité, le pays peut nommer 11 ou 12 membres, alors que les États-Unis, par exemple, peuvent en désigner 60 à 100...⁵⁷⁶

⁵⁷⁰
DONZÉ (2013 : 119–120).

⁵⁷¹
DONZÉ (2013 : 120–121).

⁵⁷²
COOTER (2014 [1993] : 29)

⁵⁷³
SCHOLDER (1978 : 90).

⁵⁷⁴
SCHOLDER (1978 : 91).

⁵⁷⁵
Archives SSO, Classeur « Assemblée de la SSO... dès 1942 » : « J.-C. Scholder, SSO, congrès de Zurich, 15–16 sept. 1951 ».

⁵⁷⁶
Archives fédérales, Doss. 1952/54, oB.66.158 : « Der 6. Kongress der SICOT », *Der Bund* 405, 31. Aug. 1954 ; « Proposition du 20 fév. 1954 du Département de l'intérieur (Etter) : Extrait du PV de la séance du Conseil fédéral suisse, 26 fév. 1954 ».

LES LIMITES DE NOTRE ART QUI COMPREND AUJOURD'HUI LA TRAUMATOLOGIE ET TOUTES LES AFFECTIONS DE L'APPAREIL MOTEUR. NOUS NE SAURIONS LONGTEMPS RÉSISTER À CETTE POUSSÉE QUI VIENT DE L'ÉTRANGER... [...]. MAIS NE L'OUBLIONS PAS, L'ORTHOPÉDIE N'EST PAS QUE SPÉCIALISATION DE LA CHIRURGIE. CET ART RELÈVE AUSSI, ET PARFOIS DAVANTAGE, DE LA MÉCANIQUE, DE LA MÉDECINE INTERNE, DE LA PÉDIATRIE, DE LA NEUROLOGIE, DE L'ENDOCRINOLOGIE⁵⁷⁵.

Organisateur et vice-président de ce 6^e congrès, Marcel Dubois, premier titulaire de la chaire d'orthopédie à l'Université de Berne, obtient l'appui du chef du Département fédéral de l'intérieur, Philippe Etter. Ce dernier défend le dossier SICOT en séance du Conseil fédéral, appuyant avec conviction l'intérêt du congrès pour le pays :

IL S'AGIT EN L'OCCURRENCE D'UNE CONFÉRENCE IMPORTANTE, TRÈS SÉRIEUSEMENT ORGANISÉE ET QUI MÉRITE D'ÊTRE SOUTENUE.

Sa vision d'homme politique sur les disciplines médicales concernées est détaillée en ces termes :

COMME PEU D'AUTRES SPÉCIALITÉS DE LA MÉDECINE, L'ORTHOPÉDIE RÉPOND À D'IMPÉRIEUSES NÉCESSITÉS TOUT À LA FOIS D'ORDRE SOCIAL ET BIOLOGIQUE. ELLE VEILLE SUR LA DÉMARCHE ET L'ATTITUDE DES HANDICAPÉS PHYSIQUES ; ELLE S'OCCUPE DE LA TUBERCULOSE OSSEUSE ET DES ARTICULATIONS, AINSI QUE DES MALADIES CHRONIQUES DES ARTICULATIONS (MALADIES RHUMATISMALES, ETC.). LA TRAUMATOLOGIE EST UNE DISCIPLINE, DONT L'INFLUENCE SOCIALE SE TRADUIT, SUR LE PLAN ÉCONOMIQUE, PAR DES CHIFFRES MALHEUREUSEMENT EFFRAYANTS, DU FAIT DU NOMBRE CROISSANT DES MUTILÉS, DES ESTROPIÉS, DES GRANDS BLESSÉS, VICTIMES D'ACCIDENTS. LE DÉVELOPPEMENT DE CETTE BRANCHE SPÉCIALE DE LA MÉDECINE EST DONC UNE QUESTION D'ACTUALITÉ ET CE DANS L'INTÉRÊT DE LA COMMUNAUTÉ⁵⁷⁷.

C'est sans difficulté que Philippe Etter obtient pour le congrès un subside substantiel de 10'000 francs de la part du Conseil fédéral, lequel patronne l'événement en la personne d'Etter lui-même. Près de 400 médecins – la SICOT compte alors 540 membres – provenant de plus de 40 pays participent au congrès de Berne. Au programme figurent comme points centraux deux thèmes dits « sociaux » : les déviations de la colonne vertébrale et la chirurgie de la main. À cela s'ajoutent plus de 60 exposés libres consacrés aux maladies des articulations, sujet motivé par l'actualité, déjà relevée à l'époque, du vieillissement de la population⁵⁷⁸. La manifestation donne aussi l'occasion de visites organisées à l'Hospice orthopédique, menées par Jean-Charles Scholder, ainsi qu'à la Clinique orthopédique Balgrist à Zurich⁵⁷⁹.

⁵⁷⁷
Archives fédérales, Doss. 1952/54, oB.66.158 : « Rapport du 26 fév. 1954 de Philippe Etter », 2.
⁵⁷⁸
Voir note précédente.
⁵⁷⁹
NICOD (1976^e : 69).

Situation du marché médical et de la patientèle : pléthore ou pénurie ?

Au milieu du 20^e siècle, l'approfondissement des connaissances en physiologie musculaire et articulaire, les innovations chirurgicales et les progrès de l'appareillage prothétique permettent à l'orthopédie suisse de s'affirmer. Les séquelles de la poliomyélite tendent à diminuer : la dernière épidémie très importante, avec 1'628 cas, touche la Suisse en 1954, soit une année avant l'annonce de la découverte d'un vaccin efficace. Celui-ci est introduit en Suisse entre fin 1956 et début 1957, si bien que 973 cas sont encore dénombrés en 1956³⁸⁰. Les victimes de blessures et d'accidents – du travail, de la route, et bientôt des loisirs – prennent progressivement le dessus. Le personnel médical et hospitalier est amené à s'adapter à d'autres types de pathologies et de patients, dans un contexte socio-économique d'une plus grande compétitivité sur le marché des soins.

Le milieu du siècle se caractérise aussi par une plus grande démocratisation des professions médicales, pour des raisons juridiques (titre FMH) et économiques (système de bourses), qui facilitent l'accès aux filières de spécialisation. L'Hôpital cantonal de Lausanne illustre bien cette forte croissance : si le nombre de médecins-chefs reste stable de 1900 aux années 1950, soit une dizaine de professeurs chefs de service, on assiste en revanche à une véritable explosion du nombre d'assistants (internes, chefs de clinique et médecins assistants)³⁸¹. Il en va autrement du personnel infirmier qui, dans la plupart des établissements du canton, pose le problème permanent des effectifs limités.

À LA RECHERCHE DE PERSONNEL INFIRMIER QUALIFIÉ

Après vingt-cinq années au service de l'Hospice orthopédique, l'infirmière-chef Eugénie Panchaud, devenue directrice en 1948, laisse sa place en 1952 à Anne Denking, infirmière diplômée de l'École de La Source³⁸². La complémentarité des soins infirmiers et des traitements orthopédiques a fait ses preuves dans l'institution, où l'introduction des infirmières sourciennes date de l'époque d'Henri Martin. Or au milieu du siècle, les tâches infirmières sont nombreuses et ne cessent d'augmenter, alors même que le recrutement du personnel nécessaire est insuffisant. La nouvelle directrice doit lutter pour maintenir son service à flot.

Plusieurs facteurs expliquent la pénurie du personnel infirmier dans les hôpitaux des années 1950. Il y a d'abord la diminution progressive – jusqu'à sa disparition totale à la fin des années 1960 – du personnel religieux, qui consacrait plus d'heures au travail professionnel que les infirmières laïques arrivant sur le marché. À cela s'ajoute le maintien des faibles taux d'activité des femmes, alors que les professions d'infirmière et d'aide-soignante sont essentiellement féminines. Le manque d'attraction de la formation est un autre facteur : les exigences des écoles d'infirmières ne cessent de s'élever et tendent à limiter le recrutement potentiel. En parallèle, les études universitaires se généralisent, offrant aux jeunes filles de nombreuses autres professions tertiaires intéressantes et moins pénibles. L'abandon de la profession – pour raisons familiales ou autres opportunités professionnelles – est aussi un motif de désistement³⁸³.

³⁸⁰ « Histoire [de la poliomyélite] », Polio.ch. Voir aussi les thèses sur l'histoire de la poliomyélite en Suisse, avant et après l'introduction du vaccin : REISEL (2016) ; MONNET (en préparation).

³⁸¹ DONZÉ (2013 : 120–121).

³⁸² « Rapport du conseil d'administration », Rapport HO 1951, 4.

³⁸³ GILLIAN (1969 : 307–312).

La situation de l'Hospice orthopédique est critique. Dès l'automne 1953, après plus de vingt-cinq années de collaboration, l'École de La Source retire ses stagiaires de l'établissement. L'Hospice orthopédique tente sa chance du côté de l'École d'infirmières de Fribourg, laquelle envoie deux stagiaires puis avertit qu'elle renonce au stage de l'hospice, n'ayant pas assez d'élèves à y envoyer. Ce sont finalement les aides hospitalières – ou aides-infirmières – qui prennent le relais, ayant pour tâche non négligeable de s'occuper des chambres, des lits, des soins de propreté et de la routine journalière³⁸⁴.

Mais le turn-over est important, comme l'explique Anne Denking :

NOUS SOMMES ACTUELLEMENT DANS LA SITUATION ANORMALE D'UN NOMBRE INSUFFISANT D'INFIRMIÈRES DIPLOMÉES, AIDÉES PAR DES AIDES-INFIRMIÈRES, SANS NOTION DES SOINS AUX MALADES, ET PARTANT AU BOUT DE QUELQUES MOIS

La nouvelle directrice pointe en particulier du doigt les aides qui postulent « pour apprendre le français, et dont les soins aux malades ne sont pas le vrai désir ». Avec un effectif moyen de 69 malades en 1954, l'Hospice orthopédique fonctionne avec six infirmières diplômées au lieu des dix recommandées, et huit aides-infirmières au lieu de sept. Cette situation perdure les années suivantes à l'hospice comme ailleurs. À l'Hôpital cantonal, il manque 30 infirmières en 1955 et des annonces de recrutement restent sans réponse³⁸⁶.

Or le travail des infirmières ne cesse de se complexifier : prémédications opératoires, soins aux opérés, pose des appareils, extensions, pansements, exercices à faire faire, positions à surveiller, feuilles de température à tenir à jour, examens pour analyses, entrées et départs des malades, régimes et repas à surveiller, visites de l'assistant, entre autres³⁸⁷. La charge du personnel infirmier est trop importante, et Anne Denking craint les initiatives imprudentes des aides aux compétences insuffisantes. Certaines situations ne manquent pas de piquant, comme en témoignent ce commentaire et cette anecdote de la directrice :

HUIT AIDES-INFIRMIÈRES, — DONT UN AIDE-INFIRMIER —, SUISSES ALLEMANDES EN MAJORITÉ, VENANT POUR UN AN APRÈS LEUR ÉCOLE MÉNAGÈRE. IL Y EN A D'INTELLIGENTES ET D'AUTRES, DE DÉVOUÉES ET D'ÉCERVELÉES, DE SÉRIEUSES ET D'INCONSCIENTES, TOUTES JEUNES, NE POUVANT RÉALISER L'IMPORTANCE DE CERTAINS GESTES. JE PENSE PAR EXEMPLE À L'AIDE-INFIRMIER RAMASSANT DES PINCES CHIRURGICALES À LA SALLE D'OPÉRATION, ET VOULANT LES POSER

Néanmoins, la directrice concède que les aides hospitalières sont « indispensables à la marche de la maison, qui remplacent les stagiaires de La Source du temps passé »³⁸⁹.

Le manque de place est un autre écueil relevé par la responsable. De celui-ci découlent désordre, propreté difficile à maintenir, matériel vite usé, abîmé ou cassé faute de rangements. Le croisement dangereux et lent dans les corridors encombrés de brancards, poussettes et lits, la perte de temps pour amener et rechercher les malades à la salle de gymnastique en passant par l'extérieur, sont autant de problèmes relevés par Anne Denking. Aussi se réjouit-elle de voir se profiler, en 1956, le début de grandes réparations, achats et améliorations prévus pour l'Hospice orthopédique. Ainsi, l'établissement se dote, entre autres, d'une nouvelle machine à laver (1956), qui remplace les brosses des lessiveuses³⁹⁰, ainsi que de deux télévisions (1958).

³⁸⁴ Archives HO, DENKING (1956 : 1).

³⁸⁵ Archives HO, DENKING (1954 : 1).

³⁸⁶ Archives HO, DENKING (1955 : 1).

³⁸⁷ Archives HO, DENKING (1954 : 3).

³⁸⁸ Archives HO, DENKING (1955 : 3).

³⁸⁹ Archives HO, DENKING (1956 : 2).

³⁹⁰ Archives HO, DENKING (1956 : 9).

POUR GAGNER PLUS³⁸⁵.

BIEN EN ORDRE À CÔTÉ DES INSTRUMENTS STÉRILES; DEVANT LE GRAND GESTE DE RENVOI DE L'INFIRMIÈRE DE LA SALLE D'OPÉRATION, NE COMPRENANT PAS, IL FAIT LE TOUR, ET PAR DERRIÈRE, LES POSE DÉLICATEMENT À L'AUTRE EXTRÉMITÉ DE LA TABLE D'INSTRUMENTS STÉRILES. IL A FALLU RECUIRE TOUS LES INSTRUMENTS TOUCHÉS, CHANGER LES LINGES, ETC. TOUT EN CONTINUANT L'OPÉRATION, SANS QUE LES MÉDECINS AIENT REMARQUÉ QUOI QUE CE SOIT³⁸⁸.

Le commentaire de la directrice en dit long sur le tournant culturel de cet objet de modernité :

NOUS AVONS ÉTÉ « TÉLÉVISÉS », CE FUT UNE GRANDE AGITATION, ET QUELLE
JOIE MAGNIFIQUE POUR LES ENFANTS ET LES ADULTES (ÉCHEC ET MAT) QUE CES
ÉMISSIONS RÉGULIÈRES³⁹¹.

Mais d'autres innovations – et rénovations – sont attendues dans l'établissement qui garde encore la taille d'une « maison » : le chauffage défectueux nécessite la révision de l'encadrement de toutes les fenêtres, et on attend un séchoir électrique pour le linge, qui remplace la chambre-séchoir et le séchage au grenier, pas assez efficace en hiver³⁹².

La modernité a aussi son revers, tant il est vrai que l'essor technologique tous azimuts semble sans limite et empreint d'un certain empirisme. Ainsi, l'usage des rayons X n'est pas sans danger pour le personnel, quand bien même les effets nocifs des rayons sont largement observés par la communauté scientifique dès 1905, et que le public en est informé depuis les années 1920. Ils ne deviennent un objet de contrôle et de réglementation nationale que tardivement, vers la fin des années 1950 – le débat devient en effet politique et public à la suite des effets médiatiques de la bombe d'Hiroshima et aboutit à une législation nationale³⁹³. Aussi, en 1956, l'employée chargée des radiographies de l'Hospice orthopédique devra-t-elle s'arrêter trois mois, souffrant d'un « déséquilibre » dû aux rayons X³⁹⁴.

Au milieu des années 1950, la pénurie de personnel soignant pousse à restreindre les entrées de malades afin d'accorder des vacances, au moins aux plus anciens employés³⁹⁵. Les jours de congé du personnel infirmier sont « un perpétuel dilemme », encore aggravé lors des absences pour maladie, relève Anne Denking³⁹⁶. L'instauration de journées moins longues ou de congés plus nombreux, permettant d'arriver à 54 heures de travail par semaine, constitue « un casse-tête » pour la directrice³⁹⁷. Car à l'orée des années 1960, la diminution des heures de travail hebdomadaire est à l'étude : on réalise que « les nouvelles générations ne se vouent pas seulement à leur travail, mais aussi à leurs loisirs »³⁹⁸.

Afin de rendre la profession infirmière plus attractive, plusieurs mesures seront envisagées dans le canton de Vaud : augmentation des taux d'activité féminine, revalorisation salariale qui rend les professions paramédicales plus lucratives, recrutement masculin – même si la profession reste largement féminine – et octroi de permis de travail aux étrangers, permis qui est alors en Suisse plus libéral envers le personnel infirmier et hospitalier que dans d'autres secteurs : entre 1962 et 1966 en particulier, la proportion du personnel d'origine étrangère s'accroîtra fortement, entre 20 et 50%, tous secteurs confondus (chefs de clinique et assistants, personnel infirmier diplômé, personnel soignant auxiliaire, personnel de cuisine et de maison)³⁹⁹.

En comparaison d'autres services médicaux, les activités à l'Hospice orthopédique se caractérisent par une pénibilité élevée du travail induite par la particularité des patients accueillis : jeunes pour beaucoup et donc en grande demande d'attention, très peu mobiles car handicapés et souvent plâtrés ou appareillés, ils nécessitent, en plus des soins médicaux et paramédicaux réguliers, une aide pour la plupart des actes de la vie quotidienne : se nourrir, se vêtir, se laver, se divertir, cela pour des durées de séjour particulièrement longues. Dès lors, la grande polyvalence demandée aux infirmières peut être source de découragement. Lorsque ces enfants sont en âge d'être scolarisés, leur éducation est une autre gageure à laquelle l'institution doit faire face.

³⁹¹
Archives HO,
DENKINGER (1958: 13).

³⁹²
Voir note précédente.

³⁹³
DOMMANN (2006: 95 et 111).

³⁹⁴
Archives HO,
DENKINGER (1956: 6).

³⁹⁵
Archives HO,
DENKINGER (1955: 11),
DENKINGER (1956: 2).

³⁹⁶
Archives HO,
DENKINGER (1955: 1).

³⁹⁷
Archives HO,
DENKINGER (1956: 3).

³⁹⁸
GILLIAN (1969: 307).

³⁹⁹
GILLIAN (1969: 307-312).



Fig. 38
Tâche ménagère
des aides hospitalières.

LES JEUNES PATIENTS ET LEUR SCOLARISATION

Depuis la création de l'Hospice orthopédique – et l'on pourrait remonter à l'institut de Venel –, l'éducation des enfants a été une préoccupation majeure, mais difficile à organiser. Car, à l'inverse d'une école ordinaire, il faut s'habituer à l'hospice aux entrées et départs des enfants, aux heures différentes d'arrivée en classe selon les soins médicaux, aux différents niveaux d'âge et d'instruction des élèves. Avec le déménagement à Montagibert en 1927, l'Hospice orthopédique avait envisagé de s'adjoindre une institutrice rémunérée, pour prodiguer une moyenne de trois heures de leçons par jour, en plus d'une éducation religieuse occasionnelle dispensée par le pasteur⁴⁰⁰. Le programme était ambitieux et plusieurs dames se sont succédé pour donner des leçons, tant bien que mal, aux jeunes patients de l'établissement.

En 1954, ce sont deux femmes – dont une ancienne malade de l'Hospice orthopédique –, sans formation d'institutrice, qui s'occupent durant une heure et demie des plus petits et des plus grands. Or le traitement orthopédique prime toujours sur l'éducation, et la coordination n'est pas optimale. Là aussi, le personnel fait défaut : il manque une monitrice de massage qui concentrerait les traitements physiothérapeutiques l'après-midi, ce qui permettrait de consacrer les matinées à l'instruction en engageant une véritable institutrice, « si c'est trouvable », s'inquiète Anne Denkinger⁴⁰¹. Du fait de la grande disparité des enfants, l'enseignement est presque individuel. Il se fait au lit dans la chambre de l'enfant malade, ou dans la classe qui réunit des enfants de même âge, mais qui sont instruits très différemment selon qu'ils proviennent de la ville ou de la campagne. « Leur infirmité les retarde souvent », note encore la directrice⁴⁰².

En 1956, ils sont 154 enfants à l'école de l'Hospice orthopédique, 193 en 1957⁴⁰³. Au printemps de cette même année, l'Hospice orthopédique emploie finalement une institutrice, Elisabeth Kropf (1906–1984), qui a dirigé l'École Joyeuse et enseigne dans une classe privée à l'Églantine à Lausanne⁴⁰⁴. Aidée par Mlle Aufranc, qui enseigne depuis 1950 à l'hospice, Elisabeth Kropf connaît des débuts difficiles. Après un mois d'activité, son rapport signale que « tout concourt d'embellie à l'agitation » : manque de place, changement de locaux, déplacement du matériel, positions diverses des enfants (couchés, assis, accroupis et même debout), arrivée et départ des enfants pendant toute la période scolaire, différence d'origine – à l'époque, les enfants viennent des cantons de Vaud, Valais, Fribourg, Neuchâtel, Berne et de l'étranger –, qui sont autant de programmes scolaires à gérer. Il faut en outre tenir compte, pour l'apprentissage, de la différence des déficiences (mains, jambes, cerveau), et de la fatigue de l'enfant après son traitement de physiothérapie. La nouvelle institutrice conclut que l'enseignement collectif est impossible, et que seul l'enseignement individuel convient⁴⁰⁵.

Après une année de fonction, Elisabeth Kropf maîtrise la situation et tire un bilan bien plus positif. Elle est appréciée des enfants, qui peuvent passer leurs examens dès leur sortie et reprendre leurs classes, avec succès, dans leur degré respectif. Du mobilier a été racheté à l'ancienne école privée de l'institutrice pour un montant de 800 francs, parmi lequel des chaises et des pupitres individuels qui sont plus faciles à manier pour placer les fauteuils roulants, brancards ou lits des élèves de l'Hospice orthopédique. L'établissement peut aussi se fournir gratuitement en livres scolaires auprès du Département de l'instruction publique⁴⁰⁶. Malgré les épreuves, des solutions sont donc trouvées, et Anne Denkinger salue la patience et la bonne humeur du personnel de l'établissement, qui est un soulagement pour les résidents et leurs proches vivant des situations très difficiles :

⁴⁰⁰
Archives HO, « PV conseil HO », séance du 7 sept. 1927.

⁴⁰¹
Archives HO, DENKINGER (1955 : 1).

⁴⁰²
Archives HO, DENKINGER (1955 : 8).

⁴⁰³
Archives HO, DENKINGER (1958 : 8).

⁴⁰⁴
Archives HO, DENKINGER (1956 : 7).

⁴⁰⁵
Archives HO, DENKINGER (1958 : 4 et 8).

⁴⁰⁶
Archives HO, DENKINGER (1958 : 8).

IL FAUT RECONNAÎTRE QUE NOS MALADES SONT JUSTEMENT ENTOURÉS, ON

EXIGE BEAUCOUP DE NOS HANDICAPÉS POUR QU'ILS NE DEVIENNENT PAS « MEN-

TALEMENT » INFIRMES — ILS RESTENT LONGTEMPS DANS NOTRE MAISON — ILS

ONT SOUVENT PERDU TOUT CONTACT AVEC LEUR MILIEU PROFESSIONNEL OU

LEUR FAMILLE QUI NE PEUVENT PARFOIS VENIR LES VOIR QU'UNE FOIS TOUS LES

2 - 3 MOIS⁴⁰⁷.

À la fin des années 1950, l'écart entre l'augmentation du nombre d'adultes à l'Hospice orthopédique et la diminution de celui des enfants se creuse davantage. Les journées des enfants étaient de 17'098 en 1956 et s'abaissent à 14'054 en 1958 (– 18%), alors que les journées d'adultes passent, pour les mêmes années, de 6'965 à 8'176 (+ 15%). Anne Denkinger tente une explication particulièrement d'actualité pour l'époque :

EST-CE LA VACCINATION CONTRE LA POLIOMYÉLITE ? UN FAIT EST CERTAIN : LES

ADULTES AUGMENTENT ; L'ÉTAGE DES HOMMES EST COMPLET EN PERMANENCE

Les jeunes malades restent néanmoins au centre des préoccupations de l'Hospice orthopédique, qui développe progressivement un secteur dédié à une autre patientèle infantile spécifique, les enfants infirmes moteurs cérébraux (IMC).

ET C'EST AU SERVICE DES ENFANTS EN ÂGE

SCOLAIRE QU'IL Y A DIMINUTION CERTAINE⁴⁰⁸.

LE SERVICE DES INFIRMES MOTEURS CÉRÉBRAUX

L'importante orientation physiothérapique de l'Hospice orthopédique – cristallisée par l'École cantonale vaudoise de massage – en fait un lieu reconnu pour le traitement des enfants infirmes moteurs cérébraux, une catégorie de population considérée comme étant l'une des plus vulnérables⁴⁰⁹. Connue depuis le siècle précédent et nommée par Phelps en 1937, l'infirmité motrice cérébrale est plus précisément définie dès les années 1950, grâce à l'évolution de la recherche dans le domaine des maladies handicapantes – c'est aussi l'époque des découvertes génétiques sur la trisomie 21. Ces avancées favorisent un discours médical désormais éloigné de l'argument systématique des tares héréditaires et de l'alcoolisme pour expliquer les déficiences de l'enfant⁴¹⁰. Elles ont pour corollaire une prise de conscience du public et des politiques envers les enfants IMC, émanant d'un important travail de sensibilisation des premières associations de parents concernés. Ce contexte favorise la mise à disposition de ressources pour une meilleure prise en charge sociale et médicale de ces enfants⁴¹¹.

Aussi, dès 1955, l'Hospice orthopédique introduit-il la méthode physiothérapeutique Bobath, qui suit le développement neurologique de l'enfant dans une approche globaliste. Conçue au Royaume-Uni en 1944, cette méthode est introduite en Suisse par la Dre Elsbeth Köng, responsable de l'Hôpital de l'enfance à Zurich et devenue, en 1955, une femme médecin itinérante spécialisée dans l'infirmité motrice cérébrale. À une époque où l'information et la formation des professionnels sont encore très lacunaires en la matière, la Dre Köng supervise bon nombre de traitements et prodigue des conseils d'éducation aux parents à travers la Suisse, et notamment à Lausanne. Elle se rend tous les trois mois à l'Hospice orthopédique, pour y rester chaque fois durant un mois entier. En novembre, ce ne sont pas moins de 60 patients qui viennent consulter la Dre Köng, en provenance de Lausanne mais aussi de Genève⁴¹².

Dès 1956, lors des périodes d'absence de la Dre Köng, l'assistante de celle-ci, Gertrude Luthy,

⁴⁰⁷
Archives HO, DENKINGER (1958 : 3).

⁴⁰⁸
Archives HO, DENKINGER (1958 : 12).

⁴⁰⁹
L'infirmité motrice cérébrale est à l'origine des formes de handicap les plus lourdes : résultat de lésions cérébrales survenues avant la naissance, pendant l'accouchement ou chez le tout petit enfant, elle provoque divers types de paralysies souvent associées à des troubles cognitifs et sensoriels importants. Les personnes concernées sont généralement dépendantes pour tous les actes de la vie quotidienne. *IMC* (2011 : 8) ; aussi Association Cerebral Genève.

⁴¹⁰
SAFFORD/SAFFORD (1980 : 30).

⁴¹¹
Voir KABA (2015*) ; KABA (2016).

⁴¹²
« Toute une vie au service des enfants handicapés » (2008 : 4) ; Archives HO, DENKINGER (1955 : 9).

reste à l'année dans un service à part, spécifiquement destiné aux « enfants paralysés spastiques cérébraux moteurs » – tels que désignés alors par l'Hospice orthopédique⁴¹³. La directrice, Anne Denkinger, donne son impression:

SON CARACTÈRE PLACIDE [DE MLE LUTHY] EST ABSOLUMENT NÉCESSAIRE POUR
TENIR LONGTEMPS DEVANT CES MALHEUREUX ENFANTS SECOUÉS DE SPASMES,
LOUCHANT, BAVANT SOUVENT, ET QUE L'ON PEUT ARRIVER PEU À PEU À MAIN-
TENIR ASSIS, CAPABLES D'UN MOUVEMENT VOLONTAIRE PRESQUE NORMAL.
LES PLUS TERRIBLES À VOIR SONT SOUVENT LES PLUS INTELLIGENTS ET CEUX
QUI MÉRITENT LE PLUS D'ATTENTION; MÊME POUR NOUS, ENTOURÉS D'INFIRMES,
C'EST UN TABLEAU NAVRANT QUE CES PETITS SI TERRIBLEMENT ATTEINTS⁴¹⁴.

Les soins aux enfants IMC s'ajoutent donc à l'importante activité paramédicale de l'Hospice orthopédique, où l'on compte alors deux à trois heures quotidiennes de traitements physiothérapeutiques pour les grands malades. Deux ans plus tard, pour des raisons de santé, la Dre Elsbeth Köng ne peut plus maintenir son activité intense. Un autre médecin, qui se prépare à l'étranger, est senti pour la remplacer à l'Hospice orthopédique⁴¹⁵. Ce sera le Dr Louis Golay, pédiatre, qui, secondé d'une infirmière qui avait assuré la transition avant son arrivée, prendra la responsabilité médicale du service IMC dès 1959⁴¹⁶.

⁴¹³
Archives HO,
DENKINGER (1956: 8).

⁴¹⁴
Voir note précédente.

⁴¹⁵
Archives HO,
DENKINGER (1956: 5),
DENKINGER (1958: 9).

⁴¹⁶
« Rapport du conseil
d'administration »,
Rapport HO 1958, 5;
« Rapport du conseil
d'administration »,
Rapport HO 1959, 3.



Fig. 39
Page de titre du rapport
annuel de l'Hôpital
orthopédique en 1958:
une représentation
des patients bientôt
révolue.

Fig. 40
Les enfants infirmes moteurs cérébraux sont traités à l'aide de la méthode physiothérapique Bobath, introduite dans les années 1950 à l'Hôpital orthopédique.

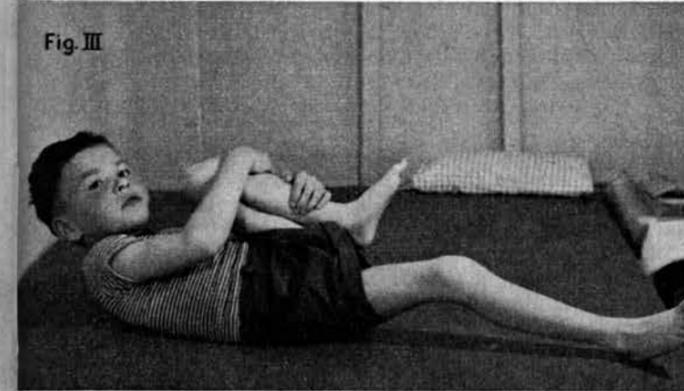


Fig. 41
Le service des enfants IMC développe de nouveaux exercices de rééducation que les jeunes patients font à l'Hôpital orthopédique et répèteront, pour certains, à domicile.

Fig. 1.
Le petit ski rééducateur empêche la rotation interne des jambes.

Fig. 2.
Chaise spéciale dans laquelle le spastique se sent en sécurité, où il est en bonne posture, où il peut travailler et prendre ses repas.

Fig. 3.
Assouplissement des muscles sur une grande table de massage; l'enfant s'y sent en sécurité et ne se contracte pas.

Fig. 4.
Exercices d'adresse pour la main.

Quand bien même la médecine moderne a cherché à se distancier de son ancienne orientation philanthropique et caritative du 19^e siècle, l'association entre santé et social s'est maintenue, voire s'est renforcée jusqu'à évoluer vers une « santé globale »⁴¹⁸, une expression introduite par l'Organisation mondiale de la santé en 1948.

Au milieu du 20^e siècle, le visage de l'orthopédie a changé en profondeur. À la lutte contre les ravages de la tuberculose osseuse et de la poliomyélite – laquelle représente un important pourcentage d'affections orthopédiques traitées jusqu'aux années 1950 – se sont ajoutées les responsabilités médicales du secteur militaire répondant aux exigences humanitaires à l'égard des victimes de guerre. Épargnée par les deux conflits mondiaux, la Suisse a fait valoir sa « neutralité » par l'engagement de nombreux médecins, dont les orthopédistes, sur le terrain des pays alliés, et elle a accueilli des mutilés sur son sol. En contrepartie, cette intense activité humanitaire a bénéficié à la formation des praticiens.

La tâche des orthopédistes ne s'est pas arrêtée aux cabinets de consultation ou aux murs des salles d'opération – ou à ceux des ambulances militaires. Habités qu'ils sont à évoluer dans un environnement médical pluridisciplinaire, et bien au fait des besoins de leurs malades au quotidien, bon nombre d'orthopédistes ont participé et parfois promu des programmes sociaux favorisant un suivi plus intense des patients: après le traitement médical et la réhabilitation fonctionnelle en milieu hospitalier, la réinsertion sociale à l'extérieur de l'institution devait rendre aux patients une vie digne par une meilleure intégration sociale (accès à la formation et au marché du travail). Au-delà des effets curatifs de la médecine, il fallait s'assurer que les traitements n'aient pas été réalisés en vain – l'enjeu étant aussi social qu'économique.

Encore plus qu'autrefois, l'orthopédie du milieu du 20^e siècle s'est construite au sein d'un réseau pluridisciplinaire, permettant la réalisation d'une prise en charge globale des patients. Dès lors, l'institution hospitalière est le lieu privilégié de la transdisciplinarité, laquelle comprend aussi des compétences extra-médicales. Willy Taillard, qui occupera en 1962 la première chaire extraordinaire d'orthopédie à l'Université de Genève, le rappelle en ces termes:

LES DEUX DERNIÈRES GUERRES AVEC LEUR CORTÈGE D'INVALIDES MOTEURS ONT
POUSSÉ TRÈS LOIN [LE] SOUCI DE RÉADAPTATION. IL S'AGIT NON SEULEMENT DE SE
PRÉOCCUPER D'UN SEGMENT DE L'APPAREIL MOTEUR, VOIRE DE SON ENSEMBLE,
DE FAÇON À LUI DONNER UNE FONCTION HARMONIEUSE ET UTILE, MAIS BIEN DE
CONSIDÉRER L'INDIVIDU, L'HOMME TOUT ENTIER, DANS SON INTÉGRITÉ PHYSIQUE
ET PSYCHIQUE. L'ORTHOPÉDISTE DEVIENT CE QU'IL AVAIT TOUJOURS ÉTÉ D'AIL-
LEURS, AVEC UN PEU MOINS DE RELIEF PEUT-ÊTRE, LE MEMBRE D'UNE ÉQUIPE
VISANT À REMETTRE L'HANDICAPÉ [SIC] PHYSIQUE DANS DES CONDITIONS MÉDI-
CALES, FAMILIALES, PROFESSIONNELLES OU SOCIALES LES PLUS PROPRES À LUI
PERMETTRE UNE VIE AUSSI RICHE QUE POSSIBLE. AU MÉDECIN LA TÂCHE D'ÉDU-
QUER LE MOUVEMENT, LE GESTE BRUT, MAIS ENSUITE LE PATIENT DEVRA ÊTRE
PRIS EN MAIN PAR D'AUTRES SPÉCIALISTES, CEUX DE LA RÉÉDUCATION PROFES-

⁴¹⁷
TAILLARD (1964: 74).

⁴¹⁸
La notion de santé globale constitue « un tournant dans les conceptions de la santé, car elle accorde autant d'importance aux dimensions psychique et sociale que physique. Il s'agit d'une vision extensive de la santé, puisqu'elle se définit par un état positif pluridimensionnel et non plus par la seule absence de maladie ». OSIEK-PARISOD (1996: 1).

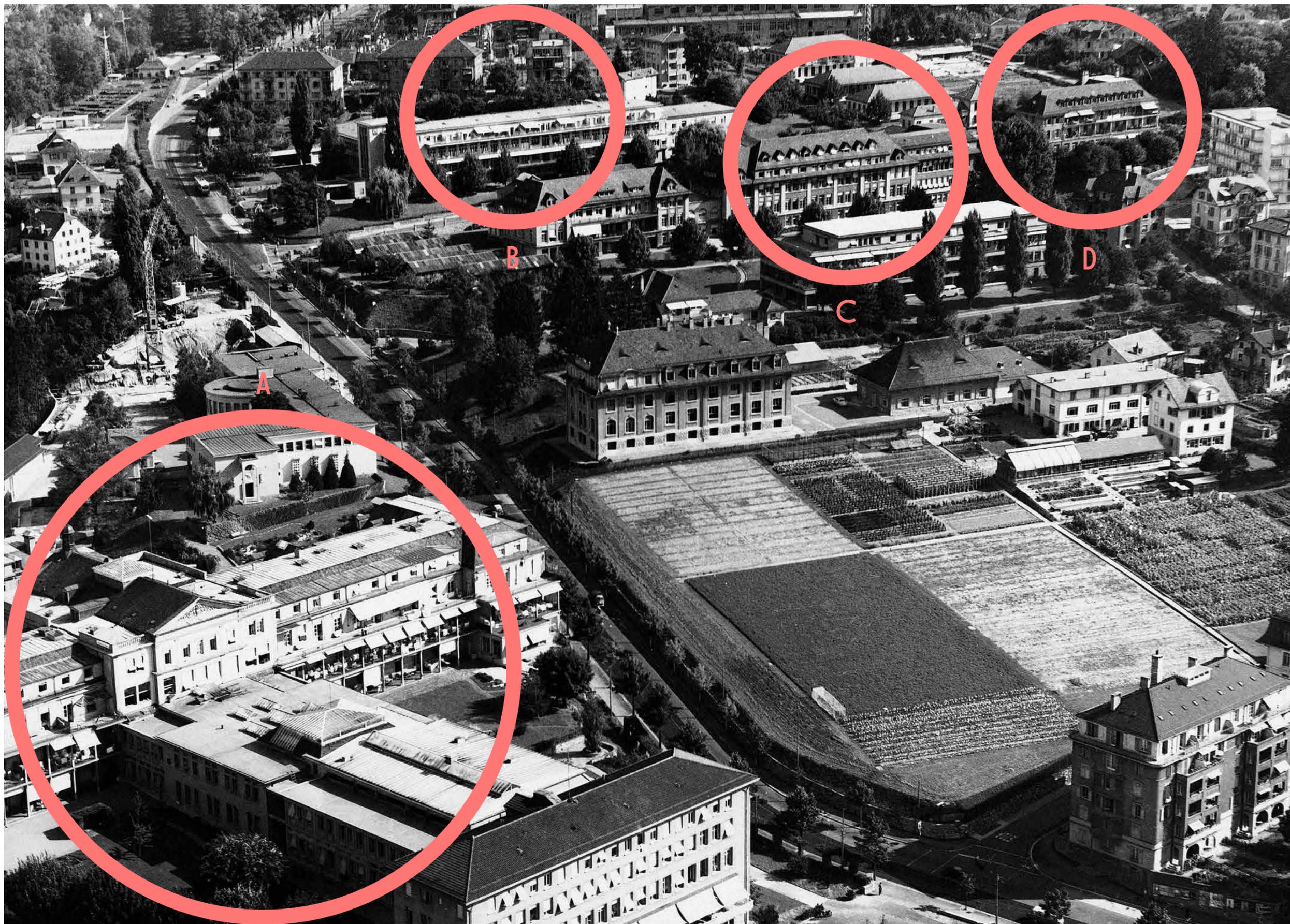


Fig. 42
Vue aérienne du quartier
des hôpitaux de
Lausanne en 1956,
de part et d'autre de la
rue du Bugnon.
En bas à gauche:
l'Hôpital cantonal vau-
dois au Bugnon n° 21 (A).
En haut, du centre vers
la droite: l'Hôpital
Nestlé (B), la Maternité
(C) et l'Hôpital orthopé-
dique (D).

4

VIRAGE INSTITUTIONNEL ET MÉDICAL – 132

- L'Hospice orthopédique devient hôpital et clinique universitaire – 132
- Entrée en scène de l'assurance invalidité – 136
- Nouvelle mue : l'Hôpital orthopédique triple sa surface – 138
- L'Hôpital orthopédique des années 1960 : entre tradition et modernité – 143
- Tentatives d'intervention étatique – 152

RAPPROCHEMENT ENTRE ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE : DEUXIÈME VAGUE – 156

- Les victimes de la route en hausse exponentielle – 156
- L'évolution des biomatériaux – 156
- L'ère des prothèses totales et l'avènement de l'Association suisse d'ostéosynthèse – 158

L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE UNIVERSITAIRE : S'AFFIRMER D'ABORD SANS LA TRAUMATOLOGIE – 162

- La traumatologie à Lausanne – 162
- Secteurs en vogue à l'Hôpital orthopédique – 163
- Les missions humanitaires – 167

CIRCONSCRIRE L'ORTHOPÉDIE ET NOMMER LA DISCIPLINE : LE PARCOURS DU COMBATTANT – 169

- La spécialisation FMH : chirurgien ou orthopédiste ? – 169
- Le chirurgien orthopédiste : du médecin à l'« hyperspécialiste » – 172

BILAN 174

Jusqu'au milieu du 20^e siècle, l'Hospice orthopédique constitue, avec l'Hospice de l'enfance et l'Hôpital ophtalmique (anciennement l'Asile des aveugles fondé en 1843), le trio des hôpitaux spécialisés privés de Lausanne. Tout en restant indépendantes, les trois institutions sont amenées à se rapprocher du secteur public, soit l'Hôpital cantonal. Ainsi, l'Hospice de l'enfance resserre sa collaboration avec la Clinique infantile par un échange de leurs chirurgiens respectifs, et l'Hôpital ophtalmique joue le rôle de clinique ophtalmique pour l'Hôpital cantonal. La nouvelle Clinique de Longeraie, fondée en 1946 par le chirurgien Claude Verdan et spécialisée dans la chirurgie d'urgence ambulatoire et de courte hospitalisation, se muera en 1964 en policlinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal, orientée vers la chirurgie plastique et reconstructive. Verdan y développera un centre de chirurgie de la main de réputation mondiale⁴¹⁹. Quant à l'Hospice orthopédique, tout en restant géré par une fondation, il se voit contraint de coordonner plus étroitement encore ses activités avec celles de l'Hôpital cantonal.

L'HOSPICE ORTHOPÉDIQUE DEVIENT HÔPITAL ET CLINIQUE UNIVERSITAIRE

À la fin des années 1950, l'Hospice orthopédique doit entièrement se réorganiser sous l'ère de Louis Nicod, fils de Placide, qui reprend en 1954 la direction médicale à la suite de Jean-Charles Scholder. L'établissement doit répondre à des besoins d'agrandissements et d'infrastructures plus modernes, mais ses propres ressources ne suffisent plus. Avec un déficit de 31'000 francs au premier trimestre 1958, le comité de l'Hospice orthopédique décide de faire payer des pensions à tous les malades sans exception⁴²⁰.

Cette décision coïncide avec un décret du Grand Conseil vaudois adopté en 1957, qui accorde un nouveau statut juridique à la policlinique universitaire en l'ouvrant aux patients solvables. La fin de la gratuité de soins, mise en place au milieu du 19^e siècle, s'observe alors dans la plupart des établissements hospitaliers du canton. Car la modernisation médico-technique, entamée au début du 20^e siècle, a attiré une clientèle toujours plus solvable, voire aisée, qui permet de rentabiliser les coûteuses installations. À la fin des années 1950, les soins gratuits n'existent plus y compris pour les malades les plus démunis subventionnés par l'État, pour lesquels une rémunération minimale est désormais exigée⁴²¹.

À l'Hôpital orthopédique, l'année 1958 se termine finalement sur un bénéfice de 19'000 francs, avec une inquiétude toutefois concernant l'occupation des lits qui est en dessous du seuil de 75 à 80% que l'institution devrait atteindre pour équilibrer ses comptes⁴²². Or de nombreux projets sont à l'ordre du jour. On envisage la construction d'une piscine, et l'on discute même d'en avoir deux, à cause de ceux qui « à tort ou à raison, crai[gnent] la contagion des malades atteints de poliomyélite »⁴²³. Le comité confie à Louis Nicod et à un collaborateur la mission de « faire un tour en Suisse pour voir ce qui existe ailleurs »⁴²⁴. Deux membres du comité visitent aussi l'Hôpital Balgrist à Zurich, qui est également engagé dans un projet de construction, devisé à 17 millions

⁴¹⁹ DONZÉ (2003 : 239).
Sur la chirurgie de la main et la Clinique de Longeraie, voir VERDAN (1985).

⁴²⁰ Archives HO, « PV conseil HO », séance du 7 août 1958.

⁴²¹ DONZÉ (2002^e : 150–151).

⁴²² Archives HO, « PV conseil HO », séance du 4 déc. 1958.

⁴²³ Archives HO, « PV conseil HO », séance du 6 fév. 1958.

⁴²⁴ Voir note précédente.

de francs. On se décide aussi à recruter un administrateur afin de soulager le travail d'Anne Denking, désignée nouvelle « directrice hospitalière ». L'administrateur choisi est André Henchoz (1895–2004), entré en fonction en 1958, qui deviendra par la suite « directeur administratif »⁴²⁵. Dans les années 1950–1960, en effet, les « experts » se généralisent dans la prise en charge des phénomènes sociaux⁴²⁶, comptant parmi eux la nouvelle fonction de « directeur d'hôpital », devenue indispensable au bon fonctionnement des hôpitaux en pleine croissance⁴²⁷.

Pour l'heure, le nouvel administrateur a comme première tâche d'organiser la campagne financière en vue de l'agrandissement de l'Hospice orthopédique. Le comité tente de négocier un emprunt bancaire garanti par l'État de Vaud pour un plan d'agrandissement estimé à près de 4 millions de francs. Dans un premier temps, l'État suspend sa réponse. En attendant les constructions nouvelles, l'Hôpital orthopédique n'a pas d'autre solution que de planter dans son jardin une « baraque », qui abrite la salle des cours universitaires, le service IMC et une salle d'attente auxiliaire, laquelle se transforme à l'occasion en salle de cours pour les élèves de l'École de massage⁴²⁸.

L'Hospice orthopédique contacte aussi le Département vaudois de l'instruction publique afin d'être autorisé à porter le titre de « clinique universitaire ». Car l'établissement propose des cours et des stages cliniques depuis le début du siècle, et il n'est plus comme autrefois destiné principalement aux malades indigents. Le département accède à la demande et autorise l'appellation « Hôpital orthopédique de la Suisse romande – Clinique universitaire d'orthopédie »⁴²⁹. Par ce nouveau statut, le canton et l'Université de Lausanne reconnaissent désormais officiellement le rôle de clinique que l'Hospice orthopédique joue depuis de nombreuses années. En conséquence, l'institution change de raison sociale. Elle se dote en 1959 d'une association et de nouveaux statuts, dont les objectifs sont redéfinis comme suit :

L'ASSOCIATION A POUR BUT DE SOIGNER LES PERSONNES ATTEINTES D'AFFECTIONS DE L'APPAREIL MOTEUR. À CET EFFET, ELLE EXPLOITE UN HÔPITAL ET UNE POLICLINIQUE ORTHOPÉDIQUE, RECONNUS PAR L'ÉTAT DE VAUD COMME CLINIQUE

UNIVERSITAIRE D'ORTHOPÉDIE⁴³⁰.

Pour rappel, les statuts antérieurs datant de 1927 mentionnaient à l'article correspondant que « l'Hospice a pour but le traitement des malades atteints d'affections réclamant un traitement orthopédique »⁴³¹.

L'affiliation romande de l'hospice, désormais nommé « Hôpital » orthopédique, se maintient, et le soutien des cantons voisins est toujours fortement sollicité. Le conseil d'administration, entièrement remanié durant la période, cherche d'ailleurs à recruter des membres auprès d'autres cantons, notamment Fribourg et le Valais. On répartit aussi les tâches entre les membres du conseil par la création de quatre commissions : médicale, constructions, finances, propagande (information et organisation de manifestations)⁴³².

En 1959, le notaire Frédéric Cart, entré au conseil d'administration en 1912 et devenu secrétaire l'année suivante, décède après quarante-sept ans d'activité au service de l'institution. Son épouse disparaît peu après, et l'Hôpital orthopédique apprend alors qu'il est institué seul héritier du couple Cart. L'institution n'acquiert pas moins de 2,5 millions de francs, ce qui l'amène à créer un fonds spécial du nom du donateur qui est capitalisé en 1961. Il vient s'ajouter à deux autres fonds déjà existants : le Fonds Placide Nicod (30'000 francs) et le Fonds Jacques Rohner (15'000 francs)⁴³³. Le budget de l'Hôpital orthopédique est pour l'heure bien équilibré, et de toutes nouvelles perspectives financières se dessinent avec l'avènement de l'AI fédérale.

⁴²⁵ Archives HO, « PV conseil HO », séances des 4 sept. et 4 déc. 1958 ; « Rapport du conseil d'administration », Rapport HO 1958, 3–5.

⁴²⁶ TERNON, (1994 : 102).

⁴²⁷ DONZÉ (2003 : 278).

⁴²⁸ Archives HO, « PV conseil HO », séances des 6 fév., 4 sept., 13 oct., 6 nov. et 4 déc. 1958 ; « Rapport du conseil d'administration », Rapport HO 1958, 3–5.

⁴²⁹ Archives HO, « PV conseil HO », séances des 4 déc. 1958, 15 janv. et 20 mars 1959.

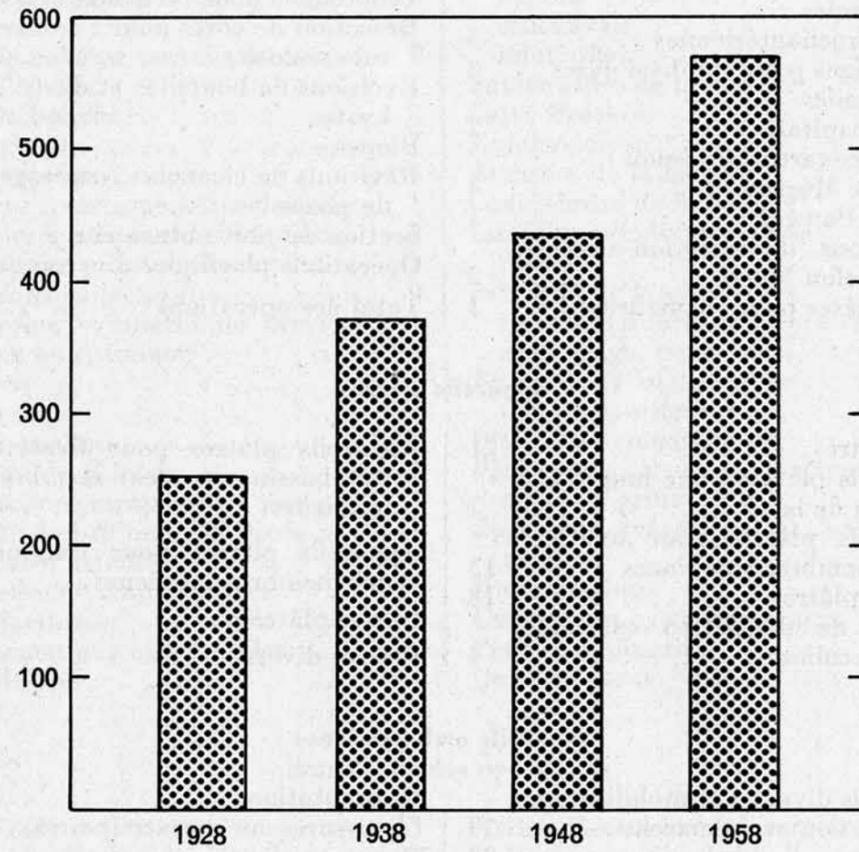
⁴³⁰ Archives HO, Classeur « Association » : Statuts de l'HO du 11 juin 1959 (art. 2).

⁴³¹ Archives HO, Classeur « Association » : Statuts de l'HO du 30 juin 1927 (art. 1).

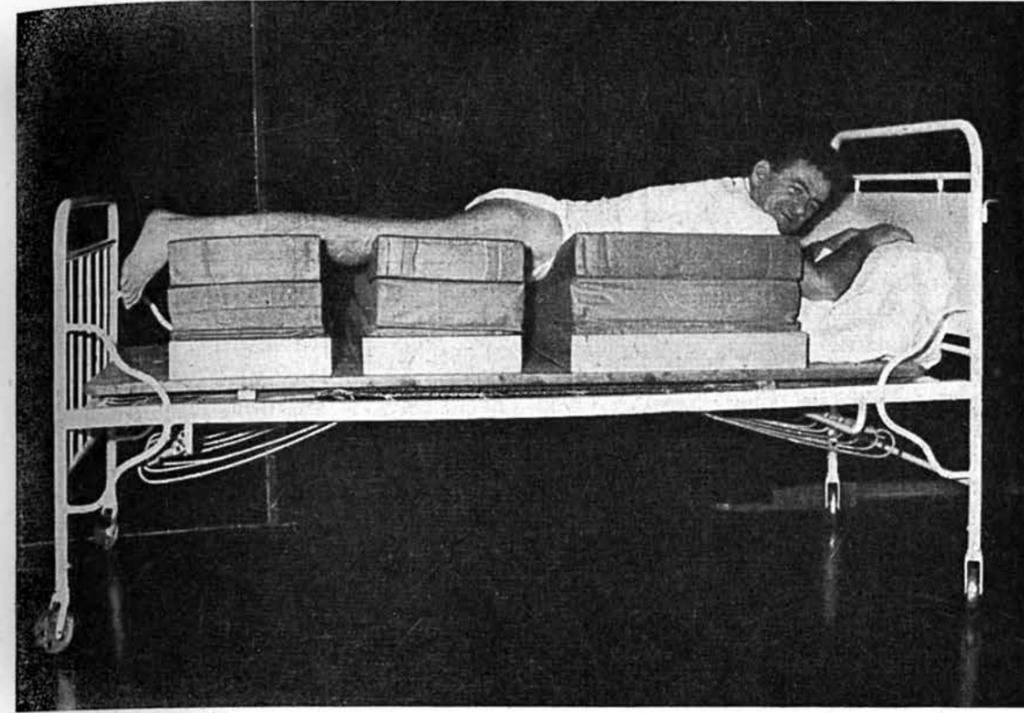
⁴³² Archives HO, « PV conseil HO », séances des 4 sept. 1958 et 5 fév. 1959 ; « Rapport du conseil d'administration », Rapport HO 1959, 1.

⁴³³ « Rapport du conseil d'administration », Rapport HO 1959, 1 ; « Fonds », Rapport HO 1961, 23.

Fig. 43
Développement de
l'Hôpital orthopédique
de 1928 à 1958 : nombre
de malades hospitalisés.



*Développement de l'Hôpital orthopédique de 1928 à 1958
Malades hospitalisés*



Lit pour paraplégiques muni d'un matelas spécial en caoutchouc (9 parties)

Fig. 44
Les coûts de traitement
sont importants à l'Hôpital
orthopédique, où les
patients paraplégiques,
par exemple, sont
amenés à rester de six
à douze mois dans l'insti-
tution. Ici, un patient sur
un lit spécial en 1957.

ENTRÉE EN SCÈNE DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ

En 1960, lorsque la Suisse met en application la loi fédérale sur l'assurance invalidité, elle est alors l'un des derniers pays d'Europe à se doter d'une telle assurance. Elle se situe loin derrière l'Allemagne et l'Italie, qui l'ont créée respectivement à la fin du 19^e siècle et au début du 20^e siècle, ainsi que bien après le Royaume-Uni et la France qui mettent en place, immédiatement après la Seconde Guerre mondiale, des systèmes de protection sociale (respectivement le *National Health Service* et la Sécurité sociale) assurant l'ensemble de la population contre le risque d'invalidité et de maladie. En Suisse, seul Glaris a voté en 1916 une loi cantonale sur l'AI, et il faut attendre les années 1950 pour constater l'introduction d'une assurance similaire dans d'autres cantons (Genève, Soleure, Bâle-Ville, Zurich).

À l'été 1955, sous la pression de deux initiatives pour une AI nationale lancées par des partis politiques de gauche, le Conseil fédéral décide de débiter les travaux sur cette assurance, qui avait été acceptée en votation populaire depuis 1925. Si trois décennies se sont écoulées depuis, c'est que l'AI a été déclarée non prioritaire par un article constitutionnel qui insistait sur la création préalable de l'assurance vieillesse et survivants (AVS). La crise des années 1930, la Seconde Guerre mondiale et les réticences de certains milieux politiques allaient retarder et l'AVS (instituée en 1948) et l'AI, laquelle est finalement votée en 1959 pour entrer en vigueur en janvier 1960⁴³⁴.

En tant qu'assurance populaire obligatoire et générale, l'AI permet pour la première fois d'assurer l'ensemble de la population active et non active, et elle offre également une réglementation fédérale du subventionnement des institutions socio-éducatives et de la formation professionnelle des personnes en situation de handicap. Aussi l'incidence de l'AI sur l'activité de l'Hôpital orthopédique est-elle d'emblée très importante. Dès l'année 1961, Louis Nicod indique que « plus de la moitié de nos malades et des journées d'hospitalisés relèvent de l'assurance invalidité »⁴³⁵.

Mais la mise en place d'un tel système à l'échelle nationale n'est pas chose aisée, et la nouvelle AI cristallise les inquiétudes des praticiens au sujet des prestations prises en compte. De nombreuses lacunes sont pointées du doigt, telles que les « cures d'entretien des grands handicapés » qui ne sont pas prises en charge par la loi. Louis Nicod témoigne de cette incohérence et l'exemplifie comme suit dans son rapport annuel de 1961 :

LES GRANDS POLIOMYÉLITIQUES NOTAMMENT DEVRAIENT POUVOIR BÉNÉFICIER CHAQUE ANNÉE D'UNE CURE DE PHYSIOTHÉRAPIE QUI MAINTIENDRAIT LEUR MUSCULATURE DÉFICIENTE, [...] EMPÊCHERAIT LES DÉFORMATIONS; MAIS CES GRANDS INVALIDES, PARCE QU'ILS SONT RÉADAPTÉS AU TRAVAIL, N'ONT PLUS DROIT À DES PRESTATIONS MÉDICALES. JE CONNAIS DES INFIRMES DONT L'INVALIDITÉ PHYSIQUE EST DE L'ORDRE DE 80%; COMME LEUR CAPACITÉ DE GAIN DANS LE MÉTIER QU'ILS EXERCENT DÉPASSE LE 50%, ILS N'ONT DROIT À AUCUNE RENTE, MAIS LEUR GAIN EST SOUVENT SI MODESTE QU'ILS NE PEUVENT PAS ASSURER

Deux ans après l'entrée en vigueur de la loi, le conseil d'administration de l'Hôpital orthopédique dit aussi regretter que « certains problèmes relevant de l'assurance invalidité et concernant [l'année] 1961 n'aient pas encore trouvé leur solution »⁴³⁷.

Les démarches administratives exigées par l'AI sont un autre facteur de grand mécontentement, tant elles viennent bousculer en profondeur les habitudes du médecin dans sa relation avec le patient. Car c'est alors au médecin que revient la mission d'expliquer le fonctionnement fastidieux des assurances. Louis Nicod s'en irrite dans le rapport annuel de 1962 :

⁴³⁴
FRACHEBOUD (2015: 9 et 29–30).
Voir aussi GERMANN (2008).

⁴³⁵
« Rapport du médecin chef »,
Rapport HO 1961, 9.

⁴³⁶
Voir note précédente.

⁴³⁷
« Rapport du conseil d'administration »,
Rapport HO 1962, 3.

LE FINANCEMENT DE CES CURES D'ENTRETIEN INDISPENSABLES POUR LE MAINTIEN DE LEUR APPAREIL MOTEUR TRÈS DÉFICIENT. JE TROUVE CELA DOMMAGE⁴³⁶.

LE POINT NOIR DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE DANS NOTRE HÔPITAL EST LA « PAPE-RASSERIE ». CELLE-CI DEVIENT INSUPPORTABLE. LA PRESQUE TOTALITÉ DES MALADES QUI VIENNENT À LA CONSULTATION POLICLINIQUE, LA MAJEURE PARTIE DES HOSPITALISÉS RELÈVENT MAINTENANT DES ASSURANCES. POUR CHAQUE CAS, POUR CHAQUE CONSULTATION, NOUS DEVONS DONC NOUS DÉTERMINER VIS-À-VIS DE L'ASSURANCE ET INFORMER CELLE-CI DE NOS DÉCISIONS; NOUS DEVONS EXPLIQUER AU MALADE LE FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE, CE QU'ELLE PREND EN CHARGE ET CE QU'ELLE NE PREND PAS EN CHARGE. LES MALADES ONT DE LA DIFFICULTÉ À COMPRENDRE LA COMPLEXITÉ DES ASSURANCES SOCIALES SUISSES ET NOUS NOUS DEVONS DE LES RENSEIGNER SUR LE BIEN-FONDÉ OU LE NON-FONDÉ DES DÉCISIONS ADMINISTRATIVES PRISES À LEUR ÉGARD, SANS QUOI ILS PENSENT TOUT DE SUITE QU'ILS SONT L'OBJET D'UNE INJUSTICE. TOUT CELA SIGNIFIE QUE LA MAJEURE PARTIE DU TEMPS DU MÉDECIN EST CONSACRÉE, NON PAS À DES CONSEILS THÉRAPEUTIQUES ET À DES SOINS AUX MALADES, MAIS À LA RÉDACTION DE LETTRES ADMINISTRATIVES, DE DEMANDES DE TRAITEMENT, DE RAPPORTS ET D'EXPERTISES; ET CELA DANS LE SEUL BUT DE DÉTERMINER LA RÉPARTITION DES CHARGES FINANCIÈRES DU TRAITEMENT AUQUEL LE MÉDECIN DEVRAIT CONSACRER TOUTES SES FORCES. EN PLUS DE L'INCONVÉNIENT QU'IL Y A À PERDRE UN TEMPS AUSSI PRÉCIEUX POUR DES PROBLÈMES DE FINANCEMENT, SIGNALONS QUE LE CONTACT PSYCHO-

En tant qu'instance de subventionnement, les commissions cantonales de l'AI demandent aussi des rapports permettant de contrôler d'anciens malades qui n'ont plus donné signe de vie, et de suivre leur évolution tant sur le plan social que professionnel. Dans ce domaine et à la suite de son père Placide, Louis Nicod s'engage en faveur des personnes en situation de handicap en établissant des liens étroits avec l'Office romand d'intégration professionnelle pour handicapés⁴³⁹.

La prise en charge des prestations par l'AI est aussi l'occasion de tractations entre les disciplines visant à mieux définir les rôles de chacune, dans un climat de rude concurrence relevé par Louis Nicod :

LOGIQUE AVEC LE MALADE EN SOUFFRE ET QUE LE PRIX DE REVIENT DE LA JOURNÉE DE MALADE [HOSPITALISATION] DANS LES HÔPITAUX S'EN TROUVE QUINTUPLÉ⁴³⁸.

LE CONCEPT DE L'ORTHOPÉDIE ÉTAIT MAL COMPRIS, SON CHAMP D'ACTION MAL DÉLIMITÉ ET CONTESTÉ. NOUS NOUS SENTIONS MENACÉS PAR LA CHIRURGIE GÉNÉRALE ET LA RHUMATOLOGIE. C'EST POURQUOI NOUS DEVIONS NOUS SITUER PAR RAPPORT AUX AUTRES. LA MISE EN PLACE DE LA LOI AI DE 1960 POSAIT PLUSIEURS PROBLÈMES. LA LUTTE DEVENAIT NÉCESSAIRE⁴⁴⁰.

Afin d'impliquer la profession dans les enjeux qui se jouent autour de l'AI, Louis Nicod prend contact dès 1964 avec les orthopédistes lausannois, puis avec le président d'alors de la SSO, Eduard Burckhardt, ainsi qu'avec Hermann Fredenhagen, qui représente la SSO dans le domaine des assurances.

⁴³⁸
« Rapport médical »,
Rapport HO 1962, 8.

⁴³⁹
NICOD (1976^e: 71–73).

⁴⁴⁰
FREDENHAGEN/ROMER/
RÜTTIMANN (1992: 59), interview
avec Louis Nicod, président
de la SSO de 1964 à 1968.

À l'époque, une controverse porte notamment sur la définition des maladies congénitales et conséquemment sur la prise en charge par l'AI des traitements les concernant. Le président de la FMH et de la Chambre médicale suisse reproche à l'AI son caractère obligatoire dans le domaine des malformations congénitales, et craint par là le danger d'embryon d'une sécurité sociale. La politique de la FMH est alors de limiter au maximum les prestations médicales mises à la charge de l'AI, afin de ne pas favoriser une certaine catégorie de malades. Cela entraîne une attaque contre la classification des maladies congénitales et une redéfinition des notions de « maladie » et « accident ». En tant que délégué de la SSO à la Commission fédérale de l'AI, Hermann Fredenhagen défend alors les intérêts des orthopédistes, à contre-pied et donc sans l'appui de la FMH⁴⁴¹.

Au final, l'AI assumera les frais de traitement des malformations congénitales et prendra en charge les mesures de réadaptation professionnelle des invalides, permettant aux médecins d'établir le plan de traitement de ces malades. Auparavant, estime Louis Nicod au milieu des années 1970, « le problème financier était souvent un obstacle à l'exécution des thérapeutiques, compromettant parfois leur efficacité »⁴⁴². Pour certains, les premières années de l'AI seront aussi l'occasion de consolider le rôle de l'orthopédie. À l'Université de Genève, par exemple, après une longue phase où l'orthopédie s'est maintenue dans les mains d'éminents chirurgiens de la place, un enseignement orthopédique autonome voit le jour en 1962 avec une chaire extraordinaire d'orthopédie attribuée à Willy Taillard, lequel occupera toujours le poste une fois la chaire devenue ordinaire en 1968⁴⁴³.

Toutefois, l'AI repose sur un financement restreint des rentes et des prestations, qui en fait un programme d'assurance adapté aux années de croissance. Avec la crise des années 1970 et les mutations profondes de la société qui en découleront, l'assurance, et ses prestataires, se retrouveront face à des difficultés grandissantes⁴⁴⁴.

NOUVELLE MUE : L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE TRIPLE SA SURFACE

Fort de son nouveau statut de clinique universitaire, l'Hôpital orthopédique peut finalement s'agrandir grâce à un emprunt garanti par l'État. Les travaux, devisés initialement à 3,9 millions de francs auxquels s'ajoutent 600'000 francs pour l'agencement des locaux, atteignent un coût total, équipement compris, de 5 millions de francs. Lancés en 1959, ils se terminent en 1963 et permettent de tripler la superficie du bâtiment initial. D'importantes transformations internes se poursuivront jusqu'au début des années 1970⁴⁴⁵. Entre-temps, le médecin-chef devient médecin résident de l'Hôpital orthopédique, à l'instar de ce qui se fait dans les hôpitaux d'État : entièrement rattaché à l'établissement dès 1962, il y possède sur place un bureau de consultations privées et un service privé de pensionnaires⁴⁴⁶, ce qu'il avait jusqu'alors organisé à l'extérieur de l'institution.

Une institution à part dans le paysage hospitalier vaudois

En mai 1963, le nouveau bâtiment de Montagibert est officiellement inauguré à l'avenue Virgile-Rosset (qui sera renommée avenue Pierre-Decker en 1973). À cette occasion, le médecin-chef Louis Nicod, jusqu'alors chargé de cours, est nommé professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Lausanne – il occupera, dix ans plus tard, la première chaire ordinaire d'orthopédie à la faculté⁴⁴⁷. En juin 1963 a lieu une journée « portes ouvertes », l'une des premières du canton. Le discours d'inauguration est alors l'occasion de réunir les partenaires de l'Hôpital orthopédique et de rappeler les attentes des uns et des autres.

Le point de vue de l'État de Vaud, énoncé par le conseiller d'État Pierre Schumacher, chef du Département de l'intérieur, souligne la particularité de l'institution par rapport aux autres établissements du canton :

⁴⁴¹
FREDENHAGEN/ROMER/
RÜTTIMANN (1992 : 57–58),
interview avec Louis
Nicod, président de la
SSO de 1964 à 1968.

⁴⁴²
NICOD (1976^a : 72–73).

⁴⁴³
Recueil des professeurs (1990).

⁴⁴⁴
FRACHEBOUD (2015 : 183).

⁴⁴⁵
HUGLI (1976 : 56) ; DE BELLEVAL
(1963) ; « Rapport du
conseil d'administration »,
Rapport HO 1971, 2.

⁴⁴⁶
« Rapport médical (Louis
Nicod) », *Rapport HO 1962*,
8 ; HUGLI (1976 : 59).

⁴⁴⁷
« Rapport du conseil
d'administration », *Rapport
HO 1963*, 3 ; « Rapport du
conseil d'administration »,
Rapport HO 1973, 2.

DANS CE COMPLEXE ÉNORME QUE CONSTITUE L'ÉQUIPEMENT HOSPITALIER DU CANTON DE VAUD, ÉQUIPEMENT DESTINÉ À ASSURER LES SOINS AUX MALADES ET COMPRENANT L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE, LA FORMATION DES MÉDECINS ET DES SPÉCIALISTES DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES, NOUS TROUVONS DES INSTITUTIONS D'ÉTAT, COMME L'HÔPITAL CANTONAL AVEC L'ENSEMBLE DE SES BÂTIMENTS, DE SES SPÉCIALISATIONS ET DE SES ÉCOLES, LES HÔPITAUX RÉGIONNAUX, LES INSTITUTIONS PRIVÉES — LIÉES ENTRE ELLES PAR UNE ASSOCIATION ET À L'ÉTAT DE VAUD PAR UNE CONVENTION QUI RÈGLE LES DIFFÉRENTES CONDITIONS D'HOSPITALISATION DES ASSISTÉS — PUIS, ENFIN, LES CLINIQUES PRIVÉES. L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE EST UN MAILLON INDISPENSABLE DE CETTE CHAÎNE, MAIS SA STRUCTURE SPÉCIALE EN FAIT UN ÉTABLISSEMENT À PART. IL S'AGIT

Il est ainsi démontré que, nulle part ailleurs dans le canton, il n'est possible de trouver une institution telle que l'Hôpital orthopédique. Les prestations assurées au niveau médical, paramédical et éducatif en font une expérience hospitalière unique, et ce d'autant que l'institution remplit nouvellement une autre mission cautionnée par l'AI, étant devenue l'un des centres d'exécution des mesures de réadaptation du pays. Enfin, la Faculté de médecine rappelle que l'Hôpital orthopédique est une clinique universitaire orthopédique, soit un lieu de soins et un lieu de formation pour le personnel médical et paramédical.

Face aux différentes attentes énoncées par ses partenaires, l'Hôpital orthopédique évoque, quant à lui, la nécessité qu'il a de se développer et, conséquemment, les appuis financiers qu'il espère obtenir. Car l'institution supporte seule son exploitation médicale et hôtelière, et doit compter pour cela sur la contribution des patients pour leur pension, ainsi que leurs frais médicaux et pharmaceutiques. Le canton et les communes ont la charge des patients indigents, et l'AI doit couvrir les frais découlant de l'exécution de mesures de réadaptation. Aussi, l'Hôpital orthopédique souhaite-t-il que les contraintes administratives ne retardent pas les paiements dus⁴⁴⁹, en particulier ceux émanant des assurances sociales.

L'Hôpital orthopédique en quelques chiffres

Le nouvel hôpital de Montagibert dispose désormais de 116 lits, comprenant une division commune (101 lits) et une division pensionnaire (15 lits), contre 75 lits les années précédentes. Il comprend aussi deux salles d'opération, une salle des plâtres, un service de radiologie, un nouveau laboratoire et un cabinet dentaire. À cela s'ajoute le service de policlinique, refait à neuf, qui reçoit en consultations une à deux heures, trois jours par semaine, et propose en sus des visites aux malades. Le service pour enfants IMC s'installe aussi dans de nouveaux locaux. Pour l'inauguration de mai 1963, la *Gazette de Lausanne* consacre un dossier fourni à l'établissement et ses infrastructures, en soulignant :

CE NOUVEL HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE [...] PREND RANG PARMIS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS LES PLUS MODERNES⁴⁵⁰.

L'agrandissement de l'Hôpital orthopédique et la réorganisation des services ont des répercussions importantes sur le personnel. Alors que le nombre des collaborateurs oscillait entre 60 et 65 dans les années précédentes, l'établissement procède à de nouveaux engagements dans tous les secteurs. En 1962, on comptabilise une moyenne de 95 personnes occupées en permanence, qui se répartissent comme suit : 6 médecins, 4 physiothérapeutes, 24 infirmières diplômées, 16 aides

[...] D'UNE INSTITUTION PRIVÉE QUI EST POURTANT EN RAPPORT DIRECT AVEC L'ÉTAT SUR PLUSIEURS POINTS : L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE POUR CE QUI CONCERNE L'ORTHOPÉDIE ; L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE POUR LES ENFANTS HOSPITALISÉS EN ÂGE DE SCOLARITÉ [...] ; ENFIN L'ÉCOLE CANTONALE VAUDOISE DE MASSAGE ET DE PHYSIOTHÉRAPIE QUE L'ÉTAT DE VAUD A CONFIEE À L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE. UNE CONVENTION SPÉCIALE RÈGLE LES RAPPORTS DE L'HÔPITAL AVEC L'ÉTAT, FIXE LES PRESTATIONS DE CE DERNIER À L'OCCASION DE CES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS⁴⁴⁸.

⁴⁴⁸
Archives HO,
*Discours [d'inauguration
du nouvel HO] (1963 :
15–16)*. Je souligne.

⁴⁴⁹
Archives HO, *Discours
[d'inauguration du nouvel
HO] (1963 : 16)*.

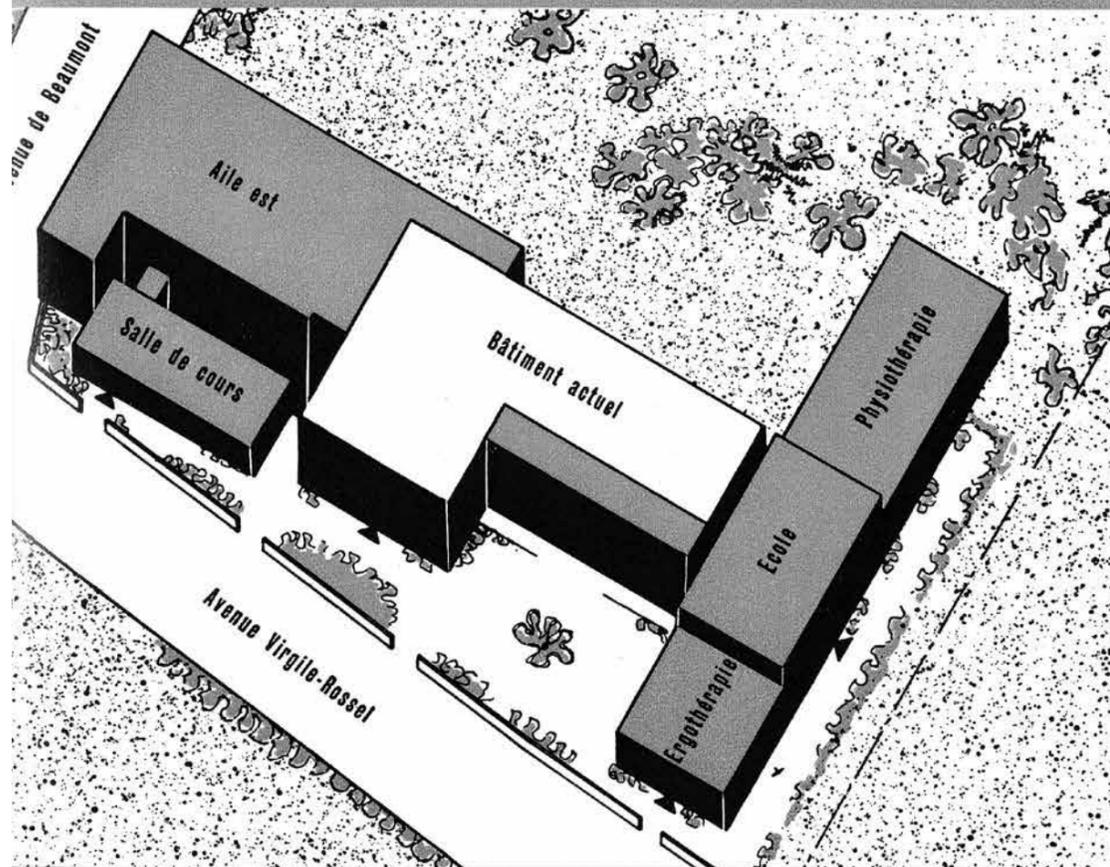
⁴⁵⁰
« Inauguration demain
[de l'Hôpital orthopédique] »
(1963).

Fig. 45
Projet d'agrandissement
de l'Hôpital ortho-
pédique des années
1950-1960.

Hôpital orthopédique

de la Suisse romande

Clinique universitaire d'orthopédie, Lausanne



Rapport annuel 1959

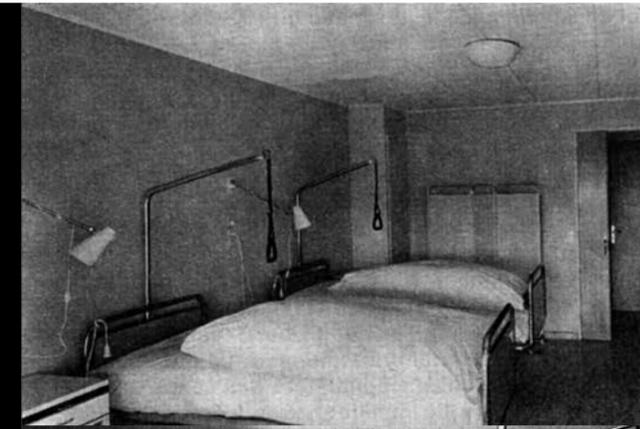


Fig. 46
Chambre à deux lits
rénovée de l'Hôpital
orthopédique, années
1960.

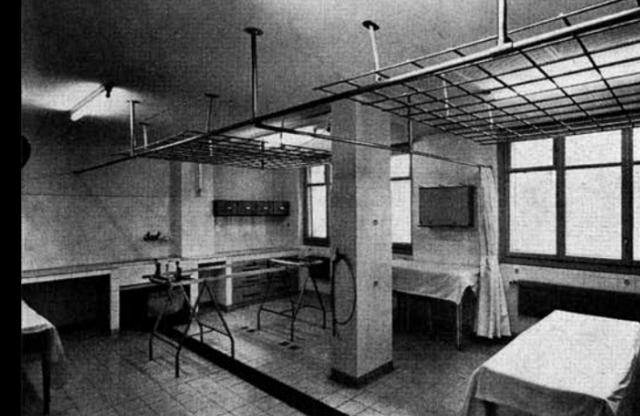


Fig. 47
Salle des plâtres rénoverée
de la polyclinique de
l'Hôpital orthopédique.



Fig. 48
Bureau d'assistant rénoveré.



Fig. 49
Salle de garde d'étage
rénoverée.

hospitalières ou aides-infirmières, 7 membres du personnel administratif, 2 ou 3 secrétaires médicales, 35 employés du personnel hôtelier et de divers autres secteurs. En tenant compte également des personnes qui offrent leurs services pour quelques mois et des arrivées massives durant cette période, ce sont plus de 100 mutations qui sont enregistrées en 1961.

Concernant les finances, les salaires totaux du personnel s'élèvent à 950'000 francs en 1962, alors qu'ils étaient de 245 francs en 1876, année de la fondation de l'Hospice orthopédique. Le prix de revient d'une journée d'hospitalisation grimpe aussi à 42 francs en 1963, contre 1,45 franc en 1893⁴⁵¹. À noter encore que l'Hôpital orthopédique est alors à même de recevoir des patients de toutes les parties du globe puisque, durant l'année 1961, l'institution a fait appel à son personnel afin de trouver des interprètes dans neuf langues différentes⁴⁵².

Du côté du médecin-chef Louis Nicod, nouvellement nommé professeur, les activités s'intensifient entre les consultations et les interventions, les cours, les rencontres de collègues de diverses sociétés – il présidera la SSO en 1964 –, les congrès et les expertises externes. Pour ces dernières, le médecin-chef préside par exemple une ou deux fois par mois des commissions de visites sanitaires organisées à l'Hôpital orthopédique sur la demande du Service de santé du Département militaire fédéral. Ces commissions ont pour but de trancher les cas particuliers d'affections de l'appareil locomoteur ayant une incidence sur l'aptitude au service militaire⁴⁵³.

Le bon fonctionnement de l'Hôpital orthopédique est rendu possible grâce à une équipe médicale fournie qui entoure Louis Nicod. Au milieu des années 1960, l'institution compte un chef de clinique, Pierre Buchs, ainsi que trois médecins adjoints, Pierre Scholder, Jules Rippstein et Louis Golay, lequel est chargé du service IMC. À noter que le Dr François Bornand est aussi rattaché à ce service en tant qu'ostéopathe – autre nouvelle spécialité accueillie dans l'institution. Des médecins consultants sont également associés pour les domaines de la neurologie, de la rhumatologie et des paraplégiques, et l'établissement compte cinq ou six médecins assistants tournants dont le nombre augmente chaque année du fait de l'accroissement des consultations policliniques – il y avait 1'850 consultations en 1952, qui sont passées à 7'028 en 1965. Enfin, l'Hôpital orthopédique complète son personnel encadrant par un physiothérapeute-chef, Paul Lyon, et confie les soins infirmiers à Odette Peter (1914–1997), engagée en 1962 comme infirmière-chef. Anne Denking est, quant à elle, devenue « chef d'hospitalisation » *[sic]*, un titre qui ne sera pas maintenu lors de son départ à la retraite en 1965⁴⁵⁴.

Concernant les malades en traitement, la balance entre enfants et adultes a définitivement penché du côté des seconds, qui représentent en 1963 deux tiers de la patientèle. Les affections de l'appareil locomoteur prises en charge sont les séquelles d'accidents, les cas relevant de la chirurgie réparatrice, les maladies rhumatismales dégénératives, les paralysies diverses, les tuberculoses ostéoarticulaires, les affections du dos, les malformations congénitales ou acquises ainsi que les enfants IMC.

Plus spécifiquement, en tête de liste pour l'année 1963 figurent les séquelles de poliomyélite, les déformations du pied (hallux valgus et pied plat valgus), les lombalgies et les hernies discales, la scoliose et les pieds bots congénitaux⁴⁵⁵. La nouvelle orientation de l'Hôpital orthopédique induit une croissance inédite des opérations, consultations et journées d'hospitalisation. Plus de 900 opérations annuelles et jusqu'à 40'000 journées d'hospitalisation sont comptabilisées dans les années 1960, contre 200 opérations et 2000 journées en 1957⁴⁵⁶.

Densité du marché suisse des soins

L'évolution de la densité médicale et des effectifs du personnel soignant est un signe manifeste de l'accroissement de la consommation médicale et hospitalière. En Suisse, le nombre de médecins pour 100'000 habitants s'est élevé de 60 en 1900 à plus de 100 en 1967, soit une augmentation de près de 70%. En comparaison, la Suède compte en 1967 une proportion de médecins semblable à celle de la Suisse avec 110 praticiens pour 100'000 habitants, tandis que l'URSS en compte près du double avec 210 médecins pour 100'000 habitants.

⁴⁵¹
DE BELLEVAL (1963).

⁴⁵²
« Rapport du conseil d'administration », *Rapport HO 1961*, 4–5.

⁴⁵³
« Rapport médical », *Rapport HO 1964*, 8–10.

⁴⁵⁴
« Rapport médical », *Rapport HO 1965*, 7; NICOD (1976²): 75–76).

⁴⁵⁵
« Malades hospitalisés », *Rapport HO 1963*, 18–19; NICOD (1976²).

⁴⁵⁶
« Une carrière au service de l'orthopédie » (1977).

Ce sont les cantons riches et plus particulièrement les zones urbaines qui, au milieu des années 1960, continuent d'attirer les médecins. Les cantons qui comportent des hôpitaux universitaires (Bâle, Genève, Vaud et Zurich) enregistrent les plus fortes densités médicales, avec environ 130 à 180 médecins pour 100'000 habitants, tandis que l'assistance médicale reste précaire à la campagne et dans les cantons de Suisse centrale, avec moins de 60 médecins pour 100'000 habitants. Concernant le personnel soignant des hôpitaux suisses, en 1965, on dénombre 218 infirmières et infirmiers pour 100'000 habitants, dont 153 en établissements de soins généraux, avec là aussi une concentration bien plus forte dans les cantons disposant d'un hôpital universitaire⁴⁵⁷.

Comme le relève l'économiste Martine Bungener, depuis la fin du 19^e siècle déjà, l'attrait des zones économiques les plus développées joue sur le corps médical :

CAR C'EST LÀ QUE NON SEULEMENT EXIST[ET] UN BESOIN SOLVABLE FINANCIÈRE-

MENT MAIS QU'EN OUTRE L'HABITUDE DE RECOURIR AUX SOINS MÉDICAUX ET DE

FAIRE APPEL AUX PRATICIENS S'[EST] DÉJÀ INSTAURÉE⁴⁵⁸.

Aussi, dans tous les cantons, le déséquilibre ville-campagne se répercute-t-il au niveau des types de médecins. La faible part des généralistes ne suffit plus à la relève dans les milieux ruraux, où le nombre de médecins diminue par rapport à la population à desservir, tandis que les spécialistes connaissent un essor fulgurant – près de 70% des médecins nouvellement installés sont des spécialistes en 1967. Ce phénomène est d'autant plus compréhensible que la clientèle doit être potentiellement plus étendue pour le spécialiste qui, de ce fait, choisit le milieu urbain⁴⁵⁹. Dans ce contexte et de par sa situation géographique et sa proximité avec l'Hôpital cantonal, l'Hôpital orthopédique draine une bonne partie des malades orthopédiques des régions rurales du canton de Vaud et des alentours.

L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE DES ANNÉES 1960 : ENTRE TRADITION ET MODERNITÉ

L'exemple des soins infirmiers en pédiatrie

Engagée à l'Hôpital orthopédique comme infirmière en 1962, Geneviève Putigny (1931–) restera trente années dans l'institution. Au bénéfice d'une formation de jardinière d'enfants puis d'infirmière en pédiatrie, elle est affectée au service des enfants de l'Hôpital, au grand soulagement de Louis Nicod, « car ce dernier n'osait plus prendre de nourrissons faute d'infirmières spécialisées dans cette tranche d'âge », se souvient Geneviève Putigny. Elle est envoyée par le médecin-chef à l'Hôpital des enfants malades de Paris pour un stage afin de parfaire ses connaissances en orthopédie et plus particulièrement dans les luxations congénitales de la hanche⁴⁶⁰.

L'engagement de Geneviève Putigny coïncide avec les importantes mutations qui redessinent l'établissement, depuis les locaux agrandis et modernisés jusqu'au personnel. Elle se souvient qu'à son arrivée, des infirmières sourciennes déjà âgées occupaient les services pour adultes, mais que celui des enfants était confié à des aides hospitalières non qualifiées et « imprégnées de cette âme d'hospice ». Des changements doivent intervenir en tenant compte néanmoins du travail accompli jusqu'alors. Cette tâche délicate revient à la nouvelle infirmière-chef, Odette Peter, diplômée de l'École de La Source et remplaçante d'Anne Denking.

Chaque service est passé en revue par Odette Peter afin qu'il reçoive l'aide nécessaire à son bon fonctionnement. Comme le relate Geneviève Putigny :

⁴⁵⁷
GILLIAN (1969: 81 et 104–105).

⁴⁵⁸
BUNGENER (1984: 82).

⁴⁵⁹
BUNGENER (1984: 105).

⁴⁶⁰
Sans autre mention, les citations qui suivent proviennent de l'entretien avec Geneviève Putigny.

ON ÉTAIT ENCORE AU STADE OÙ LES INFIRMIÈRES DEVAIENT AIGUISER LES AIGUILLES, STÉRILISER LES SERINGUES, FAIRE LES MOUCHES (TAMPONS DE GAZE POUR NETTOYER LES PLAIES), LES COMPRESSES, ROULER LES BANDES, ET FAIRE LE

Les sols, également du ressort des infirmières, sont rapidement confiés à un personnel de ménage qualifié. De plus, l'engagement de nouvelles aides-infirmières et hospitalières permet de laisser davantage de temps aux infirmières pour les soins quotidiens aux enfants. « Quoiqu'à cette époque, les heures supplémentaires ne se comptaient pas », relève encore Geneviève Putigny. Celle-ci prend alors en charge le service des enfants non encore scolarisés, tandis qu'Antoinette Cavin (1940–), infirmière diplômée arrivée peu après, s'occupe de celui des enfants en âge de scolarité.

La période favorise la modernisation de l'équipement en chambre, comme le relate Geneviève Putigny :

ON A OBTENU DE CHANGER LES LITS, QUI ÉTAIENT SANS ROULETTES ET DONT LES BARREAUX ÉTAIENT INAMOVIBLES. C'ÉTAIT TRÈS DIFFICILE DE FAIRE CES LITS, TRÈS LOURDS, ET LES ENFANTS REGARDAIENT TOUJOURS LE PLAFOND.

Elle se rappelle aussi avoir pu décorer les chambres des enfants avec des affiches murales, d'y avoir fait ajouter des jeux, des jouets et même de la musique. Quelques années plus tard, une télévision est installée dans le service des enfants. Avec le technicien orthopédiste Pierre Kern (1950–), des tentatives sont aussi faites pour égayer les appareils des jeunes patients, « en les rendant plus jolis, en couleur et avec des motifs ; certains enfants étaient même fiers de leur appareil », énonce Geneviève Putigny. Le vent de modernité qui souffle sur l'Hôpital orthopédique n'est pas incompatible avec l'ambiance particulière propre aux petites structures : « Il y avait vraiment un corps familial ; on vivait un petit peu à l'écart. C'était le reste positif de l'Hospice », note l'ancienne infirmière. Elle se souvient notamment de fêtes de Noël « extraordinaires » :

IL Y AVAIT DES SPECTACLES AUXQUELS PARTICIPAIT LE PERSONNEL, Y COMPRIS LES CADRES. LE DR GOLAY JOUAIT DU VIOLON ALTO. UN MÉDECIN FAISAIT LE PÈRE NOËL CHEZ LES ENFANTS.

Progressivement, l'Hôpital orthopédique s'ouvre aussi à une nouvelle patientèle impliquant des changements au niveau de l'organisation des visites, qui jusqu'alors avaient lieu deux fois par semaine uniquement :

LES ENFANTS QU'ON AVAIT AU TOUT DÉBUT VENAIENT BEAUCOUP DU VALAIS OU DE FRIBOURG, SOUVENT DE PARENTS PAYSANS QUI TRAVAILLAIENT ET NE POUVAIENT PAS VENIR TOUS LES JOURS.

L'ancienne infirmière se souvient de les avoir beaucoup distraits au début de son engagement, avant que ses tâches d'infirmière ne l'occupent entièrement. Sur sa demande est engagée une jardinière d'enfants, qui apporte un soutien important aux enfants et aux infirmières. Puis le nombre de visites extérieures augmente rapidement.

DÈS LES ANNÉES 1960–70, ON A AUSSI FAIT EN SORTE QUE LES ENFANTS PUISSENT RENTRER À LA MAISON DU VENDREDI SOIR AU DIMANCHE SOIR, POUR PASSER LE WEEK-END CHEZ LEURS PARENTS. C'ÉTAIT TRÈS BIEN POUR LES ENFANTS, ON NE COUPAIT PAS LE LIEN AVEC LES PROCHES.

En effet, l'époque est à davantage de décloisonnement dans les institutions. Dans le contexte émancipateur de Mai 68, les revendications associatives de malades ou de parents d'enfants malades s'expriment également sur ce thème⁴⁶¹. Geneviève Putigny reconnaît que la situation des enfants de l'Hôpital orthopédique et de leur famille était souvent très lourde :

C'ÉTAIT DIFFICILE DE FAIRE ACCEPTER AUX PARENTS QUE LEUR ENFANT ÉTAIT HANDICAPÉ SÉRIEUSEMENT, ET PARFOIS À VIE. QU'ILS NE POURRAIENT PAS LES AVOIR QUOTIDIENNEMENT À LA MAISON, QU'ILS DEVRAIENT ÊTRE MIS À L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE, PUIS PLACÉS DANS UNE INSTITUTION SPÉCIALISÉE OU EN ATELIER.

L'ancienne infirmière se souvient de situations familiales dramatiques, de couples qui se sont séparés. Mais il y a également eu des issues heureuses. « C'était une joie lorsqu'un enfant en station assise ou couchée était mis debout appareillé et marchait ! » se rappelle Geneviève Putigny.

Davantage de mobilité pour les enfants très atteints

Avant la généralisation de l'amniocentèse dans les années 1980, les enfants nés avec des difformités importantes sont encore nombreux en Suisse. À côté des séquelles de poliomyélite et de tuberculose osseuse, acquises durant l'enfance, les myéloméningocèles (spina-bifida) et les luxations de la hanche sont parmi les affections congénitales le plus souvent traitées par Louis Nicod. Dès 1965, il est secondé par Jean-Claude Caron (1928–), qui a suivi des formations à l'étranger en chirurgie orthopédique. À son arrivée à l'Hôpital orthopédique, il s'oriente en tant qu'assistant vers la prise en charge des adultes et surtout des enfants, un secteur dont il supervisera les développements comme médecin-chef jusqu'à son départ en 1987.

Geneviève Putigny se souvient que les deux médecins tiennent alors à ce que les enfants soient mobilisés le plus possible :

CE N'ÉTAIT PAS UNE MINCE AFFAIRE DE LES METTRE EN MOUVEMENT, AVEC LES PLÂTRES ET LES APPAREILS ORTHOPÉDIQUES SOUVENT TRÈS LOURDS. MAIS PLANCHES À ROULETTES, YOUPALAS ET L'INGÉNOSITÉ DU PERSONNEL PAL-

Parmi les enfants ne pouvant quitter leur lit figurent les cas de luxations congénitales de la hanche, impliquant une mise sous traction progressive durant quatre à cinq semaines : on augmente l'écart des jambes, on met de la rotation, puis les chirurgiens orthopédistes complètent la réduction de la hanche sous narcose. Les enfants sont ensuite plâtrés jusqu'à la taille. Or ce dispositif empêche le contact physique entre les enfants et leurs parents, ce à quoi on tente de remédier comme l'évoque l'ancienne infirmière :

LIAIENT CES DIFFICULTÉS.

GRÂCE À LA COMPRÉHENSION ET À LA CONFIANCE DU PROFESSEUR NICOD ET DU CHEF DE CLINIQUE, LE DR CARON, ON A OBTENU DE POUVOIR DÉTACHER LES ENFANTS QUELQUES MINUTES POUR QUE LES PARENTS PUISSENT LES PRENDRE DANS LEURS BRAS.

À l'heure actuelle, le diagnostic précoce posé par les pédiatres permet de dépister les luxations souvent à la naissance ou dans les premières semaines de vie, permettant une prise en charge qui évite l'intervention opératoire⁴⁶².

Il est aussi décidé que les enfants seront habillés de leurs propres vêtements apportés par leur famille et non plus de ceux provenant de dons faits à l'Hospice orthopédique. « L'intendante, Mme Zimmermann, faisait aussi confectionner par les dames de la couture des pyjamas et salopettes, dans des tissus colorés », précise l'ancienne infirmière, qui relève encore les distractions égayant le quotidien des enfants : promenades dans le jardin, siestes sur les balcons, séances de dessins animés dans la salle de cours le dimanche.

⁴⁶¹ Voir par exemple AKRICH/RABEHARISOA/NUNES/PATERSON (2008); KABA (2016).
⁴⁶² Entretiens avec Geneviève Putigny et Michel Dutoit; NICOD (1976^e; 89–90).

Fig. 50
Le nouveau laboratoire
de l'Hôpital ortho-
pédique permet d'effec-
tuer sur place toutes
les analyses courantes.



Fig. 51
Dans chaque service de
l'Hôpital orthopédique
se trouve une salle appe-
lée «garage», destinée
à recevoir les brancards,
fauteuils et équipements
d'aide à la marche.



Fig. 52 / 53
Classes d'école rénovées.



Fig. 54
Inaugurée en 1963,
la nouvelle piscine de
l'Hôpital orthopédique
est alors inédite en Suisse.

Hôpital orthopédique

de la Suisse romande

Clinique universitaire d'orthopédie
Centre romand de physiothérapie et de
rééducation fonctionnelle de
Lausanne



Rapport annuel 1962



Fig. 55
Kinésithérapie dans l'eau:
la douche subaquatique.

Une deuxième classe d'école primaire

Pour les enfants en âge de scolarité, une amélioration est aussi apportée au niveau de leur éducation grâce aux agrandissements de l'Hôpital orthopédique. L'institution se dote en effet d'une deuxième classe d'école primaire, où enseignent désormais deux institutrices diplômées – et non plus une seule comme autrefois⁴⁶³. Dans ces deux classes, à l'effectif très variable, certains enfants, qui passent des mois voire des années à l'Hôpital orthopédique, évitent ainsi de perdre le fil de leurs études. La prestation des deux professionnelles est qualifiée de « tour de force » : elles doivent connaître tous les programmes, primaire et secondaire, des six cantons romands, dont proviennent les enfants âgés de 6 à 15 ans. Les institutrices font donc pratiquement un cours particulier qui s'adapte à chaque enfant et qui correspond à l'enseignement qu'il recevait dans la classe où il était avant d'entrer en traitement à l'Hôpital orthopédique⁴⁶⁴.

Les enfants restés très handicapés après leur passage à l'Hôpital orthopédique et dont les parents ne peuvent s'occuper entreront par la suite en institutions spécialisées ou homes-écoles – La Cité Radieuse d'Échichens ou La Cassagne dans le canton de Vaud.

La physiothérapie

Tenant compte de l'évolution des patients et des besoins thérapeutiques, une attention particulière est également portée au service de physiothérapie. Initialement destiné aux malades poliomyélitiques, ce service s'adapte désormais aux opérés, traumatisés et rhumatisants, proposant 25 traitements différents. La piscine médicale y constitue l'un des centres d'intérêt de l'Hôpital orthopédique. Innovante à plus d'un titre – les physiothérapeutes peuvent s'occuper de leurs malades sans avoir à entrer eux-mêmes dans l'eau –, elle permet de commencer des traitements de mobilisation, de musculation, de réadaptation avant même que le malade ne soit capable de se tenir debout ; c'est ainsi que l'on rééduque les membres opérés huit jours seulement après l'intervention⁴⁶⁵. La piscine est agrémentée de plus petits bassins et d'installations de fangothérapie, de vertébrothérapie et de pouliothérapie, auxquelles s'ajoutent des appareils d'électrothérapie. Ce dispositif, unique en son genre dans le pays, permet à l'Hôpital orthopédique de se présenter comme un « Centre romand de physiothérapie et de rééducation fonctionnelle » (1960)⁴⁶⁶.

La période est aussi une année clé pour l'École cantonale vaudoise de massage et de physiothérapie, qui se voit dotée, en 1962, d'un programme d'étude entièrement remanié – l'ancien datant de 1954. Une distinction précise est désormais faite entre l'enseignement théorique, l'enseignement pratique et la pratique elle-même. La formation, qui durait initialement deux ans, est augmentée d'une année, puis passera aux actuelles quatre années requises. Le nouveau programme tient compte des directives de la Conférence des écoles suisses de physiothérapie, à laquelle appartient Louis Nicod, et il est conforme aux exigences de la *World Confederation for Physiotherapy*, ce qui permet aux élèves formés à l'École cantonale vaudoise d'être reconnus à l'étranger. Pour le secondar à la direction de l'École, Louis Nicod s'adjoit en 1963 les services de Pierre Scholder, fils de Jean-Charles Scholder. Les premiers diplômes de physiothérapie seront décernés en 1966⁴⁶⁷.

L'ergothérapie

Parmi les autres professions paramédicales, l'Hôpital orthopédique compte aussi l'ergothérapie dans ses murs, discipline alors toute jeune en Suisse. En effet, hormis quelques cours épars donnés dès les années 1940 en Suisse alémanique par deux femmes formées aux États-Unis en *occupational therapy*, la première École d'ergothérapie en Suisse ouvre à Zurich en 1957. Une formation similaire ne débutera en Suisse romande qu'en 1965, proposée par l'École d'études sociales et pédagogiques à Lausanne – comme c'est encore le cas actuellement⁴⁶⁸.

Au moment de la mise à l'étude de l'agrandissement et de la réfection de l'Hôpital orthopé-

⁴⁶³ « Rapport du médecin-chef », *Rapport HO 1961*, 12–14.

⁴⁶⁴ DE BELLEVAL (1963).

⁴⁶⁵ Voir note précédente.

⁴⁶⁶ « Rapport du médecin-chef », *Rapport HO 1961*, 12 ; HUGLI (1976 : 56–57).

⁴⁶⁷ « Rapport médical », *Rapport HO 1962*, 15 ; « Rapport médical », *Rapport HO 1963*, 9 ; CLERC (1996^o) ; NICOD (1976^o : 112).

⁴⁶⁸ DUBOUCHET/FRAGNIERE (1979 : 29–33). L'École d'études sociales et pédagogiques est l'actuelle Haute École de travail social et de la santé du canton de Vaud.

dique, l'installation d'ateliers de rééducation fonctionnelle était déjà prévue, et un premier projet avait été proposé en 1959 par un architecte spécialiste de ces questions. Mais ce projet allait être retardé pour des raisons d'organisation des locaux et de financement inhérent à l'agrandissement du bâtiment⁴⁶⁹. Des activités d'ergothérapie sont toutefois proposées à l'Hôpital orthopédique, ce qui incite Louis Nicod à décrire les nouvelles et futures prestations dans le rapport annuel de 1961 :

CE MOT [ERGOTHÉRAPIE] SIGNIFIE LA *RÉÉDUCATION* PAR LE TRAVAIL. LE BUT DE

L'ERGOTHÉRAPIE EST DE FORTIFIER CHEZ LES MALADES ET LES HANDICAPÉS LA

MUSCULATURE DES MEMBRES, D'ACCROÎTRE LEUR AGILITÉ, DE DÉVELOPPER LE

JEU DES ARTICULATIONS, ET CELA PAR DES EXERCICES PROLONGÉS DE CARAC-

TÈRE PROFESSIONNEL, DURANT PLUSIEURS HEURES. LA MENUISERIE, LA POTERIE,

LE TISSAGE, LES TRAVAUX À LA MACHINE À ÉCRIRE CONVIENNENT TOUT PARTI-

CULIÈREMENT À CE TYPE DE *RÉÉDUCATION*.

DANS NOTRE CENTRE D'ERGOTHÉRAPIE, ON

DISPOSERA D'UNE CUISINE ET D'UNE SALLE DE

BAINS *RÉÉDUCATIVES*. TOUS LES OBJETS DES-

TINÉS À FACILITER LA VIE QUOTIDIENNE DES

INFIRMES À LA MAISON SERONT À DISPOSI-

TION, AFIN QU'ILS PUISSENT SE *RÉADAPTER* À

LA VIE DÉJÀ DANS LE CENTRE HOSPITALIER⁴⁷⁰.

Ainsi, l'Hôpital orthopédique fait un pas de plus en direction du confort des patients et de sa mission éducative et rééducative, en inscrivant dans la chaîne des traitements post-hospitaliers le souci d'une meilleure réadaptation fonctionnelle et sociale.

En attendant la réalisation des ateliers d'ergothérapie, deux unités sont progressivement mises en place, l'une destinée à l'ergothérapie adulte, l'autre à l'ergothérapie pédiatrique. Cette dernière est rattachée au service IMC et décrite par Bernard Cavin (1950–), qui y œuvrera en tant qu'ergothérapeute dès 1972, comme une « petite unité autonome, satellite de l'Hôpital orthopédique ». L'ergothérapie pédiatrique fonctionne au sein d'une équipe pluridisciplinaire d'une dizaine de personnes, regroupant aussi des physiothérapeutes, des logopédistes et une psychologue, sous la direction de la cheffe du service IMC, Rolande Vauthey, infirmière diplômée. La méthode Bobath, éprouvée en physiothérapie notamment, est également privilégiée dans la rééducation fonctionnelle⁴⁷¹.

L'appareillage en ergothérapie est un maillon essentiel de la prise en charge des patients orthopédiques. Dans l'idée d'une plus grande mobilité offerte aux enfants, par exemple, un programme d'orthèses innovantes est initié dans le service IMC. Bernard Cavin se souvient :

AU DÉBUT, ON TRAITAIT ENCORE LES ENFANTS AVEC LES PLÂTRES, CE QUI ÉTAIT

DÉLICAT AVEC LES CAS NEUROLOGIQUES. ON INSTALLAIT ÉGALEMENT LES

ENFANTS IMC DANS DES SIÈGES TRÈS RIGIDES, PEU CONFORTABLES.

Or Louis Golay, responsable médical du service IMC, souhaite changer cette façon de faire. Avec sa collaboration, Bernard Cavin et le service d'ergothérapie conçoivent des orthèses sur mesure pour les enfants IMC handicapés des membres inférieurs et supérieurs, et ils réalisent des sièges en coque pour l'installation précoce des enfants en position assise, basée sur un système dynamique. Bernard Cavin relève :

IL Y A EU UN GROS TRAVAIL DE RECHERCHE DANS LES PUBLICATIONS D'AUTRES

SPÉCIALISTES, MAIS L'INNOVATION EST SURTOUT NÉE DE L'INTERACTION AVEC

BEAUCOUP D'AUTRES GENS À L'INTERNE.

Puis naîtra rapidement une collaboration avec d'autres centres en Suisse (à Fribourg et à Genève), puis en France (à Lyon et à Lille)⁴⁷².

L'Hôpital orthopédique reste, dans les années 1960, le seul établissement de la région romande à œuvrer en tant que clinique orthopédique. La prise en charge s'y est clairement élargie : elle inclut toutes les pathologies orthopé-

⁴⁶⁹

« Centre de rééducation fonctionnelle », *Rapport HO 1964*, 6.

⁴⁷⁰

« Rapport du médecin-chef », *Rapport HO 1961*, 14. Je souligne.

⁴⁷¹

Entretien avec Bernard Cavin.

⁴⁷²

Voir note précédente.

diques de la naissance à l'âge gériatrique. Cette forme de prise en charge, qui n'est pas celle adoptée par tous les établissements orthopédiques, convainc le médecin-chef Jean-Claude Caron :

CELA A SON IMPORTANCE, CAR BIEN DES AFFECTIONS ORTHOPÉDIQUES DE L'ADULTE RÉSULTENT DE PROBLÈMES QUI SONT SURVENUS DANS L'ENFANCE. SI BIEN QUE LE TRAITEMENT ET LA CONNAISSANCE DES AFFECTIONS ORTHOPÉDIQUES DE L'ENFANT CONDITIONNENT EN GRANDE PARTIE LA PRISE EN CHARGE DE CELLES DE L'ADULTE⁴⁷⁵.

TENTATIVES D'INTERVENTION ÉTATIQUE

Dans les années 1960–1970, la corrélation entre les développements importants en thérapeutique, l'engagement d'un personnel plus nombreux et mieux formé, et les effectifs en hausse des malades mène à l'« explosion » du système hospitalier, qui s'est amorcée à la fin de la Seconde Guerre mondiale. Dans les budgets des hôpitaux suisses, la part des charges salariales est devenue écrasante, passant de 44,3% des dépenses ordinaires totales en 1950 à 70,2% en 1974⁴⁷⁴.

Il faut noter que la croissance des dépenses de santé de cette période n'est pas propre au seul secteur sanitaire. On se situe dans la phase du développement capitaliste où le secteur tertiaire devient le mode d'activité dominant de l'économie, marquant le système social dans son ensemble. Les modes de consommation ont radicalement changé par rapport à la première moitié du siècle⁴⁷⁵ – pour exemple, les années 1960 sont celles où l'automobile se généralise dans toutes les couches de la population. Quoi qu'il en soit, l'élévation des coûts de la santé a un impact direct sur les assurances sociales et sur l'État, qui cherche des solutions.

Les assurances maladie et accident

Depuis le milieu du 20^e siècle, la croissance du secteur de la santé et de la demande de soins médicaux pèse sur les finances des caisses maladie. Dans les régions qui connaissent l'assurance maladie obligatoire – dont la loi avait été votée en 1912, mais qui sera imposée à l'ensemble de la population suisse en 1996 seulement –, les autorités locales interviennent souvent pour limiter le montant des primes. Mais, dans l'impossibilité d'adapter leurs primes à l'évolution des dépenses, de nombreuses caisses continuent d'afficher des déficits structurels. Pour cette raison, les subventions fédérales sont considérablement revues à la hausse lors de la révision partielle de la loi sur l'assurance maladie (LAMA) en 1964.

Par la suite, les efforts déployés pour réviser la LAMA se heurtent à un problème insoluble. Les partis de gauche et du centre jugent les prestations de l'assurance maladie insuffisantes, alors que les partis bourgeois critiquent la hausse constante des coûts de la santé. Dans les années 1970, les tentatives de révision totale de la loi se solderont par une succession d'échecs. L'unique solution entrevue sera l'augmentation des primes⁴⁷⁶.

Quant à l'assurance accident – votée en 1912 et instaurée en 1918 –, elle est alors moins controversée que la LAMA. Aux caisses privées mises en place par les employeurs s'est ajoutée la CNA, qui prend en charge une partie des patients des hôpitaux. Au milieu des années 1950, la CNA paie des pensions d'invalidité à 40% de ses patients avec fracture de la jambe en raison de dommages permanents⁴⁷⁷. Elle passera le relais à l'AI concernant ce type de cas dans les années 1960. Le système social suisse est donc amené à se complexifier, sans pour autant absorber la hausse continue des coûts de la santé.

⁴⁷⁵ Entretien avec Jean-Claude Caron.

⁴⁷⁶ DONZÉ (2002^b: 34); DONZÉ (2003: 278–279).

⁴⁷⁵ BUNGENER (1984: 101).

⁴⁷⁶ «Caisses-maladie», *Histoire de la sécurité sociale en Suisse*.

⁴⁷⁷ SCHLICH (2002^b: 34).

Le nouveau plan hospitalier vaudois de 1966

Pour faire face à ce problème, une première intervention directe de l'État de Vaud est tentée en 1966. Elle aboutit à l'adoption du Plan hospitalier vaudois, qui divise le canton en zones sanitaires et hiérarchise les divers établissements. Cette organisation hospitalière cantonale est acceptée sans heurts, mais sera remise en cause lors de la contestation post-soixante-huitarde et la crise économique des années 1970. La tradition des fondations privées, qui caractérise l'État de Vaud, rend par ailleurs difficile le suivi strict des recommandations de ce premier plan de 1966. Il incite toutefois les établissements à coordonner leurs activités, afin d'imposer leurs propres vues. Les hôpitaux sont ainsi amenés à s'organiser en associations régionales ou associations de directeurs. Depuis le milieu du siècle, l'Hôpital orthopédique est, quant à lui, affilié au GHRV, l'une des associations d'hôpitaux les plus actives en Suisse romande⁴⁷⁸. C'est finalement beaucoup par consensus que s'organisent les prises en charge hospitalières des patients et de leurs pathologies en constante évolution. Dans les années 1960, maladies et accidents dessinent de nouvelles configurations, qui poussent la médecine dans d'autres voies.

⁴⁷⁸ DONZÉ (2002^b: 33–35); DONZÉ (2003: 278–279).

UN HÔPITAL VRAIMENT ROMAND



Entretien avec M. Henchoz, directeur de l'Hospice orthopédique de Lausanne superbement modernisé



▲ S'il y a une piscine pour les grands, il y en a une pour les enfants, qui apprécient cette thérapeutique beaucoup plus que les piqûres...

▲ A l'aide d'un treuil hautement perfectionné, un malade est descendu dans l'une des piscines dont est doté l'hospice. Avant même de pouvoir marcher, un opéré, par exemple, subit dans l'eau des massages qui vont accélérer sa guérison.



▲ Suites d'accidents ou d'opérations, malformations congénitales, paralysies diverses, affections rhumatismales : le champ d'action de l'hospice orthopédique est vaste. L'efficacité des traitements, par bonheur, l'est aussi.

▲ Des appareils aussi divers qu'étranges permettent aux malades de rééduquer leurs muscles, qu'il s'agisse des jambes, des bras ou de la colonne vertébrale. Le personnel infirmier, hautement spécialisé, est à la hauteur de sa tâche.

— La Suisse est le premier pays au monde à avoir créé un hôpital orthopédique ! nous dit M. Henchoz, son sympathique directeur. C'est en effet à Orbe, en 1779 que Venel, médecin-accoucheur et précurseur de l'orthopédie, fonda un établissement pour le traitement des personnes déformées.

— Cet homme, d'un grand talent et d'un dévouement exemplaire, fut frappé par le nombre d'enfants naissant avec des pieds difformes qui restaient sans traitement. Très habile de ses doigts, il entreprit le redressement des pieds bots par le massage, le modelage manuel.

L'Institut Venel connut tout de suite un immense succès et les cantons et pays voisins suivirent son exemple.

— Venel fut pour successeur son neveu, le docteur Pierre-Frédéric Jaccard. Ce médecin eut d'ailleurs une vie mouvementée. Enfermé durant la Terreur en France dans les prisons du Temple, il put échapper à la guillotine grâce à l'intervention de Collet d'Herbois, membre du Comité de Salut Public, dont il avait

soigné avec succès l'enfant atteint le pied bot congénital.

Jaccard eut deux filles dont l'une épousa le docteur Antoine-Paul Martin, de Genève (1794-1869). Ce dernier reprit la direction de l'Institut de son beau-père et le transporta à Aubonne en 1820.

Le docteur Martin succéda son fils, le docteur Martin-Crinsoz.

1 fr. 45 la journée de malade.

— L'hôpital existe sur les lieux actuels depuis 1927 et depuis cette époque s'appelle : Hospice orthopédique de la Suisse romande. Pour vous donner une idée de son extension, sachez qu'en 1876 les salaires annuels du personnel étaient de 343 francs tandis qu'ils furent en 1962 de 950 000 francs. Cette disproportion se fait hélas ressentir dans l'autre sens, dans le domaine des dons. En 1876, on reçut 424 fr. 50 tandis qu'en 1962, au cours du jour nous ne reçûmes que 30 000 francs.

En 1893, le prix de revient d'une

journée de malade était de 1 fr. 45, aujourd'hui il est de 42 francs.

— C'est en 1954 que fut faite la première étude pour la transformation de l'hôpital. Il aura fallu presque dix ans pour arriver à la fin du but recherché. Le coût total en aura été, équipement compris, de 5 millions de francs.

Si au début l'hôpital n'était ouvert qu'aux enfants, il faut maintenant noter que les deux tiers des malades en traitement sont des adultes.

— A l'hôpital nous traitons les affections de l'appareil moteur, c'est-à-dire : les séquelles d'accidents, les cas relevant de la chirurgie réparatrice, les malades atteints d'affections rhumatismales dégénératives, les tuberculoses ostéoarticulaires, les affections du dos, les malformations congénitales ou acquises, les malades atteints de paralysies diverses, les enfants atteints d'infirmété motrice cérébrale. Vous voyez que notre champ d'action est vaste.

École pour passer le temps

Les différents services de l'hôpital sont des plus divers : polyclinique,

hospitalisation (100 lits en chambres communes, 16 lits en chambres privées), physiothérapie (25 traitements différents), opératoire (2 chambres), infirmes moteurs-cérébraux, radiologie, laboratoire, classes d'école primaire.

— Nous avons en effet découvert que dans la plupart des cas, nos malades ne souffrent pas. Il a donc fallu trouver pour nos enfants en traitement un moyen d'utiliser le temps entre les séances correctives. Quoi de mieux que de les aider dans la mesure du possible à continuer leurs études ?

C'est ainsi que deux classes ont été créées sous la surveillance et le dévouement d'un personnel enseignant de toute première qualité.

— Il est certain que les institutrices ont un travail qui n'est pas facile. Les enfants d'âge scolaire — et qui nous viennent, ne l'oubliez pas, de tous les cantons romands ! — vont de 6 à 15 ans, il faut donc que les institutrices, dans ces classes, fassent pratiquement un cours particulier à chaque enfant et qui corresponde à l'enseignement qu'il



Deux classes à l'effectif très variable ont été créées pour que les enfants — dont certains passent des mois, voire des années à l'hospice — puissent garder le fil de leurs études. Tour de force des institutrices : elles doivent connaître tous les programmes, primaire et secondaire, des six cantons romands. Elles doivent être lavables à l'unification des programmes...

recevait dans la classe où il était avant d'entrer en traitement chez nous.

Le deuxième centre d'intérêt des plus spectaculaires de cet hôpital est certainement la piscine.

— Nous avons installé une piscine des plus modernes qui nous permet de commencer des traitements de massage avant même que le malade soit capable de se tenir debout. C'est ainsi que nous rééduquons les membres opérés 8 jours seulement après les opérations. Les malades sont descendus dans l'eau à l'aide d'un treuil, massés par les hommes qualifiés — et remontés sur leurs brancards, toujours par le même treuil. Ainsi la guérison est beaucoup plus rapide.

Pour terminer cette visite à l'hôpital orthopédique de Lausanne, sachez encore qu'en 1962 il y a eu 55 000 journées de malades, 497 opérations, 4423 radiations, 4402 consultations et 35 000 traitements de physiothérapie.

— Et nous n'avons pas encore connu d'échec ! Pourvu que cela dure, c'est notre vœux le plus cher.

Gay de Billerval

LES VICTIMES DE LA ROUTE EN HAUSSE EXPONENTIELLE

Lors du 10^e congrès de la SICOT qui se tient à Paris en septembre 1966, la thématique est orientée sur les accidents de la route. L'orthopédiste français Robert Merle d'Aubigné, qui préside le congrès, relève que la poliomyélite est « en voie de disparition » du fait de la vaccination, au même titre que la tuberculose et le rachitisme, qui ont cessé d'être un problème dans un grand nombre de pays, cela en l'espace d'une génération. Sans nier l'apport des antibiotiques, Robert Merle d'Aubigné reconnaît, avec ses contemporains, que c'est avant tout le progrès social, corollaire de l'amélioration des conditions de vie, qui a contribué à l'important recul de ces « trois grandes pourvoyeuses d'infirmités ». On réalise aussi que la régression de bon nombre d'affections orthopédiques est compensée par la place dominante que viennent prendre les accidents de la circulation, en augmentation exponentielle⁴⁷⁹.

Sur les routes de France, par exemple, on dénombre 190'000 blessés en 1956, 213'000 en 1961, 300'000 en 1965 – soit une hausse de 50% entre 1961 et 1963. Les lésions de l'appareil locomoteur représentent à elles seules 65% de l'ensemble des accidents de la route. Si on ajoute à ces chiffres les accidents survenus lors d'activités sportives, les accidents domestiques et les accidents du travail, ce sont un million de blessés qui sont hospitalisés par an dans le pays. Ces chiffres sont alors estimés équivalents à ceux enregistrés lors d'une guerre. Le nombre de décès des accidentés est également important: plus de 4% pour la France et pour l'Italie, ce qui situe ces deux pays en tête des nations européennes⁴⁸⁰.

Cette nouvelle donne pousse les médecins à s'interroger d'une part sur leur responsabilité dans les recommandations de limitation de vitesse sur les routes, d'autre part sur la nécessité d'augmenter les centres de traumatologie⁴⁸¹, ce d'autant que cette spécialité peut désormais s'appuyer sur un outillage sophistiqué et un personnel auxiliaire expérimenté. La traumatologie des années 1960 est ainsi marquée par une diminution importante du risque vital, qui freinait autrefois les indications de la chirurgie pour des affections qui ne menaçaient pas la vie.

L'ÉVOLUTION DES BIOMATÉRIAUX

Une meilleure connaissance de l'os et de la fracture

Il faut rappeler ici que l'évolution des techniques en traumatologie orthopédique est indissociable d'autres découvertes et disciplines scientifiques. Amorcé au 19^e siècle, l'essor des méthodes de la chimie et de la microscopie accroît les connaissances de la formation et de la structure des os. Dans les années 1870, l'étude de la composition chimique de l'os permet aux anatomistes de découvrir que les cellules, qui forment et résorbent l'os, en sont le composant biologique essentiel.

Parallèlement, la pratique du traitement conservateur des fractures se développe, jusqu'à

⁴⁷⁹
MERLE D'AUBIGNÉ (1966: 4).

⁴⁸⁰
« Neuvième colloque "Médecine de France" » (1966: 13 et 15), débats entre médecins français.

⁴⁸¹
Sur l'évolution de la chirurgie traumatologique et de la politique du trafic routier, voir SCHLICH (2006⁴). GUILY (2005) décrit aussi l'essor des services d'urgence et d'accidentés au Royaume-Uni dès le milieu du 20^e siècle. Voir aussi le collectif COOTER/LUCKIN (1997).

la dernière décennie du 19^e siècle, dans trois domaines: premièrement, l'introduction du traitement au plâtre solide, au milieu du 19^e siècle, ouvrant la voie au bandage immobilisant qui connaîtra diverses versions combinées à des attelles; deuxièmement, le repositionnement et la fixation par la traction continue à l'aide de poids sur le long terme (plusieurs mois), apportant des résultats convaincants dans le traitement conservateur des fractures; troisièmement, une diffusion élargie du massage et des mouvements précoces (passifs) à l'ensemble des fractures, permettant de contrer les dommages provoqués par un repos prolongé. Dans le même temps, l'avènement de l'anesthésie et du traitement antiseptique des blessures favorise aussi les méthodes opératoires pour le traitement sanglant des fractures⁴⁸². Quant aux rayons X, découverts au tournant du 20^e siècle, ils offrent la possibilité de mieux contrôler les méthodes employées et de les rendre plus sûres.

Par la suite, les guerres modernes de la première moitié du 20^e siècle ont un impact direct sur la médecine d'urgence, donnant lieu à des rapprochements significatifs entre la traumatologie et l'orthopédie. Mais c'est surtout dès la seconde moitié du siècle que se fait sentir une orientation nouvelle de l'orthopédie traumatologique. Jean-Claude Caron en témoigne, lui qui a notamment effectué sa formation d'orthopédiste aux États-Unis et au Canada dans les années 1950, avant de travailler à l'Hôpital orthopédique. Selon lui, l'orthopédie naît véritablement après la Seconde Guerre mondiale, en ce sens qu'elle n'est plus seulement une sous-branche de la chirurgie:

C'ÉTAIT UN MOMENT PARTICULIER: CERTAINS CHIRURGIENS S'ORIENTAIENT DÉSORMAIS VERS LA PRATIQUE ET LE TRAITEMENT ESSENTIELLEMENT DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR, AUSSI BIEN LA TRAUMATOLOGIE QUE LES AFFECTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES. L'ORTHOPÉDIE TELLE QUE DÉVELOPPÉE DANS LES ARMÉES

Dans les années 1960, des méthodes modernes de réanimation et d'anesthésie, l'usage des antibiotiques et la prévention médicamenteuse des thromboses et des embolies donnent une nouvelle impulsion au traitement des fractures⁴⁸⁴. La voie est ouverte à des opérations plus invasives, impliquant l'usage de nouveaux matériaux orthopédiques. Ce contexte encourage les techniques révolutionnaires de l'ostéosynthèse (fixation interne des os) et de l'arthroplastie (remplacement des articulations), l'histoire de l'une et celle de l'autre étant étroitement imbriquées.

ANGLAISE ET AMÉRICAINE A DONNÉ LE TON⁴⁸⁵.

Naturels, plastiques ou en métal: les matériaux de l'orthopédie-traumatologie

Dans le remplacement des articulations défectueuses, le caoutchouc, l'ivoire, les matériaux inorganiques et d'autres synthétiques sont déjà expérimentés depuis le 19^e siècle. Mais la révolution plastique prend véritablement son essor avec la découverte du celluloid et de la bakélite au début du siècle, qui aboutit dans les années 1930 à la synthèse de l'acétylène et des polymères d'éthylène. L'uréthane et la silicone émergent, quant à eux, dans les années 1950. Dès lors la recherche s'oriente surtout vers les prothèses plastiques, en synthétisant la molécule appropriée dans le but d'éviter les déchets. De nombreux composants à base de polymères sont élaborés (polyamide, polypropylène, polyméthylméthacrylate, entre autres). Les évolutions sont rapides, les erreurs et les accidents ne manquent pas⁴⁸⁵.

En parallèle ont lieu des tentatives d'accommodation biologique du métal, par l'usage de plaques et de vis, pour le traitement opératoire des fractures. Commencées dès les années 1880, les expérimentations animales d'ostéosynthèse se poursuivent au cours de la première moitié du 20^e siècle, avec un faible succès. En 1936, un livre sur *L'ostéosynthèse du point de vue biologique (Osteosynthese vom biologischen Standpunkt)* publie le résultat suivant: aucun des 41 matériaux (12 métaux purs et 29 alliages) n'est biologiquement complètement accepté, et la plupart d'entre eux peuvent plutôt produire, à divers degrés, des réactions défavorables sur les tissus. Sur la base d'expérimentations systématiques, on estime alors

⁴⁸²
TRÖHLER/MAEHLE (1991: 41-44).

⁴⁸³
Entretien avec Jean-Claude Caron.

⁴⁸⁴
TRÖHLER/MAEHLE (1991: 41-44); MERLE D'AUBIGNÉ (1966: 5).

⁴⁸⁵
LE VAY (1990: 605).

que l'avenir de l'ostéosynthèse reposera sur la recherche d'un métal inerte, maniable, résistant aux tensions et tractions, et qui ne cause pas de rejets dans les tissus osseux⁴⁸⁶.

Or jusqu'à la fin des années 1950, l'usage des plaques et des vis pour la fixation interne des os est rejeté par la majorité des chirurgiens. Considérée comme hautement risquée, cette méthode semble aller à l'encontre des lois basiques de la guérison osseuse, puisqu'elle implique de transformer une fracture fermée en une plaie ouverte, point d'entrée pour les agents infectieux. L'infection osseuse est bien connue pour entraîner de graves complications allant de l'amputation du membre fracturé jusqu'au décès du patient. Le traitement des fractures par les méthodes dites conservatrices, telles que plâtres et extensions, reste longtemps la tendance⁴⁸⁷.

L'ÈRE DES PROTHÈSES TOTALES ET L'AVÈNEMENT DE L'ASSOCIATION SUISSE D'OSTÉOSYNTHÈSE

Les prothèses articulaires

Les premières interventions d'arthroplastie qui obtiennent quelques résultats probants s'effectuent au niveau de la hanche, essentiellement pour les fractures du col du fémur. Dans les années 1930 déjà, Placide Nicod avait été le premier en Suisse à pratiquer une arthroplastie partielle de la hanche, avec un certain succès. Mais c'est surtout après la Seconde Guerre mondiale que les essais se multiplient. Les frères Henri et Jean Judet en France, Kenneth Mc Kee au Royaume-Uni, Austin Moore aux États-Unis développent divers prototypes prenant en compte les paramètres complexes de cette intervention : la modélisation partielle ou totale de la tête fémorale, la pose de la prothèse tenant compte de la pression exercée sur l'os et l'articulation, le matériau employé (métal et acrylique, notamment).

S'inspirant des modèles de ses prédécesseurs, le chirurgien anglais John Charnley met au point un système de prothèse totale de la hanche sur le principe de « *low friction* » : afin d'éviter les problèmes récurrents d'usure et de descellement de l'implant, il conçoit une prothèse avec tige en métal (vitalium), partie du cotyle en plastique ultraléger (polyéthylène) et, grande nouveauté, le principe de la fixation à l'aide du ciment (ciment acrylique). Très prudent, Charnley ne livrera ses résultats qu'après quinze ans d'expérimentation. À la fois résistante au point de vue mécanique et bien acceptée par l'organisme, la prothèse de Charnley se diffuse dès les années 1960 et servira de modèle aux futurs développements du remplacement total de la hanche. À la suite d'autres produits, l'Hôpital orthopédique emploiera dès 1967 le modèle de Charnley, dont Louis Nicod, en contact avec le chirurgien anglais, a suivi les développements⁴⁸⁸.

Le succès du remplacement total de la hanche mènera à son application au genou, puis au coude et à d'autres articulations. Mais dans ces parties du corps, l'épaisseur d'un implant si près de la peau en fait une technique moins fiable que le remplacement de la hanche. De façon générale, les problèmes septiques et biomécaniques ne manquent pas et découragent plus d'un chirurgien. D'autres expériences menées en parallèle aboutiront à de nouvelles articulations en métal-métal⁴⁸⁹.

La chirurgie orthopédique connaît donc un tournant dans la seconde moitié du 20^e siècle. Jusqu'alors principalement orientée vers le traitement des difformités congénitales ou des séquelles d'accidents, elle se spécialise de plus en plus dans le remplacement total des articulations. À partir des années 1970, des pans entiers de l'industrie orthopédique s'y consacrent exclusivement, le retour sur investissement social et économique des prothèses étant largement commenté par les milieux concernés⁴⁹⁰. Parallèlement, des méthodes innovantes sont appliquées en ostéosynthèse, qui marqueront durablement le reste du siècle dans les secteurs de la profession et de l'industrie de l'orthopédie traumatologique, sans oublier les patients.

L'Association suisse d'ostéosynthèse

L'ostéosynthèse s'installe dans le paysage médical européen dans les années 1960 – une décennie plus tard en Amérique du Nord – par le biais

⁴⁸⁶
TRÖHLER/MAEHLE (1991: 51).

⁴⁸⁷
SCHLICH (2002^b: 1);
SCHLICH (2006^a: 170–171).

⁴⁸⁸
LE VAY (1990: 603); « Rapport médical : prothèse totale (Louis Nicod) », *Rapport HO 1967*, 9–13; Entretien avec Jean Plé. Sur l'essor des prothèses de la hanche au Royaume-Uni et aux États-Unis dans les années 1930–2000, voir aussi ANDERSON/NEARY/PICKSTONE (2007).

⁴⁸⁹
LE VAY (1990: 603).

⁴⁹⁰
MILLER (2002: 215–217 et 224).

des activités de l'Association suisse d'ostéosynthèse ou *Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen* (AO). Dans son étude consacrée à cette association, l'historien Thomas Schlich a démontré l'importance des liens, à la fois professionnels et amicaux, entretenus entre les protagonistes de l'AO d'une part, et avec le secteur industriel d'autre part. L'AO est initialement fondée en 1958 par 13 chirurgiens souhaitant introduire l'usage systématique de l'ostéosynthèse dans la pratique chirurgicale. Les initiateurs le plus souvent cités sont Maurice E. Müller (à Saint-Gall puis Berne), Martin Allgöwer (à Saint-Gall) et Hans Willenegger (à Liestal, canton de Bâle-Campagne).

Afin d'atteindre leur but, ces chirurgiens publient une série de manuels et lancent un programme de cours pratiques. De plus, en collaboration avec deux entreprises industrielles, l'AO réalise et produit des instruments standardisés et des implants destinés à l'ostéosynthèse. Une part des profits de la vente de ces produits revient à l'AO, qui finance ainsi la création d'institutions de recherche. L'AO gère elle-même deux institutions, l'une fonctionnant comme un laboratoire de recherche de base, l'autre comme un centre spécial de documentation pour l'étude des résultats des procédures réalisées pour l'emploi des instruments et implants de l'ostéosynthèse. Les retombées économiques de la méthode AO intéressent les assurances accident, et notamment la CNA, qui apportent leur soutien à l'association. Mettant en avant son efficacité, l'AO promet en effet une diminution des cas d'invalidité et la réduction des hospitalisations ayant pour conséquence une baisse du paiement des rentes⁴⁹¹.

Dans un système bien rodé, où elle exerce un contrôle depuis la formation des chirurgiens jusqu'à la combinaison des tests préliminaires et de l'évaluation postopératoire, l'AO acquiert une position d'autorité à travers le monde. Comme l'a relevé Thomas Schlich, la notion de contrôle aura été essentielle à la *success story* de l'AO en particulier, et plus généralement dans celle de la chirurgie et de la science médicale. L'AO maintient son prestige et reste un acteur global dans le marché de l'ostéosynthèse, avec des milliers de membres et associés, ainsi que des ventes annuelles réalisées par les entreprises partenaires atteignant un milliard de francs. C'est donc essentiellement à travers les activités de l'AO que l'une des méthodes actuellement les plus fréquentes dans le traitement opératoire des fractures est devenue une pratique chirurgicale routinière⁴⁹².

Avec l'ostéosynthèse, le métal vient remplacer le plâtre dans la réparation des membres brisés. Elle est tout aussi essentielle pour les implants prothétiques, qui en ont bénéficié. Ainsi, lorsque Louis Nicod introduit la prothèse totale de la hanche de Charnley à l'Hôpital orthopédique, il notera dans le rapport annuel de 1967 :

CELA NOUS A ÉTÉ GRANDEMENT FACILITÉ PAR LE FAIT QU'EN SUISSE, L'AO [...],

Conçus en laboratoire, fabriqués en usine, introduits par l'orthopédiste dans les corps, les implants et les prothèses articulaires sont des objets transverses, au croisement des pratiques, et relevant de plusieurs milieux socio-économiques. En cela, ils répondent à la définition de l'« objet-frontière » (*boundary object*), qui induit une nouvelle dimension ontologique du corps⁴⁹⁴. Ainsi, après plusieurs siècles consacrés majoritairement aux appareillages externes (orthèses, plâtres, corsets), l'avènement des implants et prothèses articulaires signe l'« internalisation » de l'action réparatrice. Afin de redresser, prolonger et réparer le corps, le soutien matériel orthopédique est passé de l'extérieur vers l'intérieur – de l'exosquelette à l'endosquelette. Et c'est un renversement de ces mêmes valeurs que sert le but de l'intervention : en agissant à l'intérieur, il s'agit de rendre apte à l'emprise sur l'extérieur, d'agir différemment sur le monde environnant. Car l'action opératoire à l'intérieur du corps assure une invisibilité de l'intervention médicale, dont la finalité esthétique et psychologique sert aussi le projet culturel d'une meilleure intégration sociale : ne pas voir la prothèse, retrouver sa fonctionnalité entière, son corps d'autrefois. Pour autant, les orthèses et prothèses évoluent également en fonction de nouveaux besoins, comme nous le verrons plus loin.

⁴⁹¹
SCHLICH (2002^b: 148).

⁴⁹²
SCHLICH (2002^a: 125);
SCHLICH (2002^b: 1).

⁴⁹³
« Rapport médical : prothèse totale (Louis Nicod) », *Rapport HO 1967*, 11.

⁴⁹⁴
L'« objet-frontière » est un concept analytique pour tout objet scientifique (abstrait ou concret) qui appartient à différents mondes à la fois. Développé dans les années 1980 à partir d'une extension du modèle sociologique Latour-Callon, ce concept permet de repenser la notion de coopération à l'intérieur de l'hétérogénéité du travail scientifique. Voir STAR/GRIESEMER (1988: 387–420).

SOUS L'IMPULSION DU PROFESSEUR MAURICE

MÜLLER, NOUS LIVRE UN MATÉRIEL D'EXCEL-

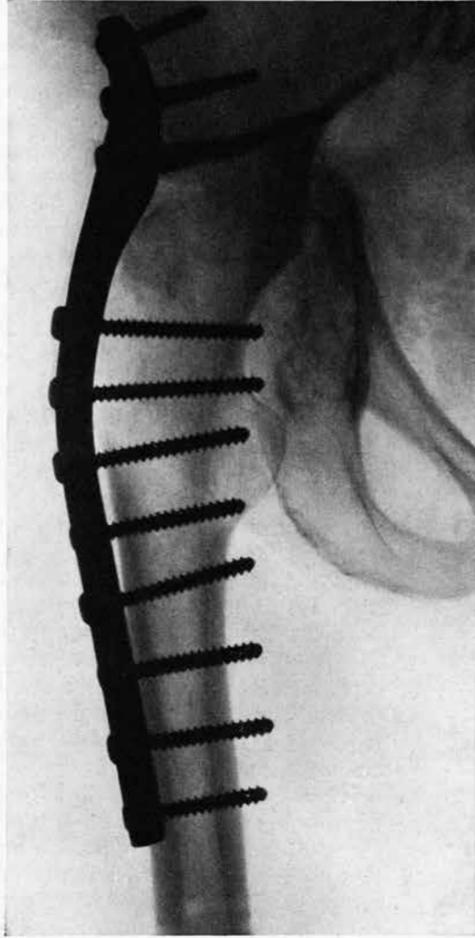
LENTE QUALITÉ⁴⁹⁵.

Fig. 57
Coxarthrose avant et
après opération, traitée
par arthrodèse à l'Hôpi-
tal orthopédique en 1966.
Dès l'année suivante,
ce traitement est progres-
sivement remplacé par
l'arthroplastie.



B. M. 53 ans

◀ 1) Coxarthrose droite avant opération.



▶ 2) Après arthrodèse avec plaque à compression (excision de la surface d'appui + ostéotomie du bassin).

13

Fig. 58
Prothèse totale, avec tige
et cotyle, utilisée pour
l'arthroplastie dès 1967
à l'Hôpital orthopédique.

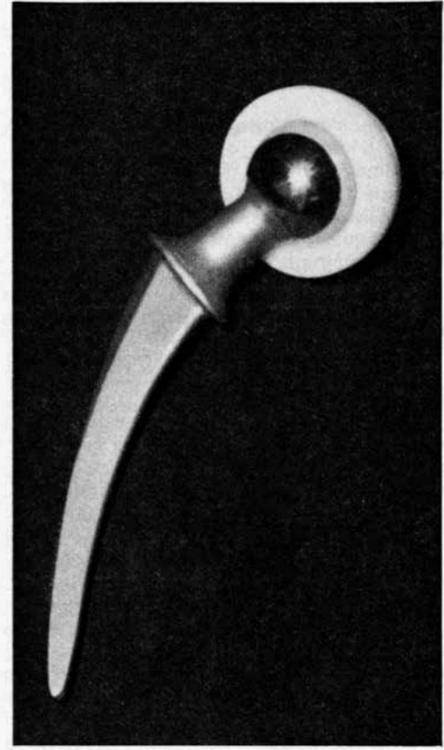


Fig. 59 / 60
L'arthroplastie avec la
prothèse totale consiste
dans l'excision de toute
l'articulation coxo-
fémorale et son rempla-
cement par une double
prothèse. Ici, une malade
de 70 ans souffrant
de coxarthrose, avant
et après l'opération.

LA TRAUMATOLOGIE À LAUSANNE

À la faveur des avancées techniques de l'après-guerre, la nouvelle orientation de l'orthopédie traumatologique fait son entrée à Lausanne. C'est ce que confirme Jean-Jacques Livio (1931–), qui sera amené à être médecin-chef à l'Hôpital orthopédique. Avant cela, sa carrière est d'abord fortement influencée par l'essor de la traumatologie, qui fait suite à sa formation en chirurgie générale. Il est de la génération des chirurgiens généralistes « qui font de tout : goîtres, chirurgie vasculaire, et aussi de l'os ». C'est alors surtout la chirurgie cardiaque qui se distingue en tant que chirurgie de pointe, avec les premiers succès en transplantation, les pontages coronariens, le développement du pacemaker et celui de la circulation sanguine extracorporelle – dont la première machine cœur-poumon introduite à Lausanne en 1961 porte un patronyme connu : Livio-Mettraux. En effet, Jean-Jacques Livio est le poulain de Charles Hahn, initiateur de la chirurgie à cœur ouvert en Suisse romande. Mais par la suite, son « penchant pour le côté physique » pousse Jean-Jacques Livio à s'intéresser à la chirurgie des fractures⁴⁹⁵.

Or la traumatologie de l'appareil locomoteur est encore peu valorisée à Lausanne. Jean-Jacques Livio se rappelle que Frédéric Saegesser, détenteur de la chaire lausannoise de clinique chirurgicale depuis 1957, souhaite voir la traumatologie se développer davantage à l'Hôpital cantonal. Au milieu des années 1960, le professeur Saegesser pousse Jean-Jacques Livio à se former dans ce domaine. Durant une année, le jeune médecin visite différents centres aux États-Unis, à Paris (Hôpital Cochin notamment), à Saint-Gall auprès de Maurice Müller. Jean-Jacques Livio se souvient :

À L'ÉPOQUE, ON RETROUVAIT TOUJOURS LE MÊME NOYAU DE CHIRURGIENS ET D'ORTHOPÉDISTES DES ANNÉES 1960 — LES FONDATEURS DE L'AO — QUI ONT GRANDEMENT MARQUÉ L'ÉVOLUTION DE L'ORTHOPÉDIE EN SUISSE ET À L'ÉTRANGER : MAURICE MÜLLER, MARTIN ALLGÖWER ET HANS WILLENEGGER AVAIENT ALORS

Lorsque Jean-Jacques Livio revient à Lausanne en 1970, Frédéric Saegesser le charge de développer une division de traumatologie de l'appareil locomoteur au sein du service de chirurgie de l'Hôpital cantonal. Le médecin avoue qu'il est alors un peu concurrent de l'Hôpital orthopédique :

IL EST VRAI QUE LE NOUVEAU SERVICE S'OCCUPAIT DE TRAUMATOLOGIE PRIMAIRE ET SECONDAIRE ESSENTIELLEMENT, MAIS QU'IL ACCEPTAIT AUSSI DE PRENDRE EN CHARGE DES CAS D'ORTHOPÉDIE QUI LUI ÉTAIENT ADRESSÉS.

Dans un premier temps, la traumatologie primaire et l'orthopédie se développent donc séparément, respectivement à l'Hôpital cantonal et à l'Hôpital orthopédique.

⁴⁹⁵ Entretien avec Jean-Jacques Livio.
⁴⁹⁶ Voir note précédente.

UNE RENOMMÉE MONDIALE QUI ATTIRAIT AUTANT LES ÉTRANGERS QUE LES SUISSES.

À L'INVERSE, L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE S'OCCUPAIT PEU DE TRAUMATOLOGIE, CAR IL FALAIT POUR CELLE-CI UN SERVICE D'URGENCE, QUE L'INSTITUTION N'AVAIT PAS⁴⁹⁶.

SECTEURS EN VOGUE À L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE

L'Association suisse des prothèses et orthèses

Si l'Hôpital orthopédique se tient à distance de la traumatologie, c'est aussi parce qu'il s'implique dans le développement de secteurs clés de l'orthopédie moderne, tel que celui des endoprothèses, ainsi que dans d'autres domaines hérités de longue date. En 1967, par exemple, Louis Nicod soutient l'initiative de Jules Rippstein, médecin adjoint spécialisé dans les scolioses et les amputés, qui s'investit dans la création de l'Association suisse pour l'étude des prothèses et orthèses (APO).

L'APO est placée sous le patronage de la SSO et de l'Association suisse des techniciens orthopédistes, et invite à la rejoindre tous les protagonistes concernés par les questions de techniques orthopédiques : chirurgiens orthopédistes, techniciens orthopédistes, bottiers orthopédistes, et plus tard physiothérapeutes, ergothérapeutes, représentants des assurances et d'autres disciplines s'y retrouvent pour évoquer les problèmes médicaux – et sociaux – liés à la réhabilitation⁴⁹⁷. L'APO est alors le seul groupe qui réunit chirurgiens orthopédistes et techniciens orthopédistes, auxquels sont attribuées respectivement les fonctions de président et vice-président de l'association⁴⁹⁸.

L'APO promeut la formation dans son domaine et propose, dès ses débuts, un cours annuel de deux ou trois jours. La demande est telle que, au milieu des années 1970, l'association dénombre 200 membres dont la moitié viennent de l'étranger, surtout d'Allemagne et de France. La moitié des membres sont aussi des médecins, en majorité des orthopédistes⁴⁹⁹. L'association permet notamment de mettre en place, à l'Hôpital orthopédique, le cours d'introduction à l'orthopédie technique pour les étudiants se formant comme chirurgiens orthopédistes. Tout médecin faisant son FMH d'orthopédiste doit ainsi effectuer deux semaines – formation réduite par la suite à une semaine – chez un technicien orthopédiste. Pierre Kern, dont le père, Alfred Kern, travaillait déjà avec Placide Nicod dans les années 1940, reçoit dans son atelier de Lausanne les médecins en formation. Il se souvient :

ON LEUR EXPLIQUAIT LES PRINCIPES BIOMÉCANIQUES DES PROTHÈSES ET ORTHÈSES. SIMULTANÉMENT, LA PROBLÉMATIQUE DE LA CHAUSSURE ÉTAIT ÉGALEMENT EXPLIQUÉE PAR LES BOTTIERS-ORTHOPÉDISTES.

Il s'agit donc pour les chirurgiens orthopédistes d'acquérir des connaissances de base dans les produits fabriqués par ces deux professions : du côté des techniciens orthopédistes ce sont, par exemple, les prothèses pour amputés, les orthèses pour les genoux et pour les poliomyélitiques, les sièges de positionnement pour les enfants IMC, les corsets, les chaises roulantes, ainsi que les supports plantaires ; du côté des bottiers orthopédistes, ce sont les orthèses jusqu'en dessous du genou, ainsi que les chaussures sur mesure⁵⁰⁰.

Le déploiement des activités de l'APO est aussi favorisé par ses contacts hors de Suisse, à travers les réseaux internationaux. Le moment phare de cette période est le congrès international sur les techniques orthopédiques, qui se tient à Montreux à l'automne 1974, organisé conjointement par l'APO, l'*International Society for Prosthetics and Orthotics* (ISPO) et l'Union internationale des techniciens orthopédistes (INTERBOR). Ce sont plus de 1'000 participants d'Europe et d'outre-mer qui se côtoient durant la semaine que dure l'événement⁵⁰¹.

⁴⁹⁷ FREDENHAGEN/ROMER/RÜTTIMANN (1992:58), interview avec Louis Nicod, président de la SSO de 1964 à 1968 ; NICOD (1976^a:76).

⁴⁹⁸ Entretien avec Pierre Kern.

⁴⁹⁹ « APO (R. Baumgartner) », *Bulletin SSO* 14, 1976, 12.

⁵⁰⁰ Entretien avec Pierre Kern. À l'heure actuelle, comme l'explique Pierre Kern, le Certificat fédéral de capacité (CFC) délivré en Suisse après quatre années d'apprentissage dans un atelier de technicien orthopédiste mène à la profession désignée d'« orthopédiste ». Toutefois, pour distinguer cette profession de celle des chirurgiens orthopédistes, on emploie l'appellation de « technicien orthopédiste », qui est d'ailleurs d'usage dans les régions germanophones (*Techniker-Orthopäde*). Mais jusqu'aux années 1980, cette profession a souvent reçu l'appellation – erronée – de « bandagiste ». Cette dernière profession, aujourd'hui disparue, se destinait à la fabrication des ceintures herniaires, des corsets en tissu, et effectuait les nombreuses finitions en cuir des orthèses et prothèses faites en bois ou en métal (à l'époque où n'existaient pas encore la fibre de carbone et autres maté-

riaux modernes). Quant au « bottier orthopédiste », il est au bénéfice d'une formation distincte pour l'obtention d'un CFC qui lui est spécifique.

⁵⁰¹ « APO (R. Baumgartner) », *Bulletin SSO* 13, 1975, 7 et 11.

Fig. 61
Dès les années 1960,
les élèves de l'École
cantonale vaudoise
de physiothérapeutes
se forment grâce aux
nouvelles installations de
l'Hôpital orthopédique
installé à Montagibert.

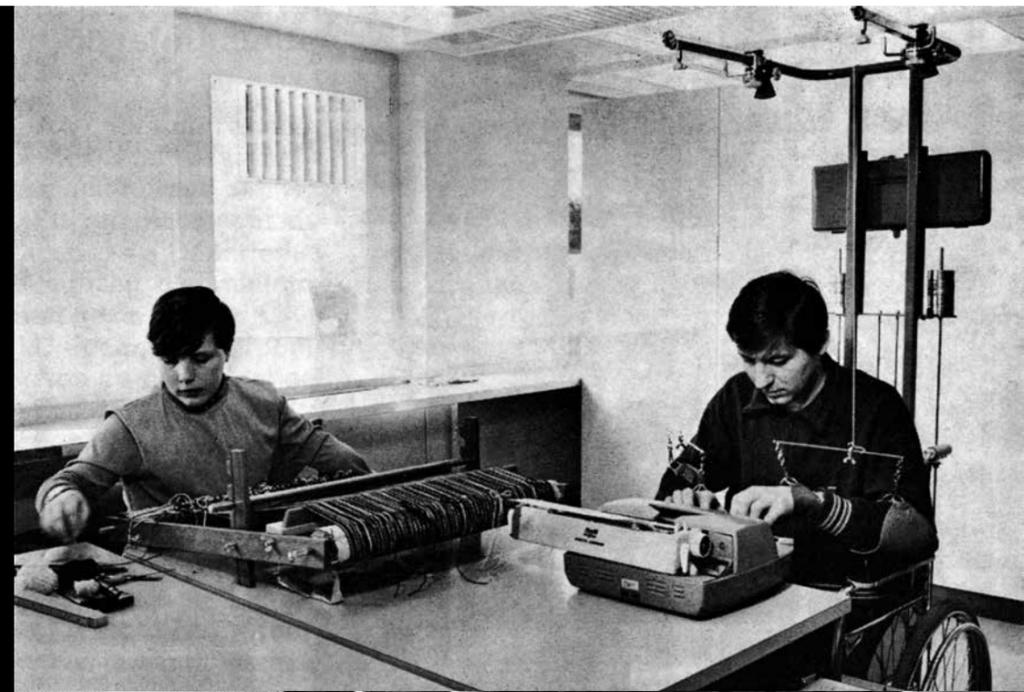


Fig. 62
Service d'ergothérapie
de l'Hôpital orthopé-
dique en 1972: tissage
et travail des mains
avec bras paralysés,
pour la rééducation des
membres supérieurs.

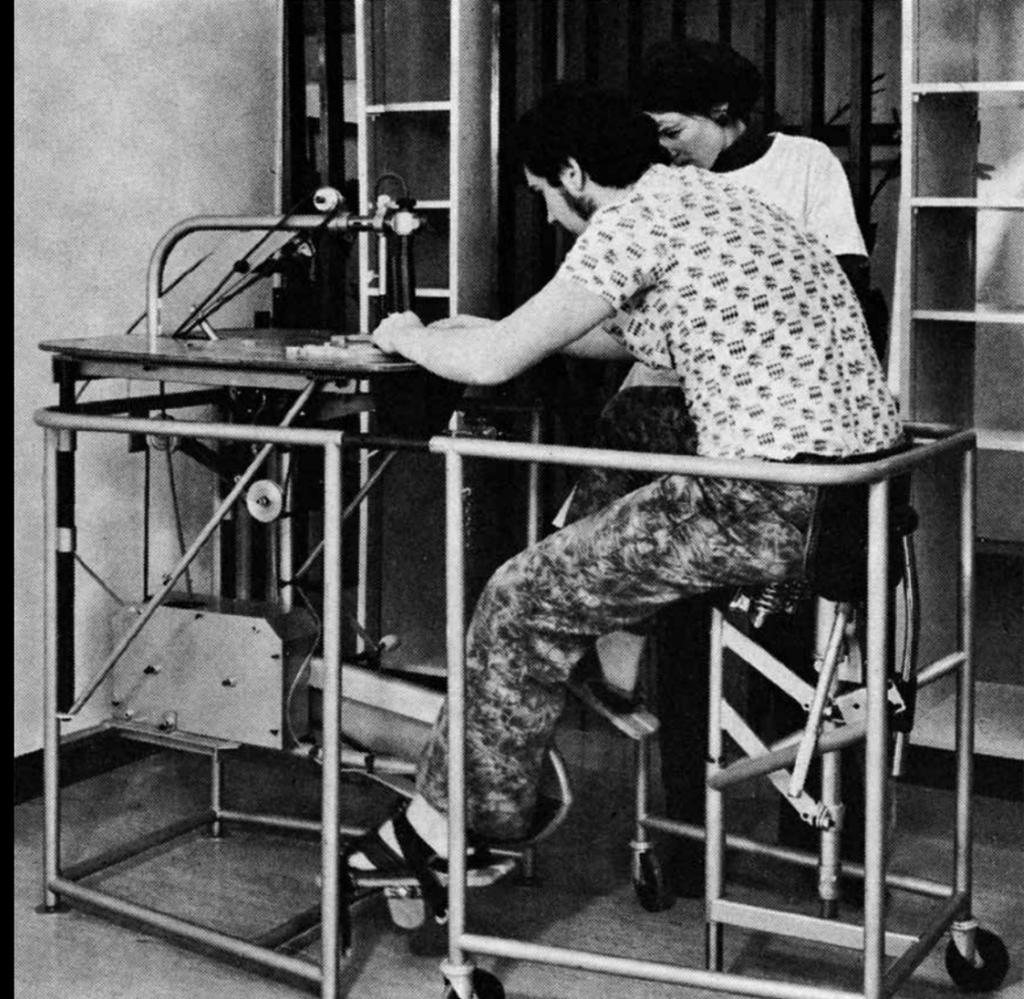


Fig. 63
Scie à découper avec
résistance variable
pour la rééducation
des membres inférieurs.

L'envol de la physiothérapie

En pleine prospérité également, l'École cantonale vaudoise de physiothérapeutes – comme elle est désormais désignée – fête son 30^e anniversaire en 1967. Trois ans auparavant, le service de physiothérapie de l'Hôpital orthopédique s'est ouvert aux médecins de la ville, qui peuvent ainsi y envoyer leurs malades avec leurs prescriptions et contrôler eux-mêmes l'efficacité du traitement⁵⁰². La décennie 1960 se démarque ainsi par une très forte augmentation de l'activité physiothérapeutique.

À la suite de son père qui avait contribué à fonder l'école, Louis Nicod maintient l'ascendant médical sur l'institution, estimant que la physiothérapie relève entièrement de l'orthopédie. Un film pédagogique est d'ailleurs réalisé à l'Hôpital orthopédique qui porte sur la gymnastique corrective dans les déformations du rachis. Cette production, à laquelle l'École de physiothérapeutes a participé, est montrée par Louis Nicod au congrès international de physiothérapie qui se tient à Lausanne en 1969, puis à d'autres congrès nationaux et internationaux. Évoquant ce film dans le rapport d'activité de 1970, le commentaire de Louis Nicod est assez explicite sur sa position face à la physiothérapie :

EN TANT QUE SPÉCIALISTE DE L'APPAREIL MOTEUR, NOUS TENONS À ORDONNER ET CONTRÔLER LE TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE DES AFFECTIONS

En 1972, la direction de l'École cantonale vaudoise de physiothérapeutes est remise à Pierre Scholder, qui épaulait le médecin-chef de l'Hôpital orthopédique dans la gestion et l'enseignement théorique de la physiothérapie. Mais deux ans plus tard, l'école s'émancipe de l'Hôpital orthopédique : l'État de Vaud promulgue un nouveau règlement sur l'organisation et le fonctionnement de l'école, qui passe alors sous la juridiction du Service de la santé publique. Elle restera néanmoins dans les murs de l'Hôpital orthopédique jusqu'en 1986, année où elle s'en ira à l'Hôpital Nestlé, sur le site de l'Hôpital cantonal. Cinq ans plus tard, il sera établi que la direction de l'école est assumée par un ou une physiothérapeute, mettant fin à la tutelle médicale sur la formation de cette profession⁵⁰⁴.

ORTHOPÉDIQUES⁵⁰³.

L'ergothérapie et le Centre de rééducation fonctionnelle

L'ergothérapie traverse aussi une période d'importants remaniements. Dès l'été 1964, le projet d'ateliers d'ergothérapie, déjà pensé depuis 1959, est rediscuté au sein d'une commission réunissant tous les acteurs concernés : le médecin de l'Hôpital orthopédique, le président de la commission AI du canton de Vaud, le directeur de l'Office régional de réadaptation professionnelle, un représentant de Pro Infirmis, une ergothérapeute, un architecte et l'administrateur de l'Hôpital, ce dernier fonctionnant en qualité de président de la commission. Ce groupe de travail se rencontre à plusieurs reprises et visite des centres de rééducation à Neuchâtel, Berne et Genève.

Les futurs ateliers d'ergothérapie sont destinés essentiellement aux malades de l'Hôpital orthopédique et aux patients pris en charge qui relèvent de l'Office régional de réadaptation professionnelle. En fonction de cette clientèle, la commission envisage divers ateliers consacrés à la menuiserie, la mécanique, la céramique, la peinture, le modelage, le tissage, la vannerie ou encore la maroquinerie. Une autre partie du centre est consacrée à la rééducation ménagère avec cuisine, salle de bains et chambre à coucher.

Mais la création du centre tarde à venir. L'ampleur des dépenses prévues – les devis dépassant le demi-million de francs – incite la commission à créer un comité de patronage formé des membres des autorités des cantons les plus directement intéressés à la réalisation du centre, à savoir Vaud, Fribourg et le Valais, ainsi que de représentants d'institutions sociales et des milieux industriels. De nombreuses démarches sont effectuées pour récolter les fonds nécessaires. Les pourparlers avec les autorités prennent plus de temps que prévu, en particulier avec l'Office fédéral des assurances sociales. Pour répondre aux normes fédérales relatives au financement du centre, le service d'ergothérapie doit être juridiquement

⁵⁰²
NICOD (1976^a: 74);
NICOD (1976^b: 112).

⁵⁰³
« Rapport médical »,
Rapport HO 1970, 5.

⁵⁰⁴
NICOD (1976^b: 112);
CLERC (1996*).

et administrativement indépendant de l'Hôpital orthopédique. Aussi une association est-elle créée en 1967 pour exploiter le centre⁵⁰⁵.

Après plusieurs années d'existence provisoire dans des locaux de fortune, c'est finalement au début de l'année 1973 qu'a lieu l'inauguration du service d'ergothérapie. Il est placé sous l'autorité de Pierre Buchs, médecin adjoint à l'Hôpital orthopédique, qui suit les malades avec une équipe d'ergothérapeutes⁵⁰⁶. Couplé à l'important dispositif mis en place autour de la physiothérapie, le centre de rééducation des ergothérapeutes renforce la dimension sociale que fait valoir l'Hôpital orthopédique dans sa conception globale de la prise en charge des patients.

LES MISSIONS HUMANITAIRES

Fort de son engagement envers les pays dévastés durant les deux guerres mondiales, soit par l'envoi de médecins sur les fronts alliés, soit par l'accueil de civils mutilés, l'Hôpital orthopédique poursuit sa mission humanitaire au sein de pays extra-européens. En cela, l'institution s'inscrit dans la tradition humanitaire de la Suisse et, plus localement, dans la tradition philanthropique issue de l'élite protestante vaudoise – par le biais d'Henri Martin –, mais aussi du catholicisme social – avec Placide et Louis Nicod.

En juin 1963, à la demande de l'ambassade de Suisse et par l'intermédiaire de la Croix-Rouge, Louis Nicod est appelé en mission à Alger, afin d'organiser une aide de la Suisse pour l'appareillage des mutilés d'Algérie⁵⁰⁷. L'Hôpital orthopédique collaborera également avec l'association Terres des Hommes, pour des missions en Afrique dans les premiers temps, puis en Asie. Ce fort engagement sur le front contribue à la formation des médecins helvètes, qui trouvent hors de Suisse des occasions multiples de pratiquer l'orthopédie.

Jean-Claude Caron cite pour exemple la poliomyélite, qui a diminué fortement en Europe à la fin des années 1950. Or de nombreux foyers persistent sur d'autres continents, notamment en Afrique et au Moyen-Orient où, dès les années 1960, des médecins appliquent les méthodes jusqu'alors employées en Occident. À cette époque, Jean-Claude Caron est lui-même chargé de diriger cinq missions orthopédiques de Terre des Hommes au Sénégal. Il entre alors en contact avec des enfants poliomyélitiques, qu'on ne rencontre plus parmi la patientèle suisse à l'Hôpital orthopédique :

DE CETTE FAÇON, LA POLIOMYÉLITE A CONTINUÉ À FAIRE FAIRE DES PROGRÈS ÉNORMES À L'ORTHOPÉDIE, CAR ELLE S'ÉTEND AUSSI BIEN À LA PATHOLOGIE DU SQUELETTE QU'À CELLE DES MUSCLES ET DES TENDONS; ET ELLE POSE DES PROBLÈMES DE RÉÉDUCATION, RÉHABILITATION, CORRECTION DE DÉFORMATIONS, APPAREILLAGES, QUI RASSEMBLENT PRESQUE LA TOTALITÉ DES ACTIVITÉS ORTHOPÉDIQUES⁵⁰⁸.

Dès 1975, le technicien orthopédiste Pierre Kern se rend lui aussi en Algérie et en Somalie dans le cadre de missions avec Terre des Hommes. Il explique :

ON EST ALLÉ SUR PLACE. ON VOYAIT JUSQU'À 80 ENFANTS PAR JOUR ET ON FAISAIT UN TRI: IL Y AVAIT CEUX QU'ON POUVAIT APPAREILLER, ET CEUX QU'ON N'APPAREILLAIT PAS CAR ILS AVAIENT DES PATHOLOGIES BÉNIGNES OU ÉTAIENT

Certains enfants, qui ont besoin d'interventions chirurgicales urgentes, sont transférés à Lausanne à l'Hôpital orthopédique sous les auspices de Terre des Hommes. Après leur passage à l'Hôpital, ils sont envoyés dans une institution à Massongex, près de Monthey (Valais), pour reprendre leurs habitudes dans un milieu non hospitalier, notamment en apprenant à se mouvoir à nouveau, avec un appareillage, sur un sol en terre battue⁵¹⁰.

⁵⁰⁵
« Centre de rééducation fonctionnelle », Rapport HO 1964, 6; Idem, Rapport HO 1965, 3–4; Idem, Rapport HO 1966, 4.

⁵⁰⁶
« Centre de rééducation fonctionnelle », Rapport HO 1964, 6; Idem, Rapport HO 1965, 3–4.

⁵⁰⁷
« Rapport médical », Rapport HO 1963, 10.

AU CONTRAIRE TROP DÉFORMÉS⁵⁰⁹.

⁵⁰⁸
Entretien avec Jean-Claude Caron.

⁵⁰⁹
Entretien avec Pierre Kern.

⁵¹⁰
Entretiens avec Pierre Kern et Geneviève Putigny.

Pour ces enfants se met aussi en place un système de marraines et de parrains, soit des personnes locales chargées de leur rendre visite. Mais aussi bienveillant qu'ait été ce système, éprouvé de longue date dans d'autres institutions, il montre rapidement ses limites, comme le relate Pierre Kern :

CELA A FAIT DES DRAMES LORSQUE LES ENFANTS REPARTAIENT, CAR LES MARRAINES ET LES PARRAINS NE VOULAIENT PLUS LES LÂCHER, ILS S'ÉTAIENT ATTACHÉS⁵¹¹.

En charge des soins de ces enfants à l'Hôpital orthopédique, Geneviève Putigny soulève aussi les problèmes posés par ce système :

LES ENFANTS ONT ÉTÉ GÂTÉS. QUAND ILS RENTRAIENT CHEZ EUX, LE MODE DE VIE ÉTAIT TROP DIFFÉRENT. LES ENFANTS, NOTAMMENT TOUT PETITS, S'ÉTAIENT HABITUÉS AU STYLE DE VIE D'ICI.

Les marraines et parrains sont finalement supprimés, et l'on favorise la prise en charge des enfants dans leur pays d'origine, ce qui procure de nombreux avantages, comme le précise l'ancienne infirmière :

LES PARENTS ÉTAIENT SUR PLACE, POUVAIENT AIDER ET PARTICIPER AU TRAITEMENT, S'HABITUER NOTAMMENT AUX APPAREILS ET APPRENDRE À LES METTRE AUX ENFANTS. SI LES ENFANTS VENAIENT EN SUISSE, C'ÉTAIT BEAUCOUP PLUS COMPLIQUÉ PAR LA SUITE⁵¹².

La collaboration de l'Hôpital orthopédique avec Terre des Hommes durera jusqu'au milieu des années 1980. Jean-Claude Caron poursuit des missions en Afrique avec Michel Dutoit. Ce dernier se souvient de s'être rendu au Sénégal ainsi qu'au Burundi avec une organisation belge affiliée à Terre des Hommes :

AVEC CETTE DERNIÈRE ORGANISATION, ON ÉTAIT SOUVENT ACCOMPAGNÉS D'UNE PHYSIOTHÉRAPEUTE VENANT DE L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE, MAIS ENGAGÉE PAR L'ORGANISATION. IL Y AVAIT AUSSI DES INFIRMIÈRES VENANT DE SUISSE, ET DES TECHNICIENS ORTHOPÉDISTES BELGES⁵¹³.

À partir des années 1980, l'orthopédie se développera davantage dans des centres d'appareillages locaux. Terre des Hommes crée des ateliers sur place et les remet au gouvernement. Puis l'association cessera de s'occuper des cas orthopédiques, repris par Handicap International ou d'autres sociétés – la Croix-Rouge norvégienne en Somalie, par exemple. L'Hôpital orthopédique interrompt donc son aide aux pays d'Afrique, et se consacrera à d'autres missions. Au début des années 2000, son engagement en médecine humanitaire se poursuivra par la collaboration avec des réseaux de traitement chirurgical et de formation sur place, en particulier au Vietnam. Michel Dutoit se rendra lui-même régulièrement dans ce pays avec l'organisation appelée Children Action, toujours active à l'heure actuelle⁵¹⁴.

Ainsi, l'orthopédie s'inscrit dans un vaste réseau de soins et de soignants, pour les traitements conservateurs et physiques, ainsi que pour la réhabilitation des personnes souffrant d'affections de l'appareil locomoteur. Le traitement opératoire n'est pas en reste, facilité par le succès retentissant de l'ostéosynthèse. Le travail s'intensifie, ses directions se multiplient et, à l'égal d'autres branches médicales, l'orthopédie est confrontée au difficile problème d'un fractionnement de la discipline.

⁵¹¹ Entretien avec Pierre Kern.

⁵¹² Entretien avec Geneviève Putigny.

⁵¹³ Entretien avec Michel Dutoit.

⁵¹⁴ Entretiens avec Pierre Kern et Michel Dutoit.

Circonscrire l'orthopédie et nommer la discipline: le parcours du combattant

L'explosion des connaissances médicales et techniques a entraîné un développement très diversifié des spécialisations chirurgicales, qui s'isolent peu à peu les unes des autres. En Suisse, la délimitation des champs d'activité que se partagent la chirurgie orthopédique et les autres spécialisations chirurgicales devient une préoccupation majeure.

Les débats autour de la supervision de la physiothérapie en constituent un exemple significatif: à la fin des années 1960, la SSO crée une commission spéciale afin de clarifier les rôles respectifs entre spécialistes de l'orthopédie, de la médecine physique et de la rhumatologie face à la physiothérapie. La Société suisse de rhumatologie inquiète aussi la SSO par sa proposition de scinder l'orthopédie en deux, en délimitant l'orthopédie opératoire comme champ des chirurgiens orthopédistes, tandis que l'orthopédie non opératoire serait laissée aux rhumatologues⁵¹⁵.

La podologie est aussi perçue comme une rivale, comme le relève le président de la SSO Maurice Müller lors d'un congrès annuel de la société ayant pour thème l'avant-pied :

EN 1969, L'AVANT-PIED NE NOUS EST CONTESTÉ PAR AUCUNE AUTRE SPÉCIALITÉ MÉDICALE! POUR COMBIEN DE TEMPS ENCORE? DÉJÀ UNE SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE PODOLOGIE RECHERCHE DES MÉDECINS SUISSES S'INTÉRESSANT

En s'inquiétant de voir l'avant-pied quelque peu délaissé par certains orthopédistes, l'orateur relève aussi la tendance progressive des orthopédistes à se spécialiser dans certaines parties du corps et certaines techniques spécifiques, au détriment d'une maîtrise globale de l'anatomie humaine.

La question de l'«hyperspécialisation», qui sera abordée plus loin, devient un enjeu d'autoréflexion sur la discipline. C'est aussi dans cette perspective que les débats sur la désignation de la spécialité orthopédique et sur son orientation atteignent leur apogée, lorsque débent les pourparlers en vue de la révision des spécialisations FMH.

PLUS PARTICULIÈREMENT À LA PATHOLOGIE DU PIED. D'AUTRE PART, NOMBREUX SONT LES ORTHOPÉDISTES QUI N'ÉTUDIENT PLUS D'UNE FAÇON APPROFONDIE LES TROUBLES DE L'AVANT-PIED POURTANT SI FRÉQUENTS EN PRATIQUE ORTHOPÉDIQUE. [...] N'OUBLIONS PAS QUE L'AVANT-PIED EST INDISPENSABLE À LA POSTURE VERTICALE ET QUE LES TROUBLES DE SA FONCTION TRAITÉS D'UNE FAÇON INADÉQUATE PEUVENT ÊTRE À L'ORIGINE D'UNE INVALIDITÉ PERMANENTE IMPORTANTE⁵¹⁶.

LA SPÉCIALISATION FMH: CHIRURGIEN OU ORTHOPÉDISTE?⁵¹⁷

Au vu de l'évolution du marché médical suisse, la réglementation des spécialisations FMH, datant de 1931, nécessite une mise à jour qui mobilise fortement les diverses sociétés médicales. L'enjeu est de taille: la révision des spécialisations est l'occasion pour celles-ci de faire valoir de nouvelles prérogatives.

Ainsi, en 1966, la Société suisse de chirurgie lance la proposition de créer une sous-spécialisation de la chirurgie, qui s'intitulera « chirurgie de l'appareil locomoteur ». Ce faisant, les chirurgiens cherchent clairement à maintenir un ascendant sur l'orthopédie et la traumatologie. Les orthopédistes se sentent alors menacés dans leur autonomie, voire dans leur existence.

Maurice Müller, qui préside la SSO de 1969 à 1972, est alors en activité à Saint-Gall, où il s'est spécialisé dans le traitement des fractures et la chirurgie des hanches. Il est connu pour avoir

⁵¹⁵ Archives SSO, Classeur «Korrespondenz...»: Correspondance 1967-1968 entre les orthopédistes; Lettre de Louis Nicod du 26 mars 1968 au SSP Vaud.

⁵¹⁶ MÜLLER (1969: 1).

⁵¹⁷ Sur ce chapitre, voir aussi KABA (2015*); KABA (2017).

Fig. 64
En 1968, le traitement chirurgical de l'hallux valgus, malformation de l'avant-pied appelée vulgairement « oignon », est une des occupations majeures de l'équipe chirurgicale de l'Hôpital orthopédique.



25. 11. 68

O. A. M., 34 ans. Opération de Marc Bryde. Status post op.

17. 12. 1968

développé une prothèse totale de la hanche et pour son rôle dans l'AO déjà bien établi. Lui-même désire ardemment que les orthopédistes prennent la responsabilité de l'ensemble de la chirurgie de l'appareil locomoteur. Mais il observe que son activité soutenue dans le traitement des fractures ne le fait pas toujours apprécier des chirurgiens. Face aux prérogatives de la chirurgie, les orthopédistes sont « constamment sur le mode offensif », se souvient Maurice Müller. Il devient néanmoins évident que la survie de l'orthopédie dépend moins de positions de repli sur la discipline, que de la création de partenariats. Ainsi, Maurice Müller, qui préside également la Société suisse de la médecine des accidents, espère rapprocher celle-ci de la SSO. Il y réussira en partie seulement car, dans les années 1980, la Société de la médecine des accidents retournera aux mains des chirurgiens, et les orthopédistes y occuperont un rôle peu visible⁵¹⁸.

L'Union des sociétés suisses de chirurgiens

Aussi la crainte des orthopédistes face à la proposition d'une sous-spécialisation de « chirurgien de l'appareil locomoteur » va-t-elle être à l'origine de l'imposante Union des sociétés suisses de chirurgiens (ci-après l'Union). Souhaitant régler à l'amiable ce problème qu'il considère comme vital pour l'orthopédie, le nouveau président de la SSO, Hermann Fredenhagen, qui succède à Maurice Müller en 1972, contacte des collègues membres de la Société suisse de chirurgie. Car pour l'orthopédiste de Berne, « un spécialiste de la chirurgie de l'appareil locomoteur sans orthopédie [...] semble aussi impossible qu'un spécialiste en orthopédie sans formation chirurgicale »⁵¹⁹. Hermann Fredenhagen peut alors compter sur l'appui du nouveau président de la Société 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, qui réunit dès décembre 1974 les sociétés suisses de chirurgie, de chirurgie pédiatrique, de neurochirurgie, de chirurgie orthopédique, de chirurgie plastique et de rééducation, ainsi que d'urologie. Reflet de la hiérarchisation des disciplines, c'est sans surprise que le chirurgien Franz Deucher, président de la Société suisse de chirurgie après Saegesser, devient le premier président de l'Union, tandis que l'orthopédiste et président de la SSO, Hermann Fredenhagen, en devient le secrétaire⁵²⁰.

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 des sociétés suisses de chirurgiens vise à coordonner les compétences chirurgicales sous la forme d'un autocontrôle collégial entre spécialistes, « sans intervention de la bureaucratie étatique », souligne Martin Allgöwer, deuxième président de l'Union⁵²¹. Les principales problématiques discutées concernent le cursus des formations initiale et post-graduée, les conditions de travail des chirurgiens en hôpitaux, ou encore le contrôle de la qualité de la chirurgie⁵²².

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. Pour la survie de chacune des spécialités, l'unité entre les disciplines sœurs doit être maintenue, ce qui sera maintes fois souligné : « L'unité dans la diversité ou la diversité dans l'unité – ce sont des mots volontiers employés dans notre pays »⁵²³, rappellera Martin Allgöwer à la fin des années 1970, établissant ainsi un parallèle entre le fédéralisme qui caractérise la structure politique de la Suisse et celui souhaité pour les spécialistes de la chirurgie.

À la suite des pourparlers entamés dans les années 1960 et poursuivis au sein de l'Union et de la SSO, c'est finalement la qualification de « chirurgien orthopédiste » qui s'impose dans l'inventaire des désignations FMH de 1974. Les membres de la SSO ont adopté cette désignation par votation avec 73 oui, une voix contre et trois absents⁵²⁴. Au cours des débats, la question du

⁵¹⁸ FREDENHAGEN/ROMER/RÜTTIMANN (1992: 61-63), interview avec Maurice E. Müller, président de la SSO de 1969 à 1972.

⁵¹⁹ « Wie kam es zur Gründung der Union? (Hermann Fredenhagen) », *Bulletin Union*, 1978, 11. Je traduis de l'allemand.

⁵²⁰ « Was bedeutet die Union? (Franz Deucher) », *Bulletin Union*, 1978, 9-10.

⁵²¹ « Zum Geleit (Martin Allgöwer) », *Bulletin Union*, 1978, 5. Je traduis de l'allemand.

⁵²² « Wie kam es zur Gründung der Union? (Hermann Fredenhagen) », *Bulletin Union*, 1978, 11-14. Sur les programmes de l'Union et les conflits avec la SSO, voir aussi FREDENHAGEN/ROMER/RÜTTIMANN (1992: 55-102), « Im Rahmen der Amtsdauer des Präsidenten ».

⁵²³ « Zum Geleit (Martin Allgöwer) », *Bulletin Union*, 1978, 5. Je traduis de l'allemand.

⁵²⁴ « Protokoll der Mitgliederversammlung der SGO, 17. Mai 1974 », *Bulletin SSO* 10, 1974, 9.

vocabulaire « orthopédie » a été soulevée. Or si l'étymologie du mot pose toujours problème – parler d'« enfant droit » est en décalage avec la plupart des développements des dernières décennies qui ont vu augmenter le nombre d'adultes dans les services d'orthopédie –, on estime que le terme doit être maintenu, car il est acquis dans le langage courant. Il en va de l'identité culturelle d'une discipline médicale déjà bousculée dans son affirmation d'autonomie.

LE CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE : DU MÉDECIN À L'« HYPERSPÉCIALISTE »

La nouvelle désignation qui accole l'orthopédie à la chirurgie ne va pas sans une certaine ambiguïté, que souhaite lever le médecin-chef de l'Hôpital orthopédique Louis Nicod, en 1976 :

[L'ORTHOPÉDIE] EST MÉDICALE, CAR LE CHIRURGIEN-ORTHOPÉDISTE PRESCRIT DE LA PHYSIOTHÉRAPIE, DES PROTHÈSES (APPAREILS ORTHOPÉDIQUES DE REMPLACEMENT), DES ORTHÈSES (APPAREILS ORTHOPÉDIQUES DE CORRECTION OU DE MAINTIEN DES MEMBRES) ET DES MÉDICAMENTS. ELLE EST CHIRURGICALE, CAR IL PRATIQUE TOUTES LES INTERVENTIONS SUR LES MEMBRES INFÉRIEURS ET LE DOS, À L'EXCLUSION DE LA CHIRURGIE VASCULAIRE ET PLASTIQUE⁵²⁵.

Mais vers la fin des années 1970, le constat du président de la SSO Pierre Scholder est déjà moins nuancé :

L'ORTHOPÉDIE, [...] QUI [AUTREFOIS] SE MOUVAIT DANS UN CONTEXTE HYBRIDE ET PEUT-ÊTRE PLUS MÉDICAL QUE CHIRURGICAL, EST DÉSORMAIS PARTOUT UNE SPÉCIALITÉ PLURIDISCIPLINAIRE DE PRÉVALENCE CHIRURGICALE⁵²⁶.

Il y a finalement consensus autour de la question de la pratique chirurgicale en tant que base de l'orthopédie, qui se doit de paraître dans la désignation même de la spécialité. Si l'orthopédie se maintient en tant que discipline, le spécialiste est désigné comme un chirurgien avant tout – ce n'est pas l'« orthopédiste chirurgien » mais le « chirurgien orthopédiste ». Car la qualification de chirurgien reste un acquis de base, les études devant comprendre deux ans de chirurgie générale et quatre ans de chirurgie spécialisée en orthopédie et traumatologie dans la plupart des pays européens. La dénomination de la discipline diffère toutefois en ce qui concerne l'ajout ou non de la traumatologie, selon les écoles mentionnées plus haut. La France et la Belgique, par exemple, adoptent à la même époque la désignation « chirurgien orthopédique et traumatologique »⁵²⁷.

On admet également que le traitement de fractures et de lésions articulaires nécessite des connaissances approfondies et des méthodes de pointe, qui ne peuvent plus être maîtrisées dans leur intégralité par une seule et même personne. Les États-Unis ouvrent la voie à ce qui sera bientôt appelé « l'hyperspécialisation », par la création de départements réservés à des affections spécifiques de l'appareil locomoteur. Par exemple le *New York Orthopaedic Hospital*, rattaché à l'Université de Columbia, comprend dans les années 1970 près de 200 lits d'adultes et une trentaine de lits d'enfants dans un service subdivisé en sept départements : chirurgie des implants de la hanche et du genou, chirurgie des épaules, chirurgie des tumeurs, chirurgie de la scoliose, chirurgie de la main, traumatologie, pédiatrie orthopédique⁵²⁸. On relèvera le choix américain consistant à maintenir l'unique mention de la chirurgie dans les différentes spécialisations de l'appareil moteur, l'orthopédie étant essentiellement pédiatrique.

⁵²⁵ NICOD (1976^a; 63). Souligné dans le texte.
⁵²⁶ « SSO. Histoire de la Société (Pierre Scholder) », *Bulletin Union*, 1978, 92-93.
⁵²⁷ « CR de l'AG extr. du 6 nov. 1975. "L'Europe orthopédique" (J. Judet) », 50^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 62, Suppl. I, 1976, 9.
⁵²⁸ « Allocution de W. J. W. Sharrad. Président de la *British Orthopaedic Association* », 54^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 66, Suppl. II, 1980, 10; « CR de l'AG du 8 nov. 1979 : CR de séjour aux États-Unis (P. Christel) », 54^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 66, Suppl. I, 1980, 10-11.

Les États-Unis possèdent en effet de « purs » chirurgiens d'orthopédie infantile, à l'instar de certaines parties de l'Europe, mais à l'inverse du Royaume-Uni où la grande majorité des praticiens versés dans l'orthopédie infantile continuent de traiter des adultes jusqu'au début du 21^e siècle⁵²⁹.

De façon générale, sur le continent nord-américain, les départements d'orthopédie prennent leur indépendance vis-à-vis des secteurs de chirurgie générale. La délimitation des départements est réalisée selon un choix qui reflète les préoccupations orthopédiques du moment et les niches particulièrement développées au cours des années 1970 : la chirurgie de la hanche, ou du genou, la biologie osseuse et les ostéonécroses, ainsi que la chirurgie orthopédique infantile. L'influence américaine sur la chirurgie orthopédique est alors indéniable, non seulement du fait des séjours effectués aux États-Unis par de nombreux médecins européens, mais aussi de par la diffusion des travaux américains : déjà dans les années 1970, le *Journal of Bone and Joint Surgery* est celui qui est le plus attentivement analysé par les praticiens mondiaux de la branche⁵³⁰.

L'apparition constante de nouveaux champs de la pratique médicale induit un « morcellement » du corps, favorisé par l'orientation médico-technique de l'époque. Ce contexte offre de nouvelles perspectives et laisse espérer un certain prestige professionnel pour les jeunes orthopédistes enthousiastes. Diviser pour mieux conquérir le marché est un procédé qui s'observe dans d'autres branches médicales, comme l'a décrit George Weisz⁵³¹. Ainsi, 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-Atlantique⁵³². 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 »⁵³³.

L'hyperspécialisation ne manque pas de questionner les contemporains sur la mission commune des spécialistes orthopédistes. En témoigne le discours de Robert Merle d'Aubigné tenu en 1979 devant la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOF-COT) :

IL ME RESTE UN MOT À DIRE, SUR L'UNITÉ DE NOTRE SPÉCIALITÉ. [...] CERTAINS DISENT : L'ORTHOPÉDIE, C'EST DÉJÀ DÉPASSÉ : LES CHIRURGIENS DU RACHIS, DE LA HANCHE, DE LA MAIN N'ONT PLUS GRAND-CHOSE À SE DIRE, ILS N'ONT PLUS RIEN EN COMMUN. QUELLE ERREUR ! SI VOUS ÊTES ICI, [AU CONGRÈS DE LA SOFCOT] SI VOUS VENEZ SI NOMBREUX À CES RÉUNIONS, MALGRÉ LA DIVERSITÉ

Ce passage souligne ce que les orthopédistes auront à cœur de relever, pour cautionner leur mission en même temps que la raison d'être de leur discipline, à savoir la nécessité du rétablissement de la fonction motrice pour une meilleure qualité de vie, démarche essentielle à la vie elle-même. Un défi de taille est donc lancé à l'orthopédie, dans un contexte socio-économique qui, à la fin des années 1970, n'est plus aussi favorable qu'autrefois.

⁵²⁹ FIXSEN (2002 : 151-152).
⁵³⁰ Voir « CR de l'AG extr. du 6 nov. 1975 de la SOFCOT : Rapport d'activité du centre de documentation », 50^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 62, Suppl. II, 1976, 7; « CR de l'AG extr. du 4 nov. 1977 : CR du voyage d'étude au Canada des bourses françaises 1977 (B. Moyen/S. R. Babin) », 52^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 64, Suppl. I, 1978, 8.
⁵³¹ WEISZ (2006).
⁵³² « Allocution de W. J. W. Sharrad. Président de la *British Orthopaedic Association* », 54^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 66, Suppl. II, 1980, 10.
⁵³³ TERNON (1994 : 184-185).
⁵³⁴ MERLE D'AUBIGNÉ (1980 : 20). Souligné dans le texte.

DES SUJETS, C'EST QUE VOUS AVEZ EN COMMUN L'ESSENTIEL : LE PRIVILÈGE, L'HONNEUR D'UNE MISSION QUI NE CONSISTE PAS SIMPLEMENT À RETARDER LA MORT, À CONSERVER LA VIE, MAIS À LUI RENDRE OU À LUI CONSERVER, PAR LA RESTITUTION DES FONCTIONS MOTRICES, OU DE LA FORME, SA QUALITÉ ET SA VALEUR⁵³⁴.

Les traitements thérapeutiques et de réhabilitation liés aux patients orthopédiques ne cessent donc de se développer, dans un marché où la patientèle devient toujours plus nombreuse et exigeante. Comme par un effet de miroir, les maladies invalidantes qui semblaient d'un autre âge (poliomyélite, tuberculose, rachitisme) laissent progressivement la place à des affections liées aux activités de la modernité (accidents de la circulation, du travail industriel, des loisirs). Pour l'Hôpital orthopédique, la reconnaissance en tant que clinique universitaire et la reconstruction entière du bâtiment reflètent autant la modernisation hospitalière que les mutations sociales, économiques et culturelles environnantes.

Aussi, dans un secteur de la santé en pleine expansion, des luttes de pouvoir apparaissent autour de la délimitation des pratiques, en même temps que s'ouvrent des débats sur la désignation des spécialisations FMH. La vaste orientation de l'orthopédie ne facilite pas la tâche des défenseurs de la discipline, laquelle peut finalement imposer le titre de « chirurgien orthopédiste » (1974). Et si, à l'aube des années 1980, les prothèses articulaires constituent le versant le plus moderne de l'orthopédie, maintenant la chirurgie en pole position de la formation d'orthopédiste, la pluridisciplinarité n'en demeure pas moins la base du traitement de l'appareil locomoteur, justifiant le développement des disciplines connexes, telles que la physiothérapie et l'ergothérapie.

L'organisation sociale et les avancées de la science, largement portées à la connaissance du public par voie de presse, suscitent des changements progressifs dans les rapports entre médecin et patient. En 1966, lors du 10^e congrès de la SICOT, le président Robert Merle d'Aubigné relève déjà les enjeux de cette nouvelle configuration, où la responsabilité du médecin et de l'institution est largement engagée dans les résultats du traitement :

LA RÉSIGNATION CÈDE PEU À PEU LE PAS À LA REVENDICATION. [...] IL PARAÎT [DÉSORMAIS] INADMISSIBLE QU'UN ACCIDENT ENTRAÎNE LA MORT, QU'IL LAISSE UNE INVALIDITÉ. SI L'ÉCHEC EST PATENT, QUELQU'UN DOIT ÊTRE RESPONSABLE, QUELQU'UN DOIT PAYER. LE MÉDECIN, L'ASSURANCE, LA COLLECTIVITÉ⁵³⁵.

Ces trois entités, toujours plus étroitement liées, constituent désormais le fondement du système des soins dans lequel se développe l'orthopédie.

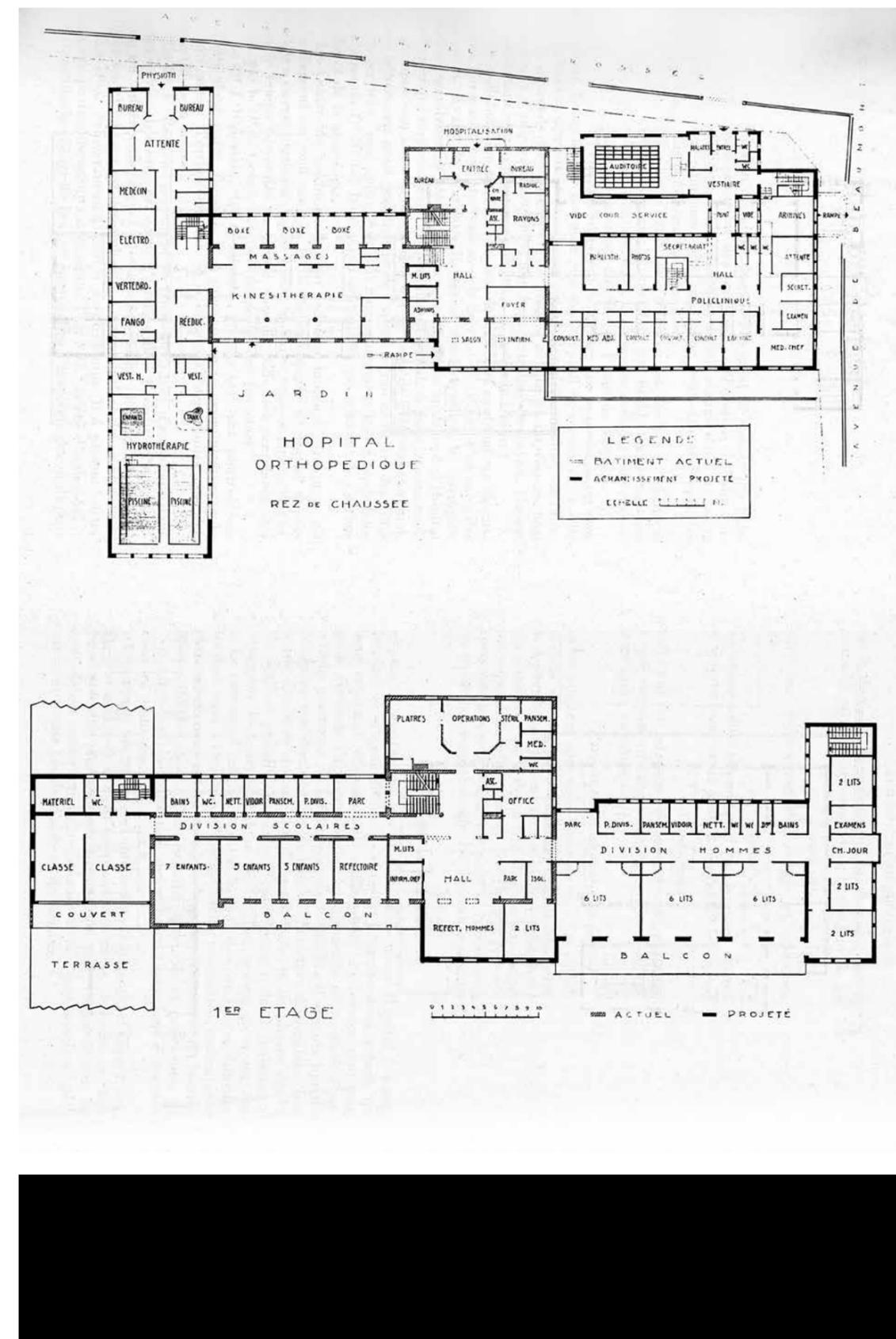


Fig. 65 / 66 Plans de l'agrandissement projeté de l'Hôpital orthopédique en 1958 : rez-de-chaussée et premier étage.

Le prochain numéro de la «Gazette technique»:

La recherche horlogère

La Gazette technique

INDUSTRIELLE ET SCIENTIFIQUE

La Gazette littéraire
C'est un autre supplément régulier de la «Gazette de Lausanne»
Le seul hebdomadaire romand des lettres et des arts. Paraît le samedi.

L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE

L'ORTHOPÉDIE

par Louis Nicod, médecin-chef résident

NOM bizarre que celui d'orthopédie. Bien des personnes en ignorent le sens. Les malades, en revanche, ont l'intuition de ce que représente cette spécialité médicale ; ils sont conscients des services que l'orthopédiste peut leur rendre et ils savent, en général, frapper à sa porte. Mais la conception de ce terme reste confuse.

C'est Nicolas Andry (1658-1742) qui a utilisé le premier ce mot dans un livre intitulé «L'orthopédie ou l'art de prévenir et de corriger dans les enfants 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 enfants à élever» (Paris, 2 vol. 1741).

Andry précise : « Quant au titre en question, je l'ai formé de deux

diatrie qui veut dire médecine des enfants. La parenté du mot grec *païs* (l'enfant) avec le mot latin *pes* (le pied) a souvent induit des malades en erreur et irrité des médecins ; même des personnes cultivées confondent l'orthopédie avec l'art de donner des soins aux pieds, soit avec la *podologie*. A l'époque d'Andry, plusieurs médecins ont forgé d'autres mots pour désigner notre spécialité ; citons celui d'*orthomorphie* (Delpech) et celui d'*orthosomatique* (Brich-ten) ; mais le destin de ces appellations fut moins heureux et le mot d'*orthopédie* est resté.

Parmi les méthodes qui furent appliquées au cours des siècles, pour prévenir et corriger les difformités des enfants, l'appareillage occupe une place importante. Des appareils fort ingénieux, des

soins médicaux, leur donnait des soins médicaux, les éduquait et corrigeait les difformités de leur appareil moteur, par la gymnastique et l'appareillage. Les instituts de ce genre, créés en Europe au XIXe siècle, donnèrent naissance, au XXe siècle, à de nombreuses cliniques universitaires d'orthopédie. Le sort du mot *orthopédie* se précisa et s'applique aujourd'hui à trois objets : les médecins l'utilisent pour situer leur science et leur art, les établissements hospitaliers, pour préciser leur spécialité thérapeutique et enfin les artisans, pour désigner leur atelier.

LA CORRECTION des déformations de l'appareil moteur par des méthodes chirurgi-



MAIS il y a un autre aspect de problème sur lequel

SIGNALONS encore que ce mot d'orthopédie est intimement

nes, les agénésies des membres, les rachitisme, de poliomyélite. Ce

Fig. 67
En mai 1963, la Gazette de Lausanne consacre plusieurs pages au nouvel Hôpital orthopédique entièrement reconstruit à Montagibert, près de l'Hôpital cantonal vaudois.

REMISES EN QUESTION ET NOUVELLES ORIENTATIONS

FIN DES ANNÉES 1970 – ANNÉES 1990

5

LA SITUATION INSTITUTIONNELLE DE L'ORTHOPÉDIE :

L'HEURE DES CONSENSUS – 180

- La fin des belles années – 180
- L'Hôpital orthopédique et le Service d'orthopédie et de traumatologie – 181
- Nouvelle ère orthopédique en demi-teinte – 187
- Une nouvelle vision du personnel et des traitements – 188

REGROUPEMENTS ET RÉSEAUX : UNE QUESTION DE STRATÉGIE ET DE SURVIE – 191

- Les nouveaux groupes suisses – 191
- Nouveau poids lourd européen de l'orthopédie : du COCOMAC à l'EFORT – 193
- La recherche en biomécanique : nouveaux partenariats à l'Hôpital orthopédique – 194

NOUVEAUTÉS TECHNOLOGIQUES ET DIFFÉRENTES APPROCHES DES PATHOLOGIES – 200

- Les prothèses articulaires – 200
- Prise en charge de la scoliose – 204
- Autres traitements innovants – 205

L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE FAIT SA SECONDE MUE – 209

- L'Hôpital orthopédique fait peau neuve et s'agrandit – 209
- Dureté des temps et nouvelle gestion hospitalière – 210
- Nouveaux visages aux postes cadres de l'Hôpital orthopédique – 214
- Révision de la LAMal (1996) et conséquences – 214
- La démarche qualité – 215

RENDRE LA MÉDECINE PLUS HUMAINE : DE NOUVEAUX DÉFIS FACE AUX PATIENTS – 217

- Le patient au centre – 217
- Le vécu des patients orthopédiques – 218
- Un nouvel élan à l'Hôpital orthopédique (fin des années 1990) – 220

BILAN – 224

La situation institutionnelle de l'orthopédie: l'heure des consensus

À l'automne 1973, la hausse massive du prix du pétrole provoque une crise économique importante en Europe, qui touche la Suisse dès 1974 et s'accroît en 1975 et 1976. Le pays perd 10% de ses emplois, mais le chômage n'augmente que très peu: environ 200'000 travailleurs étrangers sont renvoyés chez eux et 100'000 femmes ont quitté le marché du travail. Parallèlement, la population stagne et le vieillissement s'accroît. Les trois décennies de prospérité qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale font place à la récession⁵⁵⁶.

Jean-Jacques Livio, qui sera médecin-chef de l'Hôpital orthopédique à la fin des années 1970, se souvient que la crise pétrolière a alors pour effet une réduction des accidents de la route:

DES DÉMARCHES ONT ÉTÉ MISES EN PLACE POUR LIMITER LA CIRCULATION,
TELLES QUE LES DIMANCHES SANS VOITURE, CAR IL Y AVAIT DIMINUTION DU
CARBURANT.

Réalisant la corrélation entre la baisse de la circulation et celle des accidents, les autorités politiques prennent davantage de mesures préventives. Toutefois, « les sports prennent un peu la relève, apportant d'autres problématiques », précise Jean-Jacques Livio⁵⁵⁷. À cela s'ajoutent les affections rhumatismales, celles liées au vieillissement démographique ainsi que les traumatismes dus à de nouvelles activités professionnelles et sociales, qui posent à l'orthopédie de nouveaux défis partagés par d'autres disciplines.

LA FIN DES BELLES ANNÉES

Dans cette période de conjoncture difficile, les contraintes économiques, associées aux exigences des politiques de santé, influent sur l'orientation des disciplines et de leurs institutions. Comme le relève Pierre-Yves Donzé, la crise économique remet en question l'extraordinaire croissance du système hospitalier des « Trente Glorieuses », en même temps que de violentes critiques sont adressées au système de santé dans un climat de contestation post-soixante-huitarde.

Dans le canton de Vaud, les difficultés matérielles qui touchent l'ensemble des hôpitaux dès le milieu des années 1970 amènent l'État à poser de nouvelles conditions. Une véritable politique hospitalière se met en place, dont le but est de maintenir une offre hospitalière de qualité dans le cadre d'une limitation maximale des dépenses. Tandis que l'État de Vaud permet de maintenir en place une infrastructure hospitalière généraliste dans quelques hôpitaux dits de zone (notamment à Morges, Montreux, Nyon et Yverdon), les établissements plus petits, hôpitaux régionaux et de demi-zone, occupent des tâches complémentaires différentes. Certains se transforment en EMS, d'autres se spécialisent dans un créneau de soins particuliers. Des services doivent fermer (maternités, blocs opératoires) et les autorités renonceront aussi à subventionner quelques hôpitaux particuliers au début des années 1980⁵⁵⁸.

⁵⁵⁶ GNAEGI (2012: 79).

⁵⁵⁷ Entretien avec Jean-Jacques Livio.

⁵⁵⁸ DONZÉ (2002^b: 35-37); DONZÉ (2003: 286-287).

L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE ET LE SERVICE D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE

L'Hôpital orthopédique illustre parfaitement ce contexte: après l'embellie des années 1960, l'institution doit lutter contre une clientèle en baisse durant la décennie qui suit. Ici comme dans d'autres branches médicales, l'affluence des spécialistes génère une concurrence importante, occasionnant un fléchissement des activités de certains services. De 19 spécialités coexistant en 1941, on passe à 32 en 1980. Les autres professions de la santé vivent le même processus: ergothérapeutes, diététiciennes, techniciennes en radiologie et en salle d'opération ont fait leur apparition. L'ancien monopole médical des soins se partage entre près de 50 professions, dont plusieurs ont échappé progressivement au contrôle des médecins. Par ailleurs, en trois décennies (de 1950 à 1980 environ), les établissements sanitaires vaudois se sont multipliés par six. Les médecines naturelles, douces ou parallèles connaissent également un essor sans précédent⁵³⁹.

Dans ce contexte, le secteur des patients privés et celui des enfants sont particulièrement déficitaires à l'Hôpital orthopédique qui doit aussi faire face aux représentants des caisses maladie, lesquels tentent de maintenir des forfaits hospitaliers aussi bas que possible. Dans le cadre de la révision du système hospitalier vaudois et du projet de mise en service du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) – qui remplacera l'Hôpital cantonal à la fin des années 1980 –, la situation de l'Hôpital orthopédique est jugée « extrêmement sérieuse » par le comité de l'établissement. La question du rachat éventuel de l'Hôpital orthopédique est même examinée par l'État de Vaud.

Des problèmes externes et internes

Au milieu de l'année 1975, dans un contexte tendu, Louis Nicod annonce qu'il remet sa démission de son poste de médecin-chef pour l'été 1977. Il quitte alors l'établissement après vingt-quatre années dans cette fonction et près de quarante ans dans l'institution. À cette époque, le directeur administratif, André Henchoz, relève que la situation financière de l'Hôpital orthopédique « est critique, pour ne pas dire grave », en raison d'une régression de l'activité qui s'est amorcée en 1969. Dès cette année et jusqu'en 1977, les journées d'hospitalisation du service commun et privé ont chuté de 29,4%, passant de 39'667 à 28'000 journées. Ce sont surtout les malades privés qui connaissent une forte baisse, avec une diminution de 53,1% des journées des pensionnaires durant ces neuf années. Alors que le taux d'occupation des lits est de 94,5% en 1969, il chute pour atteindre 68,4% en 1977. Or un taux d'occupation au-dessous de 70% n'est pas admis par les caisses maladie pour la fixation du forfait journalier.

À l'exception du service de physiothérapie dont l'activité est en légère hausse, mais qui reste déficitaire du fait de l'augmentation du nombre des physiothérapeutes, tous les secteurs sont en baisse: ergothérapie, radiographie, service IMC. Ce dernier service est en régression constante du fait de l'ouverture de divers homes-écoles pour enfants IMC durant les années 1970, tels que La Cité Radieuse et La Cassagne dans le canton de Vaud⁵⁴⁰.

Phénomène particulièrement préoccupant, les consultations du service de policlinique, qui constituent le réservoir des malades hospitalisés, stagnent depuis une dizaine d'années avec un chiffre annuel proche de 11'000 consultations. Il en découle la question suivante posée par André Henchoz dans un rapport au comité:

POURQUOI [LES PATIENTS] NE VIENNENT-ILS PLUS CHEZ NOUS POUR SE FAIRE

TRAITER?⁵⁴¹

Plusieurs causes sont énoncées par le directeur administratif, qui sont à la fois à charge et à décharge des années de prospérité de l'Hôpital orthopédique. Premièrement, de nouveaux services d'orthopédie ont été créés dans d'autres cantons romands, en Valais et à Fribourg, et dans les hôpitaux vaudois de Nyon et de Morges, occupés souvent par les anciens assistants de l'Hô-

⁵³⁹ « Analyse d'ensemble, spécialisation et interdépendance », Rapport NOPS 1997, 57.

⁵⁴⁰ Archives HO, HENCHOZ (1977: 2-3).

⁵⁴¹ Archives HO, HENCHOZ (1977: 5).

pital orthopédique. L'administrateur pointe du doigt la concurrence accrue :

NOUS AVONS FORMÉ DES MÉDECINS ORTHOPÉDISTES À TOUR DE BRAS, SCIANT

AINSI LA BRANCHE SUR LAQUELLE NOUS ÉTIIONS INSTALLÉS. EN EFFET, CES PRA-

TICIENS ONT AINSI OUVERT TOUT NATURELLEMENT LEUR CABINET À LAUSANNE

André Henchoz constate toutefois que la charge de travail des orthopédistes est aussi intense à l'Hôpital orthopédique que dans les cabinets privés, et que d'autres éléments doivent être ajoutés à son argumentaire. Constatant que les médecins orthopédistes de Lausanne préfèrent opérer en privé dans les cliniques de La Source, Bois-Cerf et Montchoisi, ou encore au CHUV, il évoque des causes liées à l'organisation interne de l'Hôpital orthopédique : le médecin-chef est trop souvent absent et l'organisation de l'activité médicale manque de souplesse du fait d'un rythme ralenti du travail des médecins assistants – la diminution des horaires de travail est pointée du doigt (40 à 42 heures hebdomadaires, six semaines de vacances). Enfin, il est fait mention d'un manque de confiance des patients qui ignorent le plus souvent qui va les examiner ou opérer⁵⁴³.

Ces observations accompagnent les discussions difficiles qui sont menées avec l'État concernant le renouvellement de la convention vaudoise d'hospitalisation sur le subventionnement de l'institution. Un nouvel accord avec l'Hôpital orthopédique est finalement conclu en juillet 1977 pour une année, au grand soulagement de tous les intéressés. Mais, comme le laissait pressentir l'administrateur, l'établissement doit s'attendre à de nombreux changements. « Toute une série de mesures sera prise, en particulier dans le domaine des liaisons avec le CHUV », annonce le rapport d'activité de 1977, qui évoque aussi l'arrivée prochaine d'un nouveau directeur médical, en soulignant :

UNE PAGE DE L'HISTOIRE DE L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE EST MAINTENANT

TOURNÉE⁵⁴⁴.

Nouveau médecin-chef et convention avec le CHUV

En effet, l'Hôpital orthopédique, institution autonome depuis plus d'un siècle, fait alliance avec la division de traumatologie du CHUV pour créer le « Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur » (ci-après service OTR). Une convention, signée en 1978 entre l'Hôpital orthopédique et l'État de Vaud, officialise la création de ce nouveau service commun aux deux établissements médicaux⁵⁴⁵.

Au départ de Louis Nicod, Jean-Claude Caron assume par intérim la fonction de responsable médical durant une année, puis laisse la place à Jean-Jacques Livio, lequel a développé le service de traumatologie du CHUV depuis 1970. Il succède donc à Louis Nicod en tant que chef de service, responsable médical de l'Hôpital orthopédique et professeur ordinaire d'orthopédie et de traumatologie à la Faculté de médecine de Lausanne. Le nouveau responsable écrit dans le rapport d'activité de son institution :

EN PRENANT, LE 1^{er} OCTOBRE 1978, LA DIRECTION MÉDICALE DE L'HÔPITAL ORTHO-

À travers la création du service OTR, il s'agit pour l'Hôpital orthopédique de se rapprocher du CHUV et, sans perdre son identité, d'utiliser certaines installations hautement spécialisées dont ni l'investissement ni l'exploitation ne se justifient sur le plan financier, alors que leur utilisation se révèle indispensable sur le plan médical. Sur le plan de l'hospitalisation, ce regroupement permet de soulager le service de traumatologie du CHUV, chroniquement engorgé, en utilisant certaines disponibilités de l'Hôpital orthopédique. Dans un contexte où la rationalisation est de

⁵⁴²
Archives HO,
HENCHOZ (1977: 8).

⁵⁴³
Archives HO,
HENCHOZ (1977: 8–10).

⁵⁴⁴
« Rapport 1977 »,
Rapport HO 1977, 3.

⁵⁴⁵
Archives HO, Classeur
« PV comité HO » : séances
des 10 janv. et 7 mars
1975; « Rapport 1977 »,
Rapport HO 1977, 2–3.

⁵⁴⁶
« Rapport médical
(Jean-Jacques Livio) »,
Rapport HO 1978, 4.

PÉDIQUE, C'EST LE FRUIT DE PLUS D'UN SIÈCLE

D'EFFORTS QUE J'AI HÉRITÉ⁵⁴⁶.

mise, le nouveau directeur médical souhaite « éviter d'exploiter des structures qui fassent double emploi avec d'autres dont la nécessité paraît évidente, ou qui sont déjà en place »⁵⁴⁷.

Ce phénomène est lié au développement hospitalier propre au canton de Vaud. Comme le précise Pierre-Yves Donzé, l'intégration des diverses institutions de santé autour du CHUV va dans le sens d'une utilisation de l'infrastructure existante comme sous-traitant de la politique sanitaire, alors que dans le canton de Genève, par exemple, on développe l'hôpital universitaire dans tous les domaines⁵⁴⁸. Enfin, sur le plan de la formation post-graduée des médecins, des rotations organisées au sein du service OTR permettent tant aux futurs praticiens généralistes qu'aux futurs orthopédistes et futurs chirurgiens généraux d'être confrontés aussi bien aux problèmes d'orthopédie que de traumatologie⁵⁴⁹.

Deux particularités peuvent être relevées dans la création du nouveau service OTR. D'une part, si la chirurgie n'est pas mentionnée en tant que telle dans l'appellation du service, c'est néanmoins un médecin ayant une longue expérience en chirurgie générale ainsi qu'en chirurgie orthopédique, Jean-Jacques Livio, qui en a la responsabilité. Celui-ci a de plus été, au préalable, médecin-chef du service de traumatologie de l'Hôpital cantonal. D'autre part, l'Hôpital orthopédique maintient son caractère privé malgré son rapprochement avec le principal hôpital public du canton – le CHUV. Ainsi, quand bien même la question de l'orthopédie et de la traumatologie touche des aspects académiques et institutionnels partagés par de nombreux pays, la création d'un service d'orthopédie et de traumatologie qui réunit médicalement les deux spécialités, tout en les maintenant séparées sur deux sites bien distincts géographiquement et administrativement – l'orthopédie reste à l'Hôpital orthopédique et la traumatologie reste au CHUV –, est une nouveauté pour la Suisse, voire pour l'Europe.

Jean-Jacques Livio n'a toutefois pas le souvenir que cela lui ait pesé de travailler sur deux sites différents tout en maintenant l'autonomie de l'Hôpital orthopédique par rapport au CHUV. Il estime au contraire qu'il y a eu certains avantages dans la première institution, « indépendante jusqu'à un certain point des autorités politiques dans les décisions à prendre – ce qui était moins le cas dans l'institution publique »⁵⁵⁰. La tâche du nouveau responsable est aussi facilitée par la collaboration avec le Dr Jean-Claude Caron, qui prend en charge l'orthopédie pédiatrique tout en se consacrant à une partie de l'orthopédie adulte.

De nouveaux objectifs sont fixés pour le service OTR. Jean-Jacques Livio vise la formation d'« un service qui puisse faire face à toutes les situations orthopédiques et traumatologiques qu'on peut rencontrer et qu'il y a lieu de prendre en charge »⁵⁵¹. Précisément, l'organisation de la prise en charge des patients se trouve modifiée du fait d'une complémentarité renforcée des compétences professionnelles des deux services réunis. Le médecin-chef pose également une condition avant de pratiquer des interventions à l'Hôpital orthopédique : obtenir un nouveau bloc opératoire offrant les meilleures garanties de stérilité, étant donné que les interventions sur l'os sont les plus exposées à des complications septiques. Avec le soutien de l'association de l'Hôpital orthopédique et de son président d'alors, Robert Rivier, le médecin-chef obtiendra satisfaction avec la mise en service en 1980 d'une salle d'opération à flux laminaire, dite « salle blanche », située au 4^e étage de l'établissement⁵⁵².

Une nouvelle direction tricéphale à l'Hôpital orthopédique

La mise en marche du service OTR s'accompagne de changements conséquents au sein du personnel et des instances dirigeantes. Au printemps 1979, le directeur administratif André Henchoz prend sa retraite. Durant ses vingt années de fonction à l'Hôpital orthopédique, il a vu augmenter le personnel de 60 à 170 unités, et les budgets passer d'un peu plus d'un million de francs en 1958 à huit millions en 1979. Durant ces deux décennies également, le nombre des malades a doublé et le volume des bâtiments a triplé, accueillant de nouveaux services⁵⁵³.

⁵⁴⁷

Voir note précédente.

⁵⁴⁸

DONZÉ (2003: 240).

⁵⁴⁹

« Rapport médical
(Jean-Jacques Livio) »,
Rapport HO 1978, 5.

⁵⁵⁰

⁵⁵¹
Entretien avec
Jean-Jacques Livio.

⁵⁵²

Voir note précédente;
« Rapport médical
(Jean-Jacques Livio) »,
Rapport HO 1981, 5.

⁵⁵³

« Le directeur administratif
prend congé »,
Rapport HO 1978, 3;
« Rapport 1978 »,
Rapport HO 1978, 2.

Fig. 68
La nouvelle salle d'opération à flux laminaire de l'Hôpital orthopédique ouvre en 1982.

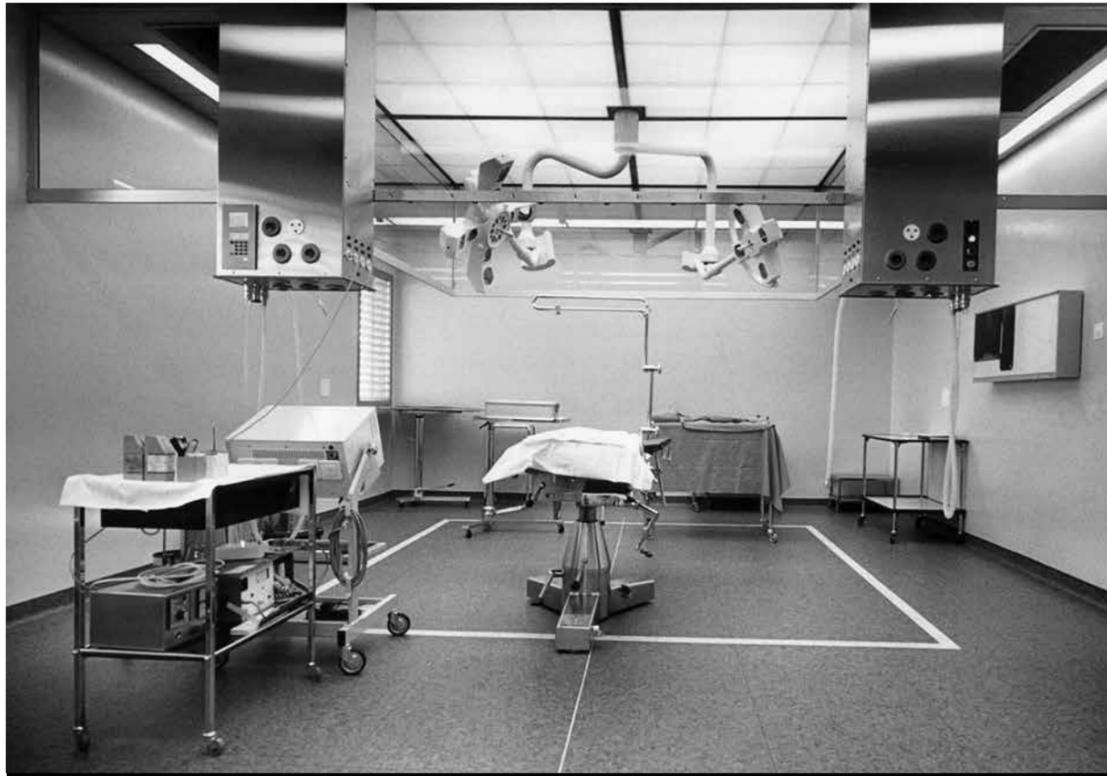
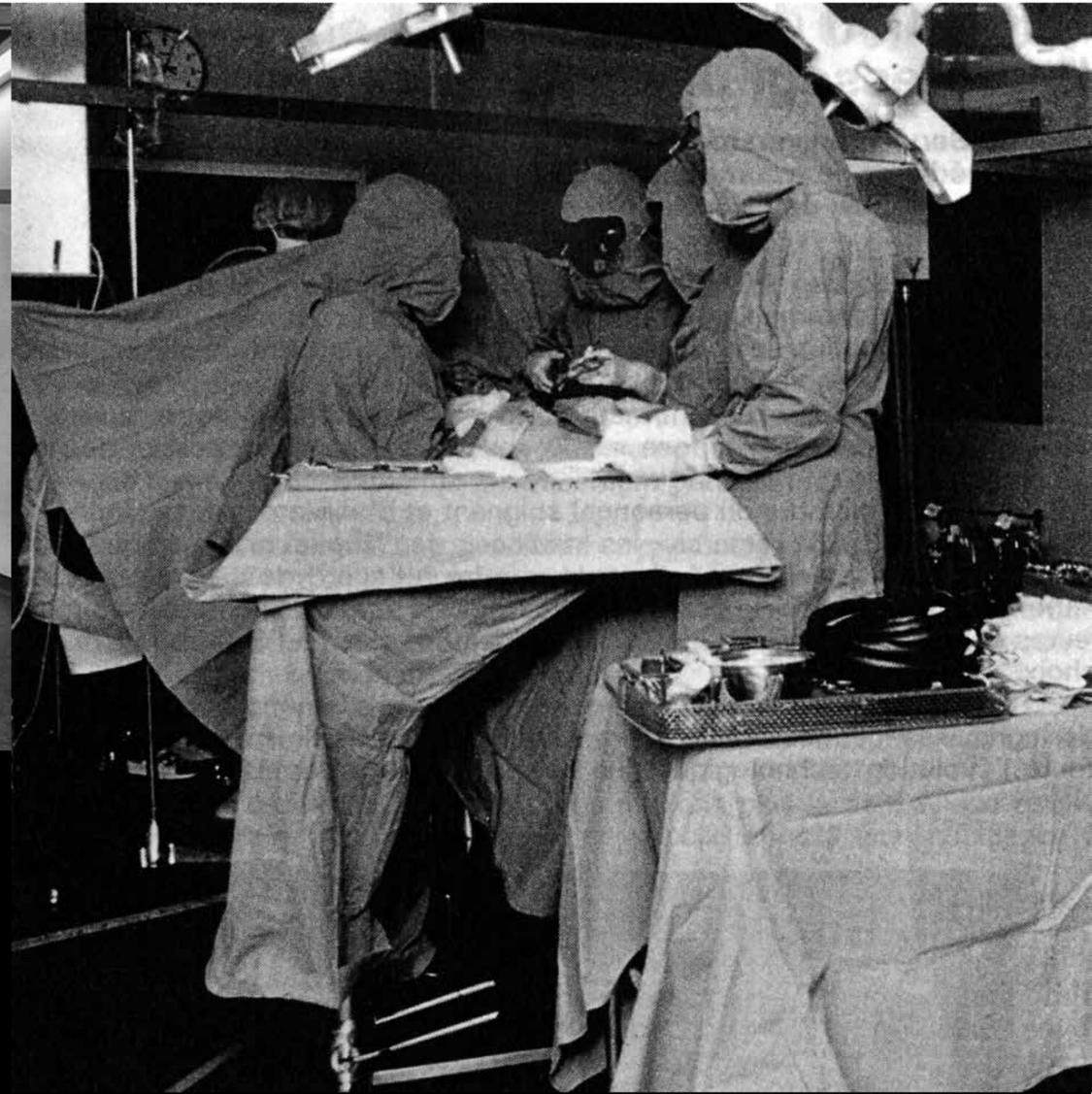


Fig. 69
Intervention chirurgicale dans la nouvelle salle à flux laminaire.



Après l'arrivée de Jean-Jacques Livio, de nouvelles personnes accèdent en l'espace d'une année aux deux autres postes cadres de l'institution, à savoir l'infirmière-cheffe, Micheline Merlin, et le responsable administratif, Bernard Decrauzat (1943–). Celui-ci, au bénéfice d'une formation dans la banque et d'expériences professionnelles antérieures dans la communication, l'administration et la gestion, a notamment occupé cette dernière fonction durant sept années à l'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne où sont formés les ergothérapeutes de Suisse romande.

Bernard Decrauzat se souvient que les nouvelles missions confiées au service OTR redéfinissent dans le même temps les rôles des nouveaux responsables de l'Hôpital orthopédique et l'organisation générale de ce dernier. Le concernant, il estime que la nouveauté du service, et notamment la collaboration avec le CHUV, a été un élément facilitateur pour renforcer et adapter les structures de soins ainsi que les infrastructures médico-techniques. D'autres aspects ont représenté des défis un peu plus compliqués, tels que le maintien de l'identité de l'Hôpital, son appartenance au Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV) – l'actuelle Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) – avec un statut du personnel différent de celui du CHUV, ou encore la nécessité de créer de nouveaux outils de gestion.

Parallèlement, l'introduction d'un nouveau modèle de financement cantonal des hôpitaux, passant d'un financement par journée de malade à celui d'une enveloppe budgétaire, ouvre de nouvelles perspectives à la fois de souplesse et de responsabilisation de tous les acteurs hospitaliers, comme le précise Bernard Decrauzat :

CETTE MISE EN VIGUEUR DES NOUVELLES DISPOSITIONS LÉGALES, DONT CELLES ÉGALEMENT EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS MÉDICAUX, ASSOCIÉE AU DÉVELOPPEMENT DU NOUVEAU SERVICE OTR SUR DEUX ÉTABLISSEMENTS AUSSI DIFFÉRENTS AVEC UNE FORTE AUGMENTATION D'ACTIVITÉ, REPRÉSENTAIENT UNE DYNAMIQUE POSITIVE POUR LE COMITÉ DE L'HÔPITAL

Il en découle des objectifs qui ne vont pas sans provoquer certaines résistances au changement qui se manifestent à quelques occasions : « Il fallait remettre en cause des habitudes et des acquis dans le mode de fonctionnement », relève l'ancien directeur administratif⁵⁵⁴.

En effet, les trois nouveaux responsables doivent mettre en place de nouvelles structures dans un cadre interdisciplinaire inédit. La collaboration de l'orthopédie avec la traumatologie est une gageure dont le directeur médical Jean-Jacques Livio tire le bilan, en 1979, après une année de fonctionnement du service OTR :

LE FAIT D'INTRODUIRE DANS UN HÔPITAL VOUÉ JUSQU'ALORS EXCLUSIVEMENT À DES TRAITEMENTS D'ORTHOPÉDIE ÉLECTIVE, UN CONTINGENT DE MALADES AIGUS, N'A PAS ÉTÉ SANS PROBLÈME. LES RÉPERCUSSIONS DE CETTE MODIFICATION D'ORIENTATION SE SONT EN EFFET FAIT SENTIR DANS TOUS LES SECTEURS D'AC-

Dans ce contexte, l'alliance avec le CHUV permet à l'Hôpital orthopédique de faire face aux restrictions économiques tout en procédant à la modernisation de ses équipements et à l'adaptation de ses structures. Pour exemple, dans le cas du développement des techniques d'examen de laboratoire et de l'automatisation de ces examens, l'Hôpital orthopédique renonce à investir dans un nouveau laboratoire, préférant rechercher une solution avec le CHUV qui possède les installations nécessaires. C'est ainsi que dès l'été 1979, tous les examens de biochimie et d'hématologie de l'Hôpital orthopédique sont réalisés par les laboratoires du CHUV⁵⁵⁶. Afin de seconder le médecin-chef dans sa gestion médicale des deux sites, un médecin psychiatre est également engagé, dans le but de développer le service de

⁵⁵⁴ Entretien avec Bernard Decrauzat.
⁵⁵⁵ « Rapport médical (Jean-Jacques Livio) », Rapport HO 1979, 5.
⁵⁵⁶ « Rapport du conseil d'administration », Rapport HO 1979, 4.

ORTHOPÉDIQUE. LE COMITÉ A FAVORISÉ UNE ÉTROITE CONCERTATION ENTRE LE DIRECTEUR MÉDICAL, LE DIRECTEUR ADMINISTRATIF ET L'INFIRMIÈRE-CHEF.

TIVITÉS, DE LA BUANDERIE À LA SALLE D'OPÉRATION, DE MANIÈRE SANS DOUTE PLUS OU MOINS IMPORTANTE, MAIS TOUJOURS DANS LE SENS D'UNE AUGMENTATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL, ALORS QUE L'ADAPTATION DES STRUCTURES N'A PAS TOUJOURS SUIVI DE MANIÈRE PARALLÈLE⁵⁵⁵.

physiothérapie et d'ergothérapie de l'Hôpital orthopédique, complémentaire à celui du CHUV, « ceci en ayant pris garde de ne pas nuire aux très bonnes relations tissées avec le service de rhumatologie et de rééducation du CHUV », précise Jean-Jacques Livio⁵⁵⁷.

La création du nouveau service OTR confère aussi à l'Hôpital orthopédique un regain d'activité : en une année, le nombre de journées de malades augmente de 2,75%, les opérations de plus de 3%, la radiographie et la physiothérapie de plus de 8%. Les traitements d'ergothérapie diminuent quant à eux, tandis que ceux du service IMC se maintiennent au même niveau. La prise en charge d'un nouveau type de patients est aussi un facteur de stimulation selon le nouveau directeur médical :

ON PEUT DIRE QUE LE FAIT D'AVOIR À CHARGE DES MALADES QUI SUR LE PLAN MÉDICAL OU INFIRMIER POSENT DAVANTAGE DE PROBLÈMES, TEND À AMÉLIORER

Pour autant, si une partie du personnel est amenée à diversifier ses activités en se déplaçant entre l'orthopédie et la traumatologie, l'Hôpital orthopédique maintient le cap dans le traitement des affections qui lui sont habituelles. En 1979, les patients sont majoritairement hospitalisés pour des coxarthroses (126 cas), lombalgies ou lombosciatiques (107), séquelles de traumatismes du membre inférieur (166), auxquelles s'ajoutent une multitude d'autres affections telles que cyphoses (39), scolioses (32), séquelles de poliomyélite (23) ou encore luxations de la hanche (22). La pose de prothèses totales de la hanche (52 interventions en 1978 et 50 en 1979) représente le plus grand nombre des opérations avec celles pour hallux valgus (100 interventions en 1978 et 69 en 1979), mais il est à noter que le nombre d'interventions pour ablation de matériel d'ostéosynthèse est doublement plus élevé (176 interventions en 1978 et 245 en 1979)⁵⁵⁹.

— POUR AUTANT QUE LES STRUCTURES PERMETTENT DE LES ASSUMER NORMALEMENT — LE NIVEAU DE LA QUALITÉ DES SOINS DONNÉS À NOS PATIENTS. SANS COMPTER D'AILLEURS L'INTÉRÊT QUE CHACUN PEUT TROUVER DANS UN TRAVAIL MOINS ROUTINIER⁵⁵⁸.

NOUVELLE ÈRE ORTHOPÉDIQUE EN DEMI-TEINTE

À l'aube des années 1980, l'Hôpital orthopédique inaugure de nouvelles installations : deux salles d'opération dont l'une avec flux laminaire, une salle de réveil de cinq lits, un secrétariat médical et une salle des plâtres. Mais cette nouvelle phase de modernisation est assombrie par des problèmes financiers issus d'une incompatibilité de règlement entre les instances cantonales et fédérales. En effet, alors que la nouvelle loi sanitaire vaudoise de 1978 impose des mécanismes de financement plus stricts aux hôpitaux du canton, l'application de cette loi n'est pas reconnue par les assurances sociales fédérales, qui refusent de couvrir le prix des journées d'hospitalisation des patients déterminé selon le système vaudois. Il s'ensuit pour l'Hôpital orthopédique un important déficit d'exploitation qui, dans les années à venir et à l'instar de nombreux autres établissements, deviendra chronique.

À cela s'ajoutent les dissensions autour de la problématique du nombre de spécialistes. Alors que les pouvoirs publics invoquent la conjoncture économiquement défavorable pour mettre un frein à ladite « pléthore », les orthopédistes défendent une position contraire, de même que, au début des années 1980, la commission de la SSO chargée des questions de la formation :

CONCERNANT L'ACTUELLE PLÉTHORE DE MÉDECINS, IL EST INDISCUTABLE QUE, À L'AVENIR, DAVANTAGE DE CHIRURGIENS ORTHOPÉDIQUES DOIVENT ÊTRE FORMÉS, SI POSSIBLE AU DÉTRIMENT DES CHIRURGIENS GÉNÉRAUX, ÉTANT DONNÉ

La commission de la SSO se félicite par ailleurs d'avoir obtenu, au prix de nombreuses délibérations entre les disciplines, une réglementation des formations post-graduées permettant de mieux délimiter les domaines d'investigation. Ainsi, en 1981, dans son nouveau protocole de la formation continue, la Société suisse de chirurgie renonce à la chirurgie de l'appareil locomoteur, abstraction faite de la zone grise, également reconnue comme telle par les orthopédistes suisses, du traitement des fractures. Les chirurgiens généraux ont ainsi

⁵⁵⁷ Entretien avec Jean-Jacques Livio.
⁵⁵⁸ « Rapport médical (Jean-Jacques Livio) », Rapport HO 1979, 5.
⁵⁵⁹ « Malades hospitalisés 1978 », Rapport HO 1978, 8–11 ; « Activité médicale 1979 », Rapport HO 1979, 10–13.
⁵⁶⁰ « Consilium orthopaedicum – Rapport 1981 », Bulletin SSO 33, 1982, 9. Je traduis de l'allemand.

QUE LES OPÉRATIONS ORTHOPÉDIQUES REPRÉSENTENT PLUS DE LA MOITIÉ DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES⁵⁶⁰.

accepté un *gentlemen's agreement* que réclamait la SSO, mais que « de nombreux chirurgiens ne pouvaient pas accepter par souci de prestige », argumente Hans Meuli, le président de la SSO⁵⁶¹.

Face à l'augmentation des accidentés et des problèmes articulaires liés à l'âge, les années 1980 sont une période où l'orthopédie s'affirme au détriment de son ancienne et dominatrice rivale, la chirurgie. Erwin Morscher, président de la SSO de 1982 à 1984, avertit que la décennie est celle de « l'agonie de la chirurgie générale », au moment où plus de 60% des interventions chirurgicales et des mesures diagnostiques concernent l'appareil moteur. La chirurgie viscérale voit son activité diminuer et se sent menacée par l'orthopédie, laquelle traverse également une crise, non seulement du fait du nombre élevé de jeunes orthopédistes, mais surtout en raison de la sous-spécialisation :

ON N'ATTEND DÉSORMAIS PLUS D'UN CHIRURGIEN DES HANCHES QU'IL PUISSE

AUSSI TRAITER UN GENOU⁵⁶².

Ainsi, la période voit pratiquer la dernière génération d'orthopédistes spécialisés dans le traitement de plusieurs pathologies de l'appareil locomoteur.

UNE NOUVELLE VISION DU PERSONNEL ET DES TRAITEMENTS

Le recrutement du personnel

Le recrutement et la fidélisation du personnel au sein de l'Hôpital orthopédique sont un enjeu majeur, tant il est vrai qu'en dépend le bon fonctionnement du service. « Il fallait s'assurer de trouver le personnel compétent et en quantité suffisante », précise l'ancien directeur administratif Bernard Decrauzat. Celui-ci doit en particulier faire face à deux défis. Premièrement, une insuffisance de personnel soignant et médico-technique issu des formations dispensées dans le canton de Vaud et en Suisse oblige les hôpitaux à recruter massivement à l'étranger. Sont alors engagés des professionnels qualifiés mis au bénéfice d'un permis de travail de type B limité à une année d'activité, comme l'explique Bernard Decrauzat :

OR CES PERMIS B ÉTAIENT FORTEMENT CONTINGENTÉS, D'OÙ UNE PRÉOCCUPATION CONSTANTE POUR GARANTIR LES DOTATIONS DE PERSONNEL. IL EN A RÉSU LTÉ UNE FORTE DÉPENDANCE DE L'ÉTRANGER ET UNE DIFFICULTÉ QUI S'EST AJOUTÉE À CELLE D'HÔPITAL SPÉCIALISÉ.

Cette dernière caractéristique est le deuxième défi relevé par l'ancien directeur :

LA SPÉCIALISATION EN ORTHOPÉDIE, ACQUISE LE PLUS SOUVENT SUR LE TERRAIN, REPRÉSENTAIT UN ATOUT DE TOUT PREMIER ORDRE POUR GARANTIR DES PRESTATIONS DE QUALITÉ. MAIS AUSSI ATTRACTIVE SOIT-ELLE, IL FALLAIT CONVENIR QUE L'INSTITUTION NE POUVAIT OFFRIR D'AUTRES POSSIBILITÉS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DANS DES DISCIPLINES DIFFÉRENTES. SI UNE JEUNE PERSONNE DIPLÔMÉE DES PROFESSIONS SOIGNANTES ET PARAMÉDICALES ASPIRAIT

À cela s'ajoutent d'autres critères tels que les conditions de travail : dans une situation de pénurie de personnel, il n'est pas rare de voir s'exprimer une surenchère. Parmi les réponses possibles à ces contraintes, Bernard Decrauzat mentionne la fidélisation du personnel par une considération de son travail, une écoute, des programmes de formation continue et de perfectionnements divers. « En résumé, tout l'effort

⁵⁶¹ « Rapport du Président (H. Ch. Meuli) », *Bulletin SSO* 33, 1982, 4. Je traduis de l'allemand.
⁵⁶² FREDENHAGEN/ROMER/RÜTTIMANN (1992 : 88), interview avec Erwin Morscher, président de la SSO de 1982 à 1984. Je traduis de l'allemand.

À ÉLARGIR SON CHAMP DE CONNAISSANCES, D'EXPÉRIENCE ET D'ACTIVITÉS, SON SEUL RECOURS ÉTAIT CELUI DE QUITTER L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE POUR UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS GÉNÉRAUX.

visait à instaurer un climat de travail favorable », conclut l'ancien directeur⁵⁶³.

Cette nouvelle vision du personnel amène aussi l'Hôpital orthopédique à s'ouvrir à d'autres professions paramédicales, qui s'ajoutent à la collaboration déjà établie avec les écoles de physiothérapie et d'ergothérapie – pour cette dernière à l'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne depuis la création du cursus d'ergothérapie proposé en 1965. Une convention est signée en 1985 avec trois nouvelles écoles : l'École cantonale vaudoise d'assistants techniques en salle d'opération, l'École des infirmières en hygiène matérielle et pédiatrique de la Pouponnière et de l'Abri, ainsi que l'École des infirmières de Bois-Cerf. Des pourparlers sont aussi entamés avec l'École cantonale vaudoise de soins infirmiers. Des cours viennent s'ajouter aux stages de l'Hôpital orthopédique et, cinq ans plus tard, les diététiciennes et les éducatrices de la petite enfance viennent compléter l'équipe des professionnels formés dans l'institution⁵⁶⁴.

De l'innovation dans les appareillages

Au milieu des années 1980, les services respectifs de physiothérapie et d'ergothérapie, tous deux divisés en sections pour adultes et enfants, regroupent ces dernières. Cela permet non seulement un décloisonnement, mais aussi un développement plus congruent de chacune des spécialités. Bernard Cavin commente :

C'ÉTAIT UN COUP DE MAÎTRE DU PROFESSEUR LIVIO D'AVOIR SOUHAITÉ RATTACHER LA PHYSIOTHÉRAPIE ET L'ERGOTHÉRAPIE DU SERVICE IMC À LA PHYSIOTHÉRAPIE ET L'ERGOTHÉRAPIE DE L'ADULTE. CAR IL VOULAIT UNE THÉRAPIE

Car jusqu'alors, les ergothérapeutes formaient une spécialité quelque peu en marge, selon Bernard Cavin. Ayant remplacé quelques années Rolande Vauthey à la tête du service IMC, il devient alors responsable du nouveau secteur d'ergothérapie regroupé. À la même époque, l'Hôpital orthopédique recrute Michel Dutoit, spécialisé en chirurgie pédiatrique, qui bénéficie déjà d'une expérience de chef de clinique dans ce domaine. Il réoriente sa carrière vers l'orthopédie pédiatrique et intègre l'Hôpital orthopédique en 1980 en tant que médecin assistant. Il seconde Jean-Claude Caron, puis le remplacera à son départ six ans plus tard⁵⁶⁵.

Une nouvelle dynamique s'installe donc à l'Hôpital orthopédique, en particulier au niveau postopératoire et pour les suivis ambulatoires. Une attention toute particulière est portée aux appareillages. « Le gros challenge lancé par le professeur Livio a été le développement des attelles tous azimuts », relève Bernard Cavin. Sous Jean-Jacques Livio et Michel Dutoit, l'objectif poursuivi est de développer la prise en charge postopératoire hospitalière, puis postopératoire ambulatoire, à travers une ergothérapie moderne adaptée aux pratiques et besoins des chirurgiens orthopédistes. Bernard Cavin relate :

L'ORTHOPÉDIE ÉVOLUAIT CONSTAMMENT, IL Y AVAIT CERTAINES CHOSES QU'ON ABANDONNAIT ET D'AUTRES QU'ON DÉVELOPPAIT, ET IL S'AGISSAIT POUR LES THÉRAPIES DE SE RAPPROCHER LE PLUS DE CE QUI SE FAISAIT SUR LE MOMENT.

Ainsi, dès le milieu des années 1980, Michel Dutoit et Bernard Cavin développent le traitement progressif en orthopédiatrie, en concevant des attelles inédites destinées aux membres inférieurs et aux pieds bots. « On voyait les enfants en continu, une fois par semaine, pour les corriger progressivement. Certes, il y avait les appareils du commerce, ceux des techniciens orthopédistes, mais le professeur Dutoit voulait quelque chose de plus précis », indique Bernard Cavin. Il se souvient aussi que Michel Dutoit suggère alors que les enfants qui ont besoin d'être mis sous traction le soient à domicile. De façon totalement expérimentale, l'équipe d'ergothérapie conçoit des petits cadres de lits d'un mètre le long, qui per-

⁵⁶³

Entretien avec Bernard Decrauzat.

⁵⁶⁴

« Rapport du conseil d'administration », *Rapport HO 1985*, 4 ; « Rapport du conseil d'administration », *Rapport HO 1990*, 2.

⁵⁶⁵

Sans autre mention, les citations qui suivent proviennent des entretiens avec Bernard Cavin et Michel Dutoit.

mettent aux enfants de rester au sein de leur famille, ce qui réduit par ailleurs les coûts d'hospitalisation.

Il faut noter ici que les appareillages des ergothérapeutes se distinguent de ceux des techniciens orthopédistes tout en les complétant. La formation en appareillage des ergothérapeutes permet de concevoir un appareil provisoire, adaptable à l'évolution du traitement, puis c'est aux techniciens orthopédistes que l'on fait appel pour la réalisation de l'appareil définitif. « Les ergothérapeutes partent des principes de traitements, qui les amènent à développer l'orthèse », précise Bernard Cavin.

Dans cet élan de modernité se maintient toutefois une ancienne coutume qui date de la période d'Henri Martin : les « mercredis de l'appareillage ». Lors de ces rendez-vous hebdomadaires, les enfants, et aussi quelques adultes, descendent à l'auditoire accompagnés d'une infirmière pour être présentés à l'ensemble des médecins et médecins assistants. L'ancien technicien orthopédiste Pierre Kern se souvient :

ON FAISAIT ENTRER L'ENFANT AU CENTRE, DÉSHABILLÉ, LES PARENTS ÉTAIENT
LÀ AUSSI. ON LE FAISAIT MARCHER, ON ÉVALUAIT, ON DÉCIDAIT DE L'APPAREIL-
LAGE. LE MÉDECIN RESPONSABLE — LOUIS NICOD ET, APRÈS LUI, JEAN-JACQUES
LIVIO — RÉPARTISSAIT LE TRAVAIL ENTRE LES TECHNICIENS ORTHOPÉDISTES
PRÉSENTS⁵⁶⁶.

Ainsi Pierre Kern et ses « concurrents », Paul Eberlé et plus tard Max Amrein, se tiennent en retrait et attendent l'attribution du travail pour chaque patient. Il y a également Jacqueline Dupertuis, dite « corsetière médicale », qui propose des corsets « plus féminins ». « Elle faisait partie des murs, se souvient l'ancienne infirmière Geneviève Putigny. Elle tenait un magasin de sous-vêtements à Lausanne, et a aussi beaucoup travaillé pour les adultes. On lui confiait des corsets pour les lumbagos, les hernies discales, etc. » Ces mercredis de l'appareillage, « c'était un peu la séance "bêtes de cirque" ; ils servaient surtout à la formation des médecins assistants pour l'appareillage », relève Pierre Kern. Ils allaient cesser sous la direction de Pierre-François Leyvraz (1949–), qui succédera à Jean-Jacques Livio en 1996 et mettra en place pour la formation des médecins une semaine en atelier chez les techniciens orthopédistes, complétée par des cours d'introduction⁵⁶⁷.

Dans les années 1980, l'Hôpital orthopédique connaît une évolution de la prise en charge qui ne cessera de se densifier. Entre 1980 et 1991, le nombre de malades hospitalisés augmente de 25,7% (1'538 malades en 1980, pour 1'933 malades en 1991), tandis que la durée moyenne de séjour diminue de 26%, passant de 21,1 journées en moyenne en 1980 à 15,6 journées en 1991. Quant à l'activité ambulatoire, elle est en hausse de 43% (64'000 prestations en 1980 pour 92'000 prestations en 1991). La situation financière reste saine durant toute la décennie, avec des recettes passant de 1,37 million de francs en 1980 à 1,95 million en 1991⁵⁶⁸.

Or l'expansion de l'orthopédie atteint ses limites face aux exigences d'économies des pouvoirs publics. Un peu partout en Europe la situation est similaire, mais les stratégies sont diverses. Les grands services se subdivisent, tandis que les plus petits renoncent à s'occuper de certaines catégories de malades. Les spécialistes créent de nouvelles alliances et regroupements, autant de lieux de réflexion sur la pratique et de lobbying en faveur de leur discipline.

⁵⁶⁶ Entretien avec Pierre Kern.
⁵⁶⁷ Entretiens avec Pierre Kern et Geneviève Putigny.
⁵⁶⁸ « Rapport 1991 du conseil d'administration », *Rapport HO 1991*, 2–4.

Regroupements et réseaux : une question de stratégie et de survie

LES NOUVEAUX GROUPES SUISSES

Groupes régionaux et nationaux

Durant les années 1970–1980, les orthopédistes suisses entrevoient la nécessité de se rassembler en sociétés ou groupes régionaux ou cantonaux, afin d'être visibles et présents sur différents fronts. À la suite des « apéros » organisés par quelques orthopédistes de Bâle (1967), la dynamique se renforce dès la fin des années 1970 avec la création du groupe des *Ostschweizer Orthopäden* (1978), de la *Zürcher Gesellschaft der Orthopädischen Chirurgen* (1981) puis de son homologue bernoise (1986), du groupe des *Orthopäden der Zentralschweiz* (1987), du *Circolo ortopedico ticinese* (1988), de l'Association fribourgeoise des chirurgiens orthopédistes (1989). Des rencontres informelles ont également lieu entre spécialistes privés, à l'instar du Groupement des orthopédistes genevois et de son homologue lausannois. Les préoccupations de ces groupes de discussion et de défense d'intérêts restent sensiblement les mêmes : il s'agit d'exposer les cas médicaux particuliers ou posant des problèmes de traitement, de discuter des tarifs à appliquer pour les interventions en chirurgie orthopédique, ou encore d'échanger sur la situation des orthopédistes vis-à-vis de la politique médicale des autorités politiques et des assurances⁵⁶⁹.

Des spécialistes de diverses disciplines sont aussi amenés à se rassembler autour de traitements spécifiques, à l'instar de l'APO (1966), et le plus souvent autour d'un type de pathologies ou d'un organe particulier. Il en va ainsi du Groupe suisse d'étude du pied ou Groupe de travail de podologie (*Arbeitskreis für Podologie*), lancé en 1975 par Pierre Scholder. Géré administrativement par la SSO, mais travaillant de manière indépendante, ce groupe se donne pour objectif de cultiver les échanges internes sur le plan national, de comparer et si possible d'unifier ses conceptions dans les domaines de la thérapeutique et des techniques d'investigation de la marche, ou encore de confronter ses opinions à celles de l'étranger. Comme exemple concret, on peut mentionner une réunion en 1982 portant sur l'affaïssement plantaire commun de l'enfant (dit aussi pied plat), qui vise à obtenir un consensus helvétique sur ce sujet généralement abordé de façon très différente selon les régions. Enfin, le groupe participe à des cours de perfectionnement organisés en Suisse ou proposés à l'étranger par des corporations similaires⁵⁷⁰.

En 1981, le Groupe d'étude du pied change de dénomination suite à un épisode qui fait écho aux incessantes disputes autour de l'attribution des champs d'application entre spécialités. Les pédicures se sont en effet attribué le titre de « podologues », si bien que le Groupe d'étude du pied, aussi appelé Groupe de podologie et traduit littéralement comme tel en allemand, doit se renommer. Son leader, Pierre Scholder, tente en vain de remédier à cette situation qu'il commente avec ironie et amertume :

⁵⁶⁹ Pour un descriptif des regroupements, voir FREDENHAGEN/ROMER/RÜTTIMANN (1992 : 289–304).

⁵⁷⁰ « Le Groupe d'étude du pied (Pierre Scholder) », *Bulletin SSO* 13, 1975, 23 ; « Le Groupe d'étude du pied », *Bulletin SSO* 20, 1978, 4 ; « Rapport 1981 : Société suisse de médecine et chirurgie du pied (Pierre Scholder) », *Bulletin SSO* 33, 1982, 12.

SOIT DIT EN PASSANT, CES NOUVEAUX «PODOLOGUES» (ANCIENNEMENT PÉDI-
CURES) DE NOTRE PAYS N'ONT JAMAIS VÉRITABLEMENT RÉPONDU À NOTRE
DEMANDE D'EXPLICATION SUR LE «LOGOS» QU'ILS SE SONT SUBITEMENT ATTRI-
BUÉ, «POUR FAIRE COMME À L'ÉTRANGER», ET POUR LEQUEL LA PRATIQUE DE PLUS
EN PLUS RÉPANDUE DANS LEURS RANGS D'UNE RÉFLEXOTHÉRAPIE PLAN-

TAIRE AUTOGÉRÉE ME PARAÎT ÊTRE LE SEUL
EMBRYON D'UN ESSAI DE JUSTIFICATION⁵⁷¹.

La même année voit se consolider le Groupe de travail suisse pour la chirurgie de la main, créé en commun avec l'orthopédie, la chirurgie, la chirurgie plastique et la médecine des accidents. Ce groupe naît, comme souvent, par imitation de groupes similaires existant dans d'autres pays. En l'occurrence, l'année qui précède sa création avait vu se réunir à Rotterdam le premier congrès de l'Union internationale des chirurgiens de la main. Le groupe suisse regrette toutefois que, sur son effectif de 45 membres en 1981, seuls huit orthopédistes soient représentés⁵⁷². À la même période, l'APO, active depuis quinze ans et forte de 200 membres, fait le constat qu'elle s'efforce elle aussi depuis sa création «d'éveiller et promouvoir l'intérêt des orthopédistes dans cette partie traditionnelle de l'orthopédie»⁵⁷³.

Le Groupe suisse de travail pour la réadaptation, créé en 1976, obtient quant à lui plus de succès auprès des orthopédistes, qui rejoignent ainsi les membres des sociétés nouvellement créées de médecine physique et de rhumatologie, et ceux de la Commission suisse de réadaptation. Ce regroupement vise à établir un *modus vivendi* au niveau national pour le traitement des personnes paraplégiques, dans le prolongement de la rééducation fonctionnelle des affections articulaires et para-articulaires⁵⁷⁴. Ce sont précisément l'orthopédie, la rhumatologie et la médecine physique qui, il y a peu, se disputaient le contrôle médical sur les traitements physiothérapeutiques.

Groupes suisses transnationaux

Assez tôt se créent également des regroupements de praticiens partageant une culture linguistique commune, mais souhaitant fonder des relations scientifiques au-delà des frontières nationales. Ainsi, quelques orthopédistes suisses s'investissent au sein de la *Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie*, fondée à Hambourg en 1959 par des spécialistes de la République fédérale d'Allemagne, de l'Autriche et de la Suisse alémanique⁵⁷⁵. Sur le même modèle s'organisent dans les années 1980 des bourses d'études soutenues par les sociétés d'orthopédie des trois régions germanophones – Allemagne, Autriche et SSO pour les membres germanophones – afin de favoriser la mobilité des médecins en formation entre les trois pays. Il y a aussi élargissement à d'autres pays sans contraintes linguistiques, à l'instar du Groupe de travail international pour la recherche en maladies fonctionnelles de l'appareil locomoteur, qui voit le jour à Zurich en 1984⁵⁷⁶.

Cette frénésie des regroupements peut parfois être perçue par les contemporains comme un danger si l'on s'écarte trop des sentiers battus. Ainsi, l'Union des sociétés suisses de chirurgiens ne voit pas d'un très bon œil la naissance d'une Société suisse pour la médecine au laser, créée en 1984 à la Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de Berne. Cette initiative est jugée trop précoce, «une nouvelle méthode ne devant pas impliquer la création d'une nouvelle société»⁵⁷⁷. L'ancienneté est donc revendiquée pour justifier la création d'un groupe – une stratégie supplémentaire de défense d'intérêts et de contrôle entre pairs.

Dans ce vaste réseau, l'Hôpital orthopédique, «qui a pris sa place dans la cité univer-

⁵⁷¹ «Rapport 1981: Société suisse de médecine et chirurgie du pied (Pierre Scholder)», *Bulletin SSO* 33, 1982, 11. Souligné dans le texte.

⁵⁷² SCHOLDER (1978: 92); «Bericht 1981: Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie (Gottfried Segmüller)», *Bulletin SSO* 33, 1982, 10.

⁵⁷³ «Bericht 1981: APO (Roger Baumgartner)», *Bulletin SSO* 33, 1982, 9.

⁵⁷⁴ «Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation/ Groupe suisse de travail pour la réadaptation (W. Zinn)», *Bulletin SSO* 15, 1976, 16–17; SCHOLDER (1978: 92).

⁵⁷⁵ VERDAN (1985: 9–11). Claude Verdán relève la difficulté à faire émerger, au début des années 1960, une société suisse réunissant les chirurgiens spécialistes de la chirurgie plastique. Ce secteur de la chirurgie a en effet longtemps fait partie de la chirurgie générale, et subsidiairement de l'orthopédie, de l'urologie, de la gynécologie, de l'oto-rhino-laryngologie ou même de la chirurgie maxillo-faciale et de l'ophtalmologie. VERDAN (1985: 7).

⁵⁷⁶ «PV de l'AG du 18 mai 1984», *Bulletin SSO* 38, 1984, 19.

⁵⁷⁷ Voir note précédente.

sitaire», relate Michel Dutoit, tient un rôle au niveau de l'orthopédie suisse surtout, mais aussi à l'étranger. «Certaines personnalités de l'institution sont connues», rapporte Michel Dutoit. Ce dernier, avec l'aval de Jean-Jacques Livio, s'implique dans les collaborations interinstitutions afin de promouvoir, au niveau local et intercantonal, un réseau d'orthopédie pédiatrique. «Cela n'existait pas auparavant, car l'orthopédie pédiatrique était peu représentée en Suisse», souligne Michel Dutoit. Il contribue notamment à la création d'un réseau de pédiatres, tout en représentant l'Hôpital orthopédique dans plusieurs sociétés: il participe, entre autres, aux activités de la SSO – dont il sera l'un des présidents –, et est membre de la SOFCOT⁵⁷⁸.

Or, pour les chirurgiens orthopédistes dont le quotidien se partage entre clinique, recherche et enseignement, la charge de travail les empêche souvent de participer aux congrès toujours plus nombreux. Des allègements de calendrier de ces réunions sont tentés par le regroupement des colloques, des journées annuelles et des assemblées de sociétés. L'émulation entre collègues de disciplines identiques ou différentes s'en trouve renforcée, et les congrès se proposent souvent comme lieux de formation continue pour les participants: des cours sont intégrés dans les réunions de niveaux national – comme pour la SSO – ou international.

NOUVEAU POIDS LOURD EUROPÉEN DE L'ORTHOPÉDIE: DU COCOMAC À L'EFORT

Depuis le milieu des années 1960, d'importants efforts ont été consentis pour uniformiser le cursus des orthopédistes entre pays européens. Une décennie d'études et de réunions parfois conflictuelles aboutit finalement, en 1975, à un accord sur la définition de l'orthopédie traumatologique et sur le programme de formation conduisant à l'obtention du diplôme d'orthopédiste. La qualification de chirurgien reste un acquis de base, les études devant comprendre deux ans de chirurgie générale et quatre ans de chirurgie spécialisée d'orthopédie et de traumatologie. Ce «marché commun médical», accepté par le Royaume-Uni, l'Allemagne, la France, l'Italie, la Belgique, le Luxembourg, l'Irlande et le Danemark, s'ouvre à l'automne 1976⁵⁷⁹.

L'orthopédie reste néanmoins très hétérogène selon la culture médicale de chaque pays. Dans les années 1980, c'est non sans difficultés et avec la persévérance de quelques convaincus que les relations entre orthopédistes européens se matérialisent dans la création du Comité de coordination des sociétés d'orthopédie et de traumatologie des pays du marché commun européen (COCOMAC). Dans le but de favoriser la rencontre entre chirurgiens orthopédistes formés ou en formation, et de permettre une comparaison des cultures médicales entre les différents pays, le COCOMAC organise chaque année des cours et un congrès, ce dernier s'intégrant dans le congrès national d'un pays membre: les premières rencontres sont organisées à Paris (1981), Londres (1982), Athènes (1983), Madrid et Barcelone (1984). Les cours abordent ce qui est alors considéré comme étant «les grands thèmes de l'orthopédie classique», à savoir la chirurgie prothétique, la chirurgie du rachis, la chirurgie traumatologique, la chirurgie orthopédique pédiatrique et la chirurgie des tumeurs osseuses⁵⁸⁰.

Au début des années 1990, dans le contexte des négociations qui aboutissent à l'Espace économique européen – auquel la Suisse n'adhère pas – prend naissance l'*European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology* (EFORT), dont la gestation également mouvementée est une métamorphose du COCOMAC, lequel est de ce fait dissout. Née de la communauté des 12 pays de l'Espace économique européen et initiée par le Français Jean Duparc et l'Anglais Michael Freeman, l'EFORT s'élargit d'emblée aux pays nordiques, à la Suisse et à l'Autriche, et reste également ouverte aux pays de l'Est⁵⁸¹. Son but avoué est d'égaliser les congrès de l'*American Academy of Orthopaedic Surgeons*, dont la notoriété confirme le leadership américain dans le champ orthopédique. Jean Duparc commente ainsi le projet de l'EFORT:

⁵⁷⁸ Entretien avec Michel Dutoit.

⁵⁷⁹ «CR de l'AG extr. du 6 nov. 1975. "L'Europe orthopédique" (J. Judet)», 50^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 62, Suppl. I, 1976, 9.

⁵⁸⁰ «AG du 11 nov. 1981: Rapport du secrétaire général», 56^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 68, Suppl. I, 1982, 6; «CR de l'AG. extr. du 17 nov. 1983: Rapport du Secrétaire», 58^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 70, Suppl. I, 1984, 7; «CR de l'AG du 15 nov. 1984: Enseignement du COCOMAC 1984», 59^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 71, Suppl. I, 1985, 8; «CR de l'AG du 12 nov. 1987: Rapport du Secrétaire», 62^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 74, Suppl. II, 1988, 13.

⁵⁸¹ «CR de l'AG du 12 nov. 1992: 1^{er} congrès européen à Paris en avril 1993», 67^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 79, Suppl. I, 1993, 14.

LE PARI EST AUDACIEUX, IL DOIT ÊTRE GAGNÉ. N'ÉTAIT-IL PAS PARADOXAL DE VOIR QUE LES CHIRURGIENS ORTHOPÉDISTES EUROPÉENS DEVAIENT, DANS UN PASSÉ ENCORE TOUT RÉCENT, TRAVERSER L'OCÉAN ATLANTIQUE POUR SE RENCONTRER ET APPRENDRE À SE CONNAÎTRE⁵⁸².

Jean Duparc obtient gain de cause face au succès, sous sa présidence, du premier congrès de l'EFORT qui se tient à Paris en avril 1993 : la manifestation réunit 3'375 participants, dont 808 Français, avec une très forte participation de Britanniques, Italiens, Espagnols, Scandinaves, Portugais, Allemands, Suisses, Belges et Grecs ainsi que des collègues venus notamment d'Afrique du Nord. C'est dans la même ambiance que se dérouleront le deuxième congrès à Munich (1995), le troisième à Barcelone et les suivants⁵⁸³. Les derniers congrès en date ont lieu à Genève en 2016 – coorganisé avec la SSOT –, et à Vienne l'année suivante. Parallèlement, les rencontres entre orthopédistes des différents continents se poursuivent au sein du congrès triennal de la SICOT, qui se tient successivement dans différents pays du globe. Le réseau international se densifie et la comparaison entre les cultures médicales élargit les ambitions de l'orthopédie.

LA RECHERCHE EN BIOMÉCANIQUE : NOUVEAUX PARTENARIATS À L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE

Pour atteindre un niveau compétitif digne du marché international, il apparaît crucial aux dirigeants de l'Hôpital orthopédique de stimuler la recherche. « Il en va alors du nouveau statut de l'institution qui, étant un service universitaire, devait dynamiser le volet académique par la recherche », relève Bernard Decrauzat, qui précise que l'Hôpital orthopédique avait perdu quelque peu de son attractivité par le fait que l'orthopédie s'était largement développée ailleurs dans le canton et en Suisse romande⁵⁸⁴. La formation scientifique de Jean-Jacques Livio, autrefois habitué à publier sur la chirurgie cardiaque avec Charles Hahn, mène le médecin-chef à y réfléchir :

SI LA MISSION PREMIÈRE D'UN SERVICE CLINIQUE UNIVERSITAIRE CONSISTE À OFFRIR DES SOINS DE QUALITÉ À LA POPULATION, LA FORMATION DES MÉDECINS EST TOUT AUSSI IMPORTANTE. OR UN MÉDECIN NE DISPOSANT PAS D'UN MINIMUM D'EXPÉRIENCE DANS LA RECHERCHE N'A PAS LES BASES NÉCESSAIRES À L'ANALYSE DE SES RÉSULTATS. IL FALLAIT DONC PERMETTRE AUX FUTURS SPÉCIALISTES

Des collaborations interinstitutionnelles s'imposent dès lors dans le but de développer la recherche, pour laquelle sont requises deux conditions essentielles : la disponibilité et le financement.

D'AVOIR ACCÈS À UNE RECHERCHE DE QUALITÉ, CLINIQUE POUR LA PLUPART D'ENTRE EUX, ET DE BASE POUR CEUX QUI SOUHAIENT PARTICIPER AU DÉVELOPPEMENT DE TECHNIQUES NOUVELLES⁵⁸⁵.

L'EPFL et la recherche d'un laboratoire

Dans un premier temps, le financement de la recherche du secteur privé n'est pas assuré par l'État. C'est donc grâce au soutien du comité de l'Hôpital orthopédique et de son président, Robert Rivier, que des fonds sont débloqués pour développer la recherche dans l'institution. De subsides de démarrage, ces montants, substantiels, deviendront pérennes par la suite, comme le précise Jean-Jacques Livio :

⁵⁸²
« Le séminaire de Val d'Isère (nov. 1993) », 68^e réu. SOFCOT, Rev. chir. ortho. 80, Suppl. I, 1994, 24.

⁵⁸³
« CR de l'AG du 12 nov. 1992 : 1^{er} congrès européen à Paris en avril 1993 », 67^e réu. SOFCOT, Rev. chir. ortho. 79, Suppl. I, 1993, 14 ; « CR de l'AG ord. du 10 nov. 1993 : 1^{er} congrès de l'EFORT », 68^e réu. SOFCOT, Rev. chir. ortho. 80, Suppl. I, 1994, 10 ; « CR des AG extr. et ord. du 9 nov. 1995 : Réunions 1995 / Réunions 1996 », 70^e réu. SOFCOT, Rev. chir. ortho. 82, Suppl. I, 1996, 10-11.

⁵⁸⁴
Entretien avec Bernard Decrauzat.

⁵⁸⁵
Entretien avec Jean-Jacques Livio.

L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE A PAYÉ ENTIÈREMENT LES PREMIÈRES ANNÉES DE LA RECHERCHE AVEC L'EPFL, AVANT QUE DES FONDS PUISSENT ÊTRE AUSSI OBTENUS À L'EXTÉRIEUR⁵⁸⁶.

Mais il manque encore la disponibilité pour lancer des projets. Le professeur confie cette mission à Pierre-François Leyvraz qui, dans le cadre de son cursus en médecine générale, s'est formé en chirurgie générale et médecine interne. Dès 1981, il est assistant en traumatologie et devient médecin adjoint en 1988 à l'Hôpital orthopédique. Dès 1984, il établit les premiers contacts avec l'équipe du Laboratoire de génie médical de l'EPFL, dirigé par le professeur Emmanuel Mooser, chef du Département de physique. Bernard Decrauzat évoque ainsi cette période :

LE PARTENARIAT AVEC L'EPFL EST ALORS UN ÉVÉNEMENT INÉDIT POUR UN HÔPITAL VAUDOIS. IL SUSCITE LE PROJET COMMUN DE RECHERCHE AUTOUR DE LA PROTHÈSE DU GENOU, DONT PIERRE-FRANÇOIS LEYVRAZ EST LE GRAND BÉNÉFICIAIRE ET LE PILIER.

Le jeune médecin assistant devient, de façon informelle, responsable d'une petite équipe interinstitution. Pierre-François Leyvraz se souvient :

JE N'AVAIS ALORS PAS DE STATUT OFFICIEL À L'EPFL. LA FONDATION ME SOUTENAIT, ME PAYAIT UN INGÉNIEUR, ET LE PROFESSEUR MOOSER, RESPONSABLE

Des recherches s'effectuent essentiellement dans deux domaines : la biomécanique de la hanche et celle du genou. Elles sont tributaires de la modélisation par ordinateur, que permet la percée des premiers ordinateurs Macintosh dès 1981. Une première thèse de doctorat sort en 1986 sur l'usage du modèle numérique pour les prothèses du genou, et l'année suivante voit la création du Groupe de recherche interdisciplinaire HO-EPFL en implants orthopédiques, animé par Pierre-François Leyvraz, alors médecin associé du service OTR, et deux ingénieurs de l'EPFL, Jacques Essinger et Jean Heegard.

Dans ce contexte, l'Hôpital orthopédique consent par ses fonds propres à un investissement de 120'000 francs pour des moyens informatiques. Rapidement, une série de collaborations s'instaure entre l'Hôpital orthopédique et d'autres laboratoires de l'EPFL (Laboratoires de mécanique appliquée, de métrologie, de technique des poudres, d'informatique et le Groupe d'imagerie virtuelle). Les sources de financement se diversifient également : FNS, Fonds UNIL-EPFL, Commission suisse pour la technologie et l'innovation, fondations et entreprises diverses⁵⁸⁷.

Plusieurs années vont passer avant que ne soit officialisée, au tournant du siècle suivant, la collaboration scientifique qui engage des chirurgiens de l'Hôpital orthopédique et des ingénieurs de l'EPFL. Pour compléter cette équipe pluridisciplinaire, un troisième acteur intervient comme maillon essentiel dans le processus de recherche et d'élaboration des produits : le partenaire industriel.

Symbios : une industrie locale dans le giron européen

Pendant la période d'essor de la biomécanique, l'Hôpital orthopédique travaille intensément avec l'industrie Symbios, installée à Morges en 1990 puis trois ans plus tard à Yverdon – sur son site actuel. Les relations interpersonnelles tiennent un rôle particulier dans ce partenariat, puisque le premier ingénieur de Symbios, Jacques Essinger, a aussi été le premier doctorant de Pierre-François Leyvraz. Cette relation, qui s'établit également avec le responsable de Symbios, Jean Plé (1948–2017), favorise une collaboration étroite et de longue durée entre le service universitaire OTR et l'industrie locale.

Au moment de créer sa société, Jean Plé est bien au fait du contexte international dans le domaine de l'industrie orthopédique. Ingénieur spécialisé dans la fabrication des implants, il a d'abord travaillé une dizaine d'années en tant

⁵⁸⁶
Sans autre mention, les citations qui suivent proviennent des entretiens avec Jean-Jacques Livio, Bernard Decrauzat et Pierre-François Leyvraz.

⁵⁸⁷
CRO rapport 2002 ; Entretien avec Pierre-François Leyvraz.

que responsable de l'activité européenne au sein de la société américaine Zimmer, laquelle occupe la position de leader mondial des prothèses. En relation constante avec les orthopédistes de tous pays, Jean Plé décide de créer une industrie orthopédique à dimension européenne, implantée en Suisse.

Avec l'aide du professeur Jean-Manuel Aubaniac, du Département orthopédique de l'Université d'Aix-Marseille (France), il crée la société Symbios, dont le nom s'inspire de la symbiose entre le chirurgien et l'ingénieur. « Car la collaboration entre les deux est essentielle, même si elle ne va pas de soi », note Jean Plé, qui précise :

POUR FAIRE DE BONS PRODUITS, IL FAUT QUE L'INGÉNIEUR ET LE CHIRURGIEN SE
PARLENT. OR C'EST QUELQUE CHOSE DE TRÈS DIFFICILE, CAR CHACUN VIENT D'UN
AUTRE MONDE. LE CHIRURGIEN VIENT DU MONDE DE LA MÉDECINE, ESSENTIELLE-
MENT FAIT D'EXPÉRIENCES [PRATIQUES], ALORS QUE POUR L'INGÉNIEUR, IL FAUT

La communication va passer par un outil technologique inédit, ouvrant sur une nouvelle dimension.

COMPRENDRE POURQUOI CELA FONCTIONNE.

QUAND LES DEUX SE PARLENT, IL Y A PARFOIS

UN DÉCALAGE!⁵⁸⁸

Le passage de la 2D à la 3D : un nouvel outil de communication

La principale source d'incompréhension entre le médecin et l'ingénieur provient de l'accès à l'information sur le corps du patient, comme l'explique Jean Plé :

LORSQU'IL OPÈRE, LE CHIRURGIEN A DIRECTEMENT ACCÈS À UNE PERSPECTIVE
EN 3D : IL EST DANS LE CORPS DU PATIENT, IL VOIT L'ENSEMBLE. CE N'EST PAS LE
CAS DE L'INGÉNIEUR, QUI S'EST LONGTEMPS CONTENTÉ D'UNE REPRÉSENTATION
PLANE À PARTIR DE RADIOGRAPHIES. OR C'ÉTAIT INCOMPRÉHENSIBLE POUR
L'INGÉNIEUR, QUI NE PEUT RIEN MESURER SUR LA PROJECTION DE LA RADIO EN
2D. SI LE PATIENT EST PRÈS OU LOIN DE LA PLAQUE, SELON LA LUMIÈRE ET LA

Or l'avènement de l'imagerie en 3D dans les années 1990, au moment même où Symbios se met en place, modifie en profondeur les perspectives – au propre comme au figuré –, comme le relève encore Jean Plé :

LUMINOSITÉ, CELA CHANGE LA DONNE.

AVEC LA 3D, LE CHIRURGIEN PEUT AVOIR LE VOLUME EN MAIN POUR MESURER
LES ANGLES, LES COURBES. CE D'AUTANT QUE CHAQUE PATIENT EST DIFFÉRENT,
ET QUE SELON SA PHYSIONOMIE (JAMBES EN O, EN X, EN VARUS), LES COURBURES
DU GENOU OU DES HANCHES SONT DIFFÉRENTES. COMMENT MESURER CELA SUR

La 3D résout donc un dilemme de fond en apportant un langage commun, plus précis et constructif qu'autrefois, entre le médecin et l'ingénieur. La connaissance du patient par l'ingénieur passe par l'imagerie du scanner, un outil lui-même en voie de perfectionnement grâce aux avancées informatiques :

UNE RADIO ? C'ÉTAIT IMPOSSIBLE.

À L'ÉPOQUE, 45 MINUTES ÉTAIENT NÉCESSAIRES POUR PRENDRE UN SCANNER DE
LA HANCHE. ON DEMANDAIT AU PATIENT DE NE PAS BOUGER PENDANT CE LAPS
DE TEMPS ! ON RECEVAIT UNE BANDE MAGNÉTIQUE D'ENVIRON 20 CM DE LARGE,
QU'ON ENVOYAIT PAR COURRIER EXPRESS. AUJOURD'HUI, GRÂCE À L'ORDINA-

TEUR, UN SCANNER PREND DIX SECONDES...

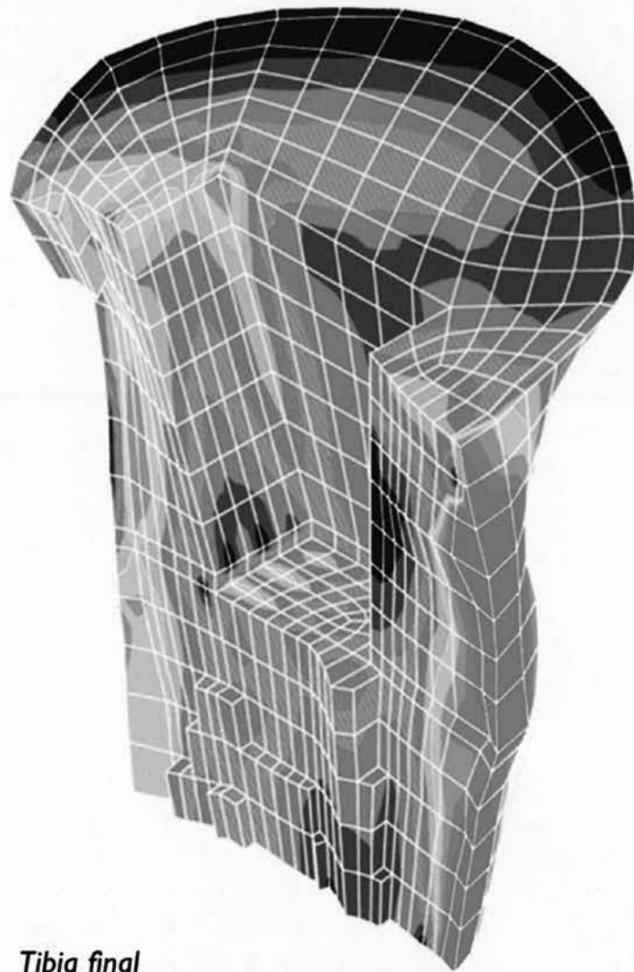
⁵⁸⁸
Entretien avec Jean Plé.
⁵⁸⁹
Voir note précédente.

L'ORDINATEUR, ÇA CHANGE TOUT!⁵⁸⁹

À l'heure actuelle, la tomographie par résonance magnétique est la technique qui s'impose aux côtés de la traditionnelle radiographie en deux dimensions⁵⁹⁰.

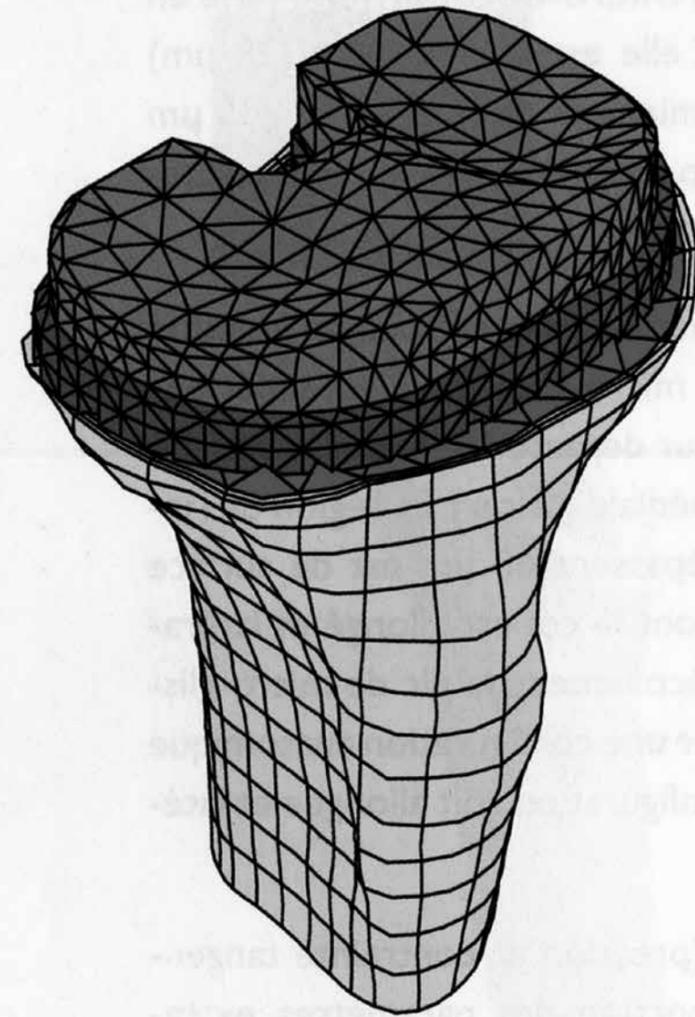
Grâce à la 3D qu'elle introduit dès les années 1990, la société Symbios assoit sa réputation dans la niche des produits orthopédiques en lançant le passage de la prothèse de la hanche standard à la prothèse sur mesure, qui devient son produit phare – elle développera aussi par la suite des prothèses du genou. Les deux pôles de l'industrie orthopédique suisse, Symbios à Yverdon et Zimmer à Winterthur, contribuent à faire du pays le leader européen de ce marché et confirmer sa place dans les secteurs de pointe, tous domaines confondus⁵⁹¹. Le marché américain est toutefois laissé à distance par Symbios, « trop dangereux pour une petite société », eu égard aux procédures et procès qui pourraient entraver la bonne marche de l'entreprise⁵⁹². De fait, la concurrence est rude dans un marché où sortent régulièrement de nouveaux produits et de nouvelles technologies.

⁵⁹⁰
WIMMER/SIAM/PFANDLSTEINER (2015 : 860). Sur la vision du chirurgien et sa pratique sur le corps du patient en lien avec l'usage des nouvelles technologies chirurgicales minimalement invasives, voir PRENTICE (2014).
⁵⁹¹
FASMED (2010*).
⁵⁹²
« Symbios ou comment une prothèse se fait oublier » (2008).



Tibia final

Distribution tridimensionnelle de la densité osseuse dans le tibia proximal telle qu'elle sera deux années après l'implantation de la prothèse, en utilisant le modèle numérique de l'adaptation osseuse. Ce résultat est obtenu en tenant compte des forces articulaires incluant toutes les forces musculaires importantes mises en jeu au cours des activités journalières. Cette vue représente la répartition de la densité simulée par le modèle.



Modèle tridimensionnel d'éléments finis reconstruit à partir de coupes scanner du tibia proximal. Ce modèle individuel inclut un composant tibial cimenté d'une prothèse totale du genou dont l'implantation a été effectuée par un programme informatique selon des indications chirurgicales précises. Le modèle reproduit non seulement la forme géométrique individuelle du tibia proximal du patient, mais également la distribution non uniforme de la densité osseuse.

Fig. 70 / 71
Vers la fin des années 1990, les images en 3D à partir de coupes scanner permettent de reproduire la forme géométrique individuelle d'une partie de l'os ainsi que sa densité.

LES PROTHÈSES ARTICULAIRES

Controverse autour des prothèses de la hanche cimentées et non cimentées

En 1996, un article paru dans la célèbre revue *Journal of the American Medical Association (JAMA)* relève que, du point de vue économique et de la qualité de vie, il est plus avantageux d'opérer une personne nécessitant une prothèse de la hanche que de ne pas l'opérer. Cette dernière solution, précise l'étude, mène à d'importantes douleurs compensées par une prise de médicaments plus coûteuse que la pose d'une prothèse qui permet d'éviter la médication⁵⁹³. Dans un premier temps, et en particulier depuis la prothèse de la hanche de Charnley, l'implant est surtout posé chez les personnes âgées souffrant d'arthrose. Progressivement, les chirurgiens étendent les indications de la prothèse de la hanche aux patients plus jeunes, comme l'évoque le directeur de la société Symbios, Jean Plé :

DES PERSONNES DE 50 ANS, EN BONNE SANTÉ, PEUVENT AVOIR UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE TRÈS IMPORTANTE: ELLES FONT DU SKI, DU VÉLO, DE LA COURSE À PIED, ET ELLES SOUHAITENT CONTINUER À FAIRE TOUT CELA AVEC LEUR PROTHÈSE⁵⁹⁴.

Or à la fin des années 1980, la prothèse totale de la hanche cimentée montre ses limites face à l'évolution de la patientèle. Les descellements sont nombreux chez les patients particulièrement actifs, et certains chirurgiens envisagent des alternatives au ciment. On tente notamment de fixer l'implant directement dans l'os, en concevant une prothèse poreuse dans laquelle les cellules osseuses peuvent se développer. L'os peut croître dans la prothèse, sans usage du ciment. Mais le procédé, aux conditions très exigeantes, est également problématique : on constate notamment que si la prothèse bouge à l'intérieur de l'os, celui-ci ne peut se développer.

Actuellement, la polémique autour de la prothèse avec ou sans ciment se dissipe et il est admis que les deux procédés sont valables, comme l'explique Jean Plé :

EN DEUX MOTS, IL FAUT METTRE UNE PROTHÈSE SANS CIMENT QUAND C'EST POSSIBLE, MAIS ELLE EST CONTRE-INDIQUÉE DANS CERTAINES SITUATIONS. CERTAINS CHIRURGIENS ONT MIS CETTE PROTHÈSE SANS CIMENT À TOUT LE

L'ingénieur rappelle le succès très mitigé de la prothèse Lemania, conçue en MONDE, MAL LEUR EN A PRIS. 1998 en collaboration avec l'Hôpital orthopédique :

ON A FAIT UNE PROTHÈSE CIMENTÉE CONÇUE COMME UNE PROTHÈSE SANS CIMENT. ÇA A CRÉÉ DES FRACTURES.

⁵⁹³ CHANG/PELLISSIER/HAZEN (1996).
⁵⁹⁴ Entretien avec Jean Plé.

Car l'une des contre-indications de la prothèse sans ciment est l'os ostéoporotique, un os fragile pouvant être agressé par la prothèse sans ciment. « Il se crée alors des fractures postopératoires péri-prothétiques, ce qui est dramatique car l'os casse, le patient souffre beaucoup, et il faut réopérer dans des conditions difficiles », relate Jean Plé. La Lemania est arrêtée après quelques années. L'idée de ne pas employer de prothèse sans ciment dans les cas d'os fragilisés fait désormais consensus⁵⁹⁵.

Innovations dans le matériel prothétique

Au milieu des années 1980, l'arthrotomie, consistant à ouvrir le genou pour opérer le ménisque déchiré, laisse la place à l'arthroscopie. Cette dernière méthode, jusqu'alors utilisée comme moyen diagnostique non invasif pour observer l'intérieur du genou, est désormais employée dans le traitement même. « Il n'est plus question d'ouvrir le genou pour l'opérer », note Patricia Meylan (1956-), qui a travaillé comme instrumentiste avec les chirurgiens orthopédistes au milieu des années 1980. Formée comme infirmière en salle d'opération, elle assiste régulièrement aux interventions de traumatologie, puis elle devient spécialiste commerciale de produits orthopédiques dans les années 1990 pour diverses sociétés et, actuellement, pour la filiale suisse de Zimmer Biomet. Elle se souvient aussi de l'évolution du matériel prothétique, passé de la phase de stérilisation à celle du tout-jetable :

JUSQU'AUX ANNÉES 1990, ON REPRENAIT LE MATÉRIEL INUSITÉ, ET ON STÉRILISAIT ENCORE LES PROTHÈSES DANS DES BACS, COMME DES INSTRUMENTS, SURTOUT POUR LES FRACTURES. PUIS TOUT A ÉTÉ STÉRILISÉ ET EMBALLÉ PAR LES ENTREPRISES, POUR ÊTRE JETÉ UNE FOIS OUVERT, MÊME NON UTILISÉ⁵⁹⁶.

Progressivement, toute une gamme de produits et d'instruments jetables (*disposable instrumentation*) est conçue pour la planification préopératoire, qui doit permettre d'obtenir la prothèse la plus adaptée au patient opéré. Dans les années 2010, l'imprimante 3D permettra notamment de concevoir des guides sur mesure – une reproduction tridimensionnelle des os permettant de simuler l'emplacement idéal de la prothèse –, un marché où se distingue notamment la société Symbios. Pour le président de la société, Jean Plé, il est crucial d'améliorer les produits prothétiques. Car selon une étude récente citée par l'ingénieur :

ENVIRON 30% DE PATIENTS NE SONT PAS SATISFAITS DE LEUR PROTHÈSE DU GENOU; ILS SOUHAITERAIENT POUR LA PLUPART ÊTRE RÉOPÉRÉS. IL Y A AUSSI

Or il n'y a, à l'heure actuelle, toujours selon Jean Plé, pas d'autres solutions que la prothèse: JUSQU'À 60% DE DOULEURS RÉSIDUELLES.

CELA VAUT LE COUP D'AMÉLIORER LES PROTHÈSES: POUR QU'ELLES DONNENT PLUS DE SATISFACTION AUX PATIENTS, ET POUR QU'ELLES DURENT PLUS LONGTEMPS.

Dans ce but, Pierre-François Leyvraz suit à l'étranger (New York, Lyon) des formations complémentaires sur la chirurgie ligamentaire du genou, ou encore sur la chirurgie des tumeurs osseuses (Paris). Il se distingue comme un spécialiste reconnu dans le domaine des implants de la hanche et du genou, tout en poursuivant sa collaboration avec l'EPFL et la société Symbios⁵⁹⁷.

De fait, l'évolution des matériaux et l'amélioration de la qualité des implants vont de pair avec la complexification de la spécialisation en orthopédie. Médecins et patients s'attendent à ce que les produits soient toujours plus perfor-

⁵⁹⁵ Entretien avec Jean Plé; « Symposium. Descellement aseptique des prothèses totales de hanche repris par prothèse cimentée (Dir. P. Vives, Amiens) », 63^e réu. SOFCOT, Rev. chir. ortho. 75, Suppl. I, 1989, 59.
⁵⁹⁶ Sur les dynamiques économiques et industrielles liées à la production des prothèses de la hanche, voir aussi ANDERSON/NEARY/PICKSTONE (2007).

⁵⁹⁷ Entretien avec Patricia Meylan.
Entretiens avec Jean Plé et Pierre-François Leyvraz.

mants, si bien que les connaissances doivent être acquises et actualisées constamment dans plusieurs domaines : l'évolution des pathologies, le développement des implants et des nouvelles techniques associées, ainsi que les nouvelles manières de traiter les patients. « Le praticien ne peut donc plus maîtriser le savoir-faire de l'ensemble de l'appareil locomoteur », relève Alain Farron (1959–), actuel médecin-chef du service OTR.

Après une spécialisation effectuée notamment aux États-Unis, Alain Farron entre à l'Hôpital orthopédique en 1990 et y développe la chirurgie de l'épaule-coude. Il rappelle que, jusqu'à son arrivée, un seul médecin venait un demi-jour par semaine pour se consacrer à cette partie de l'anatomie – contre trois médecins sur place actuellement. Il précise en outre :

IL Y A VINGT-CINQ ANS, LE CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE FAISAIT TOUT, CAR LES PRODUITS ÉTAIENT STANDARDS. MAIS AUJOURD'HUI, CELA DEVIENT PLUS POINTU DANS TOUS LES DOMAINES : SI VOUS FAITES DU PIED, VOUS NE FAITES PLUS DU RACHIS, ET SI VOUS FAITES DE L'ÉPAULE, VOUS NE FAITES PLUS DU PIED, ETC ⁵⁹⁸.

Au milieu des années 1990, le chirurgien orthopédiste français Henri Dejour, président de la SOFCOT, relève déjà cette réalité :

LA « LOI DU MARCHÉ » EST UN DES ÉLÉMENTS MOTEURS DE CETTE HYPERSPÉCIALISATION ⁵⁹⁹.

Cette hyperspécialisation s'observe en particulier dans le secteur privé, avec le regroupement des cliniques et la constitution d'équipes de chirurgiens qui se répartissent les différentes orientations orthopédiques. Mais le médecin français met aussi en garde contre les dérives de ce système :

LES SUCCÈS THÉRAPEUTIQUES ET L'IMAGERIE MÉDICALE RISQUENT DE NOUS ENTRAÎNER DANS DES EXCÈS ET NOUS NE DEVONS PAS OUBLIER QU'IL Y A DES QUANTITÉS DE LÉSIONS ANATOMIQUES ASYMPTOMATIQUES QUI NE DEMANDENT AUCUN TRAITEMENT.

Il fait ainsi écho à son prédécesseur à la présidence de la SOFCOT, le professeur Kemp, qui prévenait également en 1987 :

QUE DE PROGRÈS ET D'AVANCÉES MAIS AUSSI QUE D'ABUS ET DE DÉRAPAGES EN PERSPECTIVE, LA TENTATION ÉTANT GRANDE D'APPLIQUER CES MOYENS À UNE PATHOLOGIE QUI NE LES JUSTIFIE PAS ⁶⁰⁰.

Les résultats ne sont d'ailleurs pas toujours à la hauteur des espérances. En 1986, un observateur français relate que les reprises des prothèses du genou sont de plus en plus fréquentes aux États-Unis, en rapport avec le jeune âge des opérés et donc à leur haut niveau d'activité. Aux États-Unis également, une étude menée sur huit années (1976 à 1984), sur 69 prothèses de l'épaule, révèle que les résultats sont régulièrement bons sur la douleur, satisfaisants sur la fonction et moyens sur la mobilité ⁶⁰¹.

Dérapages et contrôles

« Il y a la réalité de laboratoire et celle du terrain », souligne Patricia Meylan ⁶⁰². Ainsi jusqu'aux années 1990, nombre de tests misent sur la prothèse métal-métal (chrome-cobalt), qui promet d'éviter l'usure. Mais les cas de métallose se multiplient chez les patients et provoquent un rejet

^[1] Entretien avec Alain Farron.

^[2] « Discours inaugural de H. Dejour, Président de la SOFCOT (Paris 1995) », 69e réu. SOFCOT, Rev. chir. ortho., 83, Suppl. II., 1996, 3.

^[3] « Allocution du prof. I. Kempf, Président de la SOFCOT (Paris 1986) », 61e réu. SOFCOT, Rev. chir. ortho., 73, Suppl. II, 1987, 7.

^[4] « CR de voyage aux États-Unis (C. Delaunay, Paris 1986) », 61e réu. SOFCOT, Rev. chir. ortho., Suppl. II, 1987, 21–23.

^[5] Entretien avec Patricia Meylan.

dû au frottement des métaux libérant un taux trop élevé d'ions dans l'organisme. Les reprises de prothèses sont ainsi nombreuses. D'autres matériaux de frottement sont alors privilégiés par les chirurgiens orthopédistes : les couples polyéthylène-métal, polyéthylène-céramique et céramique-céramique.

Mais au début des années 2000, la paire métal-métal revient sur le marché pour une dizaine d'années, période durant laquelle elle connaîtra divers échecs, notamment celui fortement médiatisé de la prothèse ASR (pour *articular surface replacement*) de Johnson & Johnson. Les prothèses métal-métal sont retirées ⁶⁰³. Patricia Meylan se souvient :

CELA PARTAIT D'UNE BONNE INTENTION, AVEC LA CERTITUDE D'AVOIR TROUVÉ LA SOLUTION DE DURABILITÉ ET ANTI-LUXATION, LA PROTHÈSE QUI VA « DURER TOUTE LA VIE ». ET LES PRODUITS AVAIENT ÉTÉ VALIDÉS PAR LES COMMISSIONS DE CONTRÔLE EUROPÉENNE ET AMÉRICAINE ⁶⁰⁴.

De fait, les attentes sociales sont telles qu'elles font parfois l'objet d'effets d'annonce démesurés dans les médias. Lors d'une conférence de presse présentant son bilan de 1994, la Société Sulzer-Medizinaltechnik – qui sera rachetée plus tard par Zimmer – présente un nouveau modèle de prothèse articulaire métal-métal, pour laquelle un journal télévisé suisse mentionnera une durée de vie pouvant aller jusqu'à quarante ans. La société Sulzer dément aussitôt cette information erronée, également dénoncée par la SSO ⁶⁰⁵. Car la durée de vie des prothèses est de quinze à vingt ans. Par ailleurs, comme le note Patricia Meylan :

LES BONS PRODUITS NE SONT DE LOIN PAS LES PLUS NOUVEAUX.

Il manque dès lors le recul nécessaire pour éprouver, sur le long terme, l'effets des nouveaux implants dans le corps humain, ainsi que les résultats sur une série de patients suffisamment importante. « Avec plus de trente ans d'expérience, la tige CLS (Spotorno) de Zimmer est considérée comme un produit très fiable », donne pour exemple Patricia Meylan. Elle souligne encore l'enjeu de la durabilité de la prothèse, essentiel pour le confort du patient. Car le remplacement de prothèse est une intervention bien plus complexe que la pose d'une prothèse primaire. Les nouvelles technologies permettent toutefois de limiter les risques, comme le note la spécialiste :

À L'HEURE ACTUELLE, LES RÉVISIONS, SI INVASIVES LORSQU'IL S'AGISSAIT DE REMPLACER TOUTE LA PROTHÈSE, NE SE FONT PLUS QUE POUR DES PETITES PARTIES ⁶⁰⁶.

Paradoxalement, dans un marché très dense où de nouveaux produits sortent régulièrement, leur longévité détermine en grande partie leur qualité. Ainsi, l'Hôpital orthopédique emploie notamment le tantale, utilisé depuis plus de cinquante années dans la chirurgie cardiaque pour la fabrication des pacemakers. « Il est donc très bien accepté par le corps, car le chrome-cobalt d'autrefois apportait parfois des allergies », rappelle Patricia Meylan. Elle mentionne aussi, parmi la longue liste des polyéthylènes, l'existence récente du polyuréthane « hautement réticulé », c'est-à-dire sans radicaux libres, censé ne pas s'oxyder et avoir ainsi moins d'éclatements et de pertes de substances.

Jean Plé évoque, quant à lui, des essais préliminaires d'un ciment hydraulique utilisable pour l'os, actuellement réalisés en collaboration avec l'EPFL et la Division de recherche chirurgicale de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne. « Ce sont des biomatériaux qui paraissent pleins d'avenir, mais passeront-ils la rampe des contrôles? » s'interroge l'ingénieur. Car ces derniers se sont renforcés, comme le note Patricia Meylan :

^[6]
^[7] Voir COHEN (2011); BERTRAND (2012).

^[8]
^[9] Entretien avec Patricia Meylan.

^[10]
^[11] « PV de l'AG ord. SSO 1994 : Varia (Prof. Dr A. Gächter, secrétaire SSO) », Bulletin SSO 60, 1995, 8; « Metall/Metall Artikulation. Bilanzpressekonferenz Sulzer Medizinaltechnik AG (W. Gartenmann) », Bulletin SSO 60, 1995, 52.

^[12]
^[13] Entretien avec Patricia Meylan.

IL FAUT ÉNORMÉMENT D'INVESTISSEMENT, EFFECTUER UNE RECHERCHE AU NIVEAU INTERNATIONAL POUR POUVOIR JUSTIFIER LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVEAUX PRODUITS ET POUR LES FAIRE VALIDER. BEAUCOUP DE PROJETS DE

Néanmoins, le marché des prothèses de la hanche et du genou connaît une forte expansion, pesant dans les années 2000 près de 2 milliards d'euros en Europe et 10 milliards d'euros dans le monde. Les États-Unis et la Suisse se sont d'abord démarqués sur ce marché « medtech », où d'autres pays se profilent également, tels que le Canada, l'Allemagne, la France et la Chine. En Suisse, la croissance des dernières années a par ailleurs été freinée par les pressions politiques visant à renforcer la régulation de ce marché et à réduire les coûts de la santé⁶⁰⁸.

PRISE EN CHARGE DE LA SCOLIOSE

Dans le traitement de la scoliose, qui, on l'a vu, préoccupait déjà les orthopédistes avant l'époque de Venel, l'extension, les exercices de gymnastique et le port d'un corset orthopédique restent les traitements privilégiés, aux côtés des techniques chirurgicales qui s'imposent, quant à elles, uniquement dans les cas les plus graves.

La méthode conservatrice

Ainsi dès les années 1960 prévaut à l'Hôpital orthopédique la méthode de l'école lyonnaise (Stagnara), qui s'applique surtout aux jeunes filles. Pierre Kern se souvient :

C'ÉTAIT COMPLIQUÉ, LES JEUNES FILLES ÉTAIENT HOSPITALISÉES PENDANT DEUX À TROIS SEMAINES POUR FAIRE DE L'EXTENSION, IL Y AVAIT LE SÉCHAGE DU CORSET EN PLÂTRE, QU'ELLES DEVAIENT ENSUITE GARDER PENDANT TROIS À QUATRE SEMAINES SANS L'ENLEVER. ELLES REVENAIENT VOIR LE MÉDECIN POUR CHANGER LE CORSET. C'ÉTAIT ALORS UN RÉPIT D'UN JOUR, DURANT LEQUEL ELLES POUVAIENT SE DOUCHER, VIVRE... PUIS ELLES REPARTAIENT AVEC UN NOU-

veau corset adapté à l'évolution de la scoliose.

AVEC LES TECHNIQUES ACTUELLES TELLES QUE LE LASER, ON FABRIQUE UN CORSET EN UN JOUR ET DEMI. CE SONT DES COQUES EN PLASTIQUE FAITES SUR MESURE, BEAUCOUP PLUS PRÈS DU CORPS, QUI SE CHANGENT PLUS RÉGULIÈREMENT. LES SCOLIOSES ÉVOluent MOINS VITE

La méthode opératoire

Au cours des années 1960, la diminution sensible des cas de poliomyélite, pour les traitements desquels l'Hôpital orthopédique se distinguait par des techniques chirurgicales modernes, laisse place à la prise en charge opératoire d'autres pathologies infantiles telles que la scoliose. La méthode s'applique alors pour les courbures de scolioses idiopathiques ou neuropathiques dépassant 40 à 60 degrés selon les écoles – à l'heure actuelle, l'opération s'effectue pour les scolioses ayant une courbure supérieure à 45–50 degrés⁶¹⁰. Dans ce domaine également, on tend à diminuer la durée du séjour hospitalier. Ainsi, la méthode consis-

⁶⁰⁷ Entretien avec Patricia Meylan et Jean Plé.

⁶⁰⁸ « Symbios ou comment une prothèse se fait oublier » (2008) ; FASMED (2010*) ; FASMED (2014).

⁶⁰⁹ Entretien avec Pierre Kern.

⁶¹⁰ WIMMER/SIAM/PFANDLSTEINER (2015 : 859).

PRODUITS SONT REFUSÉS⁶⁰⁷.

VEAU CORSET ADAPTÉ À L'ÉVOLUTION DE LA SCOLIOSE.

CAR ON LES CORRIGE MIEUX⁶⁰⁹.

tant à garder les enfants durant deux à trois mois disparaît progressivement, mais de façon inégale entre les pays : elle n'est plus effective en Suisse dès les années 1980, mais persiste encore en France à cette époque, se souvient Michel Dutoit⁶¹¹.

Plusieurs systèmes de fixation du rachis sont expérimentés. Combinant tiges métalliques, crochets et vis, la chirurgie de la scoliose consiste à fusionner certaines vertèbres en les fixant (arthrodèse), cela afin d'améliorer la correction du dos, d'obtenir une stabilité fiable permettant de supprimer la contention (le corset), et de rétablir une bonne statique du rachis dans les trois plans de l'espace (frontal, sagittal et transversal) dans lesquels se manifeste la déformation. L'intervention s'accompagne d'un redressement orthopédique à l'aide de plâtres de correction et d'une physiothérapie postopératoire souvent intensive. Les premières interventions ont lieu dans les années 1950 avec la technique du chirurgien américain Paul Harrington, qui pose les bases du développement de la chirurgie de la scoliose⁶¹². Cette méthode est introduite à l'Hôpital orthopédique sous Louis Nicod et pratiquée au départ par le médecin Jules Rippstein, formé aux États-Unis⁶¹³.

Au cours des années 1980, le système de fixation de Harrington est progressivement remplacé par celui de Cotrel-Dubousset, qui permet de corriger en partie la rotation vertébrale des scolioses. L'introduction d'une instrumentation segmentaire basée sur de nouveaux matériaux modifie la prise en charge postopératoire. « L'enfant revenait à l'Hôpital orthopédique à trois reprises, tous les trois mois, pour changer le plâtre et rester dans l'institution pendant quinze jours. Puis c'était fini », explique Michel Dutoit. Actuellement, il n'y a, dans la règle, plus d'immobilisation plâtrée ou par corset postopératoire. Les réhospitalisations ne sont plus nécessaires, « car un enfant, c'est fait pour rester à la maison, pas à l'hôpital », commente le médecin. Par ailleurs, la longue expérience développée dans l'orthopédie des scolioses pédiatriques profite aussi à la chirurgie du rachis chez les adultes⁶¹⁴.

Bien que les arthrodèses et autres greffes osseuses soulèvent des incertitudes du fait de complications fréquentes, les années 1980 sont celles de l'envolée des interventions chirurgicales des scolioses. Une polémique existe d'ailleurs, notamment aux États-Unis, sur la nécessité réelle de leur traitement orthopédique par le port du corset, dont de nombreux prototypes sont proposés sur le marché. Certains estiment toutefois qu'il n'y a pas à opposer traitement conservateur et traitement chirurgical, dont les indications sont différentes⁶¹⁵. Au final, on plaidera pour un dépistage précoce chez les enfants et les adolescents, qui permette de décider d'un traitement orthopédique dès la preuve de l'évolutivité de la scoliose.

Patricia Meylan, consultante en produits orthopédiques dans les années 1990, se souvient que les opérations du dos chez les enfants sont alors plutôt rares et que seuls les centres universitaires pratiquent ce type d'intervention en Suisse – entre autres l'Hôpital orthopédique. Sur ce marché, les vis et tiges sont davantage vendues pour les opérations du rachis chez l'adulte, surtout pour les fixations lombaires lors de fractures⁶¹⁶.

AUTRES TRAITEMENTS INNOVANTS

La méthode Ilizarov pour fixations externes

Dans les années 1990, la fixation externe des fractures de l'appareil locomoteur est également un domaine de l'orthopédie en pleine évolution. Depuis 1994, l'Hôpital orthopédique réalise avec le Département de mécanique de l'EPFL des travaux sur l'analyse des résultats des mesures d'extensométrie sur des fémurs fracturés, immobilisés par un fixateur externe⁶¹⁷.

L'institution fait aussi usage de la méthode conçue par le médecin russe Gavriil Ilizarov, très en vogue durant toute la décennie. Utilisée d'abord chez les enfants scolarisés atteints de nanisme, l'opération consiste en un rallongement bilatéral des jambes par le sciage de l'os de la cuisse ou de la jambe. « Pour certains enfants ayant des malformations congénitales, les chirurgiens faisaient des rallongements aussi bien sur le tibia que sur le fémur », précise l'ergothérapeute Bernard Cavin. Après l'opération

⁶¹¹ Entretien avec Michel Dutoit.

⁶¹² LEIS-RAMELLO/OBERLI/SLOUTSKIS/WOLF/KAELIN (1993). Sur les origines de la méthode de Harrington, voir ASHER (2015).

⁶¹³ Entretien avec Pierre Kern.

⁶¹⁴ Entretien avec Michel Dutoit.

⁶¹⁵ BERGOIN (1989 : 18–22).

⁶¹⁶ Entretien avec Patricia Meylan.

⁶¹⁷ « Rapport 1994 du conseil d'administration », Rapport HO 1994, 3.

Fig. 72
Modèle actuel de prothèse de révision pour le genou.



Fig. 73 / 74
Modèle actuel de prothèse de la hanche : tige et cotyle.



Fig. 75
Enfant s'exerçant avec un appareillage Ilizarov, dans les années 1990.

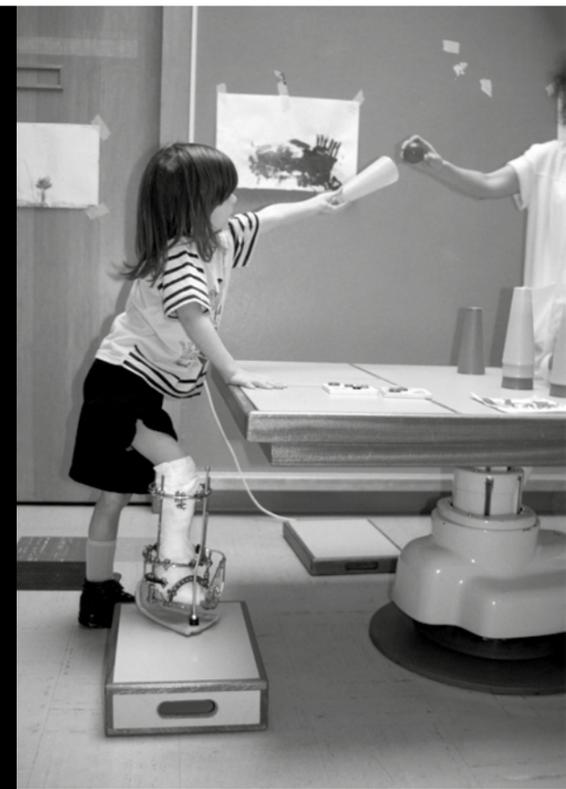
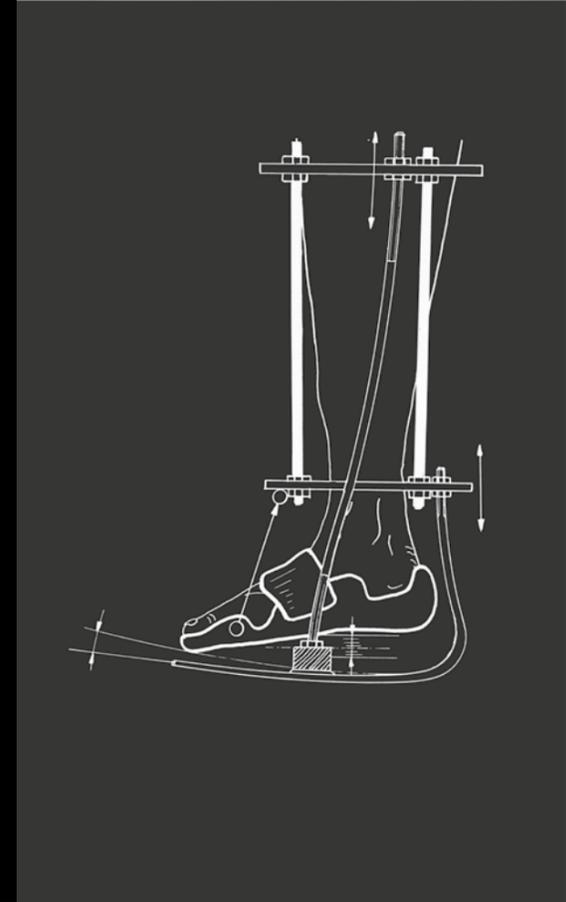


Fig. 76
Schéma d'un appareillage Ilizarov.



consistant à fixer dans l'os des broches retenues par un appareillage externe, le patient ou un tiers se charge de tourner quotidiennement les tiges filetées pour rallonger progressivement le membre. « À la fin du traitement, on arrivait à gagner jusqu'à 15 centimètres. Les pansements demandaient beaucoup de patience et de minutie pour éviter la douleur et les infections », se souvient Geneviève Putigny.

En collaboration avec Michel Dutoit, Bernard Cavin se rappelle avoir développé un programme d'appareillages pour les prises en charge thérapeutiques et postopératoires. Dans ce cadre, la technique Ilizarov participe à la conception de nouvelles orientations en ergothérapie, en particulier dans le traitement recourant à des activités manuelles qui favorise la mobilisation et l'autonomie des enfants appareillés, reconnues comme essentielles pour le succès de la prise en charge thérapeutique. À la fin des années 1990, le médecin adjoint Pierre-Yves Zambelli, qui succédera à Michel Dutoit en orthopédie pédiatrique, améliore encore la mobilité de l'appareillage. Puis l'usage initial de la méthode Ilizarov destinée aux enfants cessera pour se poursuivre surtout dans le registre des fractures sévères. C'est pourquoi Geneviève Putigny relève que la méthode Ilizarov a été importante, notamment en policlinique où elle travaillera dans les années 1980-1990. « Durant cette période, on en a aussi posé chez les patients accidentés de la route », précise-t-elle⁶¹⁸.

L'Unité de neuro-réhabilitation pédiatrique

Dans le domaine de l'orthopédie pédiatrique, Michel Dutoit développe aussi, en collaboration étroite avec la Dre Jacqueline Nielsen et avec l'aval du professeur Livio, une Unité de neuro-réhabilitation pour des enfants en situation de handicap, qui mobilise des pédiatres et une assistante sociale. Améliorant sensiblement ce qui avait déjà été réalisé sous les Drs Golay et Caron, cette nouvelle unité devient un exemple en la matière, comme le souligne Michel Dutoit :

SOUS L'ÉGIDE DE L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE, DES CONSULTATIONS DE NEURO-ORTHOPÉDIE — CENTRÉES SUR LA NEURO-RÉHABILITATION MAIS INCLUANT AUSSI DE LA CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE — SE SONT DÉVELOPPÉES ET ÉTENDUES DANS LES INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES DES CANTONS DE VAUD, DU VALAIS ET DE FRIBOURG.

Par la suite et sur le modèle de cette unité seront mises sur pied des consultations pluridisciplinaires réunissant des pédiatres, des neuropédiatres et des chirurgiens pour adultes⁶¹⁹.

L'ensemble de ces évolutions thérapeutiques et techniques s'inscrit dans un paysage académique aux missions clairement définies. L'Hôpital orthopédique s'est doté de nouveaux statuts en 1991, précisant dans ses buts qu'il est non seulement un lieu de soins, destinés aux « personnes atteintes d'affections dans les domaines de l'orthopédie et de la traumatologie de l'appareil moteur », mais qu'il a également pour mission de « dispenser un enseignement de niveau universitaire et de promouvoir la recherche dans les domaines précités »⁶²⁰. La mention des missions d'enseignement et de recherche universitaires, absente des statuts antérieurs de 1959, témoigne de l'orientation prise durant les dernières décennies. Elle cautionne aussi les projets de modernisation de l'institution, jugés essentiels pour poursuivre l'orientation choisie – et imposée – par le contexte médical environnant. L'institution projette ainsi sa seconde mue.

⁶¹⁸ Entretiens avec Bernard Cavin et Geneviève Putigny.

⁶¹⁹ Entretien avec Michel Dutoit.

⁶²⁰ Archives HO, classeur « Association », Statuts de l'HO du 30 mai 1991, art. 2 (buts de l'association).

L'Hôpital orthopédique fait sa seconde mue

L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE FAIT PEAU NEUVE ET S'AGRANDIT

Le service OTR, devenu l'un des sept services du département de chirurgie du CHUV, doit s'agrandir et se moderniser. Depuis 1988, une commission de construction étudie les possibilités de transformation ou de rénovation des bâtiments de l'Hôpital orthopédique qui datent de 1927. En se basant sur les critères de l'époque relatifs à un établissement spécialisé et universitaire ainsi que sur l'estimation des besoins, la commission décide de limiter à 100 le nombre de lits, qui avait pu monter jusqu'à 112 dans l'ancien hôpital⁶²¹.

Les travaux débutent en mai 1992. En moins de trois années, l'ancien bâtiment est démoli, le nouvel immeuble est mis sous toit et certains locaux sont déjà occupés fin 1994. La durée des travaux a été réduite d'une année et, par rapport aux 42,7 millions de francs autorisés par le Grand Conseil vaudois, une économie de plus de 15% est réalisée. Ce tour de force est rendu possible grâce à la bonne conjoncture qui fait baisser les frais financiers et les coûts de construction, et grâce aussi à une gestion efficace du chantier par les architectes et la commission de construction⁶²².

Après ses cinquante premières années passées à l'avenue d'Échallens (1876–1926), l'Hôpital orthopédique s'était installé sur son site actuel et n'avait subi qu'un agrandissement en 1963, par l'adjonction de l'aile est. Trente ans plus tard, le bâtiment d'origine (aile ouest) est entièrement reconstruit. Il reste encore à réaménager l'aile est, qui concerne en particulier les salles d'opération, les services de stérilisation et de radiologie, ainsi que le secteur administratif. Il est prévu d'y ajouter également une salle de conférences et de cours qui puisse être utilisée par la Faculté de médecine. Pour réaliser cette dernière étape, un crédit de près de 4 millions de francs est alloué par le Grand Conseil à l'été 1997⁶²³.

Cet agrandissement permet d'importantes modifications dans les services. La physiothérapie, par exemple, augmente ses effectifs avec un équivalent de 31 emplois plein-temps. Cette croissance amène à subdiviser le service qui, dès 1991, associe à son responsable deux adjoints, respectivement pour les secteurs pédiatrique et hospitalier. Ce dernier revient à Brigitte Broulis, forte de son expérience dans l'organisation, réputée très stricte, des établissements des Pays-Bas puis de la Suisse alémanique où elle s'est formée et a pratiqué la physiothérapie. Elle se souvient des bouleversements survenus dans la décennie qui suit son arrivée. Car c'est précisément dans la nouvelle aile de l'établissement que se situe la physiothérapie :

⁶²¹ « Inauguration du 4 mai 1995. Allocution de M. Édouard Guignard, Président de la Commission de construction », *Rapport HO 1995*, 17.

⁶²² « Inauguration du 4 mai 1995. Allocution de M. Robert Rivier, Président du conseil », *Rapport HO 1995*, 15–16.

⁶²³ « Inauguration du 4 mai 1995. Allocution de M. Robert Rivier, Président du conseil », *Rapport HO 1995*, 14 ; « Inauguration du 4 mai 1995. Allocution de M. Édouard Guignard, Président de la Commission de construction », *Rapport HO 1995*, 17–19 ; « Message du président (Jean-Noël Jaton) », *Rapport HO 1997*, 3 ; « Histoire > Itinéraire de l'HOSR », *Rapport HO 2007*, 12.

CELA A DEMANDÉ UNE SACRÉE ORGANISATION POUR FAIRE TRAVAILLER EN TOUR-

NUS LE MÊME NOMBRE DE PHYSIOTHÉRAPEUTES AVEC LEURS PATIENTS AMBU-

Brigitte Broulis s'implique dans les questions architecturales afin que le futur espace soit tout à fait fonctionnel, puis dès 1995 lors de la réinstallation du service de physiothérapie qui demande à nouveau une importante organisation. « Une délocalisation complète, c'est quelque chose qui chamboule un service », note la responsable. Bernard Cavin se souvient que le réaménagement est très bénéfique au niveau de l'orthopédie :

LATOIRES DANS UN ESPACE PROVISoire TRÈS

RÉDUIT, À L'HÔPITAL BEAUMONT⁶²⁴.

ON A FAIT UN TRAVAIL D'ÉQUIPE ÉNORME ENTRE PHYSIOTHÉRAPEUTES ET ERGO-

THÉRAPEUTES, POUR ÊTRE TOUS AU MÊME ÉTAGE. L'ACCUEIL DES PATIENTS,

C'est aussi l'époque où Bernard Decrauzat accède à la fonction de directeur général du CHUV, laissant sa place de directeur administratif de l'Hôpital orthopédique à Jacques Bourquenoud (1958–).

LES CÔTÉS PRATIQUES ONT ÉTÉ DÉVELOPPÉS

EN COMMUN⁶²⁵.

DURETÉ DES TEMPS ET NOUVELLE GESTION HOSPITALIÈRE

Depuis les années 1970 au moins, l'expression « explosion des coûts de la santé » est régulièrement énoncée dans les cénacles politiques. Par mesures d'économies, le gouvernement suisse décide de plafonner ses subventions aux caisses maladie, lesquelles augmentent substantiellement leurs primes dans les années 1980, s'attirant des critiques de plus en plus vives de l'opinion publique. Comme le rappelle l'historien Pierre-Yves Donzé, les aménagements réalisés de façon dispersée depuis les années 1970 n'ont pas eu les effets escomptés sur la réduction des coûts du système de santé⁶²⁶. Les dépenses du secteur sanitaire en Suisse sont passées de 7,3% du PIB en 1980 à 9,9% en 1993. Les cantons universitaires tels que Vaud ont des dépenses de santé supérieures à la moyenne helvétique, avec près de 13% du revenu cantonal⁶²⁷.

Des solutions plus radicales sont envisagées, par la mise en place de nouvelles planifications hospitalières, sur le modèle du *new public management*. Celui-ci sous-tend une « nouvelle idéologie [...] qui fait de la fusion et de la mise en réseau une réponse adéquate aux problèmes les plus divers »⁶²⁸. Une série de lois et de recommandations vont définir le paysage médical des années à venir : rigueurs, économies et efforts remplacent désormais un certain état d'insouciance caractéristique des années fastes de la médecine du 20^e siècle⁶²⁹.

Mise en réseau et programmes d'économie

Dans la perspective d'une politique plus globale de réorganisation du système hospitalier, les efforts se concentrent sur le rapprochement entre hôpitaux au sein de réseaux nouvellement créés. Il s'agit de mettre en commun les forces afin de favoriser de nouvelles « synergies », terme très en vogue dès les années 1990. La mise en réseau des établissements de soins se caractérise d'une part par la poursuite du processus, amorcé dans les années 1980, qui consiste à concentrer l'équipement médico-technique de pointe dans les établissements hospitaliers de quelques centres urbains, laissant aux hôpitaux régionaux la prise en charge des affections non aiguës (maladies chroniques, traitements de réhabilitation, EMS). D'autre part, on cherche à centraliser les responsabilités administratives de diverses institutions de santé publique : ainsi sont créés le Service des hospices du canton de Vaud (1991) ou encore les Hôpitaux universitaires de Genève (1995)⁶³⁰.

Aussi les années 1990 sont-elles marquées par des programmes de réduction des coûts et de l'offre. Dans le canton de Vaud, un premier programme pour les hospices cantonaux est lancé en 1993 sous le nom d'OrCHidée I, visant une économie de 11% à l'horizon 1997. Il induit une approche renouvelée du financement des prestations, passant du financement à la journée de

⁶²⁴
Entretien avec Brigitte Broulis.

⁶²⁵
Entretien avec Bernard Cavin.

⁶²⁶
DONZÉ (2003 : 300–303).

⁶²⁷
« La croissance du secteur sanitaire remise en question », *Rapport NOPS 1997*, 16.

⁶²⁸
DONZÉ (2003 : 302).

⁶²⁹
HELPER, (1996*).

⁶³⁰
DONZÉ (2003 : 303–304) ; « 1996. Une année charnière pour l'Hôpital orthopédique (Jean-Noël Jaton) », *Rapport HO 1996*, 2 ; « Message du directeur administratif (Jacques Bourquenoud) », *Rapport HO 1998*, 8.

malade à un financement par une enveloppe budgétaire. Cette nouvelle gestion provoque la fermeture de 210 lits au sein des hôpitaux de soins généraux et spécialisés du canton⁶³¹.

Des mesures similaires sont appliquées ailleurs en Suisse. Le président de la SSO, Roland Peter Jakob, entrevoit dans ce système un contrôle administratif et étatique accru sur les hôpitaux. Il rappelle en 1995 à ses collègues orthopédistes que le puissant lobby des assurances exige désormais que l'hôpital et le corps médical s'accordent sur des tarifs fixés selon les cas, suivant en cela l'exemple américain du case management. Il précise aussi :

SI UN HÔPITAL NE SE PLIE PAS AUX DESIDERATA DES ASSURANCES, DES CONTRATS

SONT PASSÉS AVEC D'AUTRES CLINIQUES⁶³².

Le président de la SSO rend également attentif au risque d'un problème de « classes », où les patients modestes auraient une prothèse bon marché, et où les patients aisés, payant leur prothèse, pourraient se permettre une « Rolls-Royce ».

Dans ce contexte de récession, la demande en soins ne diminue pas pour autant. L'Hôpital orthopédique voit son activité se densifier davantage : en quatre années, de 1991 à 1995, le nombre d'opérations pratiquées au bloc opératoire augmente de 11,2% (1'889 interventions en 1995) et le nombre de consultations de 9,3% (17'779 en 1995). Quant aux hospitalisations, elles sont en hausse de 3% (1'991 en 1995), avec une baisse de la durée moyenne de séjour de 14,7% (13,3 jours en moyenne en 1995). Sous l'effet des exigences d'économies et de qualité – les deux allant de pair –, la charge de travail devient plus importante et pèse lourdement sur le personnel. Son efficacité est saluée en 1995 par le conseil d'administration de l'Hôpital orthopédique, lequel compte alors 252 employés, pour un effectif à temps plein moyen de 206 postes. Le conseil explicite ainsi les démarches à venir :

ÊTRE BON N'EST PLUS SUFFISANT. SELON DE NOUVELLES NORMES MÉDICO-

ÉCONOMIQUES, IL FAUT DEVENIR DES PÔLES D'EXCELLENCE ET IL NE SUFFIT PAS

DE RÉUNIR TOUTES LES COMPÉTENCES MÉDICALES, SOIGNANTES ET DE GES-

TION. IL FAUT ATTEINDRE, EN PLUS, LA MASSE CRITIQUE. EH OUI, CE TERME TRÈS

CONNU DANS LES SECTEURS DE PRODUCTION ET DISTRIBUTION FAIT MAINTEN-

NANT SON APPARITION DANS LE MILIEU MÉDICAL, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA

RECHERCHE. MAINTENIR LA QUALITÉ, UNE « CERTAINE » PROXIMITÉ DES SOINS,

AINSI QU'UNE AUTONOMIE EN MATIÈRE DE DÉCISIONS DE GESTION, NOUS LE SOU-

HAITONS TOUS ; MAIS POUR CELA, IL FAUDRA METTRE EN PLACE DE NOUVELLES

ORGANISATIONS, CONDUISANT À UN RENFORCEMENT DE LA COLLABORATION

ET DE LA COORDINATION. LA MISE EN COMMUN DES RESSOURCES HUMAINES ET

En effet, dans les trois années qui suivent (1995 à 1998), à mission égale, l'Hôpital orthopédique perd près de 10% de ses effectifs, alors même que le nombre de patients et la gravité de leur pathologie augmentent⁶³⁴. D'autres modalités de fonctionnement se mettent dès lors en place, assumées par de nouvelles figures engagées aux postes cadres de l'Hôpital orthopédique. Un tournant d'envergure s'amorce donc pour l'institution.

⁶³¹
« Analyse par domaine », *Rapport NOPS 1997*, 49.

⁶³²
« Editorial: Zeit der Ökonomisierung und Rationalisierung (R. P. Jakob, Bern) », *Bulletin SSO 60*, 1995, 2.

⁶³³
« Rapport du conseil d'administration », *Rapport HO 1995*, 3.

⁶³⁴
« Message du directeur médical (Pierre-François Leyvraz) », *Rapport HO 1998*, 4.

MATÉRIELLES PERMET AINSI D'AUGMENTER

LA TAILLE AFIN D'ATTEINDRE CETTE MASSE

CRITIQUE QUE RÉCLAMENT LES DISPOSITIONS

PRÉVUES PAR L'ART. 49 DE LA NOUVELLE

LAMAL. QUE DE RÉFORMES VIVONS-NOUS !

LE RYTHME EST SOUTENU ET LE SERA PLUS

ENCORE DANS LES ANNÉES À VENIR⁶³⁵.

Fig. 77
L'Hôpital orthopédique
et sa nouvelle aile ouest
inaugurée en 1995.



Fig. 78
Nouvelle chambre de
patient dès 1995.



Fig. 79
Nouvelle salle d'examen
dès 1995.



Fig. 80
Réception de l'Hôpital
orthopédique,
hall principal en 1999.



Fig. 81
Secteur des admissions
de l'Hôpital orthopé-
dique, hall principal
en 1999.



NOUVEAUX VISAGES AUX POSTES CADRES DE L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE

À peine le nouveau bâtiment hospitalier inauguré, l'Hôpital orthopédique vit un changement de génération à double titre, avec le passage du flambeau au sein de la présidence du conseil d'administration ainsi qu'à la direction médicale. Concernant cette dernière, Pierre-François Leyvraz, autrefois médecin associé puis médecin adjoint de l'établissement, remplace dès 1996 Jean-Jacques Livio aux postes de professeur ordinaire, chef du service OTR et directeur médical de l'Hôpital orthopédique. La même année, le président Robert Rivier prend une retraite méritée après une trentaine d'années d'activité au sein du conseil de l'Hôpital orthopédique. Il est remplacé par Jean-Noël Jaton, avocat spécialisé en droit des sociétés, qui était devenu membre du conseil un an plus tôt.

À l'instar de son prédécesseur Robert Rivier, qui avait été très impliqué dans la vie économique, le nouveau président du conseil d'administration doit établir des liens entre l'Hôpital orthopédique et les pouvoirs politiques – « autrement dit les bailleurs de fonds », précise Jean-Noël Jaton. En plus de gérer les relations avec l'État, il estime avoir été une sorte de cordon entre le conseil d'administration et les directions administrative et médicale de l'Hôpital orthopédique. « On a mis une nouvelle gouvernance en place ; il y avait passablement de décisions à prendre », se rappelle l'avocat⁶⁵⁵. Un certain nombre de ces décisions découlent directement de l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 1996, de la nouvelle loi sur l'assurance maladie (LAMal).

RÉVISION DE LA LAMAL (1996) ET CONSÉQUENCES

Après une tentative avortée de révision de la LAMal en 1987, la nouvelle LAMal de 1996, acceptée par votation populaire, crée les bases légales pour plusieurs instruments de maîtrise des coûts à l'échelle fédérale. L'assurance intègre le système des différents modèles de franchise ainsi que la restriction du choix des fournisseurs de prestations⁶⁵⁶. Concernant l'hospitalisation, l'article 39 de la loi exige des cantons qu'ils établissent une planification des établissements sanitaires tenant compte du secteur privé et des collaborations intercantionales. Ces recommandations ont pour effet d'ouvrir le domaine de la santé à une concurrence croissante, en instituant une planification sanitaire imposée à l'ensemble du pays.

Pour faire suite à l'article 39 de la LAMal, le gouvernement vaudois confie au GHRV un nouveau programme d'économies nommé « Équation 33 », qui remplace OrCHidée I et dont le chiffre évoque les 33 hôpitaux situés dans le canton. Ce nouveau programme fixe à 42 millions de francs la réduction des dépenses globales des institutions concernées pour la période 1996–1999. Une suppression de 550 lits par rapport à 1995 est également prévue. Cette planification et ce financement des hôpitaux vaudois s'inscrivent dans les nouvelles orientations de la politique sanitaire du canton (NOPS), qui rend son rapport en 1997⁶⁵⁷. S'appuyant sur une étude parue la même année, ce rapport relève que « l'hospitalisation traditionnelle est donc appelée à une transformation considérable ». Concrètement, on envisage de raccourcir l'hospitalisation de courte durée (deux à cinq jours) pour une part croissante de traitements, en la faisant passer à un seul jour, voire en lui substituant une prise en charge ambulatoire ou à domicile. Cette diminution des lits de soins aigus et les transferts importants de ressources vers l'ambulatoire remettent en question l'organisation hospitalière et impliquent de regrouper davantage certaines activités⁶⁵⁸.

C'est dans ce contexte que naît l'idée du Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale (RHUSO), première tentative explicite de doter la région lémanique d'un dispositif de collaboration étroite entre les cantons de Vaud et de Genève. L'objectif est de réunir et de dynamiser le potentiel de moyens financiers et de ressources humaines que représentent les deux cantons pour maintenir le niveau d'excellence atteint dans les domaines de l'enseignement, de la recherche médicale et des soins. Dans cette perspective, l'Hôpital orthopédique quitte à la fin 1997 le GHRV, à l'instar de l'Hôpital ophtalmique et de l'Hôpital de l'en-

⁶⁵⁵ Entretien avec Jean-Noël Jaton.

⁶⁵⁶ « Caisse-maladie », *Histoire de la sécurité sociale en Suisse*.

⁶⁵⁷ « Message du président (Jean-Noël Jaton) », *Rapport HO 1998*, 3 ; « Propositions pour les quatre ans à venir », *Rapport NOPS 1997*, 98.

⁶⁵⁸ « Analyse par domaine », *Rapport NOPS 1997*, 47–48.

fance. Les intérêts de ces trois établissements lausannois, devenus hôpitaux universitaires en s'étant rapprochés du CHUV, ne coïncident plus avec ceux des hôpitaux régionaux vaudois traditionnels.

Mais le RHUSO sera dissous deux ans plus tard, à la suite du refus par votation du Conseil d'État genevois. Pour remédier à cet échec, le Réseau des hôpitaux lausannois voit le jour. Il est organisé en collaboration avec le Service des hospices cantonaux et le Service de la santé publique. Comprenant notamment l'Hôpital orthopédique, l'Hôpital ophtalmique et l'Hôpital de l'enfance, ce réseau a pour but d'améliorer les synergies entre ses membres, de planifier les économies possibles et de négocier avec le Service de la santé publique les budgets de fonctionnement de ses différentes entités⁶⁵⁹.

Bien qu'ayant quitté le GHRV, l'Hôpital orthopédique doit suivre le programme d'économies imposé par « Équation 33 ». Or la régulation globale prévue par ce programme, qui ne tient pas compte des particularités des institutions concernées, paraît irréaliste pour l'Hôpital orthopédique, qui se voit imposer des économies de 1,2 million de francs sur deux ans. En comptant la diminution de l'enveloppe budgétaire précédente de 1996–1997 (1,85 million de francs), l'Hôpital orthopédique doit compter avec une réduction de budget de 14,3% sur les années 1996 à 1998, alors que les tâches impliquées par ses missions sont en augmentation⁶⁶⁰. Le président de l'établissement prévient :

CES RESTRICTIONS BUDGÉTAIRES SERONT IMPOSSIBLES À RÉALISER SANS
METTRE EN CAUSE LA MISSION DE NOTRE HÔPITAL. DE PAR SON CARACTÈRE UNI-
VERSITAIRE ET LA COMPLEXITÉ DES CAS TRAITÉS, LES CRITÈRES COMPARATIFS
AVEC LES AUTRES SERVICES D'ORTHOPÉDIE DU CANTON, UTILISÉS POUR CAL-

Pour cette raison, l'Hôpital orthopédique dépose à la fin de l'année 1997, avec l'appui du CHUV, un recours contre ces diminutions d'enveloppe budgétaire.

Après de longues négociations menées avec l'appui du Service des hospices cantonaux, l'Hôpital orthopédique remporte le recours contre les budgets imposés. Il a néanmoins réalisé, en trois années, près de 2,5 millions de francs d'économies. Mais cela n'a pas suffi. Si l'activité hospitalière est en augmentation, les mécanismes complexes de la correction budgétaire ont abouti à une perte d'exploitation significative, si bien qu'en 1999, l'Hôpital orthopédique est dans les chiffres rouges. Son comité, en collaboration étroite avec le médecin-chef et le Service des hospices cantonaux, décide de prendre des mesures complémentaires en vue de renouer avec les chiffres noirs. Pour ce faire, il met en place un système de qualité tel que préconisé par la LAMal. L'introduction de ce système vise tous les acteurs de l'Hôpital orthopédique, y compris sa direction. Cette dernière s'adjoint un directeur opérationnel, Pascal Rubin (1961–), qui reprendra la charge complète de directeur administratif, en remplacement de Jacques Bourquenoud, dès l'année 2000⁶⁶².

LA DÉMARCHE QUALITÉ

Dans la même perspective de rationalisation des années 1990, les « démarches qualité » et autres approches managériales sont à l'ordre du jour dans la plupart des milieux sociaux, administratifs et médicaux ainsi qu'au sein d'entreprises du secteur privé. À noter que les États-Unis, où la pratique médicale est plus concurrentielle qu'en Europe, ont lancé les premiers travaux sur cette approche, qui a donné lieu en 1951 déjà à la création de la *Joint Commission for the Accreditation of Hospitals*⁶⁶³. En Suisse, c'est la LAMal de 1996 qui fournit l'occasion de généraliser la démarche qualité, laquelle se définit, dans le domaine de la santé, comme la « capacité des services de santé à satisfaire aux besoins des patients et de la population, compte tenu des connaissances professionnelles du moment et des ressources

CULER LES ÉCONOMIES IMPOSÉES À NOTRE
HÔPITAL, CONTESTÉS DÈS L'ORIGINE PAR LE
COMITÉ, NE SONT PAS ADMISSIBLES⁶⁶¹.

⁶⁵⁹ « 1996. Une année charnière pour l'Hôpital orthopédique (Jean-Noël Jaton) », *Rapport HO 1996*, 2 ; « Message du président (Jean-Noël Jaton) », *Rapport HO 1997*, 2 ; « Message du directeur administratif (Jacques Bourquenoud) », *Rapport HO 1998*, 8 ; « Histoire > Itinéraire de l'HO : l'HO, une page se tourne », *Rapport HO 2007*, 12.

⁶⁶⁰ « Message du président (Jean-Noël Jaton) », *Rapport HO 1998*, 3 ; « Message du directeur administratif (Jacques Bourquenoud) », *Rapport HO 1998*, 8.

⁶⁶¹ « Message du président (Jean-Noël Jaton) », *Rapport HO 1998*, 3.

⁶⁶² « Message du président (Jean-Noël Jaton) », *Rapport HO 1999*, 2 ; « Activité de l'HO en 1999 » (Jacques Bourquenoud/Pascal Rubin) », *Rapport HO 1999*, 8.

⁶⁶³ « Qualité et efficacité : deux composantes majeures de l'image de notre Hôpital (Pierre-François Leyvraz) », *Rapport HO 1996*, 4.

disponibles». Si cette définition a le mérite de mettre le patient au centre, elle limite en même temps l'éventail des prestations: « La satisfaction du patient doit être l'objectif principal, mais pas à n'importe quel prix », concède le nouveau médecin-chef Pierre-François Leyvraz⁶⁴⁴.

À l'Hôpital orthopédique, le processus débute en 1999 avec l'arrivée d'Anne-Marie Barrès, nommée responsable qualité, qui a pour tâche de mettre en place de nouvelles procédures et des documents modernes d'évaluation. Inka Moritz (1969–), qui sera directrice de l'institution au tournant du siècle, commente:

LA DÉMARCHE QUALITÉ A PERMIS DE METTRE DE L'ORDRE DANS LES PROCESSUS,
DE QUALIFIER ET DE DÉCRIRE LES MANIÈRES DE FONCTIONNER⁶⁴⁵.

Pour obtenir la certification, un travail de fond est mené dans l'ensemble des secteurs de l'Hôpital orthopédique, à l'instar du service de physiothérapie.

Brigitte Broulis, qui accède en 1999 au statut de physiothérapeute-chef de secteur hospitalier, reçoit en même temps la responsabilité de restructurer l'entier du service de physiothérapie (secteurs ambulatoire et hospitalier) selon la démarche qualité. Soumis à un audit, le service de physiothérapie révèle en 1999 un déficit de 500'000 francs, pour une activité dont on attendrait qu'elle rapporte un bénéfice à l'Hôpital orthopédique. Une analyse est lancée afin d'évaluer les problèmes du service et pour le rétablir dans les chiffres noirs. Il en résulte une diminution des postes – de 31 équivalents plein-temps en 1991, ils passent à 20 en 2001.

La démarche est grandement facilitée par la planification informatisée des rendez-vous, qui n'existe nulle part ailleurs à l'Hôpital orthopédique ou au CHUV. Le service de physiothérapie de l'Hôpital orthopédique est alors le deuxième dans toute la Suisse romande à utiliser cet outil, le premier étant le Centre thermal d'Yverdon. Cette planification permet à Brigitte Broulis d'obtenir une meilleure répartition du temps de travail des physiothérapeutes⁶⁴⁶. Ceux-ci sont donc les premiers, à l'Hôpital orthopédique, à entreprendre les procédures de validation des gestes et des méthodes thérapeutiques. « Les jeunes physiothérapeutes ne peuvent plus se contenter de l'empirisme des aînés, mais doivent désormais confronter les faits observés avec les concepts étudiés », dira en 1996 Michel Helfer, le président de la section vaudoise de la Fédération suisse des physiothérapeutes⁶⁴⁷.

Contrairement au Centre thermal d'Yverdon dont l'activité est strictement ambulatoire, l'importante activité hospitalière de l'Hôpital orthopédique amène aussi à rendre l'outil de planification plus performant. En expérimentant en primeur l'agenda informatisé en physiothérapie, un important travail de mise en place est accompli qui profite à l'ensemble de l'Hôpital orthopédique, comme le relève Brigitte Broulis:

CELA N'A PAS ÉTÉ DES PLUS SIMPLES, CAR IL FALLAIT FORMER LE PERSONNEL
CONCERNÉ, EN PARTICULIER LES SECRÉTAIRES. MAIS CE TRAVAIL S'EST RÉVÉLÉ
GRATIFIANT PAR L'AMÉLIORATION DANS LA VISIBILITÉ DE TOUTES LES ACTIVITÉS
GÉNÉRÉES PAR LE SERVICE DE PHYSIOTHÉRAPIE⁶⁴⁸.

En 2003, l'Hôpital orthopédique sera en Suisse le premier hôpital de soins aigus à obtenir la certification ISO.

L'Hôpital orthopédique relève le défi consistant à maintenir un niveau élevé des prestations sans pour autant augmenter les effectifs du personnel. Il suit ainsi les évolutions thérapeutiques et s'adapte également aux problématiques des patients qui, au fil du temps, sont aussi devenus plus exigeants.

⁶⁴⁴ Voir note précédente.
⁶⁴⁵ Entretien avec Inka Moritz.
⁶⁴⁶ Entretien avec Brigitte Broulis.
⁶⁴⁷ HELFER (1996*).
⁶⁴⁸ Entretien avec Brigitte Broulis.

Rendre la médecine plus humaine: de nouveaux défis face aux patients

Depuis les années 1960, la Suisse connaît une profonde modification de son tableau épidémiologique, caractérisé par une amélioration notable de l'espérance de vie à tous les âges et une augmentation importante de la morbidité due aux maladies chroniques. Les années 1990 connaissent également les répercussions planétaires du sida, qui rendent la médecine particulièrement attentive aux mesures de protection du personnel et des patients.

À ce propos, de nouvelles directives sont adressées par la SSO à ses membres, dans le but « d'éviter, avec la plus grande sécurité possible, non seulement la transmission du virus VIH, mais aussi celle d'autres maladies contagieuses »⁶⁴⁹. De nombreuses précautions sont prises, notamment par le biais d'examen obligatoires. Les exigences élevées liées à la préparation et à la conservation tissulaire poussent notamment la SSO à recommander l'utilisation de greffons fournis par une organisation spécialisée, Swiss Transplant. Vers la fin de la décennie, avec l'extension progressivement maîtrisée des décès par le sida, la mortalité est moins le fait d'infections que de maladies dégénératives, qui occupent une place déterminante dans les demandes de soins et la consommation des ressources⁶⁵⁰. Parallèlement, plusieurs facteurs concourent à rendre le médecin plus proche du patient, en améliorant la collaboration et la communication entre l'un et l'autre.

LE PATIENT AU CENTRE

En comparant le médecin d'autrefois à un « mandarin », l'historien Georg Weisz rappelle l'ascension sociale et politique de l'élite médicale, devenue classe dominante de la bourgeoisie à partir de la Belle Époque, puis ayant progressivement perdu de son prestige au cours du 20^e siècle⁶⁵¹. Dépouillé de son aura, le médecin des années 1990 a de plus face à lui un patient ayant acquis des droits, tels que celui d'avoir accès à son dossier médical. Mieux informés ou plus avides d'informations, les malades sont aussi plus prompts à se plaindre lors d'une attention jugée insuffisante. Les procès contre le corps médical s'intensifient aux États-Unis et cette tendance parvient jusqu'en Europe. Dans les années 1980 déjà, un observateur français décrivait ainsi la situation outre-Atlantique:

LA PRESSION MÉDICO-LÉGALE ET LES RISQUES DE POURSUITES ONT RENDU LA
PRATIQUE CHIRURGICALE TRÈS FASTIDIEUSE: UNE INÉGALITÉ DE LONGUEUR
POSTOPÉRAIRE CHEZ UN OPÉRÉ NON AVERTI OU NON CONSENTANT EST À

Une nouvelle philosophie médicale s'instaure, qui situe – ou resitue – le patient au centre des préoccupations. C'est à ce titre que le cursus des études médicales voit l'introduction des sciences humaines, qui doivent permettre d'instaurer une réflexion distanciée et critique sur la profession médicale. Pour le président de la SOFCOT en 1993, Bernard Glorion, ce revirement « laisse espérer un retour à cet humanisme indispensable » à la médecine⁶⁵³.

⁶⁴⁹ « Directives de la SSO pour les allogreffes tissulaires en chirurgie orthopédique », *Bulletin SSO* 59, 1994, 61.
⁶⁵⁰ Voir note précédente; « Analyse d'ensemble, spécialisation et interdépendance », *Rapport NOPS 1997*, 59–60.
⁶⁵¹ WEISZ (1995).
⁶⁵² « CR de voyage aux États-Unis (C. Delaunay, Paris) », 61^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 73, Suppl. II, 1987, 23.

L'ORIGINE D'UN PROCÈS QUE LE CHIRURGIEN
A PEU DE CHANCES DE GAGNER⁶⁵².

⁶⁵³ « Discours inaugural de B. Glorion, Président de la SOFCOT (nov. 1993) », 68^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 80, Suppl. I, 1994, 5–6.

Cette conception du patient est à l'origine d'une réflexion sur la destination finale de l'orthopédie. Quand bien même l'heure est à la recherche d'un mieux-être individuel, l'orthopédiste bâlois Erwin Morscher, qui fut président de la SSO dans les années 1980, constate et regrette que le financement de la recherche médicale des années 1990 privilégie les domaines de la médecine vitale et des traitements aigus, au détriment d'autres secteurs tels que l'orthopédie. Ainsi écrit-il dans le *Bulletin des médecins suisses* :

SI ACTUELLEMENT LE BUT PRINCIPAL DE LA MÉDECINE EST BIEN PLUS D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA VIE QUE DE PROLONGER LA VIE — C'EST-À-DIRE DONNER « PLUS DE VIE AUX ANNÉES, QUE D'ANNÉES À LA VIE » —, ON PEUT ALORS SE DEMANDER POURQUOI TOUJOURS PLUS D'ARGENT EST CONSENTI POUR LES

Il plaide dès lors pour un meilleur investissement dans la réhabilitation orthopédique – notamment par la réintégration sociale des patients blessés ou malades – qui, venant compléter avantageusement la chirurgie et la médecine curative, apporte une qualité de vie supérieure.

Le même constat est fait par le président de la SOFCOT en 1995, J. Witvoet, qui met en balance les dérapages de la profession et ses bienfaits sociaux :

NOTRE SPÉCIALITÉ NE PARAÎT PAS ÊTRE APPRÉCIÉE À SA JUSTE VALEUR PAR LES INSTANCES QUI NOUS GOUVERNENT ET L'IMAGE DE MARQUE DES CHIRURGIENS ORTHOPÉDISTES N'EST PAS BONNE, APRÈS TOUTES LES AFFAIRES DE CES DERNIÈRES ANNÉES. CEPENDANT, PRÈS DE 100'000 « HANDICAPÉS » RETROUVENT TOUS LES ANS UNE BIEN MEILLEURE AUTONOMIE, UNE « NOUVELLE JEUNESSE » COMME ILS NOUS LE DISENT SOUVENT. EN MATIÈRE D'AMÉLIORATION DE L'INDICE DE QUALITÉ DE VIE, INDICE SOUVENT EMPLOYÉ PAR NOS ÉCONOMISTES, NOUS SOMMES DE LOIN LES MEILLEURS. N'EST-CE PAS LÀ UNE CONTRIBUTION IMPORTANTE AU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION FRANÇAISE [...]? ⁶⁵⁴

Citant un confrère, le président conclut par un adage qui fait écho à celui du discours d'Erwin Morscher cité plus haut :

LA CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE N'EMPÊCHE PAS DE VIEILLIR, MAIS ELLE EMPÊCHE DE DEVENIR VIEUX.

Dans cette perspective de recherche du bien-être, le thème de la douleur devient d'actualité dans les congrès des années 1990 – celui de la SOFCOT en 1993 en est un exemple. De façon générale, le succès d'une intervention orthopédique pour le patient dépend de la disparition de la douleur, mais aussi du recouvrement de la fonction et de la mobilité. Étant donné la nature de certaines pathologies orthopédiques, les patients sont parfois amenés à revenir souvent dans l'institution pour obtenir des résultats probants.

LE VÉCU DES PATIENTS ORTHOPÉDIQUES

À quelle fréquence et sur quelle durée les patients sont-ils amenés à fréquenter l'Hôpital orthopédique? Comment vivent-ils leur maladie et leur traitement? Quelles relations entretiennent-ils avec leur médecin? À l'instar des témoignages de patients – tel ici celui de Michèle Bodmer (1961–) opérée à l'Hôpital orthopédique –, la consultation de dossiers de malades ayant fréquenté l'établissement entre les années 1960 et 1990 ⁶⁵⁶

⁶⁵⁴
MORSCHER (1993: 1708).
Je traduis de l'allemand.

⁶⁵⁵
« CR des AG extr. et ord.,
9 nov. 1995: Allocution
du Président (J. Witvoet) »,
70^e réu. SOFCOT, Rev. chir.
ortho. 82, Suppl. 1, 1996, 8.

⁶⁵⁶
ACV, SB 272, Dossiers
de patients de l'HO.

fournit des réponses significatives à ces questionnements, que n'offrent pas d'autres types de sources.

Cette approche permet en particulier d'appréhender le vécu des patients et l'histoire de leur maladie, de suivre l'évolution du traitement, de saisir toutes les instances concernées par celui-ci (médecin, institutions, assurances, famille) et de percevoir les liens établis entre les malades et l'institution qui les prend en charge. Réunies à travers les dossiers de patients, ces informations ont la particularité d'être filtrées par le médecin, qui retranscrit dans l'anamnèse l'histoire du patient et consigne les documents externes (rapports médicaux et administratifs, correspondance). Sans avoir l'ambition de traiter ces dossiers de façon exhaustive, on retiendra ici quelques aspects caractéristiques des patients orthopédiques.

Premièrement, la question de la temporalité est assez particulière dans les affections orthopédiques. Certains patients viennent jusqu'à dix ou 15 fois à l'Hôpital orthopédique, sur une période allant de quelques années à plusieurs décennies, pour subir contrôles et traitements conservateurs ou opérations. Ainsi, Michèle Bodmer, atteinte de polyarthrite, a subi 12 interventions chirurgicales pour le traitement de diverses articulations. Ces interventions ont presque toutes été effectuées à l'Hôpital orthopédique, la première ayant été réalisée en 1994 par Pierre-François Leyvraz. Elle témoigne :

JE SUIS UN COBAYE PARFAIT, CAR PERSONNE, EN ME VOYANT MARCHER, NE

Deuxièmement, l'expression de la douleur physique est récurrente et détaillée dans les dossiers de patients. Elle va de pair avec des problèmes fonctionnels, et elle peut être la motivation première qui pousse à consulter, mais pas nécessairement. Car ici entrent en jeu des paramètres culturels et liés à l'éducation, propres à chaque société: ainsi, le mythe de la force comprise comme contrôle, la tolérance silencieuse à la douleur, sont caractéristiques du mode de pensée occidental ⁶⁵⁸. Dès lors, la balance entre la douleur et la dysfonction organique ainsi que la façon dont les actes de la vie quotidienne sont affectés conditionnent la décision de consulter. Pour Michèle Bodmer, la consultation s'est imposée lorsque la douleur est devenue insupportable. « Je ne pouvais plus marcher du tout », se souvient-elle. À l'Hôpital orthopédique, elle trouve un personnel infirmier et un médecin spécialisé très attentifs à la douleur, qui suivent son évolution quotidiennement. Elle explique :

POURRAIT IMAGINER QUE J'AI AUTANT DE PROTHÈSES ⁶⁵⁷.

ON NE DOIT PAS LAISSER S'INSTALLER LA DOULEUR, CAR ELLE EST TRÈS DIFFICILE À ÉLIMINER. IL FAUT PEUT-ÊTRE UNE HEURE POUR ENLEVER LA DOULEUR AVEC DES MÉDICAMENTS, MAIS IL FAUT QUATRE HEURES SI ELLE S'EST INSTALLÉE DEPUIS LONGTEMPS. CAR LA DOULEUR EST AUSSI DANS LA TÊTE: MÊME SI ELLE PART, ON A L'IMPRESSION QU'ELLE EST TOUJOURS LÀ.

L'ancienne patiente concède que certaines douleurs sont parfois persistantes :

ON A DES POMPES À MORPHINE [ACTIONNÉES PAR LES PATIENTS], CE QUI N'A PAS BEAUCOUP CHANGÉ EN VINGT ANS.

D'autres facteurs interviennent aussi, selon les époques et les individus, dans la décision de consulter pour un problème orthopédique: la distance géographique avec l'institution, l'accès au médecin, les aspects économiques. Michèle Bodmer témoigne :

AU DÉBUT, C'EST LE PARCOURS DU COMBATTANT POUR TROUVER UN MÉDECIN. POUR AVOIR UN RENDEZ-VOUS, CE N'EST PAS FACILE. IL FAUT CONNAÎTRE LES

Il y a également le système suisse des assurances maladie, qui fonctionne sur des prestations de base obligatoires et des prestations complémentaires privées. « C'est une médecine à deux vitesses », constate Michèle Bodmer.

⁶⁵⁷
Entretien avec Michèle Bodmer,
ainsi que les citations qui
suivent sans autre mention.
⁶⁵⁸
VANNOTTI/GASSER
(1999: 256–257).

GENS. IL FAUT TROUVER LES PERSONNES QUI VONT VOUS OPÉRER. AUSSI, QUAND ON TROUVE UN BON MÉDECIN, ON NE LE LÂCHE PLUS.

Troisièmement, pour ce qui concerne les relations médecin-patient, on s'étonne peu de trouver toutes les configurations possibles : des marques de confiance et de connivence, ou au contraire de la défiance, voire de l'animosité. Particulièrement révélateur est le « tourisme » médical auquel s'adonnent certains patients aux pathologies souvent lourdes, à la recherche de la guérison ou d'un mieux-être. Ces situations nous renseignent sur la disposition de l'offre médicale, sur le parcours thérapeutique du patient et sur le pouvoir de celui-ci sur son traitement. Elles sont parfois révélatrices d'une certaine facette de l'échec thérapeutique : un patient mécontent peut s'estimer mal soigné, ou un problème de communication peut survenir entre les protagonistes. À ce propos, Michèle Bodmer a observé une évolution dans le mode d'information aux patients, qui vise à une plus grande transparence, diversement appréciée :

AUTREFOIS, ON NE RACONTAIT PAS TOUT CE QUI POUVAIT ARRIVER SI L'OPÉ-
RATION N'ALLAIT PAS. AUJOURD'HUI, C'EST UN PEU COMME AUX ÉTATS-UNIS :
ON DOIT TOUT NOUS DIRE. C'EST BEAUCOUP PLUS PROTOCOLAIRE. AVANT, ON NE

Les patients sont aussi maîtres de la décision finale. « Il n'y a aucune contrainte. Le chirurgien n'impose rien », relève Michèle Bodmer.

Quatrièmement, il arrive que le patient en consultation à l'Hôpital orthopédique pour une affection particulière souffre d'autres pathologies ou de problèmes qui ne sont pas forcément d'origine médicale, tels des problèmes sociaux. En ayant consigné et évalué divers aspects de la vie du patient, le médecin doit pouvoir délimiter son propre champ d'action. Autrement dit, la maladie apparaît au médecin comme « un phénomène culturel complexe »⁶⁵⁹, qui implique des savoirs ainsi que des savoir-faire médicaux et extra-médicaux tels que ceux d'autres experts et de l'entourage notamment, ainsi que des dispositions psychologiques du patient, et ce quelle que soit la maladie traitée.

D'ailleurs, ce panorama serait incomplet si l'on ne tenait pas compte des incidences de l'hospitalisation sur le moral du patient qui s'ajoutent aux problèmes physiques dus à sa pathologie. Michèle Bodmer témoigne :

CHAQUE FOIS QU'ON EST DE RETOUR À LA MAISON, APRÈS L'OPÉRATION, ON SE
DIT : « AH, MAIS PLUS JAMAIS ! » C'EST HUMILIANT D'ÊTRE COUCHÉE À L'HÔPITAL
ET DE SONNER POUR ALLER À LA SALLE DE BAINS... MÊME SI LE PERSONNEL EST
ADORABLE.

Aussi l'entourage est-il primordial pour faire preuve du recul nécessaire que la personne malade a parfois du mal à avoir. « Quand on est patiente, on est prise en charge, on ne réfléchit pas beaucoup. L'entourage le fait plus pour vous. Avoir la famille autour de soi, c'est un tout », conclut Michèle Bodmer.

UN NOUVEL ÉLAN À L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE (FIN DES ANNÉES 1990)

En dépit de la conjoncture difficile des années 1990, l'Hôpital orthopédique se distingue par une émulation clinique et académique soutenue. Par sa collaboration avec le CHUV, l'établissement remplit son rôle universitaire de façon intensifiée sous la nouvelle direction médicale de Pierre-François Leyvraz, qui favorise les collaborations interdisciplinaires. De nombreux travaux effectués par les chercheurs de l'Hôpital orthopédique connaissent une renommée qui dépasse les frontières helvétiques.

La recherche en orthopédie bénéficie notamment du fonds Cart, « une fortune assez considérable, composée notamment de plusieurs immeubles », relate le président du conseil Jean-Noël Jaton. On se rappelle que le notaire Frédéric Cart, ancien membre du conseil d'administration de l'Hôpital orthopédique, avait fait de l'établissement son principal héritier. À son arrivée dans l'institution, Jean-Noël Jaton reprend en main ce fonds et le transfère pour créer la Fondation de soutien à la recherche dans le développement de l'orthopédie et de la traumatologie.

La bonne gestion de ce fonds permet de générer annuellement plus de 600'000 francs de revenu

⁶⁵⁹
RIEDER/BARRAS (2001 : 222).

que l'institution peut investir dans la recherche sans toucher au capital⁶⁶⁰. Ce financement favorise notamment les projets communs de l'Hôpital orthopédique et du Laboratoire de génie médical de l'EPFL.

Deux nouvelles unités : sport et réhabilitation du rachis

Fin 1996, une Unité d'orthopédie et de traumatologie du sport voit le jour. Elle est placée sous la direction du Dr Gérald Gremion et permet la prise en charge chirurgicale et rééducative des sportifs accidentés. La chirurgie arthroscopique du genou est particulièrement sollicitée. Elle permet une prise en charge physiothérapeutique plus précoce, plus intensive et par conséquent une reprise du sport plus rapide, notamment pour les professionnels pour lesquels tout arrêt entraîne la perte d'une condition physique performante et, également, de revenus. C'est d'ailleurs en traumatologie du sport que l'arthroscopie du genou est la plus importante, avec près de 90% des demandes d'intervention. Aussi le nombre d'interventions ligamentaires dans l'unité fait-il plus que doubler en une année. En 1997, le service participe pendant quinze jours aux championnats du monde de gymnastique à Lausanne : répondant à la demande en soins, il sert aussi de soutien aux équipes médicales des athlètes⁶⁶¹.

En 1997 également, Pierre-François Leyvraz et son équipe lancent, en collaboration avec les Hospices cantonaux et l'établissement thermal cantonal de Lavey-les-Bains, l'Unité « rachis-réhabilitation ». Dirigée par le Dr Carlo Fritsch, cette unité vise à lutter contre les douleurs chroniques liées aux affections ostéoarticulaires du dos, en se fondant sur le modèle bio-psycho-social. Cette approche multidimensionnelle – comme l'est aussi la douleur chronique – sollicite des membres permanents issus de spécialités médicales diverses : médecin rééducateur, orthopédiste, neurochirurgien, anesthésiste, physiothérapeute, ergothérapeute, psychothérapeute, personnel infirmier et assistants sociaux.

Concrètement, les patients se rendent à l'Hôpital orthopédique quotidiennement, durant la journée entière, pendant trois semaines ; ils y reçoivent les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, en individuel ou en groupe, et rencontrent les autres spécialistes. Évaluée par une étude menée entre 1996 et 2000, cette prise en charge globale et interdisciplinaire se révèle plus efficace que celle basée exclusivement sur une approche somatique, comme le précise Brigitte Broulis :

L'UNITÉ DU RACHIS EST UNE EXPÉRIENCE UNIQUE DONT LES BÉNÉFICES POUR LE
PATIENT ONT ÉTÉ AVÉRÉS, CE QUI A PERMIS LA NÉGOCIATION D'UN TARIF POUR
UNE PRISE EN CHARGE PAR LES ASSURANCES⁶⁶².

Le traitement des amputés adultes

En plus de sa participation à l'Unité du rachis, le service d'ergothérapie inaugure de nouvelles activités. Il participe au programme de formation continue du service OTR, et il effectue des recherches sur des techniques d'appareillages provisoires pour les amputés adultes, impliquant diverses activités de développement et de diversification. La conception de ces prothèses provisoires est révélatrice du cheminement commun entre orthopédie et ergothérapie, inscrit dans un contexte international.

C'est sous la supervision de Jean-Jacques Livio, alors à la retraite, mais très engagé dans le processus, que se développe le programme dédié aux amputés adultes. « L'objectif était de faire une prise en charge précoce et intensive, car le traitement des amputés, ce n'était pas seulement l'appareillage », précise Bernard Cavin. Celui-ci se souvient d'avoir directement bénéficié de son expérience en traumatologie de guerre, acquise lors de son travail avec la Croix-Rouge suisse au Liban, ainsi que des nouvelles techniques et pratiques d'intervention développées pour soigner les blessés de la guerre du Vietnam :

⁶⁶⁰
« Une année charnière pour l'HO (Jean-Noël Jaton) », *Rapport HO 1996*, 3 ; Entretien avec Jean-Noël Jaton.

⁶⁶¹
« Message du directeur médical (Pierre-François Leyvraz) », *Rapport HO 1997*, 4 ; « Message du directeur administratif (Jacques Bourquenoud) », *Rapport HO 1997*, 9 ; « La médecine du sport (Gérald Gremion, Olivier Siegrist, Charles Gobelet, Rainer Bielinski) », *Rapport HO 1998*, 17.

⁶⁶²
« L'Unité "rachis" et sa lutte contre la douleur (Carlo Fritsch) », *Rapport HO 2000*, 17-21 ; Entretien avec Brigitte Broulis.

POUR FABRIQUER DES PROTHÈSES PROVISOIRES EN TEMPS DE GUERRE, IL FALLAIT
DES MATÉRIAUX SIMPLES. ON AVAIT BESOIN DE BOUILLIR DE L'EAU, DE CISEAUX,
DU THERMOFORMABLE (AUJOURD'HUI ORTHOPLASTE), ET C'EST TOUT⁶⁶⁵.

En s'inspirant de l'expérience de Jean-Jacques Livio, habitué à travailler avec le plâtre, et de celle de Jacques Isoz, ergothérapeute-chef à Payerne (Vaud), qui fait usage d'un matériau quelque peu modifié, l'Hôpital orthopédique développe ses propres prothèses provisoires pour amputés, dont l'emboîture est directement moulée sur le moignon du patient. Bernard Cavin se souvient :

ON S'EST TOUS NOURRIS MUTUELLEMENT, ET CELA NOUS A AMENÉS À CETTE
FAMEUSE PROTHÈSE PROVISOIRE, QUI PERMETTAIT DE METTRE DES AMPUTÉS
DEBOUT DIX JOURS APRÈS L'AMPUTATION. C'ÉTAIT TRÈS NOVATEUR.

Car jusqu'alors, l'usage était d'appareiller les amputés six à huit semaines après l'opération. « C'était très tardif, voire mortel pour certains patients très âgés restant deux mois dans l'immobilité, sans prothèse », explique l'ergothérapeute.

La littérature internationale d'alors révèle par ailleurs un taux de mortalité de 30% chez les personnes amputées après une année, tous âges confondus. À l'Hôpital orthopédique, sous l'égide des professeurs Livio et Leyvraz, le programme développé pour les amputés permet, chez les patients entre 65 et 85 ans – une population très à risque et majoritaire chez les amputés –, de réduire la mortalité à 5% après une année. Obtenu grâce à une activité pluridisciplinaire, ce succès se partage autant entre les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et le personnel infirmier. Bernard Cavin témoigne :

IL Y A EU LA COLLABORATION AVANT LES AMPUTÉS, ET CELLE APRÈS LES AMPUTÉS.
CHACUN A COMPRIS L'IMPORTANCE DE L'AUTRE, CAR S'IL MANQUAIT UN MAILLON,
CELA NE POUVAIT PAS FONCTIONNER.

Cette collaboration se formalise ensuite par la mise en place des protocoles de prise en charge pluridisciplinaire, repris dans le cadre des manuels de « qualité ». Aussi Bernard Cavin relève-t-il que la décennie 1990 est celle où s'affirme réellement l'ergothérapie dans les traitements par l'activité et l'appareillage, avec les premières études de cas et les publications favorisées par l'esprit universitaire de l'Hôpital orthopédique.

L'orthopédie pédiatrique

Du côté des enfants, la fin des années 1990 voit une diminution prononcée des effectifs. La prise en charge plus précoce des maladies infantiles et le changement des types de pathologies expliquent cette baisse, à laquelle s'ajoute la dénatalité helvétique. Michel Dutoit témoigne :

ON REMPLISSAIT ALORS UNE PARTIE DU SERVICE AVEC DES ENFANTS VENANT
D'AUTRES RÉGIONS, COMME L'AFRIQUE⁶⁶⁴.

Cette baisse du nombre d'enfants va de pair avec la mise en place d'une prise en charge ambulatoire, initiée d'abord pour les enfants et peu après pour les adultes. « On a commencé à tourner avec seulement dix à 15 lits pour les cas les plus lourds, et on a fermé la classe d'école en raison de la brièveté toujours plus importante des séjours », se souvient le médecin. Parmi les affections pédiatriques qui restent bien représentées figurent les pieds bots et les luxations congénitales de la hanche, aux côtés des plagiocéphalies. Cette dernière maladie attire de nombreux patients à l'Hôpital orthopédique, qui collabore notamment avec le professeur Benedict Rilliet du service de neurochirurgie des HUG⁶⁶⁵.

⁶⁶³
Sans autre mention,
les citations qui suivent
proviennent de l'entretien
avec Bernard Cavin.

⁶⁶⁴
Entretien avec Michel Dutoit.

⁶⁶⁵
Entretiens avec Bernard
Cavin et Michel Dutoit.

Détaillée dans le rapport annuel de 1997, l'activité clinique de l'orthopédiste pédiatre consiste alors, pour les deux tiers du temps, à parler avec les parents et à prodiguer des conseils. Environ un cinquième du temps est dédié à la prescription et au contrôle des traitements conservateurs et des moyens de réhabilitation, à savoir essentiellement la physiothérapie et l'ergothérapie, ainsi que les plâtres, corsets et autres appareillages. Enfin, le reste de l'activité du médecin se destine aux 10 à 15% d'enfants qui ont besoin de traitements chirurgicaux.

C'est donc avant tout une approche qui cherche à éviter, chaque fois que cela est possible, des prises en charge médicales ou paramédicales coûteuses et non indispensables. « Il en va par exemple ainsi des pieds plats valgus ou de la démarche en dedans, fréquemment observés chez le petit enfant : ces troubles disparaissent sans traitement », expliquent Michel Dutoit et Jacqueline Nielsen, les médecins responsables du secteur⁶⁶⁶.

Dans les autres domaines de l'Hôpital orthopédique, on mentionnera enfin le rajeunissement du service de radiologie, complété en 1997 par deux salles d'examen entièrement neuves. Ce service peut dès lors travailler dans trois salles équipées par la firme Siemens pour la radiologie du squelette, tandis que l'ancienne machine à développer pour chambre noire est remplacée par un système de traitement entièrement automatique en lumière du jour, qui permet d'obtenir le film développé en quarante secondes, sans aucune manipulation par le personnel dans l'obscurité⁶⁶⁷. L'Hôpital orthopédique poursuit donc sa modernisation, mais les temps sont durs et, à la veille du nouveau millénaire, il est dans les chiffres rouges.

⁶⁶⁶
« L'orthopédie pédiatrique
(Michel Dutoit/Jacqueline Nielsen) », *Rapport HO 1997*, 17–18.

⁶⁶⁷
« Message du directeur
administratif
(Jacques Bourquenoud) »,
Rapport HO 1997, 8–9.

Au cours de la seconde moitié du 20^e siècle, la chirurgie orthopédique effectue un bond en avant. C'est l'avènement de l'ostéosynthèse des fractures et des prothèses articulaires (années 1960), l'essor de l'arthroscopie diagnostique et de la chirurgie ligamentaire reconstructive du genou (années 1970), la diffusion de l'arthroscopie opérative, de la chirurgie du rachis et de la microchirurgie (années 1980). Au cours des années 1990, la résonance magnétique, développée en radiologie, remplace les examens les plus invasifs devenus obsolètes, tels que les arthrographies. De même, l'arthroscopie, instrument diagnostique des chirurgiens orthopédistes, se développe pour non seulement explorer mais aussi traiter des articulations de plus en plus petites⁶⁶⁸.

Ces avancées ne vont pas sans la collaboration entre les orthopédistes, les ingénieurs et l'industrie médico-technique orientée vers la recherche intensive en biomécanique. Les conditions qui permettent un usage plus sûr des technologies modernes sont également obtenues grâce aux avancées dans des champs voisins de la chirurgie : l'anesthésie, la transfusion sanguine, la lutte contre les infections, la prophylaxie des thromboses et des embolies, l'amélioration du diagnostic grâce aux nouveaux procédés d'imagerie médicale.

Si, jusqu'aux années 1970, la chirurgie orthopédique est surtout un domaine relevant du traitement des difformités et de la traumatologie, lors des trois décennies qui suivent, le remplacement total des articulations devient le plus grand secteur de l'industrie orthopédique et la partie la plus efficiente – tant d'un point de vue médical que financier – de la clinique en médecine orthopédique⁶⁶⁹. La sous-spécialisation qui accompagne cette évolution mène inévitablement à une fragmentation de la discipline. Même l'orthopédie pédiatrique, qui était peut-être restée au sein de la chirurgie orthopédique la dernière à considérer le corps dans sa globalité, revendique des centres d'intérêt dès les années 1990, tels que la chirurgie de la hanche, de la colonne vertébrale ou des tumeurs. Partout les chirurgiens s'orientent vers la spécialisation par organe (genou, épaule, rachis), tandis que, dans de nombreux pays, la chirurgie de la main s'est, quant à elle, depuis longtemps séparée de l'orthopédie⁶⁷⁰.

La demande en soins orthopédiques augmente notamment en raison du vieillissement constant de la population. Cela s'exprime surtout par le nombre croissant de fractures dues à l'ostéoporose, des arthroses nécessitant davantage de traitements et des dégénérescences de la colonne vertébrale. On observe néanmoins dans les années 1990 que les effets de ces modifications démographiques varient selon les pays. En Suède par exemple, les victimes de fractures de la hanche occupent plus de lits d'hôpitaux que tous les patients souffrant de cancer ; mais la probabilité d'une fracture du col du fémur survenant après 50 ans est bien moindre en Espagne que dans les pays scandinaves ou aux États-Unis. D'un autre côté, la prévalence des maladies cardiovasculaires a diminué, ce qui génère moins d'amputations. Concernant le nombre et la gravité des accidents, les changements ne sont pas flagrants, du fait que les accidents de la route et les accidents professionnels, en baisse grâce à la prévention, sont compensés par une hausse des accidents survenus lors de la pratique d'activités sportives et de loisirs.

Il faut ainsi garder à l'esprit le fait que les interventions chirurgicales en général, et orthopédiques en particulier, ne dépendent pas seulement de facteurs médicaux, mais aussi de

⁶⁶⁸
Sur les années 1990 :
« Rapport sur la Bourse
et voyage d'étude
franco-canadien CFBS
(Ph. Mordasini) »,
Bulletin SSO 60, 1995, 12.

⁶⁶⁹
MILLER (2002 : 224).

⁶⁷⁰
MORSCHER (1993 : 1706).

facteurs sociaux et économiques. Parallèlement aux avancées technologiques, l'augmentation de l'espérance de vie a pour effet une hausse continue des coûts de la santé. Dans les pays européens, ces coûts sont élevés, puisqu'ils représentent entre 7 et 10% du PNB⁶⁷¹. Ainsi, les trois décennies qui suivent la Seconde Guerre mondiale voient l'explosion des techniques de pointe, favorisées par le développement de nouveaux matériaux et l'existence de ressources financières en apparence illimitées.

Or la modernisation médico-technique et l'infrastructure des établissements hospitaliers développés tous azimuts débouchent sur une situation de concurrence interhospitalière et de blocages financiers, entraînant la nécessité de contrôles perçus comme contraignants : dès les années 1990, sur fond de crise économique durable, la politique médicale des autorités et des assurances devient une donnée incontournable qui conditionne le développement du secteur médical. C'est l'heure des bilans financiers, des programmes d'économies, des synergies par la création de réseaux institutionnels et professionnels⁶⁷². À la veille des années 2000, on attend également beaucoup des effets des nouveaux outils de contrôle émanant des démarches qualité pour optimiser les coûts.

⁶⁷¹
MORSCHER
(1993 : 1707–1708).

⁶⁷²
DONZÉ (2005 : 273–287).



Fig. 82
Vue récente du quartier
du CHUV. On perçoit
l'Hôpital orthopédique
à gauche du bâtiment
principal du CHUV.

HISTOIRE RÉCENTE ET PERSPECTIVES D'AVENIR

21^e SIÈCLE

6

L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE À L'AUBE DES ANNÉES 2000 – 231
• Baisse de régime et nouveau souffle – 231
• Nouvelle gestion de la formation, du personnel et des pratiques – 232
• La création du Département de l'appareil locomoteur (DAL) – 240
• Quelques retombées du DAL – 245
L'ORTHOPÉDIE AUJOURD'HUI – 247
• De nombreux défis à relever – 247
• L'hyperspécialisation en question – 248
BILAN ET PERSPECTIVES – 250

Ce dernier chapitre aborde l'histoire très contemporaine de la médecine et de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande. Les acteurs qui témoignent de cette période la vivent encore pleinement et leurs souvenirs coïncident avec un quotidien tout à fait actuel. C'est donc avec un recul moins prononcé que pour les chapitres précédents qu'on traitera cette époque récente et foisonnante, dont l'analyse s'enrichira sans doute au fil du temps de nouvelles nuances.

Rappelons d'abord que, au vu des expériences des années 1990, les systèmes de santé du nouveau millénaire se caractérisent, dans les pays dits développés tels que la Suisse, par une tendance nette à la réduction du nombre d'hospitalisations et de la durée du séjour. Outre la pression économique, ce phénomène s'explique, d'une part, par les progrès techniques: ce sont notamment l'existence de médicaments et de méthodes diagnostiques rapides permettant le contrôle et le suivi ambulatoires des patients, ou encore les techniques minimalement invasives. À ces raisons s'ajoutent la volonté croissante des soignants et des patients de surmonter la maladie dans l'environnement le plus familier possible, la prévention des infections nosocomiales, la disponibilité d'alternatives à l'hospitalisation (prises en charge ambulatoires en cabinet, services de réadaptation – lits B dans le canton de Vaud –, maintien à domicile, hébergement en EMS).

Or si le nombre de lits en Suisse a diminué de 37% entre 1980 et 2002, passant de 45'267 à 28'532 (soit de 7,2 à 3,9 unités par 1'000 habitants), cette offre reste néanmoins parmi les plus élevées: la Suisse se situe loin devant – par ordre décroissant en nombre de lits – l'Australie, le Canada, le Danemark, la Norvège, les États-Unis et la Suède, championne du nombre réduit de lits⁶⁷³. On constate pour la Suisse que les finances du pays ont du mal à suivre l'évolution des coûts de la santé: entre 1995 et 2000, le PIB a augmenté de 11% et les coûts de la santé publique de 20%⁶⁷⁴. Aussi est-on amené à évoluer, durant le nouveau millénaire, dans un environnement incertain du fait d'une LAMal en perpétuelle révision qui réagit à la hausse constante des coûts de la santé. Tous les moyens sont envisagés.

⁶⁷³ Éco-santé OCDE (2003).
⁶⁷⁴ OFS (2000).

L'Hôpital orthopédique à l'aube des années 2000

De par la particularité de ses prestations, l'Hôpital orthopédique admet difficilement les exigences d'une baisse drastique de l'hospitalisation. Une partie de la patientèle ne peut pas être déplacée quelques heures après son passage au bloc opératoire. Les patients âgés, en particulier, sont hospitalisés plus souvent et plus longtemps que le reste de la population, dont le vieillissement conduit à une augmentation tant du volume d'utilisation des services hospitaliers que de la complexité des cas à prendre en charge (polyopathologies).

BAISSE DE RÉGIME ET NOUVEAU SOUFFLE

En 2001, l'Hôpital orthopédique subit une perte d'exploitation, due principalement au dépassement important des charges liées au personnel infirmier et aux achats d'implants orthopédiques devenus plus coûteux. Ne pouvant réaliser complètement l'activité prévue au budget en nombre de cas et de journées, l'institution n'échappe pas à la sanction que subissent les établissements hospitaliers n'ayant pas atteint leurs objectifs: une partie de son enveloppe budgétaire est retirée par les pouvoirs publics⁶⁷⁵. Le président de l'Hôpital orthopédique, Jean-Noël Jatton, s'inquiète de cette situation:

RÉDUIRE, COMME LE FONT AUJOURD'HUI L'ÉTAT ET LES ASSURANCES, LA MANNE FINANCIÈRE MISE À DISPOSITION DES HÔPITAUX PUBLICS, TOUT EN LEUR DEMANDANT DE CONTINUER À PRODIGUER DES SOINS TOUJOURS MEILLEURS ET À TOUS, N'EST PAS UNE SOLUTION. [...] IL ARRIVE UN MOMENT OÙ, SOIT PAR MANQUE DE

Toutefois, après plusieurs années déficitaires, l'établissement sort des chiffres rouges. Dès 2003 les coûts sont maîtrisés et l'activité se poursuit sous de meilleurs auspices⁶⁷⁷.

Plusieurs éléments attestent du dynamisme continu de l'institution. La collaboration avec le CHUV, jugée excellente, est confirmée en 2002: une nouvelle convention remplace celle devenue obsolète de 1978 – relative à la création du service OTR –, qui entérine le modus vivendi déjà en vigueur entre les deux établissements⁶⁷⁸. L'année précédente a vu la création du Centre de recherche en orthopédie, qui officialise la collaboration scientifique entre l'Hôpital orthopédique et l'EPFL.

L'arrivée à la tête de l'EPFL du nouveau président, Patrick Aebischer, lui-même médecin et jusque-là professeur de chirurgie expérimentale à la Faculté de médecine, encourage en 2006 la signature d'une convention entre les deux institutions, permettant de régler tous les aspects d'organisation et de financement afférents à ce partenariat. Pierre-François Leyvraz est dès lors nommé professeur titulaire externe à l'EPFL, «une reconnaissance qui formalise un peu les choses», se souvient-il, et qui l'établit

TRÉSORERIE, SOIT PAR SURENDETTEMENT, LA FAILLITE DEVIENT INÉLUCTABLE⁶⁷⁶.

⁶⁷⁵ «Message de la direction (Pierre-François Leyvraz/Pascal Rubin)», *Rapport HO 2001*, 3.

⁶⁷⁶ «Message du président (Jean-Noël Jatton)», *Rapport HO 2001*, 2.

⁶⁷⁷ «Message de la direction (Pierre-François Leyvraz/Pascal Rubin)», *Rapport HO 2000*, 3; «Avant-propos du président: Soins adaptés et maîtrise des coûts (Jean-Noël Jatton)», *Rapport HO 2003*, 2.

⁶⁷⁸ «Message du président (Jean-Noël Jatton)», *Rapport HO 2002*, 2; «Zoom sur le département de recherche en orthopédie (Dominique Pioletti/Alain Farron)», *Rapport HO 2004*, 16-17.

officiellement à la tête du centre, lequel devient l'Institut de biomécanique translationnelle (IBME)⁶⁷⁹.

La durée de vie des implants articulaires continue d'être l'un des enjeux majeurs de la recherche en ingénierie biomédicale et en biologie. Par la réunion des deux institutions, le centre est à même de réfléchir aux problèmes à la fois biologiques, médicaux, biomécaniques et techniques liés à ce type de recherche. Cette collaboration donne notamment naissance, en 2006, à la nouvelle prothèse du genou FIRST, produit de quatre années de recherche impliquant également la société Symbios⁶⁸⁰.

Autre exemple du dynamisme de l'institution, l'Unité d'orthopédie et de traumatologie du sport obtient, en 2004, la reconnaissance du label « *Swiss Olympic Medical Center* ». Par l'acquisition de nouveaux équipements standards, identiques à ceux des autres centres existants, cette unité prend en charge le sportif blessé, tant sur le plan chirurgical que sur celui de la rééducation. Elle propose des tests d'endurance et de force physique, et elle bénéficie d'une nouvelle plate-forme permettant d'évaluer les capacités de puissance, de force et d'explosivité musculaire⁶⁸¹.

Il faut également rappeler que, dès 2003, l'Hôpital orthopédique devient le premier établissement de soins aigus en Suisse romande certifié dans sa totalité, cela par une double démarche qualité : il obtient ainsi la SPEQ soins aigus délivrée par l'Association de promotion de la qualité dans les établissements sanitaires (APEQ) d'une part, et l'ISO 9001 : 2000 d'autre part⁶⁸². Cette certification a des implications sur l'ensemble du personnel et des pratiques.

NOUVELLE GESTION DE LA FORMATION, DU PERSONNEL ET DES PRATIQUES

Le personnel infirmier toujours très sollicité

La démarche qualité incite par exemple à trouver de nouvelles solutions dans le secteur des soins, où les charges salariales globales sont parmi les plus élevées. Le personnel infirmier est en effet le plus important en nombre à l'Hôpital orthopédique, comme dans la plupart des autres établissements hospitaliers – il représente au CHUV 60% des employés. Une meilleure organisation des effectifs internes permet notamment de renoncer aux agences intérimaires, et ainsi de réduire les coûts. Responsable des soins infirmiers depuis 2002, Jose Iglesias obtient des résultats salués par l'institution. Car l'activité des soins ne cesse de progresser en nombre et en complexité : au vieillissement de la population et aux pathologies associées s'ajoute l'augmentation des transferts de patients en provenance du CHUV⁶⁸³.

Par ailleurs, une nouvelle loi cantonale sur le personnel, entrée en vigueur début 2003, apporte aux collaborateurs de l'Hôpital orthopédique des avantages aux niveaux humain et financier : ils obtiennent cinq semaines de vacances annuelles, une heure de travail hebdomadaire de moins, et la compensation de 20% en temps pour l'activité de nuit. En contrepartie, une déduction mensuelle de 0,7% est effectuée sur les salaires pour la prévoyance professionnelle (2^e pilier), et le bloc opératoire est fermé l'été durant deux semaines. Une politique plus moderne de formation s'instaure également, permettant aux employés de bénéficier d'une formation continue plus régulière. L'absentéisme et le taux de rotation du personnel s'en trouvent réduits : de 24,5% en 2001, ce taux tombe à 14,9% en 2003 pour le personnel fixe. Cette même année 2003, l'ensemble du personnel de l'Hôpital orthopédique totalise 235 équivalents plein-temps, pour 225 l'année précédente⁶⁸⁴.

La formation paramédicale et les HES

La période est également marquée par la réforme des études prégraduées et postgraduées faisant suite aux accords dits de Bologne, qui instaurent un système fondé sur deux cursus se terminant par un diplôme de bachelor et un de master.

⁶⁷⁹
Rapport CRO 2002 ;
« Introduction : Mot de la
direction (Pierre-François
Leyvraz/Inka Moritz) », *Rapport HO 2006*, 3 ; Entretien
avec Pierre-François Leyvraz.

⁶⁸⁰
« Message du président
(Jean-Noël Jaton) », *Rapport
HO 2002*, 2 ; « Zoom sur le
département de recherche
en orthopédie (Dominique
Pioletti/Alain Farron) », *Rapport HO 2004*, 16-17 ;
« Introduction : Mot de la
direction (Pierre-François
Leyvraz/Inka Moritz) », *Rapport HO 2006*, 3.

⁶⁸¹
« Unité d'orthopédie et
de traumatologie du
sport (Gérald Gremion) », *Rapport HO 2004*, 5.

⁶⁸²
« Message de la direction
(Pierre-François Leyvraz/
Marc-Alain Genillard) », *Rapport HO 2003*, 4-5.

⁶⁸³
« Le service des soins infirmiers
en 2002 (Jose Iglesias) », *Rapport HO 2002*, 10-11.

⁶⁸⁴
« Message de la direction
(Pierre-François Leyvraz/
Marc-Alain Genillard) », *Rapport HO 2003*, 5.



Fig. 83
La prothèse totale du
genou First est conçue
en 2006 par l'Hôpital
orthopédique et
la Société Symbios.

Signés par la Suisse en 1999, ces accords visent à assurer la reconnaissance des diplômes au niveau européen au sein des hautes écoles que sont les universités, les écoles polytechniques et les hautes écoles spécialisées (HES). Ces dernières offrent notamment la formation aux professions paramédicales actives au sein de l'Hôpital orthopédique, telles que les infirmières, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les techniciens en radiologie.

En tant que lieu de stage pour ces futurs professionnels de la santé, l'Hôpital orthopédique s'implique fortement dans la réorganisation de la formation pratique, laquelle repose désormais entièrement sur le développement de compétences acquises sur les « terrains de stage ». Un nouvel encadrement des étudiants est mis en place, notamment par le suivi assuré par les nouveaux « praticiens formateurs », eux-mêmes formés à l'Hôpital orthopédique⁶⁸⁵.

Pour la physiothérapie, par exemple, Brigitte Broulis relève que l'enseignement s'intensifie avec une formation hebdomadaire des jeunes physiothérapeutes à l'Hôpital orthopédique, ainsi qu'avec des formations à l'extérieur, notamment dans le cadre de congrès. La réforme de Bologne implique aussi des exigences plus élevées au niveau de la recherche. Brigitte Broulis explique que si certains physiothérapeutes participaient autrefois à des recherches dites « médicales », les HES exigent que des projets soient désormais réalisés en physiothérapie, à l'intérieur même du service.

Deux grands projets du FNS sont ainsi lancés dès 2006 : l'un porte sur les effets du drainage lymphatique dans la guérison des patients porteurs d'une prothèse du genou, tandis que l'autre vise à mettre en place un contrat de partenariat entre le patient et le physiothérapeute qui permette d'améliorer la satisfaction du patient par la négociation de son traitement. La supervision de la Dre Brigitte Jolles-Haerberli, chirurgienne orthopédiste au bénéfice d'une formation d'ingénieure en microtechnique, est capitale pour ces premiers grands projets de recherche⁶⁸⁶.

Du côté de l'ergothérapie est également mise en place une formation de six mois en appareillage, destinée aux nouveaux collaborateurs du service, avec supervision des aînés, évaluation et certification. De nombreux ergothérapeutes installés bénéficieront de cette certification inédite⁶⁸⁷.

La formation des médecins

Au niveau de l'enseignement de l'orthopédie et de la traumatologie, le professeur responsable, Alain Farron, s'occupe de la délégation des médecins de son service chargés de dispenser les cours. Dans l'organisation du cursus des étudiants, la formation prégraduée suit les directives imposées par l'Université de Lausanne, et c'est surtout dans la formation postgraduée, qui mène à la profession de spécialiste en orthopédie, que la marge de manœuvre est la plus importante. Par le biais d'Alain Farron, l'Hôpital orthopédique s'investit dans la mise en place d'une formation cohérente et participative avec d'autres établissements du canton.

Ainsi, le canton de Vaud, en collaboration avec le Valais, peut se vanter de posséder un réseau structuré d'établissements pour la formation en orthopédie-traumatologie, qui fonctionne depuis 2014. Alain Farron explique :

LE CHUV ET LE SERVICE OTR SONT RECONNUS COMME CENTRES DE FORMATION UNIVERSITAIRE (CENTRES DE TYPE A SELON L'INSTITUT SUISSE POUR LA FORMATION MÉDICALE), OÙ DOIT PASSER CHAQUE SPÉCIALISTE. DANS LES PLUS PETITS HÔPITAUX (CENTRES DE TYPE B ET C), LA FORMATION EST SOUVENT COURTE, LIMITÉE PARFOIS À UNE ANNÉE. AINSI, LES MÉDECINS FONT UN TOURNUS ENTRE LE CHUV, OÙ ILS ENTRENT COMME MÉDECINS ASSISTANTS POUR TROIS ANNÉES, ET LES HÔPITAUX EN PÉRIPHÉRIE (À MORGES, YVERDON, DANS LE CHABLAIS, À PAYERNE, NYON ET SION), OÙ ILS DEVIENNENT CHEFS DE CLINIQUE, PUIS ILS REVIENNENT AU CHUV

⁶⁸⁵ « Formation HES », Rapport HO 2006, 21.

⁶⁸⁶ Entretien avec Brigitte Broulis.

⁶⁸⁷ Entretien avec Bernard Cavin.

QUELQUES ANNÉES COMME CHEFS DE CLINIQUE. LA FORMATION COMPLÈTE EST

DE SIX À HUIT ANNÉES⁶⁸⁸.

Cette structure permet non seulement d'assurer à chaque médecin une formation équivalente, mais également de réguler la formation des orthopédistes. « On peut contrôler combien d'orthopédistes sont formés chaque année dans le réseau, à savoir six par an à l'heure actuelle », précise Alain Farron. Celui-ci émet le souhait que ce système, qui a fait ses preuves dans le canton de Vaud, s'étende à toute la Suisse romande, voire à l'ensemble du pays, où la formation est pour l'instant très libre. Il y aurait aussi avantage à généraliser ce mode de fonctionnement et de régulation à toutes les spécialités médicales. Car à l'heure actuelle, chaque hôpital peut décider de former des médecins, d'en limiter le nombre, sans prendre en considération l'ensemble des effectifs de spécialistes à disposition. Or des structures de contrôle permettent d'éviter cet écueil, selon Alain Farron, qui précise :

IL Y A TOUT INTÉRÊT À CE QUE CE CONTRÔLE SOIT MIS EN PLACE PAR LES MÉDECINS DIRECTEMENT, COMME ON LE FAIT ACTUELLEMENT DANS LE CANTON DE VAUD, PLUTÔT QUE CE SOIT L'ÉTAT QUI FINISSE PAR IMPOSER DES QUOTAS.

Ce dernier système prévaut notamment en France, où les postes de médecin et leur localisation sont décidés par le gouvernement. En Suisse, le Conseil fédéral laisse une grande liberté pour l'engagement des praticiens et, récemment, seuls des examens en cours de formation sont obligatoires. Cet aspect de la formation médicale reste donc un enjeu majeur pour le système de santé, comme le souligne Alain Farron :

LES MÉDECINS DOIVENT AVANT TOUT RÉPONDRE À UN BESOIN DE SANTÉ PUBLIQUE.

Or la santé publique et donc la médecine sont tout aussi tributaires de la conjoncture économique.

Le virage ambulatoire

Dans le système de santé tel qu'il est conçu depuis près de trois décennies, la prise en charge ambulatoire s'est fortement accentuée. Le chef du service OTR, Alain Farron, illustre ainsi cette évolution de la prise en charge :

IL Y A VINGT-CINQ ANS ET PLUS, LES PATIENTS JEUNES RESTAIENT TROIS À QUATRE SEMAINES À L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE APRÈS UNE INTERVENTION CHIRURGICALE. ACTUELLEMENT, LES PATIENTS ARRIVENT LE MATIN, SONT OPÉRÉS LE

Les nombreux séjours hospitaliers de Michèle Bodmer effectués sur vingt-deux ans font d'elle un témoin privilégié de cette évolution : en 1994, son opération du genou lui a valu presque un mois et demi à l'Hôpital orthopédique, la méthode postopératoire consistant notamment à rester couchée pendant deux jours sans bouger. « À présent, relate l'ancienne patiente, pour un genou opéré, on nous lève après vingt-quatre heures, et on reste hospitalisé jusqu'à quatre jours maximum. »⁶⁸⁹

Si l'efficacité des innovations médico-techniques permet une telle évolution, la volonté de raccourcir au maximum la durée des hospitalisations répond surtout à de nouvelles mesures d'économies. Ainsi, en 2002, le canton de Vaud devient la première région européenne à inaugurer le système de rémunération des séjours hospitaliers basé entièrement sur les prestations (financement par cas), et non plus sur une enveloppe budgétaire globale comme autrefois. Ce mode de facturation dit en AP-DRG (pour *all patient-diagnosis related groups*, ou en France « groupes homogènes de malades ») se calque sur un modèle de financement américain.

JOUR MÊME, PASSENT LA NUIT À L'HÔPITAL ET REPARTENT LE LENDEMAIN. C'EST RÉGLÉ EN VINGT-QUATRE HEURES.

⁶⁸⁸ Sans autre mention, les citations qui suivent proviennent de l'entretien avec Alain Farron.
⁶⁸⁹ Entretien avec Michèle Bodmer.

Ce procédé sera repris, sous une forme du modèle DRG adaptée de l'Allemagne, à l'article 49 de la nouvelle LAMal entrée en vigueur en 2012 : tous les hôpitaux suisses seront alors soumis à ce système des forfaits par cas⁶⁹⁰. Alain Farron explique ainsi ce nouveau procédé de facturation :

AUTREFOIS, LA SOMME D'ARGENT VERSÉE PAR PATIENT CORRESPONDAIT PRINCIPALEMENT AU NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION, ET PLUS LE PATIENT RESTAIT LONGTEMPS, PLUS L'HÔPITAL RECEVAIT D'ARGENT. AVEC LE FORFAIT

La responsabilité financière de la prise en charge incombe désormais principalement aux hôpitaux et aux médecins, ces derniers étant incités par les mécanismes de financement à raccourcir la durée des hospitalisations.

Ce principe vient renforcer le « virage ambulatoire » devenu un enjeu majeur des dernières décennies. Certes, les pratiques diffèrent entre pays : en 1997, les États-Unis, le Canada, le Danemark et la Nouvelle-Zélande ont un taux moyen d'intervention (calculé sur 18 opérations « traceuses ») en ambulatoire de plus de 70%, avec un maximum pour les États-Unis (94%), alors que l'Espagne, l'Italie et la France atteignent un taux moyen de moins de 40%, le Portugal détenant l'indice le plus bas avec 9%. En Suisse, en 2013, les prestations ambulatoires en milieu hospitalier représentent 43% des dépenses de l'assurance obligatoire des soins pour les hôpitaux, contre 57% pour les prestations stationnaires (hospitalisations). Mais la tendance est amenée à s'inverser, la prise en charge ambulatoire se développant plus rapidement que l'activité stationnaire, cela dans un but clairement défini par les pouvoirs publics : « Le développement de l'ambulatoire hospitalier est en général perçu comme positif, car réputé moins cher tout en apportant un supplément de qualité et de confort aux patients », résume une étude de l'Observatoire suisse de la santé parue en 2015⁶⁹².

L'argument doit toutefois être nuancé selon le type d'interventions et de patients. Le médecin-chef Alain Farron explique :

À L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE, CE VIRAGE RESTE RAISONNABLE, CAR CERTAINS CHIRURGIENS REFUSENT L'AMBULATOIRE. MAIS DANS D'AUTRES ENDROITS, ET NOTAMMENT À L'ÉTRANGER, LA PRESSION EST TRÈS FORTE. ON PREND BEAUCOUP DE RISQUES. IL Y A DES COMPLICATIONS POSTCHIRURGICALES QUI NE SONT PAS TOUJOURS DÉTECTÉES IMMÉDIATEMENT, NOTAMMENT AVEC LES PATIENTS ÂGÉS. ILS DOIVENT PARFOIS REVENIR À L'HÔPITAL⁶⁹³.

En tant que patiente, Michèle Bodmer conçoit que les coûts de la santé exigent une telle prise en charge, mais elle estime aussi qu'il y a le revers de la médaille :

IL ARRIVE QUE LES GENS RENTRENT À LA MAISON ET FASSENT DES BÊTISES. ILS RETOMBENT ET DOIVENT À NOUVEAU ÊTRE HOSPITALISÉS, POUR PLUSIEURS SEMAINES CETTE FOIS-CI⁶⁹⁴ ...

Entre-temps est aussi entré en vigueur, au début 2004, le nouveau système de facturation TarMed (tarification médicale suisse), qui vise à unifier la rémunération des prestations ambulatoires en cabinet médical et dans le domaine hospitalier. Ce tarif uniforme, qui n'obtient pas l'approbation générale des praticiens, fait l'objet d'après discussions en vue de sa révision⁶⁹⁵.

Un autre concept qui prend de l'ampleur au sein de la médecine moderne, l'*evidence-based medicine* (EBM), fait son entrée à l'Hôpital orthopédique, qui se dote en 2006 d'une Unité EBM. Innovante pour l'époque et réalisée sous la res-

⁶⁹⁰
« Message de la direction (Pierre-François Leyvraz/Pascal Rubin) », *Rapport HO 2000, 3 ; Swissdrg : Groupes diagnostics (DRG)*.

⁶⁹¹
Entretien avec Alain Farron.

⁶⁹²
ROTH/PELLEGRINI (2015 : 3 et 11-12).

⁶⁹³
Entretien avec Alain Farron.

⁶⁹⁴
Entretien avec Michèle Bodmer.

⁶⁹⁵
« TARMED » (2014).

ponsabilité de la Dre Brigitte Jolles-Haeberli, la mise en place de ce système de signalement vise à augmenter l'efficacité de la prise en charge des patients, assurée par une application des meilleurs traitements signalés dans la littérature spécialisée, un suivi étroit des indicateurs ainsi qu'un repérage rapide des traitements inadéquats ou des effets secondaires inattendus. Concrètement, cela implique que les chirurgiens et le personnel infirmier du service OTR doivent signaler les complications identifiées qui sont enregistrées selon des critères prédéfinis et font l'objet chaque trimestre lors de réunions ad hoc d'une communication, puis sont présentées lors d'un colloque du service. L'objectif est d'améliorer la circulation de l'information et de réfléchir sur les moyens appropriés pour optimiser les pratiques⁶⁹⁶.

Quelques traitements

Parmi les traitements proposés au début des années 2000 figure la prise en charge préopératoire des enfants avec tumeur osseuse, initiée par Jean-Jacques Livio et poursuivie par Pierre-François Leyvraz. « Heureusement, les cas n'étaient pas nombreux, mais il y en avait toujours en moyenne cinq ou six par année », relève Bernard Cavin. Il s'agit alors surtout d'un accompagnement psychologique, qui consiste à prendre contact avec la famille élargie – l'enfant et ses parents, mais aussi ses frères et sœurs –, pour fournir l'information la plus complète en insistant sur le passage de la prothèse provisoire à la prothèse définitive. Bernard Cavin se souvient :

ON LEUR DEMANDAIT S'ILS SOUHAITAIENT VOIR COMMENT ÉTAIT LA PROTHÈSE. PARFOIS, L'ENFANT QUI ALLAIT ÊTRE OPÉRÉ REFUSAIT, MAIS LES FRÈRES ET SŒURS VOULAIENT LA VOIR ! C'ÉTAIT VRAIMENT UNE PRISE EN CHARGE DE LA

À la même époque, un nouvel appareil pour le traitement des luxations de la hanche est proposé à l'Hôpital orthopédique. Il est développé en ergothérapie sous la supervision de Bernard Cavin et Pierre-Yves Zambelli, lequel est alors médecin adjoint en orthopédie pédiatrique. Bernard Cavin précise :

ON EST PARTI D'UN MODÈLE D'UNE BRÈVE PUBLICATION PARUE AUX ÉTATS-UNIS QU'AVAIT TROUVÉE LE PROFESSEUR ZABELLI, ET À PARTIR DE LÀ ON A PRIS TOUT CE QUI ÉTAIT BON DANS TOUTES LES AUTRES TECHNIQUES EXISTANTES. ON LES

Concernant les traitements opératoires, ce sont 2'790 interventions qui sont pratiquées en 2007 (contre 2'047 en 1997). Ces interventions se répartissent entre l'épaule (15,5%), le coude (0,4%), les segments osseux du membre supérieur (1,4%) et du membre inférieur (17%), le rachis (8%), la hanche (13,4%), le genou (14,4%), le pied (26,5%), et les parties molles telles que nerfs, peau, fascias, tendons (3,4%)⁶⁹⁸.

Les enfants quittent l'Hôpital orthopédique

En 2006, l'Hôpital orthopédique vit un changement significatif qui rompt avec la mission initiale de l'institution. En effet, l'activité de l'orthopédie infantile a progressivement diminué au point que seuls cinq lits lui sont encore réservés en 2006. « Le maintien d'une structure infantile dans un secteur dévolu à l'adulte ne se justifiait plus réellement », mentionne le rapport annuel de l'établissement. Il est dès lors décidé d'intégrer les activités pédiatriques de l'Hôpital orthopédique au Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV.

C'est ainsi qu'est créée en 2006 l'Unité pédiatrique de chirurgie orthopédique et traumatologique (UPCOT), située sur le site de l'Hôpital de l'enfance. Pierre-Yves Zambelli est nommé médecin-chef de l'UPCOT et médecin adjoint auprès du service OTR⁶⁹⁹, tandis que Michel Dutoit, devenu entre-temps médecin-chef de l'unité pédiatrique de l'Hôpital orthopédique,

⁶⁹⁶
« Evidence-based medicine », *Rapport HO 2006, 23* ; Entretien avec Inka Moritz.

⁶⁹⁷
Entretien avec Bernard Cavin.

⁶⁹⁸
« Gestes chirurgicaux à l'Hôpital orthopédique en 1997 », *Rapport HO 1997, 7* ; « Interventions chirurgicales en 2007 », *Rapport HO 2007, 10-11*.

⁶⁹⁹
« L'orthopédie infantile rejoint l'Hôpital de l'enfance », *Rapport HO 2006, 16*.

Fig. 84
Orthèse récente réalisée
en ergothérapie et
employée pour l'Hôpital
orthopédique:
attelle pour pied-bot.



Fig. 85
Culotte d'abduction pour
dysplasie de la hanche.



Fig. 86
Coque dynamique
de dernière génération.



devient médecin adjoint à l'UPCOT. Un lien logique entre les deux services est ainsi maintenu, en même temps que les activités pédiatriques sont désormais toutes rattachées au département du CHUV concerné.

Michel Dutoit relève que c'est alors la tendance en Suisse de rattacher l'orthopédie pédiatrique aux services de pédiatrie, car on estime que « l'enfant n'est pas un petit adulte ». En revanche, si l'orthopédie pédiatrique a longtemps résisté à la sous-spécialisation, la situation change dans le nouveau millénaire. En 2002–2003, les pathologies du rachis et du pied sont traitées dans deux services séparés de l'orthopédie pédiatrique à Lausanne. Ce n'est pas le cas partout, précise Michel Dutoit : en Australie ou en Afrique du Sud, par exemple, « il y en a qui font le pied ou le rachis sur les patients de 7 à 77 ans »⁷⁰⁰.

Dans un contexte économique et un marché médical toujours très tendus, les nouveautés et remaniements, acceptés bon gré mal gré, sont nombreux au sein de l'Hôpital orthopédique. À la même période, l'institution s'apprête à vivre une transformation radicale, qui va redessiner les contours de son histoire : l'Hôpital orthopédique vit ses dernières années en tant qu'établissement privé.

LA CRÉATION DU DÉPARTEMENT DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (DAL)

Aux origines du DAL

Le conseil de l'Hôpital orthopédique et Pierre-François Leyvraz étudient, en collaboration avec le CHUV, une nouvelle organisation de prise en charge des patients souffrant d'affections de l'appareil locomoteur. En 2005 est officiellement lancé le projet « Move! » accepté par l'Association de l'Hôpital orthopédique, la direction du CHUV et le décanat de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne. Ce vaste projet participatif consiste à réunir les activités de l'Hôpital orthopédique et celles des différentes unités du CHUV concernées par l'appareil locomoteur en un seul département, le Département de l'appareil locomoteur (DAL).

Le but est de créer un centre d'expertise médico-chirurgicale centré sur les patients souffrant d'une affection de cette partie du corps, comme l'explique le président de l'Hôpital orthopédique, Jean-Noël Jaton, dès le rapport annuel de 2005 :

AFIN QUE LES PATIENTS SOIENT IMMÉDIATEMENT BIEN ORIENTÉS ET SUIVIS,

L'IDÉE CONSISTE, EN RÉSUMÉ, À REGROUPER AU SEIN D'UNE MÊME UNITÉ LES ACTI-

VITÉS D'ORTHOPÉDIE, DE TRAUMATOLOGIE, DE RHUMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE

PLASTIQUE ET RECONSTRUCTIVE⁷⁰¹.

Il est ainsi prévu que le DAL regroupe les compétences de trois services, au sens médical et universitaire du terme : le service OTR, celui de rhumatologie et rééducation, ainsi que le service de chirurgie plastique et reconstructive, lequel collabore étroitement avec la traumatologie (pour les fractures ouvertes en particulier). La direction de ces trois services est assumée respectivement par les professeurs Pierre-François Leyvraz, Alexander So et Daniel Egloff⁷⁰².

Cette volonté de réformer les structures hospitalières répond à une tendance internationale de créer des structures de type « filières de patients », un redécoupage qui contraste avec la conception classique fondée sur la formation médicale. Des projets similaires existent déjà ailleurs : par exemple, la réorganisation du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Montréal a abouti à 13 « programmes clientèle », notamment celui du « locomoteur » ; ou encore le CHU de Nantes a défini les contours de son organisation selon plusieurs « logiques », telles que la « logique-organes », avec notamment un pôle neurosciences, un pôle tête et cou, un pôle ostéo-articulaire, un pôle digestif et un institut du thorax.

Pour le CHUV, la création du DAL est une opération pilote, qui doit permettre à la direction générale de confirmer ses intentions avant de procéder à d'autres modifications de structures dans l'établissement. Un département tel que le DAL est perçu comme « un pas de plus par rapport aux “plates-formes”, “pôles” et autres formes de collaboration en réseau que nous

⁷⁰⁰ Entretien avec Michel Dutoit.

⁷⁰¹ « Mot du président : Un monde en perpétuelle mutation (Jean-Noël Jaton) », *Rapport HO 2005*, 2.

⁷⁰² « Histoire : Itinéraire de l'HOSR », *Rapport HO 2007*, 12 ; CHUV (site internet), *Service OTR* ; Entretien avec Inka Moritz.

connaissions déjà au CHUV, qui sont plus légères, moins contraignantes, et parfois précisément moins efficaces », estiment les responsables du projet « Move! »⁷⁰³.

Si Pierre-François Leyvraz est la tête pensante du projet « Move! » Inka Moritz en est la cheffe d'orchestre. Engagée en 2005 comme directrice à la suite de Pascal Rubin puis de Marc-Alain Genillard, elle assume le double rôle consistant à diriger l'Hôpital orthopédique et à mener à bien le projet de rapprochement avec le CHUV. Sa formation initiale de physiothérapeute lui a fait connaître l'Hôpital orthopédique d'un autre point de vue – puisque la plupart des physiothérapeutes du canton sont passés par l'établissement –, avant une formation universitaire ainsi que des postes à responsabilité et de management, qui l'ont amenée à être directrice administratrice adjointe dans un autre département du CHUV⁷⁰⁴. Brigitte Broulis relève que, dans un milieu où, au niveau médical, les chirurgiens sont presque exclusivement masculins, Inka Moritz a amené un élément féminin qui manquait au niveau des cadres de la direction. De par son parcours, elle offre une qualité d'écoute très importante pour le personnel actif sur le terrain⁷⁰⁵. C'est donc en connaissance de cause qu'Inka Moritz perçoit les enjeux du rapprochement entre l'Hôpital orthopédique et le CHUV.

Selon elle, la réflexion ayant mené à la création du DAL a au moins deux origines. La première est la vision médicale du projet initié par Pierre-François Leyvraz, qui souhaite « créer une organisation intégrée autour de l'appareil locomoteur ». La seconde est le contexte marqué par les nombreux rapprochements entre hôpitaux depuis le milieu des années 1990, encouragés par la planification sanitaire des NOPS, mentionnée au chapitre précédent. Inka Moritz relève qu'en une vingtaine d'années, la plupart des rapprochements ont été effectués sans qu'il y ait eu besoin d'interventions politiques majeures. Mais la situation inverse n'est plus impossible dans le contexte ambiant du nouveau millénaire, comme l'explique l'ancienne directrice :

CAR LE PETIT HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE QUI ÉTAIT À CÔTÉ DU CHUV ET DÉJÀ

AFFILIÉ À CELUI-CI [PAR LE SERVICE OTR], IMPLIQUANT DE SURCROÎT QUE SES

BUDGETS ÉTAIENT NÉGOCIÉS À TRAVERS LE CHUV, N'ÉTAIT PAS À L'ABRI D'UNE

DÉCISION AUTORITAIRE SELON LES CHANGEMENTS QUI POUVAIENT SURVENIR

D'où la logique de rapprochement entre les deux institutions, qui vise en quelque sorte à préserver l'établissement, comme le résume Inka Moritz :

AU CONSEIL D'ÉTAT OU AU GRAND CONSEIL.

IL FALLAIT ÉVITER QUE LES POLITIQUES DÉCIDENT SUBITEMENT D'EXPÉ-

DIER L'ORTHOPÉDIE QUELQUE PART AU CHUV, ET D'UTILISER LE BÂTIMENT

DE L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE POUR AUTRE CHOSE. EN TERMES DE SÉCURITÉ,

CELA METTAIT L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE À L'ABRI SUR LE PLAN FINANCIER,

POUR NE PAS DÉPOSER LE BILAN⁷⁰⁶.

Le président de l'Hôpital orthopédique, Jean-Noël Jaton, confirme ce point de vue :

CELA AVAIT DU SENS, CAR L'INDÉPENDANCE JURIDIQUE DE L'HÔPITAL ORTHOPÉ-

DIQUE ÉTAIT À LA MERCI DE L'ÉTAT ET DU CHUV, QUI ÉTAIENT LES PRINCIPAUX

FINANCEURS.

Or si la situation antérieure était tenable durant de longues années, l'avocat a perçu des tensions grandissantes et des pressions financières. « À un moment donné, il y a eu une crise de liquidités : on a craint de ne pas pouvoir payer les salaires », se rappelle Jean-Noël Jaton⁷⁰⁷.

⁷⁰³ Archives HO, Carton « MOVE! 1 », Dossier « Formalisation du projet », MORITZ (2006).

⁷⁰⁴ Entretien avec Inka Moritz.

⁷⁰⁵ Entretien avec Brigitte Broulis.

⁷⁰⁶ Entretien avec Inka Moritz.

⁷⁰⁷ Entretien avec Jean-Noël Jaton.

Afin d'organiser la transition vers le DAL, il est donc décidé de mettre en place un comité de pilotage du projet « Move! » constitué notamment des chefs de service concernés, ainsi qu'un bureau du projet. Ce dernier regroupe Inka Moritz, directrice de l'Hôpital orthopédique, Anne-Marie Barrès, ancienne responsable de la démarche qualité qui avait mené à bien les certifications de 2003, Charles Vogel, chef du service de gestion administrative des patients (GAP), qui avait vécu l'expérience de l'intégration de l'Hôpital de l'enfance au CHUV en 2004, ainsi que Stéphan Studer, engagé comme coordinateur du projet⁷⁰⁸.

Du projet « Move! » au DAL

Les résistances au projet « Move! » sont nombreuses. Inka Moritz explique en effet :

LES SERVICES DU CHUV N'ÉTAIENT PAS FORCÉMENT D'ACCORD DE SE RAPPROCHER DE L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE POUR CRÉER UN NOUVEAU DÉPARTEMENT. ET CONCERNANT LES COLLABORATEURS DE L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE, IL S'AGISSAIT DE LEUR DONNER UNE VISION ENTHOUSIASMANTE DU PROJET ET QU'ILS N'AIENT PAS L'IMPRESSION DE DEVOIR S'ALIGNER SUR LES PRÉROGATIVES DU CHUV.

Aussi s'agit-il d'un projet participatif impliquant près de 220 personnes de différentes professions, qui forment 70 groupes de travail. Sur le projet lui-même, qui a duré un an et demi, Inka Moritz estime que ce fut une réussite :

ON PEUT AVOIR DES AVIS CONTRASTÉS SUR LE RÉSULTAT, MAIS EN TANT QUE PROCESSUS, C'ÉTAIT UN BON TRAVAIL D'ÉQUIPE; ON A ATTEINT LES OBJECTIFS ET ON A TENU LES DÉLAIS⁷⁰⁹.

C'est ainsi qu'en juin 2007 a lieu la signature d'une convention entre l'Hôpital orthopédique et l'État de Vaud-CHUV en vue de la création du DAL, lequel est inauguré en janvier de l'année suivante. Avec ce rapprochement, qui s'inscrit dans la continuité de 1978 – année de la signature de la première convention pour la création du service OTR –, l'Hôpital orthopédique perd son statut d'institution indépendante. Tandis que la fondation se maintient, ayant pour fonction de gérer la fortune de l'Hôpital orthopédique, l'association est amenée à disparaître, confiant l'exploitation de l'institution au CHUV⁷¹⁰.

Dès 2008, Pierre-François Leyvraz devient chef du DAL, et est aussi nommé directeur général du CHUV en remplacement de Bernard Decrauzat – lui-même ancien directeur administratif de l'Hôpital orthopédique. Inka Moritz devient quant à elle directrice administrative du DAL – et sera nommée par la suite secrétaire générale du CHUV. Une « filière orthopédique » semble ainsi s'être instituée entre les deux institutions. Remplaçant Pierre-François Leyvraz, Alain Farron est nommé chef du service OTR et professeur ordinaire d'orthopédie et de traumatologie⁷¹¹.

À sa création, le DAL compte près de 550 collaborateurs et dispose d'un budget d'environ 55 millions de francs. Il est alors l'un des 11 départements cliniques et médico-techniques du CHUV et, comme certains d'entre eux, il est médico-chirurgical, ce qui signifie que certains médecins y opèrent et d'autres pas. La particularité du DAL est qu'il réunit tous les protagonistes qui s'occupent d'un même type de patients et de pathologies, créant ainsi « une grande porte d'entrée unique où le patient est vu par le bon spécialiste au bon moment », explique Inka Moritz⁷¹².

Le CHUV reprend ainsi l'exploitation des activités de l'Hôpital orthopédique avec l'avantage que cette intégration n'a pas lieu en terre

⁷⁰⁸ Archives HO, Carton « MOVE! 1 ». Dossier « Formalisation du projet », MORITZ (2006); Entretien avec Inka Moritz.

⁷⁰⁹ Entretien avec Inka Moritz.

⁷¹⁰ Entretiens avec Inka Moritz et Pierre-François Leyvraz.

⁷¹¹ CHUV (site Internet), Service OTR: nos médecins.

⁷¹² Entretien avec Inka Moritz.

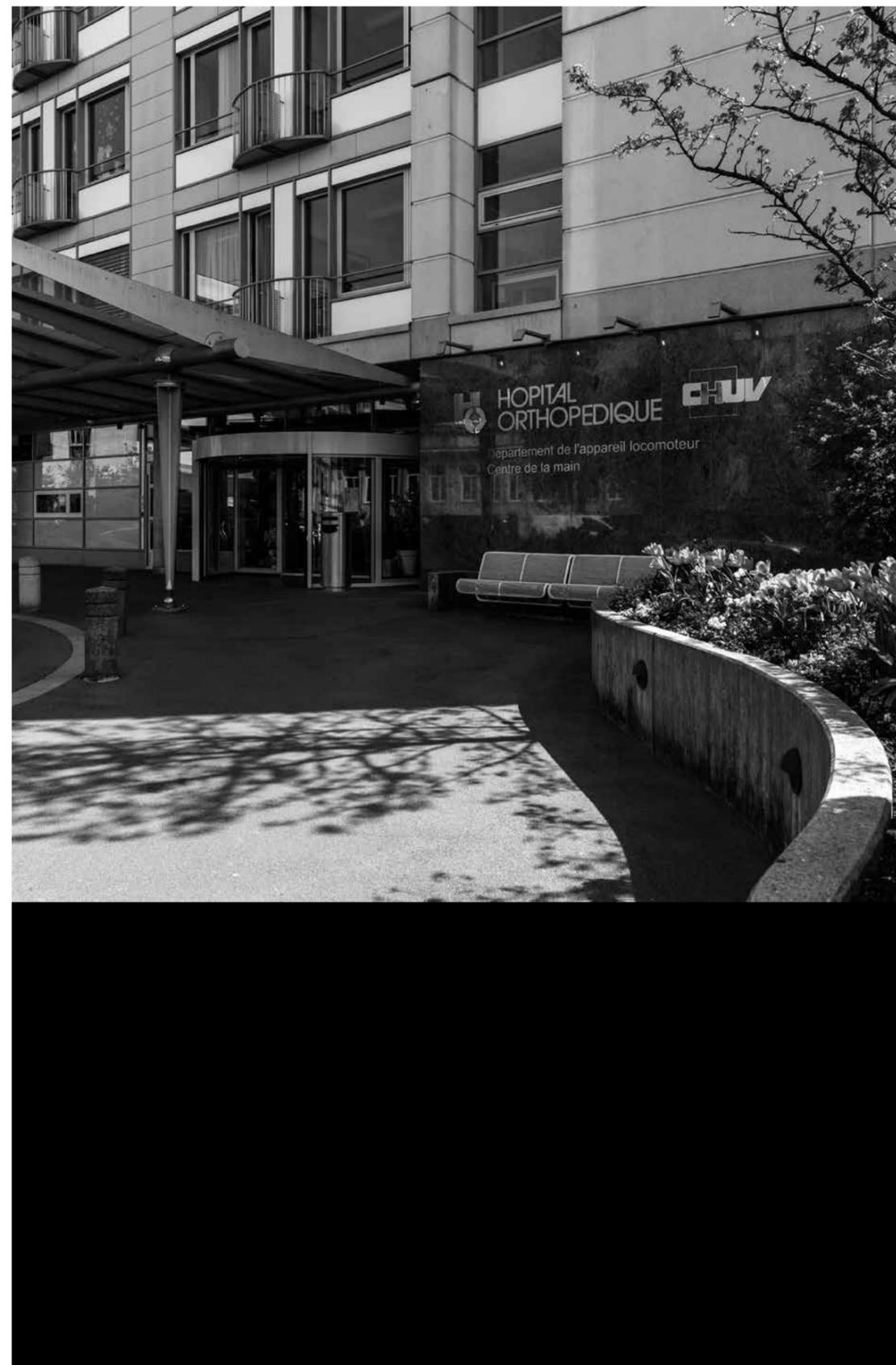


Fig. 87
En 2008, l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande change d'enseigne: il devient l'Hôpital orthopédique rattaché au Département de l'appareil locomoteur du CHUV. Dès 2013, il héberge aussi le nouveau Centre de la main.

inconnue, comme le relève le président Jean-Noël Jatton :

LE CHUV, C'ÉTAIT À LA FOIS LE GRAND FRÈRE, L'ONCLE ET LE PÈRE. C'ÉTAIT QUAND MÊME TOUJOURS UNE RELATION TRÈS ÉTROITE, PROBABLEMENT PAR LA PROXIMITÉ GÉOGRAPHIQUE ET LA COLLABORATION ENTRE LE PERSONNEL DES DEUX INSTITUTIONS AU SEIN DU SERVICE OTR ⁷¹³.

Le CHUV, qui est le plus gros employeur du canton de Vaud, compte dès lors près de 1'460 lits. S'insérer dans une telle structure, même connue de longue date, n'est pas une mince affaire. Après plus d'un siècle de fonctionnement propre, l'Hôpital orthopédique doit à nouveau se soumettre à de nombreuses adaptations.

Premiers pas du DAL ⁷¹⁴

Avec la création du DAL, la gestion des différents secteurs concernés est entièrement revue. Le nombre de lits passe de 100 unités (Hôpital orthopédique) à 160 unités (DAL), et le nombre de collaborateurs n'est pas loin de doubler (de 300 à 500 environ). Pour la directrice administrative du nouveau DAL, Inka Moritz, le champ des responsabilités se restreint et se spécialise :

À L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE, IL FALLAIT GÉRER TOUS LES SERVICES : CAFÉTÉRIA, KIOSQUE, SERVICE TECHNIQUE, LINGERIE, RADIOLOGIE, ETC. CAR, À PART LES BUDGETS DISCUTÉS AU CHUV, BEAUCOUP DE CHOSES ÉTAIENT FAITES À L'INTERNE. AVEC LA CRÉATION DU DAL, LES SERVICES DE L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE

La responsabilité du chef du service OTR est également restreinte, puisque sa deuxième fonction en tant que directeur médical disparaît. Étant intégré dans le DAL, le chef de service n'est plus seul à décider de la gestion budgétaire de son service, qui se discute avec la direction du département. De surcroît, les budgets des autres services associés (soins, physiothérapie, ergothérapie, radiologie, entre autres) relèvent entièrement de la direction du DAL ⁷¹⁵.

Avec le DAL, l'Hôpital orthopédique se décroïsonne en s'ouvrant vers l'extérieur. Mais il perd « l'esprit de famille » qui a prévalu jusqu'à la fin du projet « Move! ». Inka Moritz se souvient :

LA CAFÉTÉRIA, PAR EXEMPLE, A ÉTÉ OUVERTE À TOUT LE MONDE EN 2008 ; BEAUCOUP DE GENS SE PROMENAIENT ET NE DISAIENT PAS BONJOUR !

L'intégration dans le grand CHUV qui compte près de 10'000 employés ne va pas sans une certaine dépersonnalisation des contacts ressentie par le personnel de l'Hôpital orthopédique. S'ajoute également le regret de ne pas avoir pu apporter au CHUV des idées novatrices développées dans l'établissement, comme le relève notamment le président du conseil Jean-Noël Jatton :

BEAUCOUP D'ESPOIRS ONT ÉTÉ MIS DANS LE DAL, BEAUCOUP DE DISCUSSIONS ET DE PRINCIPES POSÉS SUR LE PAPIER, MAIS PASSABLEMENT DE POINTS SONT RESTÉS LETTRE MORTE.

Bernard Decrauzat constate que le sentiment d'appartenance institutionnelle était fortement ancré au sein des collaborateurs de l'Hôpital orthopédique. « Certains ont regretté la transition vers le CHUV qui allait se poursuivre jusqu'au DAL », reconnaît-il. Il résume ainsi l'ambiance de l'époque :

⁷¹³
Entretien avec Jean-Noël Jatton.

⁷¹⁴
Sans autre mention, les citations de ce sous-chapitre proviennent des entretiens avec Brigitte Broulis, Bernard Decrauzat, Alain Farron, Jean-Noël Jatton, Pierre-François Leyvraz, Inka Moritz.

⁷¹⁵
Entretien avec Alain Farron.

LE CHUV ET L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE, C'ÉTAIT L'OGRE ET LE PETIT POUCE.

DIFFICILE DE SAVOIR LAQUELLE DES DEUX INSTITUTIONS RESENTAIT LE PLUS

CETTE IMPRESSION.

Brigitte Broulis estime que, du côté de la physiothérapie, il était justifié de se rapprocher du CHUV, car son service travaillait déjà beaucoup avec la traumatologie et la rhumatologie de l'Hôpital Nestlé. Les mêmes patients étaient parfois pris en charge sur les deux sites. Mais elle a aussi ressenti cette transition comme étant très difficile pour le personnel de l'Hôpital orthopédique :

L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE ÉTAIT UNE SORTE DE BATEAU À L'ÉCART DU CHUV,

ALORS QUE LE CHUV ÉTAIT UN ÉNORME PAQUEBOT. À L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE,

Parmi les nouveautés imposées aux secteurs paramédicaux, l'entrée dans le CHUV implique notamment un bouleversement de la structure hiérarchique entre les professionnels. Ainsi, la physiothérapie et l'ergothérapie, jusqu'alors sur le même niveau que les soins infirmiers, passent sous la supervision de ces derniers par le fait de leur rattachement direct à la direction des soins du CHUV. Cette tendance de l'époque venue du Canada, expérimentée dans de nombreux endroits et abandonnée dans certains, a toujours cours au CHUV ⁷¹⁶.

Pour Pierre-François Leyvraz, la réalisation du DAL s'inscrit dans une action cohérente, qui a commencé par l'intégration de l'orthopédie et de la traumatologie dans un hôpital universitaire via son service OTR, pour aboutir au DAL à la suite de rapprochements successifs. L'actuel directeur général du CHUV témoigne :

ON AVAIT UN AUTRE STATUT, ON FONCTION-

NAIT DIFFÉREMMENT.

IL EST ÉVIDENT QU'AVEC LE DAL JE N'AI PAS LAISSÉ L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE

COMME AVANT. MAIS LE MONDE A CHANGÉ, ET LA GLOBALISATION FAIT QU'IL

N'ÉTAIT PLUS POSSIBLE POUR LA « PETITE MAISON » D'AUGMENTER SON AURA.

La croissance du CHUV motive par ailleurs cette nouvelle orientation.

IL FALLAIT UNE STRUCTURE PLUS FORTE.

QUELQUES RETOMBÉES DU DAL

Le Centre de la main à l'Hôpital orthopédique

Suite à la création du DAL, un nouveau type de patients fait son entrée à l'Hôpital orthopédique dès décembre 2013, avec l'ouverture d'un nouveau Centre de la main. Mandaté par la direction générale du CHUV et le Département de la santé et de l'action sociale, ce service de chirurgie plastique et de la main reprend les urgences de la Clinique de Longeraie, avec laquelle le CHUV collaborait depuis 1995. Ayant fermé sa permanence, la Clinique de Longeraie continue d'héberger les consultations et les activités chirurgicales sur rendez-vous de ses médecins résidents, jusqu'à sa fermeture en 2016.

Avant la création du Centre de la main, les urgences du CHUV ne prenaient en charge que les cas lourds (polytraumatismes) affectant la main. Le nouveau service permet d'optimiser la prise en charge de l'ensemble des pathologies du membre supérieur, puisqu'il accueille tant les urgences que les consultations sur rendez-vous pour toutes les pathologies de la main, du poignet et des nerfs périphériques. Il permet ainsi le regroupement des activités universitaires concernées sur le seul site de l'Hôpital orthopédique. La formation y est particulièrement importante, puisqu'en 2013 l'Office fédéral de la santé publique a reconnu la chirurgie de la main comme une spécialité à part entière.

Conséquemment à la hausse de l'activité générée par le Centre de la main, le site de l'Hôpital orthopédique voit la création de six boxes de consultation, trois boxes destinés aux urgences ainsi qu'une entrée d'ambulance. Plusieurs nouveaux équipements d'imagerie sont aussi rattachés au centre ⁷¹⁷.

⁷¹⁶
Entretien avec Bernard Cavin.

⁷¹⁷
« Ouverture du Centre de la main », Rapport CHUV 2013, 21 et 153 ; Plan stratégique du CHUV 2014–2016.

Nouveaux départements du CHUV

En tant que projet pilote du CHUV, le DAL sert de modèle à d'autres départements développés peu après sa création. C'est ainsi qu'est créé en janvier 2010 le Département des neurosciences cliniques. Sa mise en route est confiée à la même équipe de base qui a conçu le DAL, complétée par d'autres collaborateurs. Inka Moritz, devenue également directrice administrative de ce nouveau département, rappelle :

ON RÉUNISSAIT PLUSIEURS SERVICES CENTRÉS SUR LE PATIENT « NEURO » AVEC
DU MÉDICAL ET DU CHIRURGICAL : NEUROLOGIE, NEUROCHIRURGIE, NEURO-
PSYCHOLOGIE ET NEURORÉADAPTATION.

La création de celui-ci est alors plus simple que celle du DAL, « car on n'y intégrait pas une entité externe au CHUV – comme ce fut le cas avec l'Hôpital orthopédique », concède Inka Moritz.

Le Département d'oncologie suivra en janvier 2013, « un peu plus vaste et intégratif »⁷¹⁸. En janvier 2017 sont également inaugurés le Département cœur-vaisseau et le Département femme-mère-enfant, avec des objectifs exposés par Inka Moritz en ces termes :

CES NOUVEAUX DÉPARTEMENTS DOIVENT FACILITER LA CRÉATION DE CENTRES
ET DE FILIÈRES DE PRISE EN CHARGE EN TANT QUE PARADE À L'HYPERSPÉCIALI-
SATION, EN AMÉLIORANT LA COORDINATION ENTRE LES SPÉCIALISTES⁷¹⁹.

En effet, les défis sont nombreux pour la médecine actuelle et à venir.

⁷¹⁸
Entretien avec Inka Moritz.
⁷¹⁹
« Introduction : Mot de la direction (Pierre-François Leyvraz / Inka Moritz) », *Rapport HO 2006*, 3; Entretien avec Inka Moritz.

L'orthopédie aujourd'hui

DE NOMBREUX DÉFIS À RELEVER

Dans la Suisse des années 2010, les maladies de l'appareil musculo-squelettique – expression qui concurrence désormais celle d'appareil locomoteur – sont la première cause d'hospitalisation (15% du total en 2012, à savoir 149'797 patients). Les poses de prothèses ont fortement augmenté entre 2002 et 2012, avec une progression de 40% pour celles de la hanche et de 115% pour celles du genou⁷²⁰. Par ailleurs, comme c'est le cas depuis plusieurs décennies, la population devient de plus en plus âgée : seuls 18% de la population ont moins de 18 ans en 2009. Cette année-là, l'orthopédiste genevois Pierre Hoffmeyer, président de la SSOT, commente ainsi la situation :

LES BABY-BOOMERS ARRIVENT EN MASSE À L'ÂGE DE L'ARTHROSE ET ILS
ENTENDENT RESTER ACTIFS VOIRE SPORTIFS. SI L'ON REGARDE LES CHIFFRES,
LE NOMBRE DES INTERVENTIONS AUGMENTE EXPONENTIELLEMENT. AUX ÉTATS-

Le président précise qu'une tendance similaire est observée en Suisse : alors qu'en 2000 une étude de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) informe que les listes d'attente n'existent pas dans le pays, ce n'est déjà plus le cas quelques années plus tard.

Aussi, le vieillissement de la population a-t-il un impact sur l'augmentation des interventions orthopédiques. L'Hôpital orthopédique reçoit des patients toujours plus âgés qui, vivant plus longtemps qu'autrefois, subissent les conséquences des traitements effectués. Les reprises des implants deviennent plus fréquentes, comme l'explique Alain Farron, le chef du service OTR :

UNIS, ON CALCULE QU'EN 2015–2020, IL N'Y
AURA PAS ASSEZ D'ORTHOPÉDISTES POUR
METTRE LES PROTHÈSES NÉCESSAIRES⁷²¹.

IL Y A DE PLUS EN PLUS DE PATIENTS QUI ONT DES RÉVISIONS DES IMPLANTS
CHIRURGICAUX CENSÉS DURER TOUTE LA VIE. AVANT, ON EN METTAIT MOINS,
CAR LES PATIENTS VIVAIENT MOINS LONGTEMPS.

Alain Farron confie que des démarches sont entreprises, à l'Hôpital orthopédique et dans les hôpitaux périphériques, afin d'optimiser la prise en charge des « pathologies standards » qui sont en augmentation au sein de la population très âgée :

POUR UNE FRACTURE DU FÉMUR, PAR EXEMPLE, ON N'A PAS BESOIN DE LA DER-
NIÈRE TECHNOLOGIE DE POINTE. CELA DEVRAIT POUVOIR SE FAIRE PARTOUT,
POUR ÉVITER L'ATTENTE DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS TELS
QUE L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE⁷²².

La plupart des orthopédistes estiment que la profession est sous-représentée par rapport à la demande. En 2010, selon la statistique FMH, la Suisse compte 26'651 médecins dont 805 chirurgiens orthopédistes, ce qui représente 3% du

⁷²⁰
OFS (2014).
⁷²¹
Rapport SSOT 2009
(Pierre Hoffmeyer).
⁷²²
Entretien avec Alain Farron.

corps médical du pays. Or le tiers du budget total de la santé (44 milliards de francs) est consacré aux maladies ostéoarticulaires. Pour le président de la SSOT d'alors, Pierre Hoffmeyer, il est impératif que l'orthopédie noue des alliances pour mieux se faire entendre⁷²³.

Plusieurs nouveaux instruments voient le jour pour améliorer la qualité de la pratique orthopédique durant la décennie: notamment un registre national des implants – la Suisse est alors l'un des derniers pays d'Europe à s'en doter –, ou encore une check-list standard d'opérations. On tente aussi d'introduire la recertification des praticiens comme outil d'amélioration de la formation continue. En parallèle, la SSOT – surnommée Swiss orthopaedics en 2013 – se bat sur plusieurs dossiers de la politique sanitaire suisse qui peinent à convaincre les milieux médicaux: sont mentionnés la tarification TarMed, le financement des séjours hospitaliers basé sur les prestations (facturation par APR-DRG), ou encore la «schizophrénie helvétique» du système de formation qui durcit progressivement les exigences du cursus des études médicales en Suisse, tout en important des praticiens formés à l'étranger⁷²⁴.

En 2010, un article cosigné par Pierre-François Leyvraz et son confrère genevois Pierre Hoffmeyer, professeur d'orthopédie et responsable du Département de chirurgie aux HUG, dresse le bilan des dernières années de la profession. Les auteurs rappellent que les techniques de la chirurgie orthopédique en vigueur font appel à des gestes qui nécessitent d'énormes investissements pour les implants, l'instrumentation, l'imagerie et les infrastructures hospitalières: la chirurgie orthopédique «doit être hyperstérile, minimalement invasive, doit laisser de petites cicatrices, ne doit pas faire mal, et ne doit pas entraîner d'absence prolongée»⁷²⁵. Les auteurs relèvent aussi que, dans les années 1940, selon la CNA, pratiquement 100% des fractures du fémur du jeune adulte donnaient lieu à une rente. Or, grâce aux techniques récentes, ce chiffre est devenu inférieur à 5%. L'hyperspécialisation de l'orthopédie et plus précisément la modification progressive du rôle du chirurgien orthopédiste en sont notamment la cause. Ainsi, Pierre Hoffmeyer et Pierre-François Leyvraz définissent la chirurgie orthopédique comme «une spécialité en pleine évolution et en pleine mutation qui se consacre au traitement chirurgical des affections, maladies et traumatismes touchant le système musculo-squelettique».

L'HYPERSPÉCIALISATION EN QUESTION

Arrivé à l'Hôpital orthopédique dans les années 1980, Pierre-François Leyvraz se souvient que l'orthopédie et la traumatologie étaient déjà des disciplines très chirurgicales, mais qu'il y avait encore beaucoup à développer dans le domaine des implants: les prothèses non cimentées étaient par exemple inexistantes. Par ailleurs, la place de l'orthopédie technique était prépondérante. On faisait en effet encore grand usage des traitements conservateurs et des moyens de contention tels que les corsets et les plâtres. Dans les décennies qui ont suivi, Pierre-François Leyvraz dit avoir assisté à «une montée en puissance, permise par la technologie, de la chirurgie aux dépens de l'orthopédie conservatrice». Celle-ci s'est accompagnée de changements fondamentaux dans les prises en charge, avec pour corollaire des durées d'hospitalisation qui ont diminué de manière extraordinaire. Pierre-François Leyvraz le concède:

ACTUELLEMENT, LA PARTIE CONSERVATRICE DEVIENT DE PLUS EN PLUS FAIBLE⁷²⁶.

⁷²³
Rapport SSOT 2009
(Pierre Hoffmeyer);
Rapport SSOT 2010
(Pierre Hoffmeyer).

⁷²⁴
Rapport SSOT 2009
(Pierre Hoffmeyer); Rapport
SSOT 2010 (Pierre Hoffmeyer);
Rapport SSOT 2011–2012
(Christian Gerber);
Rapport SSOT 2012–2013
(Bernhard Christen);
Rapport SSOT/Swiss
orthopaedics 2015–2016
(Alain Farron).

⁷²⁵
HOFFMEYER/LEYVRAZ (2007).

⁷²⁶
Entretien avec
Pierre-François Leyvraz.

Le technicien orthopédiste Pierre Kern regrette le désintérêt des médecins orthopédistes pour l'orthopédie technique, déjà observé par leur faible représentativité au sein de l'APO:

UN MÉDECIN QUI FAIT DE LA RÉÉDUCATION DES AMPUTÉS ET S'OCCUPE D'APPA-

REILLAGE, CE N'EST PAS SPECTACULAIRE. IL PRÉFÈRE DIRE DANS LES CONGRÈS:

L'évolution de la chirurgie orthopédique et son impact sur la spécialisation conduisent les médecins d'hier et d'aujourd'hui à s'interroger sur leur pratique. Dans un article cosigné par Alain Farron et Pierre Hoffmeyer paru en 2012, les auteurs indiquent que la croissance quasi exponentielle des connaissances théoriques et de la complexité technique a conduit au morcellement des disciplines médicales et à l'arrivée de la spécialisation, puis à celle de la sous-spécialisation et finalement à l'hyperspécialisation:

« J'AI OPÉRÉ TANT DE GENOUX OU TANT DE COLONNES. » C'EST BIEN PLUS PRESTIGIEUX⁷²⁷.

ON EN EST ARRIVÉ À DES SERVICES DÉCOUPÉS EN DE MULTIPLES UNITÉS SELON

LA LOCALISATION ANATOMIQUE OU LE TYPE DE PATHOLOGIE.

Or Alain Farron et Pierre Hoffmeyer soulignent que l'influence de l'hyperspécialisation sur la qualité des soins n'est pas clairement connue, ni celle sur la réduction potentielle des coûts de traitement. Dans certaines situations complexes, il arrive qu'un patient doive être pris en charge par trois «orthopédistes spécialisés» au lieu d'un seul «orthopédiste généraliste». Pour exemple est cité le cas d'un patient souffrant de cervico-brachialgies, qui est orienté à la fois vers trois équipes: «épaule-membre supérieur», «hanche» et «genou».

L'hyperspécialisation a aussi des répercussions sur la formation médicale, en particulier au niveau postgradué, car l'acquisition du catalogue des connaissances de base oblige les médecins assistants à effectuer de nombreuses rotations. Il faudra vraisemblablement compter sur un complément de formation en tant que chef de clinique afin d'exercer la pratique chirurgicale, relèvent encore les auteurs, qui craignent que, dans ces conditions, les six années prévues par la FMH ne suffisent pas. Et de conclure par une question ouverte:

AUX VUES DE CERTAINS, UN FREIN À L'HYPERSPÉCIALISATION EFFRÉNÉE SEMBLE

MAINTENANT INDISPENSABLE. SA MISE EN ŒUVRE NÉCESSITERA UNE ACTION

À PLUSIEURS NIVEAUX: VOLONTÉ POLITIQUE, SOUTIEN DES RESPONSABLES DE

FORMATION ET APPUI DE L'ADMINISTRATION. VISION UTOPIQUE DE NOTRE SYS-

TÈME DE SANTÉ⁷²⁸?

⁷²⁷
Entretien avec Pierre Kern.
⁷²⁸
FARRON/HOFFMEYER (2012).

Au début des années 2000, les hôpitaux européens sont soumis à des pressions croissantes qu'exercent sur eux les changements de la population et des pathologies, l'apparition de nouvelles technologies ainsi que les attentes spécifiques de la population et des politiques. L'Hôpital orthopédique n'échappe pas à ce contexte, à l'heure où les pouvoirs publics occupent une place toujours plus grande en matière de financement des hôpitaux. En témoigne son intégration dans le DAL, qui précède d'autres projets d'agrandissement et de reconfiguration des locaux, prévus dans le cadre du Plan stratégique du CHUV 2014–2018.

C'est ainsi qu'à l'Hôpital orthopédique l'Unité pour le traitement des tumeurs est entièrement refaite en septembre 2016, tandis que l'on construit une salle blanche pour la production de vaccins et de traitements d'immunothérapie cellulaire. En janvier 2017, un nouveau bloc opératoire est inauguré, et il est prévu de soumettre au gouvernement vaudois un projet d'agrandissement du bâtiment de l'Hôpital orthopédique⁷²⁹.

« Une modernisation complète des structures et de la gouvernance, une adaptation aux exigences de l'époque », voilà ce qu'évoque pour Jean-Noël Jaton l'Hôpital orthopédique des vingt dernières années⁷⁵⁰ – une appréciation qui pourrait s'appliquer à l'ensemble de son histoire. L'institution aura été le socle et le tremplin de l'orthopédie lausannoise voire suisse romande. Par son esprit pionnier, elle aura été le lieu d'innombrables développements, dont celui du DAL, projet pilote du CHUV. En cela, l'Hôpital orthopédique aura porté à travers trois siècles la discipline orthopédique, pour qu'elle s'impose et se maintienne sur le devant de la scène médicale suisse et internationale.

⁷²⁹
Plan stratégique
du CHUV 2014–2016.

⁷⁵⁰
Entretien avec Jean-Noël Jaton.

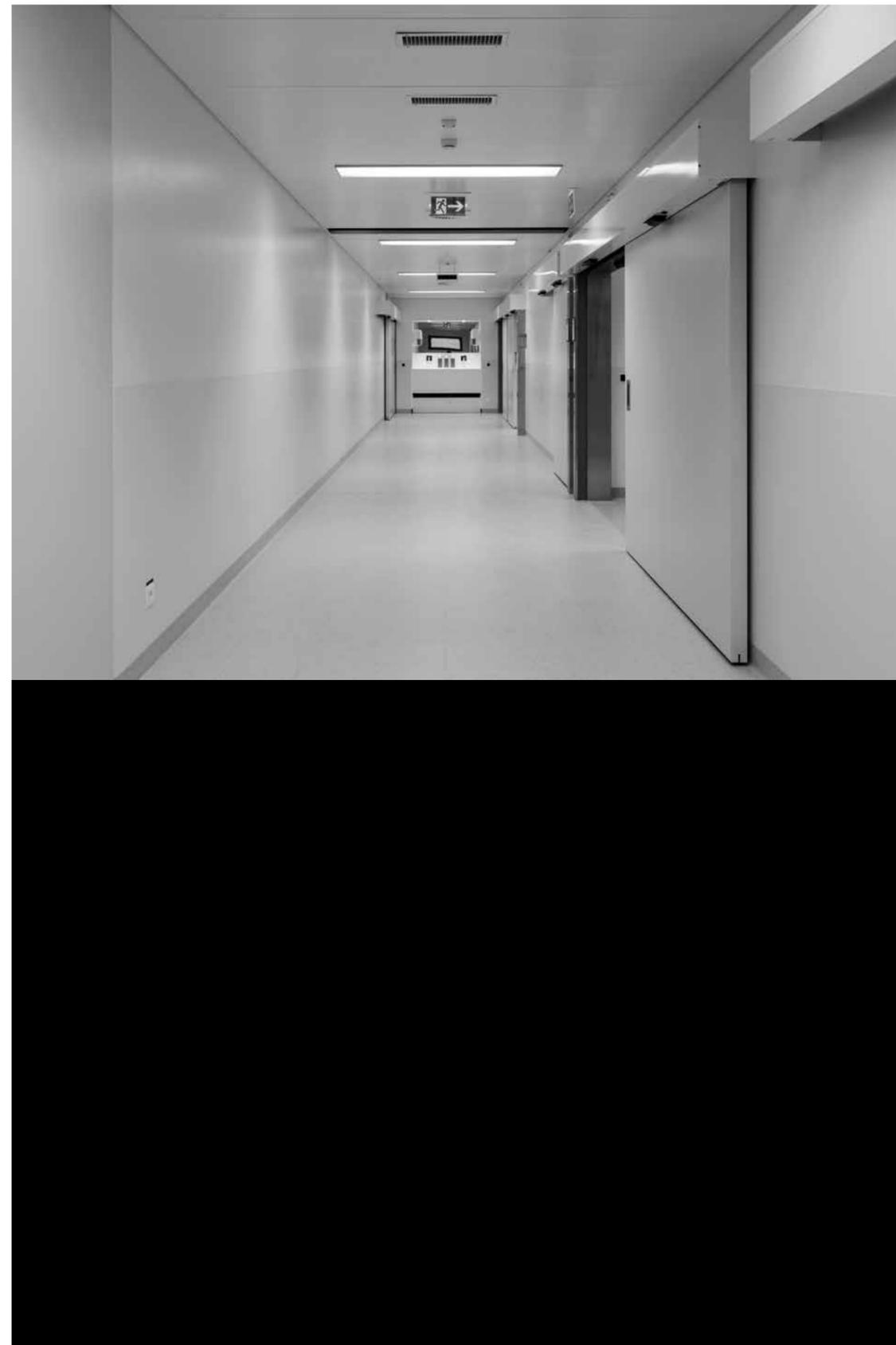


Fig. 88
Couloir d'accès à l'une
des salles d'opération du
nouveau bloc opératoire
de l'Hôpital orthopé-
dique dès 2017.

Fig. 89
Salle d'opération du
nouveau bloc opératoire
de l'Hôpital orthopédique.



Fig. 90
Salle de réveil du
nouveau bloc opératoire.





Fig. 91
L'Hôpital orthopédique
et son étage supplé-
mentaire qui accueille le
nouveau bloc opératoire,
inauguré en janvier 2017.

Contrairement à d'autres champs de la médecine, l'orthopédie s'est structurée en spécialité sur une période assez longue en s'adaptant continuellement aux diverses circonstances, qu'elles soient de nature sociétale, institutionnelle, politique ou financière. C'est peut-être l'un des traits essentiels de l'histoire de cette discipline : heureuse et rare détentrice d'un acte de naissance officiel, l'orthopédie est pourtant restée longtemps en quête de son identité propre. Tant du point de vue de son objet, de ses buts que de ses moyens, l'orthopédie n'a cessé de redessiner ses frontières et d'en questionner de nombreuses autres.

La question de l'ancrage disciplinaire des pratiques orthopédiques est donc complexe. Depuis le 19^e siècle au moins, les médecins se spécialisent au gré des affinités qu'ils développent avec une technique, ou selon le choix d'affections qu'ils souhaitent particulièrement comprendre et traiter, si bien que des carrières individuelles, autant que des stratégies institutionnelles, ont participé à la configuration de la discipline. On a ainsi observé à travers ce livre que d'importantes mutations ont été portées par des personnalités aux méthodologies – ou idéologies – divergentes. L'orthopédie devait-elle rester conservatrice ou chirurgicale, se demandait-on au tournant du 20^e siècle ? Fallait-il y inclure la traumatologie, s'interrogeaient les praticiens dans les périodes d'après-guerre ? L'hyperspécialisation offre-t-elle la meilleure voie pour les patients et les professionnels, se demandent les médecins depuis quelques décennies ? Autant de questions qui ont jalonné l'histoire de l'orthopédie et auxquelles il a fallu répondre pour dessiner ce qu'est aujourd'hui cette discipline.

Aussi l'orthopédie est-elle l'une des disciplines au sein desquelles l'interprofessionnalité est très vite apparue, de par la diversité des conséquences des affections de l'appareil locomoteur et des moyens de traitement. Dès son origine, l'orthopédie conservatrice a associé les thérapies physiques (de type physiothérapiques) aux techniques de soutien (bandages, attelles, corsets). Transgressant certaines résistances, ces méthodes ont progressivement fait alliance avec la chirurgie orthopédique, laquelle allait intégrer la rééducation dans les programmes postopératoires par un retour aux thérapies physiques (physiothérapie, ergothérapie, etc.). Au centre de ce processus thérapeutique figurent le corps ainsi que son rétablissement fonctionnel et moteur, la maîtrise de la douleur aussi. De l'imposition d'une forme « de l'extérieur » (orthèses, prothèses externes) en passant par la prescription d'exercices physiques jusqu'à

l'« internalisation » de l'action réparatrice (implants et prothèses articulaires), le consensus autour de l'appareil locomoteur – ou système musculo-squelettique – s'est finalement dessiné autour de trois grandes intentions : corriger l'ossature, réparer la cassure et remédier à l'usure.

Les changements démographiques, l'industrialisation, la réorganisation spatiale des villes, le contexte économique, la politique médicale des autorités sont autant de facteurs extérieurs aux « progrès » de la médecine⁷⁵¹ qui expliquent certains grands tournants dans l'histoire de l'orthopédie. Ainsi, l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, à l'origine de cet ouvrage, a connu en cent quarante ans d'existence une impressionnante évolution. Elle fut structurée par les réaménagements, agrandissements et reconstructions multiples de l'établissement, mais aussi fonctionnelle puisque l'Hôpital orthopédique a d'abord été un hospice (1876) puis un hôpital et une clinique universitaire (1959), intégrant au passage une école de massage et de physiothérapie (1936) ainsi qu'un centre de réadaptation fonctionnelle ; il s'est mué aussi en un nouveau service en s'associant à la traumatologie (1978), avant de perdre son statut juridique d'établissement privé en s'intégrant au nouveau Département de l'appareil locomoteur du CHUV (2008).

Ces étapes ont pu être perçues comme une suite logique d'un rapprochement toujours plus étroit avec le CHUV et l'État, rendu nécessaire par la situation conjoncturelle et économique. À l'échelle humaine, ce processus a surtout été vécu comme une succession de petites « révolutions », nécessitant une grande souplesse d'adaptation. Tout en respectant les attentes des instances extérieures, à savoir le CHUV et la Faculté de médecine, l'État de Vaud et les assurances, il fallait aussi tenir compte d'une patientèle en hausse continue, passant de surcroît des enfants aux adultes, et maîtriser l'équipement constamment modernisé ; cela pour répondre à l'évolution des traitements et des techniques destinés aux affections orthopédiques, auxquelles se sont ajoutés toujours plus de cas traumatiques – traitement des blessés et des accidentés – ainsi que des (poly) pathologies liées au grand âge. En conséquence se développaient de nouveaux besoins dans les domaines de la spécialisation et de la formation des orthopédistes, ainsi que du reste du personnel.

Aussi la localisation géographique s'est-elle révélée un enjeu majeur du développement institutionnel et académique des disciplines médicales. La Suisse, qui a joué un rôle prépondérant dans le financement des technologies médicales, a constitué une sorte de berceau de l'orthopédie, trouvant en Jean-André Venel son « Guillaume Tell » de la discipline. Celle-ci a été portée par des institutions hospitalières issues des modèles philanthropiques du 19^e siècle qui ont été, au siècle suivant, des hauts lieux de formation : l'Hôpital orthopédique pour la Suisse romande et l'Hôpital Balgrist pour la Suisse alémanique. Dès la Belle Époque, l'essor des cliniques autour de l'Arc lémanique, porté par le développement académique des premières facultés de médecine de Suisse romande (à Genève en 1876, à Lausanne en 1890), a favorisé un tourisme médical sans précédent. Le potentiel de consommation que représentait la patientèle, suisse et étrangère, a stimulé l'investissement dans une offre de pointe et, en retour, cette dynamique d'innovation médicale a attiré de nouveaux clients⁷⁵².

L'Hôpital orthopédique a pu profiter de cet environnement propice, notamment à travers la chirurgie moderne et la mécanothérapie, qui ont intégré des produits apparus durant l'industrialisation de la Belle Époque. Les liens avec les domaines de la recherche et de l'industrie locale ou plus généralement suisse (AO, EPFL, Symbios, Zimmer) ont aussi été des moteurs significatifs de son développement. Mais la Suisse fut également un pays de campagnes et de vallées reculées avec leur lot d'affections orthopédiques récurrentes (tuberculose osseuse et rachitisme, entre autres), une particularité qui a aussi permis de lancer de nouveaux traitements. C'est ainsi, en effet, que divers éléments naturels ont été promus aux côtés de « l'orthopédie physique et morale », tel le « bon air des Alpes » dans les sanatoriums d'altitude.

Ainsi, une « approche écologique »⁷⁵³ de l'histoire des technologies, qui tient compte d'éléments environnementaux, incite à établir le lien entre une Suisse, pays de montagnes et de lacs, et donc de tunnels et de barrages à construire, et une Suisse, pays du ski et de l'alpinisme, générant un tourisme indigène et étranger. Au fil des décennies, ces activités ont entraîné bon nombre d'accidents (de loisirs, de travail, de circulation routière) qui ont eu un impact sur la diffusion de méthodes thérapeutiques à l'intérieur du pays et hors de celui-ci⁷⁵⁴. Sur le plan géopolitique, la Suisse « neutre » est aussi devenue celle d'une médecine sociale et humanitaire, parfois de guerre, qui a directement tiré bénéfice de l'orthopédie, tout en contribuant, en retour, à l'évolution de celle-ci d'une manière significative : depuis les soins donnés à l'étranger jusqu'à l'accueil en Suisse des blessés et des malades, les pays d'Europe et d'ailleurs ont été le lieu d'un fort engagement des médecins helvètes, en même temps qu'ils ont constitué une aubaine pour la formation des spécialistes.

Plus largement, et à l'instar d'autres disciplines médicales, le développement de l'orthopédie des deux derniers siècles a vécu une révolution profonde : les réseaux, les groupements, les associations, à la fois nationaux, régionaux, internationaux et transnationaux ont été autant de canaux de diffusion des savoirs et des savoir-faire orthopédiques. Il n'y aurait pas eu d'Hospice orthopédique de la Suisse romande sans une diffusion à l'échelle européenne, durant près d'un siècle, des modèles institutionnels succédant à l'établissement de Venel. Il n'y aurait pas eu de sociétés d'orthopédie, promotrices des revendications professionnelles des spécialistes concernés, sans les congrès internationaux de médecine, de chirurgie puis de chirurgie orthopédique. Enfin, il n'y aurait pas eu de développement de pointe sans les groupements, régionaux ou internationaux, qui se sont constitués autour d'une technique ou d'un organe particuliers.

En intégrant l'histoire institutionnelle dans une vision plus globale de l'orthopédie, la démarche adoptée dans ce livre a permis de souligner l'originalité d'une structure médicale qui a traversé l'ensemble de l'époque dite contemporaine de l'histoire de la médecine. Parmi les traits d'originalité a notamment été relevée la dimension régionale de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande : présente dès sa création, cette dimension n'a pas d'équivalent dans le contexte médical suisse d'alors. En suivant l'évolution de l'Hospice puis de

l'Hôpital orthopédique au sein des réseaux locaux et internationaux, et dans son rapprochement avec le CHUV, le plus grand établissement médical du canton de Vaud, on a ainsi pu appréhender les stratégies institutionnelles à l'œuvre dans ses interactions à divers niveaux.

Le développement de l'orthopédie des dernières décennies a été marqué par une augmentation continue de la prise en charge de patients âgés et très âgés, par une hausse constante des coûts de la santé, par l'apparition de diverses sous-spécialisations au sein de la chirurgie orthopédique et par des avancées techniques qui repoussent les limites encore et toujours plus loin. Ces facteurs s'influencent les uns les autres au sein d'une médecine occidentale longtemps présentée comme modèle. Or, pour reprendre les termes d'un orthopédiste des années 1990, « chaque système médical est le produit de son histoire et de sa société »⁷⁵⁵. Il y aurait encore beaucoup à dire sur l'histoire de l'orthopédie en regard d'autres contextes sociopolitiques.

Si l'orthopédie suisse et l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande ont exporté leur savoir-faire et bénéficié de celui d'autres contrées aux approches médicales similaires, l'histoire des thérapies du corps difforme, paralysé ou accidenté devrait s'élargir à d'autres cultures, en tenant compte des influences occidentales et non occidentales. L'histoire de l'Hôpital orthopédique s'inscrit dans un contexte occidental, ainsi que dans une histoire de la médecine et de la santé aux frontières géographiques et disciplinaires plus vastes, soulevant ainsi une nouvelle série de questions : comment se sont développés les centres d'orthopédie promus par les missions humanitaires occidentales dans les pays dits émergents ? Quelles autres options, médicales ou non médicales, ont-elles été proposées par les populations locales pour faire face aux problèmes orthopédiques ? Comment les affections de l'appareil locomoteur, ou système musculo-squelettique, ont-elles été appréhendées dans d'autres sociétés ? Autant d'interrogations qui, loin d'épuiser le sujet, ouvrent la voie à d'autres recherches qui ne demandent qu'à être lancées.

⁷⁵³ MCEVOY (1997).
Merci à Marie Tavera
d'avoir été à l'origine
de ce questionnement.

⁷⁵⁴ Thomas Schlich mentionne
l'exemple des clients
étrangers en vacances
de ski qui, accidentés
et traités en Suisse,
font ainsi connaître la
méthode AO de retour
dans leur pays.

Voir SCHLICH, (2002^e : 247).
⁷⁵⁵ MORSCHER (1993 : 1708).

⁷⁵¹ DONZÉ (2005 : 281).
⁷⁵² ESPOSITO (2014 : 214).

Bibliographie

Les astérisques * signalent des noms ou des dates recomposés, par exemple VENEL (1783*). Lorsqu'il a été fait usage d'un ouvrage plus récent que sa première édition et que l'indication de cette dernière est pertinente, elle figure entre crochets, par exemple MELLET (1844 [1835]).

SOURCES

Archives cantonales vaudoises (ACV)

SB 272, Dossiers de patients de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande.

Archives de la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie – Swiss orthopaedics, Clinique Balgrist Zurich (Archives SSO)

Classeur « Assemblée de la SSO… dès 1942 » :

- Jean-Charles Scholder, SSO, Congrès de Zurich, 15–16 sept. 1951.

Classeur « Freie Vereinigung Schweizer Orthop. Gesamte Akten 1942–1955 » :

- « Association libre des orthopédistes suisses. Statuts. Lausanne, 14 nov. 1942 ».
- « Procès-verbal de la séance du Comité suisse de la Société internationale de chirurgie orthopédique (SICOT), 27 sept. 1941, à la Clinique orthopédique de Pinchat, Genève ».

Classeur « Korrespondenz, Tarifabsprachen 1966–1967, Kommission Physiotherapie-Orthopädie » :

- Correspondance 1967–1968 entre les orthopédistes Bernard de Montmolin (Neuchâtel), Norbert Gschwend (Zurich), Hermann Fredenhagen (Bâle), Pierre Scholder (Lausanne), Louis Nicod (Lausanne).
- Lettre de Louis Nicod du 26 mars 1968 au Département de l'intérieur, Service de la santé publique Vaud.

Archives de l'Hôpital orthopédique – CHUV, Lausanne (Archives HO)

Carton « MOVE! 1 », Dossier « Formalisation du projet » :

- MORITZ, Inka* (2006, 19 mars), *Document de travail, projet MOVE!*

Classeur « Association » :

- Statuts de l'HO du 30 juin 1927.*
- Statuts de l'HO du 11 juin 1959.*
- Statuts de l'HO du 30 mai 1991.*

Classeur « Procès-verbaux des séances du Comité 1975–1976 (PV Comité HO) » :

- PV de la séance du 10 janv. 1975.
- PV de la séance du 7 mars 1975.

Dossier « Documents concernant le prof. Placide Nicod 1876–1953 » :

- Placide Nicod 1876–1953 (curriculum vitae)*, (tapuscrit).
- SCHOLDER, Jean-Charles (1953*), *Placide Nicod 1876–1953 (nécrologie)*, (tapuscrit).

Dossier « École cantonale vaudoise de physiothérapeutes (ECVP). Historique. 1936–1986 » :

- NICOD, Louis (1963*), *Notice historique sur l'École cantonale vaudoise de physiothérapeutes (1936–1963)*, (tapuscrit).
- NICOD, Louis (1986), *Exposé à l'occasion du 50^e anniversaire de l'École cantonale vaudoise de physiothérapeutes (1936–1986)*, (tapuscrit).

DENKINGER, Anne (1954, 1955, 1956, 1958), *Rapports (confidentiels) de Mlle Denkinger adressés aux membres du Conseil d'administration de l'HO*, (tapuscrits).

Discours [d'inauguration du nouvel HO] prononcés à l'issue du repas officiel le vendredi 31 mai 1963, au Château d'Ouchy, (1963), (tapuscrit).

HENCHOZ, André (1977), *Analyse de la situation financière actuelle et à venir de l'Hôpital orthopédique, Lausanne, 10 juin 1977* (rapport confidentiel adressé aux membres du Comité de l'HO), (tapuscrit).

NICOD, Placide (début années 1950*), *Traitement des estropiés en Suisse romande*, (tapuscrit).

« Procès-verbaux des séances du Conseil de l'HO (PV Conseil HO, séance…) », *Cahier déc. 1899–déc. 1919; Cahier janv. 1920–mars 1933; Cahier nov. 1933–juin 1959*.

Archives fédérales, Berne

Dossier 1952/54, oB.66.158 :

- « Der 6. Kongress der SICOT. Internationale Chirurgenzusammenkunft in Bern », *Der Bund* 405, 31. Aug. 1954.
- « Proposition du 20 fév. 1954 du Département de l'intérieur (Philippe Etter) : Extrait du PV de la séance du Conseil fédéral suisse, 26 fév. 1954 ».
- « Rapport du 26 fév. 1954 de Philippe Etter du Département fédéral de l'intérieur à destination du Conseil fédéral ».

Entretiens

Entretien avec Michèle Bodmer, 15 octobre 2015.

Entretien avec Brigitte Broulis, 11 mars 2015.

Entretien avec Jean-Claude Caron, 12 janvier 2015.

Entretien avec Bernard Cavin, 10 mars 2016.

Entretien avec Bernard Decrauzat, 29 avril 2015.

Entretien avec Michel Dutoit, 23 février 2015.

Entretien avec Alain Farron, 10 mars 2016.

Entretien avec Jean-Noël Jatton, 12 octobre 2015.

Entretien avec Pierre Kern, 3 mars 2016.

Entretien avec Pierre-François Leyvraz, 16 avril 2015.

Entretien avec Jean-Jacques Livio, 14 janvier 2015.

Entretien avec Patricia Meylan, 19 janvier 2016.

Entretien avec Inka Moritz, 9 février 2015.

Entretien avec Jean Plé, 14 décembre 2015.

Entretien avec Geneviève Putigny, 9 février 2016.

SOURCES PUBLIÉES

Textes administratifs/Rapports

Les articles spécifiques, parfois nombreux, tirés des documents listés ci-dessous sont référencés en détail dans les notes de bas de page.

« [Comptes rendus] de l'Hospice orthopédique à Lausanne » (CR HO), *Journal SVUP* 1882, 1885.

Comptes rendus des réunions annuelles de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (rév. SOFCOT), Rev. chir. ortho., 1975–1997.

Information/Nachrichten/Bulletin de la Société suisse d'orthopédie/Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie/Società svizzera per l'orthopedica (Bulletin SSO), 1971–2008.

Rapports d'activité/Rapports annuels de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande (Rapport HO), 1876–2006.

Rapports annuels de la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie (Rapport SSOT), 2009–2016.

Rapports d'activité de l'Œuvre des bains de mer (Rapport Œuvre des bains), 1899–1900.

Reuves

Les articles spécifiques, parfois nombreux, tirés des documents listés ci-dessous sont référencés en détail dans les notes de bas de page.

Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande (BSMSR), 1868–1880.

Bulletin d'information de l'Union des Sociétés chirurgicales suisses, à l'occasion du 1^{er} Congrès de l'Union du 8 au 10 juin 1978 à Bâle (Bulletin Union), 1978.

Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur (Rev. chir. ortho.). *Organe officiel de la SOFCOT*, 1975–1996.

Revue médicale de la Suisse romande (RMSR), 1881–1999 (fait suite au BSMSR).

Monographies et articles

A

ANDRY, Nicolas (1741), *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.

B

BERGOIN, M. (dir.) (1989), « Quoi de neuf dans la scoliose idiopathique de l'enfant et de l'adolescent ? Évolution ou révolution (Groupe d'étude de la scoliose) », 63^e réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 75, Suppl. I, 17–22.

BONNA, Auguste-É. (1899), « Institut médico-mécanique du Dr C. Reymond, à Genève », *La Patrie Suisse* 141, 45–46.

BOURCART, Maurice* (1898), *Traité de gymnastique médicale suédoise. Traduit, annoté et augmenté de plusieurs chapitres sur les affections abdominales et gynécologiques*, Bâle/Genève, Georg & Co.

BOURQUIN-LINDT, Eugène (1908), « La question des enfants anormaux dans le canton de Neuchâtel (Rapport) », in : BOURQUIN-LINDT, Eugène/CLERC, Édouard/PERRET, F.-Albin, *L'enfance anormale dans le canton de Neuchâtel*, Neuchâtel, Impr. Rossier & Grisel, 7–46.

C

COXE, William (1789), *Travels in Switzerland, in a series of letters to William Melmoth*, 3 vol., London, Printed for T. Cadell.

D

DE BELLEVAL, Guy (1963, 16 juill.), « Un hôpital vraiment romand. Entretien avec M. Henchoz, directeur de l'Hospice orthopédique de Lausanne superbement modernisé », *Pour Tous* (illustré vaudois).

DE DARDEL, Isabelle (1963, 30 mai), « Une histoire de 200 ans [de l'Hôpital orthopédique] », *Gazette de Lausanne*, 10.

DE LA HARPE, Jean (1840), « Jean-André Venel d'Orbe », *Revue suisse* 3, 392–421.

E

Éco-santé, OCDE-Organisation de coopération et de développement économiques (2003), *Évolution de l'offre en lits de quelques pays européens de 1980 à 2002 (nombre de lits/1000 habitants)*.

« Établissement suisse pour enfants infirmes et estropiés » (1907), *Journal SVUP*, 204–209.

« Extrait du procès-verbal de la séance de la Chambre médicale suisse du 28 juin 1931 » (1931), *Bulletin des médecins suisses* 36, 503.

F

FARRON, Alain/HOFFMEYER, Pierre (2012), « Hyperspécialisation en orthopédie. Un réel bénéfice pour le patient et notre système de santé ? (Editorial) », *Revue médicale suisse* 367, 2419–2420.

FASMED (Federation Swiss Medical Technology) (2010*), *La technologie médicale, une perle de l'économie nationale suisse* [www.implantate-schweiz.ch/fileadmin/media/pdf/woher/Brochure_Medtech.pdf].

- (2014). *The Swiss medical technology industry 2014. The dawn of a new era* [www.fasmed.ch/fileadmin/images/SMTI_2014_mediaversion_English.pdf].

FOURNIER-PESCAY, François/BÉGIN, Louis-Jacques (1819), « Orthopédie », in : *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens* 38, Paris, Éd. CLF Panckoucke, 295–355.

G

GILLIAN, Pierre (1969), *Vieillessement démographique et planification hospitalière. Étude fondée sur les données de la Suisse et du canton de Vaud*, Département de l'intérieur – Service de la santé publique, canton de Vaud, Lausanne.

Groupes diagnostics (DRG) [www.apdrgsuisse.ch/public/fr/0706schenker_drg_f.pdf].

H

HOFFMEYER, Pierre/LEYVRAZ, Pierre-François (2007), « La chirurgie orthopédique : un luxe ? Provoç ou constat ? (Éditorial) », *Revue médicale suisse* 138 [www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-138/32794].

I

« Inauguration demain [de l'Hôpital orthopédique] » (1963, 30 mai), *Gazette de Lausanne*, 9.

K

KLAPP, Bernard (1960, 1^{re} éd. allemande parue en 1949), *La méthode quadrupédique du Professeur Dr. Rudolph Klapp*, Bruxelles, Éd. du Centre de recherches et d'études appliquées de l'Institut supérieur pour les carrières auxiliaires de la médecine.

L

LEIS-RAMELLO, P./OBERLI, C./SLOUTSKIS, D./WOLF, J./KAELIN, A. (1993), « Évolution clinique et radiologique des scoliozes opérées », in : *Évolution et évaluation des scoliozes*, 21^e Congrès du GEKTS (Groupe européen kinésithérapique travail scoliose), 15–16 oct. 1993, organisé par l'Unité orthopédique pédiatrique de l'Hôpital cantonal de Genève.

M
MARTIN, Henri (1883), *Notice sur les malades traités à l’Hospice orthopédique de la Suisse romande*, Genève, Impr. Ch. Schuchardt.
 • (1887), *Du traitement des pieds bots. Notice par Henri Martin orthopédiste, Directeur de l’Hospice orthopédique de la Suisse romande à Lausanne*, Lausanne, Impr. Georges Bridel.
 • (1896*), *Hospice orthopédique de la Suisse romande. Aperçu sur les vingt premières années (1876–1896)*, s. l.

MELLET, François-Louis-Édouard (1844 [1835]), *Manuel pratique d’orthopédie ou Traité élémentaire sur les moyens de prévenir et de guérir toutes les difformités du corps humain*, Paris, J. Rouvier.

MERLE D’AUBIGNÉ, Robert (1966), « Dixième congrès de la SICOT. Paris, 4–9 sept. 1966. Allocution d’ouverture », *Médecine de France* 175, 3–7.
 • (1980), « Notre orthopédie, hier… et demain (conférence) », 54° réu. SOFCOT, *Rev. chir. ortho.* 66, Suppl. II, 13–20.

MORSCHER, Erwin (1993), « Orthopädie 2000 in Europa », *Schweizerische Ärztzeitung/Bulletin des médecins suisses* 74/44, 1706–1709.

MÜLLER, Maurice E. (1969), « Introduction », *Rapports principaux et résumés des communications : Congrès 13–14 juin 1969 de la Société suisse d’orthopédie*, Sion.

N
 « Neuvième colloque “ Médecine de France ”. La traumatologie et les accidents de la route » (1966), in: *Médecine de France* 175, 8–16 et 41–56.

NICOD, Placide (1908), *Le pronostic du pied bot congénital*, Lausanne, Imprimeries Réunies.
 • (1937), « Le service d’orthopédie », in: *Recueil de travaux publiés à l’occasion du quatrième centenaire de la fondation de l’Université de Lausanne*, 109–114.

O
 Office fédéral de la statistique, OFS (2000), *Évolution des indices des coûts de la santé publique et du Produit intérieur brut (PIB)*, 1995–2000.

Office fédéral des statistiques, OFS (2014), « Maladies de l’appareil musculo-squelettique », in: *Statistiques de la santé 2014* [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5766].

P
 PETIT, Louis-Henri (1882), « Orthopédie », in: DECHAMBRE, Amédée/LEREBoullet L. (dir.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* 69, 722–732.

Plan stratégique du CHUV 2014–2016. Rapport intermédiaire sur la mise en œuvre à mars 2016, 8 juillet 2016.

PRAVAZ, Charles-Gabriel/GUÉRIN, Jules (1835*), *Institut orthopédique de Paris, pour le traitement des difformités de la taille et des membres, chez les personnes des deux sexes, dirigé par MM. les Docteurs Pravaz et Jules Guérin. Au château de la Muette, à Passy, près le bois de Boulogne*, Paris, Everat Impr.

R
Rapport d’activité du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois), 2013.

Rapport du Conseil d’État vaudois sur les Nouvelles orientations de la politique sanitaire (Rapport NOPS), juin 1997.

Rapport scientifique du Centre de recherche en orthopédie 2002 (Rapport CRO).

REVILLIOD, Eugène (1898), « L’Hospice orthopédique de la Suisse romande à Lausanne », *La Patrie Suisse* 137, 309–310.

REYMOND, Camille (1893), « Gymnastique suédoise », *RMSR*, 685–695 et 737–753.
 • (1898), *Institut médico-mécanique et orthopédique de Genève et la mécanothérapie de Zander. Définition – Indications*, Genève, Impr.- Éd. Maurice Reymond.
 • (1901), « Quelques résultats de la thérapeutique par les machines de Zander, à l’Institut médico-mécanique de Genève. Communication faite à la Société de médecine de Genève le 6 février 1901 », *RMSR*, 191–204.

ROLLIER, Auguste (1945), « L’orthopédie morale », *Pro Infirmis* 5, 129–136.

ROUX, César (1887), « Notice sur les corsets orthopédiques de Sayre. Par le Dr Roux, chirurgien de l’Hôpital cantonal de Lausanne », *RMSR*, 530–534.

ROWLAND, Chang W./PELLISSIER, James M./HAZEN, Gordon B. (1996), « A cost-effectiveness analysis of total hip arthroplasty for osteoarthritis of the hip », *Jama* 275/11, 858–865.

S
 SCHERB, Richard (1920), « Die Anstalt Balgrist. Schweiz. Heil- und Erziehungsanstalt für krüppelhafte Kinder und orthopädische Poliklinik Balgrist, Zürich 8 », *Pro Juventute* 153–162.

SCHOLDER, Charles (1897), *La mécanothérapie. Sa définition et ses indications d’après le système Zander*, Lausanne, Impr. Ch. Viret-Genton.
 • /WEITH, Auguste/COMBE, Adolphe (1901), *Les déviations de la colonne vertébrale dans les écoles de Lausanne*, Zurich, Imprimerie Zürcher & Furrer.

SCHULTHESS, Wilhelm (1908), « Die Krüppelfürsorge », *Jahrbuch der Schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege – Annales suisses d’hygiène scolaire* 9, 462–472.
 • (1913), « Zur Eröffnung der Anstalt Balgrist, schweizerische Heil- und Erziehungsanstalt für krüppelhafte Kinder in Zürich 5 am 28. Nov. 1912 », *Korrespondenz-Blatt für Schweizer Aerzte* 43, 267–268.

Souvenir de l’inauguration du 30 juin 1927 [de l’HO] (1927), [Lausanne], [Hospice orthopédique de la Suisse Romande].

Swissdrg [www.swissdrg.org/fr].

« Symbios ou comment une prothèse se fait oublier » (2008, 18 avril), *24 Heures* [www.symbios.ch/images/24heures_18_4_2008.pdf].

T
 TAILLARD, Willy (1964), « De l’orthopédie ou de l’art de corriger les difformités du corps », *Bastions de Genève. Revue universitaire publiée par l’association des anciens étudiants de l’Université de Genève* 13, 72–75.
 • (1980), « Il y a deux siècles Jean-André Venel fondait à Orbe la première clinique d’orthopédie », *Médecine et Hygiène*, non paginé.

« TARMED » (2014), *Office fédéral des assurances* [www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06494/index.html?lang=fr].

V
 VENEL, Jean André (1783*), « Sur quelques nouveaux moyens de corriger plusieurs espèces de difformités de parties osseuses, inventés par M. Venel, docteur en médecine, à Orbe au Pays de Vaud », in: OLIVIER (1937), 430–433.
 • (1788*), « Recherches, découvertes et observations sur la nature et la guérison de difformités osseuses des extrémités inférieures », in: OLIVIER (1937), 423–430.
 • (1789), « Description de plusieurs nouveaux moyens mécaniques, propres à prévenir, borner et même corriger, dans certains cas, les courbures latérales et la torsion de l’épine du dos (présenté le 11.11.1785) », *Histoire et Mémoires de la Société des sciences physiques de Lausanne*, à Lausanne, chez Mourer, vol. 1, 66 ; vol. 2, 197–207.

LITTÉRATURE SECONDAIRE

A
 ACKERKNECHT, Erwin H. (1980), « Vor 200 Jahren eröffnete Jean-André Venel das erste orthopädische Spital der Welt », *SwissMed* 2/9, 28–29.

AKRICH, Madeleine/ NUNES, João/ PATERSON, Florence/RABEHARISOA, Vololona (eds) (2008), *The dynamics of patient organizations in Europe*, Paris, Presses des Mines.

ALTENBAUGH, Richard J. (2015), *The Last Children’s Plague. Poliomyelitis, Disability, and Twentieth-Century American Culture*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

ANDERSON, Julie/NEARY, Francis/ PICKSTONE, John V. (2007), *Surgeons, manufacturers and patients. A transatlantic history of total hip replacement*, New York, Palgrave Macmillan.

ARIÈS, Philippe (1973), *L’Enfant et la vie familiale sous l’Ancien régime*, Paris, Seuil.

ASHER, Marc (2015), *Dogged persistence. Harrington, post-polio scoliosis, and the origin of spinal instrumentation*, Traverse City Michigan, Chandler Lake Books.

Association Cerebral Genève, *Qu’est-ce que l’infirmité motrice cérébrale?* [www.cerebral-geneve.ch/fr/accueil/infirmité-motrice-cerebrale.html].

ASSOUN, Paul Laurent (1999), « Lire La Mettrie “ L’Homme-machine ”, entre science et inconscient », introduction à Julien Offroy de La Mettrie, *L’Homme-machine*, Paris, Folio, 9–123.

AUDÉTAT, Marc/BARAZZETTI, Gaïa/ DORTHE, Gabriel/CLAUDE, Joseph/ KAUFMANN, Alain/VINCK, Dominique (éds) (2015), *Sciences et technologies émergentes. Pourquoi tant de promesses?* Paris, Hermann.

B
 BARNES, Barry/SHAPIN, Steven (eds) (1979), *Natural order. Historical studies of scientific culture*, Beverly Hills (CA)/London, Sage Publications.

BELTRAN, Alain/CARRÉ, Patrice A. (1991), *La fée et la servante. La société française face à l’électricité 19^e–20^e siècle*, Paris, Belin.

BENGUIGUI, Isaac (1991), « Auguste de La Rive et l’électrothérapie », *Gesnerus. Revue suisse d’histoire de la médecine et des sciences naturelles* 48 (3/4), 367–373.

BENSAUDE-VINCENT, Bernadette (2003), *La science contre l’opinion. Histoire d’un divorce*, Paris, Seuil.

BERTRAND, Morgane (2012), « Prothèse de hanche ASR. Un nouveau scandale sanitaire? », *L’Obs* [www.nouvelobs.com/societe/20120229.OBS2613/prothese-de-hanches-asr-un-nouveau-scandale-sanitaire.html].

BICK, Edgar M. (1968), *Source book of orthopaedics*, New York, London, Hafner publishing company.

BIJKER, Wiebe E./HUGHES, Thomas P./ PINCH, Trevor J. (1987), *The social construction of technological systems. New directions in sociology and history of technology*, Cambridge, MIT Press.

BISCHOFBERGER, Roman (1970), *Jean-André Venel (1740–1791). Ein wichtiger Arzt des Aufklärungszeitalters*, Inaugural-Dissertation, Zürich, Juris Druck.

BLOOR, David (1983), *Wittgenstein. A social theory of knowledge*, London, Palgrave Macmillan/New York, Columbia University Press.

BOLTANSKI, Luc (1974), « Les usages sociaux du corps », *Annales : Économies Sociétés Civilisations* 26/1, 205–233.

BONAH, Christian (2000), *Instruire, guérir, servir. Formation, recherche et pratique médicales en France et en Allemagne pendant la deuxième moitié du 19^e siècle*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg.

BOURDIEU, Pierre (1980), « Le capital social », *Actes de la recherche en sciences sociales* 31, 2–3.

BOURKE, Joanna (2000), « Wartime », in: COOTER /PICKSTONE (eds), 589–600.

BRÉGAIN, Gildas (2014), *L’internationalisation imparfaite d’une modernité nord-atlantique. Essai d’histoire croisée des politiques publiques du handicap en Argentine, au Brésil et en Espagne (1956–1982)*, Thèse de doctorat en histoire, Université de Rennes 2.

BRIDGMAN PERKINS, Barbara (1997), « Shaping institution-baded specialism. Early 20th Century economic organization of medicine », *Social History of Medicine* 10, 419–435.

BRUCHEZ, Marie-Madeleine (1994), *L’enfance handicapée physique en Valais (1894–1970)*, Mémoire de licence, Faculté des lettres, Université de Genève.

BUNGENER, Martine (1984), « Une éternelle pléthore médicale? », *Sciences sociales et santé* 2/1, 77–110.

BURNHAM, John C. (1998), *How the idea of profession changed the writing of medical history*, London, Wellcome Institute for the history of medicine.

BURRI, Regula Valérie/DUMIT, Joseph (eds) (2007), *Biomedicine as culture. Instrumental practices, technoscientific knowledge, and new modes of life*, New York/London, Routledge.

C
 « Caisses-maladie », *Histoire de la sécurité sociale en Suisse* [www.histoiredelasecurite-sociale.ch/institutions/caisses-maladie/].

CAMPAGNE, Florence (2000), « Dossiers santé. La scoliose » [www.caducee.net/DossierSpecialises/rhumatologie/mal-de-dos2.asp].

CHUV (site internet), *Service d’orthopédie et de traumatologie* [www.chuv.ch/otr].

CLAVIEN, Alain/LE DINH, Diana/ VALLOTTON, François (1993), « Jalons pour une histoire à faire. Les revues romandes (1880–1914) », *Les Annuelles* 4, 7–27.

CLERC, Mireille (1996*), « Historique de l’École », in: *École cantonale vaudoise de physiothérapeutes. 60^e anniversaire (1936–1996)*, ECVP, Lausanne, 4.

COHEN, Deborah (2011), « Out of the joint. The story of the ASR », *British Medical Journal* 342 [www.bmj.com/content/342/bmj.d2905].

COOTER, Roger (2014 [1993]), *Surgery and society in peace and war. Orthopaedics and the organization of modern medicine (1880–1948)*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
 • /LUCKIN, Bill (eds) (1997), *Accidents in history. Injuries, fatalities and social relations*, Amsterdam, Atlanta, Rodopi.
 • /PICKSTONE John (eds) (2000), *Medicine in the 20th Century*, Amsterdam, Harwood Academic Publ.
 • /STEIN Claudia (eds) (2013), *Writing history in the age of biomedicine*, New Haven, Yale University Press.

D
 DAVID, Thomas/GUILHOT, Nicolas/ MAZBOURI, Malik/SCHAUFELBUEHL, Janick Marina (2006), « Philanthropie et pouvoir, 19^e et 20^e siècles. Introduction », *Traverse. Revue d’histoire* 1, 18–28.

DEBRUNNER, Hans (1969*), *Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie*, Bern, Buchdr. Paul Haupt.

DEJAN, Maric/WYDER, Margrit (Hg.) (2014), « Der Orthopädie verschrieben », *Hans Debrunner (1889–1974). Artz – Dozent – Schriftsteller*, Aachen, Shaker Verlag.

DE REYNIER, J.-P. (1980), « L’Hôpital de l’Enfance de 1861 à 1979 », *RMSR* 100, 557–565.

DESCAMPS, Florence (2001), *L’historien, l’archiviste et le magnétophone. De la constitution de la source orale à son exploitation*, Paris, Comité pour l’histoire économique et financière, Ministère de l’économie, des finances et de l’industrie.

DESSEAUX, Antoine/DUBRANA, Frédéric (2016), « François Humbert, un orthopédiste méconnu », *BOF info, Bulletin des orthopédistes francophones* 80, 13–14.

DOMMANN, Monika (2006), « From danger to risk. The perception and regulation of X-rays in Switzerland, 1896–1970 », in: SCHLICH/TRÖHLER (eds.), 93–115.

DONZÉ, Pierre-Yves (2002*), « “ La pléthore est un danger ”. Les médecins vaudois face aux mutations du marché des soins (1850–1950) », in: DONZÉ, Pierre-Yves/ FIOR, Michel (éds), *Transitions historiques et construction des marchés. Mutations et contre-mutations dans l’économie suisse aux 19^e et 20^e siècles*, Neuchâtel, Alphil, 133–155.
 • (2002^b), « Les hôpitaux régionaux vaudois de la philanthropie privée à l’État-Providence (19^e–20^e siècle) », *Gesnerus* 59, 5–37.
 • (2003), *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*, Genève, Georg.
 • (2004), *Du Lobbying au partenariat. La Fédération des hôpitaux vaudois (1903–2003)*, Montreux, Impr. Corbaz SA.
 • (2005), « Les systèmes hospitaliers contemporains, entre histoire sociale des techniques et business history », *Gesnerus* 62 (3/4), 273–287.
 • (2007), *L’Ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840–1960)*, Lausanne, Éditions BHMS.
 • (2013), « Le travail des chirurgiens en Suisse. L’exemple du canton de Vaud (1880–1960) », in: STEINKE/WOLFF/ SCHMID (Hg.), 111–128.

DROUX, Joëlle/KABA, Mariama (2005), « L’aide suisse à l’enfance française en danger », in: VON BUELTZINGSLOEWEN, Isabelle (dir.), « Morts d’inanition ». *Famine et exclusions en France sous l’Occupation*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 281–295.

DUBOUCHET, Michèle/FRAGNIÈRE, Jean-Pierre (1979), *Les Ergothérapeutes. Problèmes des professions paramédicales*, Vevey, Delta.

DUPONT, Michel (1999), *Dictionnaire historique des médecins, dans et hors de la médecine*, Paris, Larousse.

E
 ESPOSITO, Piergiuseppe (2014), « Tourisme médico-sanitaire et développement d’une offre médicale “ à la pointe ”. Arc lémanique et Chablais vaudois (1850–1914) », in: GIGASE, Marc/HUMAIR, Cédric/TISSOT, Laurent (dir.), *Le tourisme comme facteur de transformations économiques, techniques et sociales (19^e–20^e siècle)*, Neuchâtel, Alphil, 213–232.

F

FAJAL, Guy (1972), *L'histoire des prothèses et des orthèses. Les grandes voies de progrès*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Nancy.

FAURE, Olivier (1982), *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.

- (1998), « La médicalisation vue par les historiens », in : AÏACH, Pierre/DELANOË, Daniel (dir.), *L'Ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Economica, 53–68.
- (2011), « Les relations entre hôpital et médecine au 19^e siècle. Une révolution ? », in : SICARD, Didier/VIGARELLO, Georges (dir.), *Aux origines de la médecine*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 219–231.
- /DESSERTINE, Dominique (2012), *Les cliniques privées. Deux siècles de succès*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

FHV (sie internet), *Fédération des hôpitaux vaudois*. Historique [http://fhv.ch/jcms/fhv_5037/historique].

FIXSEN, John A. (2002), « Children's orthopaedic Surgery », in : KLENERMAN (ed.), 149–158.

FOUCAULT, Michel (1975 1^{er} éd.), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.

- (2003 [1963]), *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.

FOX, Robert (1998), « Introduction. Methods and themes in the history of technology », in : FOX, Robert (ed.), *Technological change*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 1–16.

FRACHEBOUD, Virginie (2015), *L'introduction de l'assurance invalidité en Suisse (1944–1960). Tensions au cœur de l'État social*, Lausanne, Antipodes.

FREDENHAGEN, Hermann (1966*), *Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie. Die ersten 25 Tagungen (1942–1965)*, Bern, Paul Haupt.

- /ROMER, Urs/RÜTTIMANN, Beat (Hg.) (1992), *Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie. Die zweiten 25 Jahre (1967–1992). Zum 50 jährigen Bestehen der Gesellschaft*, Bern/Göttingen/Toronto, Hans Huber Verlag.

G

GERMANN, Urs (2008), « “Eingliederung vor Rente”. Behindertenpolitische Weichenstellungen und die Einführung der schweizerischen Invalidenversicherung », *Revue suisse d'histoire* 58/2, 178–197.

GNAEGI, Philippe (2012), *Histoire et structure des assurances sociales en Suisse*, Genève/Zurich/Bâle, Schulthess.

GOFFMAN, Erving (1975, 1^{er} éd. anglaise parue en 1968), *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Éditions de Minuit.

GOURINAT, Valentine (2014), « Déstructuration et restructuration identitaire du corps prothétique », *Sociétés. Revue des sciences humaines et sociales* 125/3, 127–135.

- (en préparation), *Du corps reconstitué au corps reconfiguré. Perceptions et représentations croisées de la prothèse et du corps appareillé à l'ère des biotechnologies*, Thèse de doctorat en éthique et sciences de la vie, Université de Strasbourg/Université de Lausanne.

GRANSHAW, Lindsay/PORTER, Roy (1989), *The hospital in history*, London, Routledge.

GRIM Olivier R. (2000), *Du monstre à l'enfant. Anthropologie et psychanalyse de l'infirmité*, Paris, Éd. du CTNERHI.

GROSS, Michel (1993), *Placide Nicod. Un pionnier de l'orthopédie moderne*, Yens-sur-Morges, Cabédita.

GUISAN, André (1989), *Centenaire de la Société vaudoise de médecine (1829–1929). Notice historique*, Lausanne, Impr. La Concorde.

GULY, Henry (2005), *A history of accident and emergency medicine (1948–2004)*, Houndmills, Palgrave Macmillan.

GUTAU, Martin/LAITKO, Hubert (1987), *Der Ursprung der modernen Wissenschaften. Studien zur Entstehung wissenschaftlicher Disziplinen*, Berlin, Akademie-Verlag.

H

HARAWAY, Donna J. (1985), « A Cyborg manifesto. Science, technology, and socialist-feminism in the 1980 », *Socialist review* 80, 65–107.

HASLER, Véronique (2011), « La physiothérapie en Suisse romande au cours du 20^e siècle », *Mains libres* 6, 1–6 [www.mainslibres.ch].

- (2013), « Débuts de l'institutionnalisation de la physiothérapie vaudoise (1928–1945) », *Gesnerus* 70/1, 36–52.
- (2018), *Gymnastes médicales, masseurs et physiothérapeutes. Généalogie d'une profession (Suisse Romande, 20^e siècle)*, Thèse de doctorat en sciences sociales et politiques, Université de Lausanne.

HEFTI, Fritz/FREULER, F./MORSCHER, Edgar/BRUNNER, R./FLIEGEL, C./JUNDT, G./VON LAER, L. (1998), *Kinderorthopädie in der Praxis*, Berlin/Heidelberg, Springer.

HELPER, Michel (1996*), « Des contraintes de la LAMal à la physiothérapie de demain », in : *École cantonale vaudoise de physiothérapeutes. 60^e anniversaire (1936–1996)*, ECVF, Lausanne, 16.

HELLER, Geneviève (1979), *Propre en ordre. Habitation et vie domestique (1850–1930). L'exemple vaudois*, Lausanne, Éditions d'en bas.

« Histoire [de la poliomyélite] », Polio.ch/ Association suisse des paralysés (ASPr-SVG) [http://polio.ch/fr/poliomyelite/origine/histoire/].

HOWELL, Joel D. (1996), *Technology in the hospital. Transforming patient care in the early Twentieth Century*, Baltimore, London, The Johns Hopkins univ. Press.

HUGLI, Jean (1976), « Aperçu historique », in : *Centième anniversaire de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande 1876–1976*, Lausanne, Presses Centrales, 7–62.

HUMAIR, Cédric (2009), *1848. Naissance de la Suisse moderne*, Lausanne, Antipodes/ Société d'histoire de la Suisse romande.

I

IMC (2015), *Infirmité motrice cérébrale. Le guide pratique*, Association des Paralysés de France.

J

JEANMONOD, Gilles (1998), « Mutation du concept de dégénérescence en Suisse romande 1870–1920 », *Gesnerus* 55, 70–86.

JOST, Hans Ulrich (2005), « L'État fédéral de 1848 dans le contexte du “long” 19^e siècle », in : *A tire d'ailes. Contributions de Hans Ulrich Jost à une histoire critique de la Suisse*, Lausanne, Antipodes, 343–356.

JOUANNA, Jacques (2005), « La théorie des quatre humeurs et des quatre tempéraments dans la tradition latine (Vindicien, pseudo-Soranos) et une source grecque trouvée », *Revue des études grecques* 118, 138–167.

K

KABA, Mariama (2006*), « Exigences du corps et déficiences physiques chez les filles et les garçons. Contribution aux *gender & disability studies* », in : DAFILON NOVELLE, Anne (dir.), *Filles – garçons. Socialisation différenciée ?*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 203–222.

- (2006*), « Quelle place pour une perspective genre dans la *disability history*? Histoire du corps des femmes et des hommes à travers le handicap », *Traverse. Revue d'histoire* 3, 47–60.
- (2007), « Des reproches d'inutilité au spectre de l'abus. Étude diachronique des conceptions du handicap du 19^e siècle à nos jours », *Carnets de bord en sciences humaines* 13, 68–77.
- (2008), « La recherche en histoire sur le handicap. De la production de savoirs sur le handicap aux connaissances sur notre société », *Pages romandes. Revue d'information sur le handicap mental et la pédagogie spécialisée* 4, 4–6.
- (2009), « Quand éducation rime avec déviation. La scoliose chez les filles et les garçons comme enjeu de la médecine scolaire à Lausanne (fin 19^e–début 20^e siècle) », *Revue historique vaudoise* 117, 89–101.
- (2010), « Les discours sur l'“anormalité” comme vecteurs d'inégalités. Histoire des conceptions du handicap depuis le 19^e siècle », in : DAVID, Thomas/GROEBNER, Valentin/SCHAUFELBUEHL, Janick Marina/STUDER, Brigitte (éds), *La production des inégalités*, Zurich, Chronos Verlag, 68–77.
- (2011*), « Les implantations médicales. De la Cluse à Beau-Séjour », in : RIPOLL, David (dir.), *Champel-les-Bains*, Gollion, infolio, 168–179.
- (2011*), *Malades incurables, vieillards infirmes et enfants difformes. Histoire sociale et médicale du corps handicapé en Suisse romande (19^e–début 20^e siècle)*, Thèse de doctorat en lettres, Université de Lausanne.
- (2013), « Jeunes filles scoliotiques et orthopédie à la Belle Époque. L'essor urbain de la mécanothérapie à Lausanne et Genève », *Gesnerus* 70, 68–85.
- (2015*), « 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, 269–282.

- (2015*), *Clair Bois – 40 ans (1975–2015). Genèse et développement de la première fondation en faveur des personnes polyhandicapées* à Genève, Genève, Fondation Clair Bois.
- (2015*), « Die Konstruktion einer medizinischen Disziplin und ihre Herausforderungen. Die Orthopädie in der Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert », *Therapeutische Umschau* 72/7, 437–443.
- (2016), « “D'autant plus déterminée qu'elle défend les plus vulnérables de tous.” Les débuts de l'Association genevoise des parents d'enfants infirmes moteurs cérébraux (années 1950–1970) », in : HÜRLIMANN, Gisela/MACH, André/RATHMANN-LUTZ, Anja/SCHAUFELBUEHL, Janick Marina (Hg./dir.), *Lobbying. Die Vorräume der Macht – Lobbying. Les antichambres du pouvoir*, Zurich, Chronos Verlag, 251–264.
- (2017), « 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, 18–20.

KEEL, Othmar (2001), *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe 1750–1815. Politiques, institutions et savoirs*, Montréal/Genève, Les Presses de l'Université de Montréal/Georg.

KLENERMAN, Leslie (ed.) (2002), *The evolution of orthopaedic surgery*, London, Royal Society of Medicine Press Ltd.

KOCH, Patricia/HÜGLE, Thomas/HASLER, Carol/HINTERMANN, Beat/VALDERRABANO, Victor (2014), *Die Geschichte der Orthopädie an der Universität Basel. Festschrift zum 50-jährige Jubiläum*, Basel, Karger.

KOVEN, Seth (1994), « Remembering and dismemberment. Crippled children, wounded soldiers, and the Great War in Great Britain », *American Historical Review* 99/4, 1167–1202.

L

LASSERRE, André (1981), *Finances publiques et développement. Le canton de Vaud (1831–1913)*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise.

LATOUR, Bruno (1987), *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*, Cambridge (MA), Harvard University Press.

LAW, John (1999*), *Political philosophy and disabled specificities*, Lancaster, Centre for science studies, Lancaster University [www.lancaster.ac.uk/fass/ressources/sociology-online-papers/papers/law-political-philosophy-and-disability.pdf].

LE BRETON, David (1985), *Corps et sociétés. Essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Paris, Librairie des Méridiens.

LÉONARD, Jacques (1986), *Archives du corps. La santé au 19^e siècle*, Rennes, Ouest-France.

LE VAY, David (1990), *The History of orthopaedics. An account of the study and practice of orthopaedics from the earliest times to the modern era*, Basel, Roche.

LÜTHI, Dave (2012), *Le compas & le bistouri. Une histoire de l'architecture médicale vaudoise (1760–1940)*, Lausanne, Éditions BHMS.

M

« Maladies de l'appareil musculo-squelettique », *OFS Statistiques de la santé 2014* [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5766].

MARKS, Harry M. (1993), « Medical technologies. Social contexts and consequences », in : BYNUM, W. F./PORTER, Roy, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, vol. 2, London/New York, Routledge, 1592–1618.

MARTÍNEZ-PÉREZ, José (2009), « Consolidando el modelo médico de discapacidad. Sobre la poliomyelitis y la constitución de la traumatología y ortopedia como especialidad en España (1930–1950) », *Asclepio* 61/1, 117–142.

MAUSS, Marcel (1973), *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF.

MC EVOY, Arthur F. (1997), « Working environments. An ecological approach to industrial health and safety », in : COOTER, Roger/LUCKIN, Bill (eds), *Accidents in history. Injuries, fatalities and social relations*, Amsterdam/Atlanta, Rodopi, 59–89.

METCALFE, J. Stanley/PICKSTONE, John (2006), « Replacing hips and lenses. Surgery, industry and innovation in post-war Britain », in : WEBSTER, Andrew (ed.), *New technologies in health care. Challenges, change, innovation*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 146–160.

MILLER, Dane (2002), « Orthopaedic product technology during the second half of the twentieth century », in : KLENERMAN (ed.), 211–225.

MONET, Jacques (2009), *La naissance de la kinésithérapie (1847–1914)*, Paris, Glyphé.

MONNET, Valéry (en préparation), *La poliomyélite en Suisse. Perspectives historiques et enjeux actuels de santé publique*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Lausanne/Université de Genève.

N

NICOD, Françoise (1982), « Le souci de l'utilité publique dans le canton de Vaud dans la première moitié du 19^e siècle », *Revue historique vaudoise*, 81–147.

NICOD, Louis (1976*), « 100 ans d'orthopédie », in : *Centième anniversaire de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande 1876–1976*, Lausanne, Presses Centrales, 63–110.

- (1976*), « L'École cantonale vaudoise de physiothérapie 1936–1974. Bref coup d'œil rétrospectif », in : *Centième anniversaire de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande 1876–1976*, Lausanne, Presses Centrales, 111–113.

O

OLIVIER, Eugène (1937), « Quelques pages inédites de Jean André Venel (avant-propos) », *RMSR*, 415–434.

- (1987), « Jean-André Venel, d'Orbe (1740–1791). Maître accoucheur. Pionnier de l'orthopédie », in : SAUDAN, Guy (dir.), *L'Èveil médical vaudois (1750–1850). Tissot, Venel, Mayor*, Lausanne, Université de Lausanne, 51–103.

ORLAND, Barbara (Hg.) (2005), *Artifizielle Körper – Lebendige Technik. Technische Modellierungen des Körpers in historischer Perspektive*, Zürich, Chronos Verlag.

OSIEK-PARISOD, Françoise (1996), « La santé globale. Avantages et limites d'une référence professionnelle incontournable », *Objectifs soins* 42, 21–23.

OSTEN, Philipp (2004), *Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer modernen Krüppelfürsorge» 1905–1933*, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag.

OTT, Katherine (2002), « The sum of its part. An introduction to modern histories of prosthetics », in : OTT, Katherine/SERLIN, David/MIHM Stephen (eds), *Artificial parts, practical lives. Modern histories of prosthetics*, New York/London, New York University Press, 1–42.

P

PARAYRE, Séverine (2004), « Un renouveau de l'exercice corporel au siècle des Lumières. Des moyens pour entretenir, fortifier et soigner le corps (1740–1800) », in : POCIELLO, Christian (dir.), *Entre le social et le vital. L'Éducation physique et sportive sous tensions (18^e–19^e siècle)*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 43–53.

PAVILLON, Monique (1986), *La femme illustrée des années 20. Essai sur l'interprétation de l'image des femmes dans la presse illustrée 1920–1930*, Études et mémoires de la section d'histoire de l'Université de Lausanne (dir. prof. H. U. Jost), Lausanne.

PERRENOUD, Alfred (1979), *La population de Genève du 16^e au début du 19^e siècle. Étude démographique*, Genève, Société d'histoire et d'archéologie.

PERRY, Heather (2014), *Recycling the disabled. Army, medicine, and modernity in WWI Germany*, Manchester, Manchester University Press.

PICKSTONE, John V. (1985), *Medicine and industrial society. A history of hospital development in Manchester and its region (1752–1946)*, Manchester, Manchester University Press.

PILLOUD, Séverine (1998), *Julie Hofmann. Une vie de combats auprès des exclus*, Lausanne, Édité par la Fondation Eben-Hézer à l'occasion de son centenaire.

PITTELOU, Jean-François (1988), « La belle époque de la philanthropie genevoise », in : DURAND, Roger, avec la collab. de CANDAUX, Jean-Daniel (éds), *De l'utopie à la réalité*, Genève, Société Henry Dunant, 309–325.

PLATT, Harry (1950), « Orthopaedics in continental Europe (1900–1950). The changing pattern », *The Journal of Bone and Joint Surgery* 32/B/4, 570–586.

PORTER, Roy (1985), « The patient's view. Doing medical history from below », *Theory and Society* 14, 175–198.

PRENTICE, Rachel (2014), « Swimming in the joint », in : COOPMAN, Cateljine/VERTESI, Janet/LYNCH, Michaeland/WOOLGAR, Steve (eds), *Representation in scientific practice revisited*, The MIT Press Scholarship Online [http://mitpress.universitypressscholarship.com].

Pro Infirmis-Vaud (1992), *Pro Infirmis-Vaud, 50 ans au service des personnes handicapées. Les grands moments d'une histoire sans bruit*, Pro Infirmis-Vaud.

QUIN, Grégory (2009), « Jules Guérin. Brève biographie d'un acteur de l'institutionnalisation de l'orthopédie (1830–1850) », *Gesnerus* 66/2, 237–255.
• (2010), *Le mouvement peut-il guérir? Histoire de l'engagement des médecins français dans l'élaboration de l'éducation physique (1741–1888)*, Thèse de doctorat en sciences du sport et sciences de l'éducation, Université de Lausanne/Université Paris Descartes.

RABINBACH, Anson (2004), *Le moteur humain. L'énergie, la fatigue et les origines de la modernité*, Paris, La Fabrique éditions.

RANG, Mercer (2000), *The story of orthopaedics*, Philadelphia/London, W. B. Saunders Company.

Recueil des professeurs (1990), *Recueil des professeurs, Université de Genève. Édition 1990*, Genève, Impr. Médecine & Hygiène.

REISEL, Monika (2016), *Poliomyelitis. Eine historische Studie über die Auswirkungen der Epidemien auf die Schweiz*, Doktorat Diss. Philosophie, Universität Zürich.

RENTON, Peter (2002), « History of orthopaedic radiology », in: KLENERMAN (ed.), 91–117.

REY, Roselyne (2000), *Naissance et développement du vitalisme en France de la deuxième moitié du 18^e siècle à la fin du premier Empire*, Oxford, Voltaire Foundation.

RIEDER, Philip (2001), « L'enfance "médicalisée"? Philanthropie et médecine à Genève au 19^e siècle », in: SUTER, Susanne (dir.), *Âges et visages de la pédiatrie. La genèse du Département de pédiatrie*, Genève, Chêne-Bourg, Georg, 29–40.
• (2009), *Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876–1920)*, Lausanne/Genève, Éditions BHMS/Médecine & Hygiène.
• /BARRAS, Vincent (2001), « Écrire sa maladie au siècle des Lumières », in: BARRAS, Vincent/LOUIS-COURVOISIER, Micheline (éds), *La médecine des Lumières. Tout autour de Tissot*, Genève, Georg, 201–222.

ROBERT, Olivier/PANESE, Francesco (2000) (dir.), *Dictionnaire des professeurs de l'Université de Lausanne*, Lausanne, Université de Lausanne.

ROELEN, Nathalie/STRAUVEN, Wanda (dir.) (2001), *Homo orthopedicus. Le corps et ses prothèses à l'époque post-moderne*, Paris, L'Harmattan.

ROGERS, William A. (1950), « The background of a half-century of progress », *The Journal of Bone and Joint Surgery* 32/B/4, 451–457.

ROSE, Nikolas (2007), « Beyond medicalisation », *Lancet* 369, 700–702.

ROSEN, George (1944), *The specialization of medicine with particular reference to ophthalmology*, New York, Froben Press.

ROSENBERG, Charles E. (1977), « And heal the sick. The hospital and the patient in the 19th Century America », *Journal of Social History*, 428–447.
• (1995), *The care of strangers. The rise of America's hospital system*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

ROTH, Sacha/PELLEGRINI, Sonia (2015), *Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins?*, Observatoire suisse de la santé OBSAN, Rapport 68 [www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_68_rapport.pdf].

RUCHAT, Martine (2003), *Inventer les arriérés pour créer l'intelligence. L'arriéré scolaire et la classe spéciale. Histoire d'un concept et d'une innovation psychopédagogique (1874–1914)*, Bern, Peter Lang.

RUFFIEUX, Roland (1998), « La Suisse des radicaux (1848–1914) », in: FAVEZ, Jean-Claude (dir.), *Nouvelle histoire de la Suisse et des suisses*, 2^e éd., Lausanne, Payot, 599–682.

RÜTT, August/HEIPERTZ, Wolfgang/HOLFELDER, Georg/MARQUARDT, Wolfgang (1993), *Geschichte der Orthopädie im deutschen Sprachraum*, Stuttgart, F. Enke Verlag.

RÜTTIMANN, Beat (1980), « Zur Geschichte der Krüppelfürsorge », *Gesnerus* 3/4, 199–214.
• (1983), *Wilhelm Schulthess (1855–1917) und die Schweizer Orthopädie seiner Zeit*, Zürich, Schulthess Polygraphischer Verlag.

RUEPP, René (2002), *Orthopädie-Technik in der Schweiz. Chronik eines medizinischen Handwerks*, Dietikon, Juris Druck.

SANDOZ, Thomas (2005), *Histoires parallèles de la médecine. Des Fleurs de Bach à l'ostéopathie*, Paris, Seuil.

SARGENT, Michael G. (2005), *Biomedicine and the human condition. Challenges, risks, and rewards*, Cambridge, Cambridge University Press.

SAUDAN, Guy (1991), *La médecine à Lausanne du 16^e au 20^e siècle*, Denges-près-Lausanne, Faculté de médecine de l'Université de Lausanne/Éditions du Verseau.

SAVAGE, Jon (2008), *Teenage. Die Erfindung der Jugend (1875–1945)*, Frankfurt am Main, Campus Verlag.

SCHLICH, Thomas (2002^a), « Degrees of control. The spread of operative fracture treatment with metal implants », in: STANTON, Jennifer (ed.), *Innovations in health and medicine. Diffusion and resistance in the 20th Century*, London/New York, Routledge, 106–125.
• (2002^b), *Surgery, science and industry. A revolution in fracture care (1950^a–1990^a)*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
• (2006^a), « Risk assessment and medical authority in operative fracture care in the 1960^a and 1970^a », in: SCHLICH/TRÖHLER (eds), 170–186.
• (2006^b), « Trauma surgery and traffic policy in Germany in the 1930^a. A case study in the coevolution of modern surgery in society », *Bulletin of the history of medicine*, 80, 73–94.

• (2016, Feb. 16), « "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, 247–270.
• /TRÖHLER, Ulrich (eds) (2006), *The risks of medical innovation. Risk perception and assessment in historical context*, London/New York, Routledge.

SCHOLDER, Pierre (1980), « Le sabot de Venel. Jean-André Venel qui étiez-vous au fait? », *SwissMed* 2/9, 11–27.

SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER, Doris (2004), *Orthopädie im Wandel. Die Herausbildung von Disziplin und Berufsstand in Bund und Kaiserreich (1815–1914)*, Stuttgart, Franz Steiner Verlag.

STANTON, Jennifer (1999), « Making sense of technologies in medicine », *Social History of Medicine* 12/3, 437–448.

STAR, Susan Leigh/GRIESEMER, James R. (1988), « Institutional ecology, "translations" and "boundary objects". Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology », *Social Studies of Science* 19, 387–420.

STEINKE, Hubert (2010), « Rikli, Arnold », *Dictionnaire historique de la Suisse* [www.dhs.ch].
• /WOLFF, Eberhard/SCHMID, Ralph Alexander (Hg.) (2013), *Schnitte, Knoten und Netze – 100 Jahre Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie. Incisions, nœuds et réseaux – Les 100 ans de la Société suisse de chirurgie*, Zürich, Chronos Verlag.

TAVERA, Marie/BARRAS, Vincent (2011), *L'Hôpital de l'enfance de Lausanne. Histoire d'une institution pionnière de la pédiatrie suisse*, Lausanne, Éditions BHMS.

TERNON, Yves (1994), « La fin du chirurgien généraliste », in: AÏACH, Pierre/FASSIN, Didier (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 181–199.

TERRIER, Georges/CALINON, Danièle/OSTINI, Suzanne (1996), « Histoire des débuts de la radiologie à Lausanne (1896–1921) », *RMSR* 116, 1001–1008.

THIERCE, Agnès (1999), *Histoire de l'adolescence (1850–1914)*, Paris, Belin.

THOMANN, Klaus Dieter (1995), *Das behinderte Kind. « Krüppelfürsorge » und Orthopädie in Deutschland (1886–1920)*, Stuttgart, Gustav Fischer.
• (2000), « Die Geschichte der Reichskrüppelzählung von 1906 », *Der Orthopäde* 29/12, 1055–1066.

THOMAS, Émile (1937*), *La médecine à Genève au début du 19^e siècle*, Publication des Archives de la SMG, édité par la Société pour l'industrie chimique à Bâle (CIBA).

TIMMERMANN, Casten/ANDERSON, Julie (eds) (2006), *Devices and designs. Medical technologies in historical perspective*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

TISSOT, Laurent (1999), « Hôtels, pensions, pensionnats et cliniques: fondements pour une histoire de "l'industrie des étrangers" à Lausanne, 1850–1920 », in: STUDER, Brigitte/TISSOT, Laurent (dir.), *Le passé du présent. Mélanges offerts à André Lasserre*, Lausanne, Payot, 69–89.

TOURNAY, Virginie (2006), *Sociologie des institutions*, Paris, PUF.

« Toute une vie au service des enfants handicapés » (2008), *Merci. Journal d'information de la Fondation Cerebral* 2, 4.

TRÖHLER, Ulrich (1993), « Surgery (modern) », in: BYNUM, William F./PORTER, Roy (eds), *Companion encyclopedia of the history of medicine*, vol. 2, London/New York, Routledge, 984–1028.
• /MAEHLE, Andreas-Holger (1991), *Die Knochenbrüche – Wege zur modernen Behandlung. Das Tier im Dienste des medizinischen Fortschrittes*, Basel, Pharma Information.

TURNER, Bryan S. (1994), *Regulating bodies. Essays in medical sociology*, London/New York, Routledge.

U
« Une carrière au service de l'orthopédie. Le professeur Louis Nicod quitte l'enseignement » (1977, 27 juin), *24 Heures*.

V
VALENTIN, Bruno (1956), « Jean-André Venel, der "Vater der Orthopädie" (1740–1791) », *Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften* 40, 305–336.
• (1961), *Geschichte der Orthopädie*, Stuttgart, Georg Thieme.

VANNOTTI, Marco/GASSER, Jacques (1999), « Santé et douleur », *RMSR* 119, 255–257.

VERDAN, Claude (1985), *Histoire de la Société suisse de chirurgie plastique reconstructive et esthétique. À l'occasion de son vingtième anniversaire (1965–1985)*, Lausanne, SSCPR et Fondation Claude Verdant.

VIGARELLO, Georges (1985), *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil.
• (2001 [1979]), *Le corps redressé. Histoire d'un pouvoir pédagogique*, Paris, Armand Colin.

VOSKUHL, Adelheid (2005), « "Bewegung" und "Rührung". Musik spielende Androiden und ihre kulturelle Bedeutung im späten 18. Jahrhundert », in: ORLAND (Hg.), 87–103.

W
WEISZ, George (1995), *The medical mandarins. The French academy of medicine in the 19th and Early 20th Centuries*, New York/Oxford, Oxford University Press.
• (1997), « Medical directories and medical specialization in France, Britain, and the United States », *Bulletin of the History of Medicine* 71, 23–68.
• (2006), *Divide and conquer. A comparative history of medical specialization*, New York, Oxford University Press.

WINANCE, Myriam (2016), « Rethinking disability. Lessons from the past, questions for the future. Contributions and limits of the social model, the sociology of science and technology, and the ethics of care », *Alter. European Journal of Disability Research* 10/2, 99–110.

WOLFISBERG, Carlo (2002), *Heilpädagogik und Eugenik. Zur Geschichte der Heilpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz (1800–1950)*, Zürich, Chronos Verlag.

Z
ZICHNER, Ludwig/RAUSCHMANN, Michael A./THOMANN, Klaus-Dieter (Hg.) (1999), *Orthopädie. Geschichte und Zukunft. Museumkatalog, Jahrbuch Band 1*, Deutsches orthopädisches Geschichts- und Forschungsmuseum, Darmstadt, Dietrich Steinkopff Verlag.
• (2000), *Geschichte operativer Verfahren an den Bewegungsorganen. Museumkatalog, Jahrbuch Band 2*, Deutsches orthopädisches Geschichts- und Forschungsmuseum, Darmstadt, Dietrich Steinkopff Verlag.

Responsables de l'Hospice / Hôpital orthopédique de la Suisse romande

PRÉSIDENTS DU COMITÉ — CONSEIL D'ADMINISTRATION

Louis Grenier
1876–1919

William de Charrière
1919–1926

Georges Meylan
1926–1944

Pierre de Blonay
1944–1956

Raymond Burnat
1957–1967

Édouard Wavre
ad interim 1956–1957
puis 1967–1976

Robert Rivier
1976–1996

Jean-Noël Jaton
1996–

DIRECTION MÉDICALE

Henri Martin
directeur
1876–1906

Placide Nicod
médecin-directeur
1906–1947

Jean-Charles Scholder
médecin-chef
1947–1953

Louis Nicod
directeur et médecin-chef
1954–1977

Jean-Claude Caron
*directeur et responsable
médical ad interim*
1977–1978

Jean-Jacques Livio
directeur et chef du service OTR
1978–1996

Pierre-François Leyvraz
directeur et chef du service OTR
1996–2007

Dès 2008, la direction médicale de l'Hôpital orthopédique disparaît et se situe au niveau du DAL/CHUV.

Pierre-François Leyvraz
chef de département du DAL
2008–2014

Alexander So
chef de département du DAL
2014–2017

Alain Farron
chef du service OTR
2008–
chef de département du DAL
2017–

DIRECTION ADMINISTRATIVE

André Henchoz
*administrateur, directeur
administratif*
1958–1979

Bernard Decrauzat
directeur administratif
1979–1991

Jacques Bourquenoud
directeur administratif
1991–1999

Pascal Rubin
*directeur opérationnel,
puis directeur*
1999, 2000–2002

Marc-Alain Genillard
directeur
2003–2004

Inka Moritz
directrice
2005–2007

Dès 2008, la direction administrative de l'Hôpital orthopédique disparaît et se situe au niveau du DAL/CHUV.

Inka Moritz
directrice administrative du DAL
2008–2012

Stéphan Studer
directeur administratif du DAL
2012–2015

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

Eugénie Panchaud
infirmière-chef, directrice
1927–1952

Anne Denkinge
*infirmière-chef,
directrice hospitalière*
1952–1965

Odette Peter
infirmière-chef
1962–1979

Micheline Merlin
infirmière-chef
1979–1996

Denise Morard
infirmière-chef
1997–1999

Marie-Madeleine Decollogny
responsable des soins infirmiers
2000–2001

Jose Iglesias
responsable des soins infirmiers
2002–2007

Dès 2008, la direction des soins infirmiers de l'Hôpital orthopédique disparaît et se situe au niveau du DAL/CHUV.

Jose Iglesias
*directeur des soins infirmiers
du DAL*
2008–2013

Daniel Joye
*directeur des soins infirmiers
du DAL*
2014–



Fig. 92
Jean-André Venel, fondateur et directeur de l'Institut orthopédique d'Orbe de 1780 à 1790.

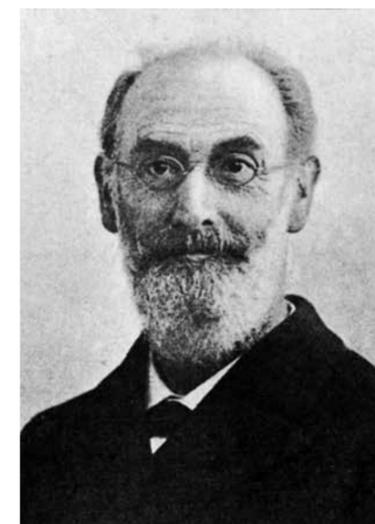


Fig. 93
Henri Martin, fondateur et directeur de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande à Lausanne de 1876 à 1906.



Fig. 94
Placide Nicod, médecin-directeur de l'Hospice orthopédique de 1906 à 1947.



Fig. 95
Jean-Charles Scholder, médecin-chef de l'Hospice orthopédique de 1947 à 1953.



Fig. 96
Louis Nicod, directeur et médecin-chef de l'Hospice puis Hôpital orthopédique de 1954 à 1977.



Fig. 97
Jean-Jacques Livio, directeur de l'Hôpital orthopédique et chef du service OTR de 1978 à 1996.



Fig. 98
Pierre-François Leyvraz, directeur de l'Hôpital orthopédique et chef du service OTR de 1996 à 2007 et chef de département du DAL de 2008 à 2014.



Fig. 99
Alexander So, chef de département du DAL de 2014 à 2017.



Fig. 100
Alain Farron, chef du service OTR depuis 2008 et chef de département du DAL depuis 2017.

1

GENÈSE ET ORIGINES

- 1741: Nicolas Andry crée le terme « orthopédie » pour son livre du même nom
- 1780: Jean-André Venel fonde à Orbe (canton de Vaud) le premier établissement orthopédique connu au monde
- 1791: Décès de Venel et reprise de son institut orthopédique par son neveu Pierre-Frédéric Jaccard
- Années 1810–1820: Première vague d'établissements orthopédiques en Europe et dans le monde (orthopédie essentiellement non chirurgicale)
- 1820: L'institut orthopédique d'Orbe se déplace à Aubonne (canton de Vaud) sous la direction de Paul Martin
- Années 1830–1840: Deuxième vague d'établissements orthopédiques et essor de la gymnastique médicale et des petites interventions chirurgicales (ténonomie, myotomie)
- 1846: Première anesthésie par l'éther
- 1850-1860: Diffusion de l'hygiénisme en Europe par de nombreux canaux (sociétés, œuvres)
- 1862: Henri Martin reprend, de son père Antoine, l'établissement orthopédique d'Aubonne
- 1865: Le Suédois Gustav Zander fonde à Stockholm le premier Institut médico-mécanique et exporte son système de mécanothérapie
- Années 1870: Diffusion de la méthode antiseptique de Joseph Lister
- Années 1870: Diffusion du modèle hospitalo-universitaire allemand
- 1872: Henri Martin s'installe à Lausanne (chef-lieu du canton de Vaud) et dirige un petit service d'orthopédie à l'Hospice de l'enfance
- 1874: La nouvelle Constitution suisse introduit l'école primaire obligatoire et gratuite au niveau national
- 1876: Henri Martin fonde l'Hospice orthopédique de la Suisse romande dans sa propre maison, la villa La Fiorina à la route d'Échallens (Lausanne)

2

LA BELLE ÉPOQUE

- Années 1880: Essor des sociétés et revues de chirurgie et chirurgie orthopédique
- 1888: Au Royaume-Uni, Robert Jones organise la traumatologie, destinée aux accidentés du travail puis aux blessés de guerre, tout en l'associant à l'orthopédie
- 1890: 10^e congrès international de médecine tenu à Berlin, lors duquel les principaux représentants de la chirurgie orthopédique se réunissent pour la première fois en une section spéciale, séparée de la chirurgie générale
- 1880–1890: Premières lois nationales de protection de l'enfance en Suisse et ailleurs en Europe
- 1895: William Röntgen découvre les rayons X, dont l'usage est présenté aux médecins lausannois dès 1896
- 1896: La Suisse lance sa première enquête nationale chargée de dénombrer « les enfants faibles d'esprit et atteints d'infirmités physiques en âge de fréquenter l'école »
- 1896: Charles Scholder ouvre à Lausanne un institut médico-mécanique et orthopédique, introduisant la mécanothérapie dans l'espace géographique francophone
- 1898: Camille Reymond ouvre un institut médico-mécanique et orthopédique à Genève
- 1899: Louis Perret, rattaché à l'Hospice orthopédique, est nommé professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Lausanne avec la première chaire d'orthopédie en Suisse, laquelle disparaît en 1901
- Autour de 1900: Le modèle américain de la division du travail fait son entrée dans de nombreux secteurs, dont l'hôpital
- 1906: Placide Nicod prend la direction médicale de l'Hospice orthopédique, remplaçant Henri Martin
- 1909: Création de la Société suisse pour enfants estropiés
- 1912: Placide Nicod, nommé privat-docent d'orthopédie à l'Université de Lausanne, réintègre l'orthopédie dans le cursus universitaire

3

LES ANNÉES SOMBRES

- 1914: En Italie, Vittorio Putti organise la traumatologie aux côtés de l'orthopédie et fonde un centre de chirurgie reconstructive et de réhabilitation pour les soldats blessés durant la guerre
- 1914: Premiers contacts entre l'Hospice orthopédique et le Département cantonal de l'intérieur pour obtenir un terrain en vue d'une nouvelle construction
- 1915–1918: Placide Nicod est chirurgien d'un hôpital militaire à Valence (Drôme)
- 1917: Une convention est établie avec l'État de Vaud confirmant la mission d'enseignement (formation universitaire) de l'Hospice orthopédique
- 1920: Création de l'Association suisse en faveur des anormaux – Pro Infirmis dès 1938
- 1921: Introduction de l'assurance infantile obligatoire dans le canton de Vaud
- 1925: En Autriche, Lorenz Boehler fonde un poste de secours puis un petit hôpital pour les accidentés du travail en dissociant traumatologie et orthopédie
- 1927: L'Hospice orthopédique déménage à Montagibert près de l'Hôpital cantonal vaudois
- 1929: Création de la Société internationale de chirurgie orthopédique (président Vittorio Putti) – future Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie (SICOT)
- Années 1930: Premières grandes vagues d'épidémie de poliomyélite en Suisse
- 1931: Premier congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique à Paris (ouvert par Robert Jones)
- 1931: Placide Nicod est nommé professeur extraordinaire de chirurgie orthopédique (première chaire d'orthopédie en Suisse)
- 1932: Introduction en Suisse du titre de « spécialiste FMH » incluant l'orthopédie

1935: Placide Nicod dispense un cours de physiothérapie aux étudiants de la Faculté de médecine de Lausanne

1936: L'École vaudoise de massage – future École cantonale vaudoise de physiothérapeutes – s'ouvre au sein de l'Hospice orthopédique

Années 1930: Placide Nicod devient le promoteur en Suisse de l'arthroplastie de la hanche et du genou

1941: Création du service social de Pro Infirmis Vaud, présidé par Placide Nicod

1941 et 1944: Pics d'épidémies de poliomyélite en Suisse

1942: Fondation de l'Association libre des orthopédistes suisses – future Société suisse d'orthopédie et de traumatologie-Swiss orthopaedics

1943: Création de la Fondation de l'enfance infirme de l'Institut Notre-Dame de Lourdes à Sierre (Valais)

1942–1944: Placide Nicod est doyen de la Faculté de médecine de Lausanne

1945–1947: Le « Chalet », annexe de l'Hospice orthopédique, accueille des mutilés civils victimes de la guerre

1946: Création de la clinique de Longeraie à Lausanne

1946: Création aux États-Unis de la première Société nationale de chirurgie de la main

1947: Jean-Charles Scholder prend la place de Placide Nicod aux postes de professeur d'orthopédie à l'Université de Lausanne et de médecin-chef de l'Hospice orthopédique

1947: Création d'un Office romand d'intégration professionnelle pour handicapés, présidé par Placide Nicod

1948: Entrée en vigueur de la loi sur l'assurance vieillesse et survivants (AVS)

1954: La Suisse reçoit le 6^e congrès de la SICOT à Berne

1954: Louis Nicod reprend la direction médicale de l'Hospice orthopédique à la suite de Jean-Charles Scholder

1955: Introduction de la méthode physiothérapeutique Bobath à l'Hospice orthopédique

Fin 1956–début 1957: Introduction du vaccin anti-poliomyélite en Suisse

● Concerne l'Hôpital orthopédique

● Concerne le développement de l'orthopédie et le contexte socio-sanitaire général

4

L'ÂGE D'OR

- Années 1950: Développement de la chirurgie de la scoliose par la diffusion du système de fixation externe de l'Américain Paul Harrington
- 1958: Création de l'Association suisse d'ostéosynthèse (AO)
- 1958: L'Hospice orthopédique se dote de son premier administrateur, André Henchoz
- 1959: L'Hospice orthopédique devient Hôpital orthopédique de la Suisse romande et Clinique universitaire d'orthopédie. Il lance des travaux d'agrandissement.
- 1960: Entrée en vigueur de l'assurance invalidité fédérale (AI)
- 1963: L'Hospice orthopédique inaugure son nouveau bâtiment agrandi de Montagibert. Il se présente aussi comme un centre romand de physiothérapie et de rééducation fonctionnelle
- 1966: Mise en place du nouveau plan hospitalier vaudois
- Années 1960: Essor de l'arthroplastie de la hanche, notamment par la prothèse totale de John Charnley
- Années 1960: Essor de la chirurgie cardiaque introduite en Suisse romande par Charles Hahn
- 1967: Création de l'Association suisse pour l'étude des prothèses et orthèses (APO)
- 1970: Jean-Jacques Livio développe la traumatologie au CHUV
- 1973: Inauguration du service d'ergothérapie à l'Hôpital orthopédique
- 1973: À l'Université de Lausanne, la chaire d'orthopédie confiée à Louis Nicod passe d'extraordinaire à ordinaire
- 1974: Le congrès international sur les techniques orthopédiques se tient à Montreux (canton de Vaud)
- 1974: Création de l'Union des sociétés suisses de chirurgiens, qui réunit les sociétés suisses de chirurgie, de chirurgie pédiatrique, de neurochirurgie, de chirurgie orthopédique, de chirurgie plastique et de rééducation, d'urologie

1974: Le nouvel inventaire des désignations FMH consacre la spécialisation de « chirurgien orthopédiste »

Années 1970: Les États-Unis ouvrent la voie à ce qui sera bientôt appelé « l'hyperspécialisation », par la création de départements réservés à des affections spécifiques de l'appareil locomoteur

5

REMISES EN QUESTION ET NOUVELLES ORIENTATIONS

- 1976: Création du Groupe suisse de travail pour la réadaptation, visant à établir un modus vivendi au niveau national pour le traitement des personnes paraplégiques
- 1977: Louis Nicod quitte l'Hôpital orthopédique, remplacé par Jean-Claude Caron qui assume l'intérim comme responsable médical
- 1978: Jean-Jacques Livio succède à Louis Nicod comme responsable médical de l'Hôpital orthopédique et professeur d'orthopédie et de traumatologie à la Faculté de médecine de Lausanne
- 1978: Une convention passée entre l'Hôpital orthopédique et l'État de Vaud officialise la création du service d'orthopédie et de traumatologie (OTR)
- 1979: L'Hôpital orthopédique se dote d'une nouvelle direction tricéphale: le directeur médical, le nouveau directeur administratif, Bernard Decrauzat, et l'infirmière-chef
- 1980: L'Hôpital orthopédique met en service sa première salle d'opération à flux laminaire ou « salle blanche »
- Années 1980: La physiothérapie et l'ergothérapie fusionnent leur service respectif pour adultes et enfants. Essor important de la prise en charge postopératoire
- 1981: Création du Comité de coordination des sociétés d'orthopédie et de traumatologie des pays du marché commun européen (COCOMAC)
- 1984: Début de la collaboration entre l'Hôpital orthopédique et l'École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL)
- 1986: L'École cantonale vaudoise de physiothérapeutes quitte les murs de l'Hôpital orthopédique pour s'installer à l'Hôpital Nestlé du CHUV
- 1993: Création de l'European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) qui remplace le COCOMAC
- 1995: Inauguration de la première étape des travaux de rénovation de l'Hôpital orthopédique

1996: Entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance maladie et accidents (LAMal)

Années 1990: Les patients acquièrent de nouveaux droits, tel que celui de consulter leur dossier médical

1996: Pierre-François Leyvraz remplace Jean-Jacques Livio aux postes de professeur, chef du service OTR et directeur médical de l'Hôpital orthopédique. Le président du conseil d'administration de l'Hôpital orthopédique, Robert Rivier, laisse sa place à l'actuel président, Jean-Noël Jatton

1996: Début du programme d'économies vaudoises « Équation 33 »

1998: Fin des travaux de rénovation et d'agrandissement de l'Hôpital orthopédique

1998: L'Hôpital orthopédique, l'Hôpital ophtalmique et l'Hôpital de l'enfance intègrent le Réseau des hôpitaux lausannois organisé avec les Hospices cantonaux-CHUV et le Service de la santé publique

Années 1990: Avènement de l'imagerie en trois dimensions (3D)

1999: La démarche qualité fait son entrée à l'Hôpital orthopédique

6

L'ORTHOPÉDIE AU 21^e SIÈCLE

- 2001: Création du centre de recherche en orthopédie officialisant la collaboration entre l'Hôpital orthopédique et l'EPFL
- 2002: Nouvelle convention éternisant la collaboration entre l'Hôpital orthopédique et le CHUV relative au service OTR
- 2002: Le canton de Vaud est la première région européenne à inaugurer le système de rémunération des séjours hospitaliers basé entièrement sur les prestations (facturation en AP-DRG)
- 2003: L'Hôpital orthopédique est le premier établissement de soins aigus en Suisse romande certifié dans sa totalité, obtenant la double certification qualité ISO et SPEQ
- 2004: Nouveau système de facturation TarMed pour les prestations ambulatoires en Suisse
- 2005: L'Hôpital orthopédique, les Hospices-CHUV et la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne décident de lancer le projet « Move! » en vue de la création du Département de l'appareil locomoteur (DAL) rattaché au CHUV. Le projet est confié à Inka Moritz, nouvelle directrice de l'Hôpital orthopédique
- 2006: Convention entre l'Hôpital orthopédique et l'EPFL, et ouverture de l'Institut de biomécanique translationnelle
- 2006: Pierre-François Leyvraz et nommé professeur titulaire externe à l'EPFL
- 2006: Réforme des études pré- et postgraduées en Suisse faisant suite aux accords dits de Bologne (grande incidence pour les professions paramédicales)
- 2006: L'Evidence based medicine fait son entrée à l'Hôpital orthopédique
- 2006: Création de l'Unité pédiatrique de chirurgie orthopédique et traumatologique (UPCOT) rattachée au Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV (les enfants ne sont plus pris en charge à l'Hôpital orthopédique)
- 2007: Convention entre l'Hôpital orthopédique et l'État de Vaud-CHUV en vue de la création du DAL

2008: Inauguration du DAL: l'Hôpital orthopédique est intégré au CHUV et perd son statut juridique d'établissement privé

Crédits

1

Fig. 1: ANDRY (1741: page de titre). © BCU Lausanne
Fig. 2: ANDRY (1741: 282). © BCU Lausanne
Fig. 3: Aquarelle de Jules Combes (19^e siècle).
Photo: Roxane Fuschetto. © Musée d'Orbe
Fig. 4: MELLET (1844 [1835]: 416). IHM Lausanne
Fig. 5: Photo: Heidi Diaz. © SAM-CHUV, Musée d'Orbe
Fig. 6: VENEL (1789: 202). BCU Lausanne
Fig. 7: VENEL (1789: 204). BCU Lausanne
Fig. 8: Photo: Heidi Diaz. © SAM-CHUV, Ortho.Kern, Lausanne
Fig. 9: PRAVAZ/GUÉRIN (1835*: 1). IHM Lausanne
Fig. 10: BOURCART (1898: 144). IHM Lausanne
Fig. 11: SCHOLDER (1897: annexe). IHM Lausanne
Fig. 12: BOURCART (1898: 41). IHM Lausanne
Fig. 13: SCHOLDER (1897: annexe). IHM Lausanne
Fig. 14: SCHOLDER (1897: 3). IHM Lausanne
Fig. 15: BONNA (1899: 45). © ACV
Fig. 16: ROUX (1887: 530). IHM Lausanne
Fig. 17: MARTIN (1896*: annexe). Archives HO, CHUV
Fig. 18: Photo: James Perret. © Musée historique de Lausanne

2

Fig. 19: Photo: anonyme. © Universitätsklinik Balgrist, Zurich
Fig. 20: Photo: E. Steiner. © Musée historique de Lausanne
Fig. 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27:
SCHOLDER/WEITH/COMBE (1901: 20, 21, 23, 24, 58, 63)
Fig. 28: *Rapport HO 1914*, 6 bis. Archives HO, CHUV
Fig. 29: Archives HO, CHUV
Fig. 30: *Souvenir de l'inauguration du 30 juin 1927 [de l'HO] (1927)*.
© BCU Lausanne
Fig. 31: Photo: anonyme. © Musée historique de Lausanne
Fig. 32: *Rapport HO 1953*, 10 bis. Archives HO, CHUV

3

Fig. 33: *Rapport HO 1935*, 11. Archives HO, CHUV
Fig. 34: *Revue Pro Infirmis (1951)*, page de titre.
© Centre de documentation de Pro Infirmis Vaud, Lausanne
Fig. 35, 36: *Rapport HO 1945*, 10 bis, ter. Archives HO, CHUV
Fig. 37: *Rapport HO 1947*, 10 bis. Archives HO, CHUV
Fig. 38: Brochure *Avez-vous déjà choisi votre voie?* [années 1960]. Photo: Jongh, Meyer-Henn, Winkler, ASL. Archives HO, CHUV
Fig. 39: *Rapport HO 1958*, page de titre. Archives HO, CHUV
Fig. 40: Photo: Pierre Izard. © Fondation Pierre Izard, Lausanne
Fig. 41: *Rapport HO 1935*, 9. Archives HO, CHUV
Fig. 42: Photo: Albert Würigler. © Musée historique de Lausanne

Tous droits réservés sur les illustrations sans nom d'auteur au profit des ayants droit qui n'ont pas pu être identifiés.

4

Fig. 43: *Rapport HO 1958*, 20. Archives HO, CHUV
Fig. 44: *Rapport HO 1957*, 9. Archives HO, CHUV
Fig. 45: *Rapport HO 1959*, page de titre © ACV
Fig. 46, 47, 48, 49: *Rapport HO 1961*, 11, 13. Archives HO, CHUV
Fig. 50, 51, 52, 53: Photos: Pierre Izard. © Fondation Pierre Izard, Lausanne
Fig. 54: *Rapport HO 1962*, page de titre. Archives HO, CHUV
Fig. 55: Photo: Pierre Izard. © Fondation Pierre Izard, Lausanne
Fig. 56: DE BELLEVAL (1963). Archives HO, CHUV
Photo: Heidi Diaz. © SAM-CHUV
Fig. 57: *Rapport HO 1966*, 13. Archives HO, CHUV
Fig. 58, 59, 60: *Rapport HO 1967*, 10-12. Archives HO, CHUV
Fig. 61: Photo: Pierre Izard. © Fondation Pierre Izard, Lausanne
Fig. 62, 63: *Rapport HO 1972*, 15-16. Archives HO, CHUV
Fig. 64: *Rapport HO 1968*, 13. Archives HO, CHUV
Fig. 65, 66: *Rapport HO 1958*, 7-8. Archives HO, CHUV
Fig. 67: *Gazette de Lausanne (30 mai 1963)*. Archives HO, CHUV
Photo: Heidi Diaz. © SAM-CHUV

5

Fig. 68, 69: Photos: Air Lausanne. © ACV
Fig. 70, 71: *Rapport HO 1999*, 18-20. Archives HO, CHUV
Fig. 72, 73, 74: Photos: anonyme. © Zimmer Biomet, Winterthur
Fig. 75, 76: Photos: Bernard Cavin. © Service d'ergothérapie-HO
Fig. 77: Photo: Francisco Teixeira. © SAM-CHUV
Fig. 78, 79: Photos: anonyme. © Archives HO, CHUV
Fig. 80, 81: Photos: Sébastien Bridot. © SAM-CHUV
Fig. 82: Photo: Willy Blanchard. © SAM-CHUV

6

Fig. 83: Photo: anonyme. © Société Symbios, Yverdon
Fig. 84, 85, 86: Photos: Heidi Diaz. © SAM-CHUV, Cabinet d'ergothérapie, av. Victor Ruffly, Lausanne (Michel Ciuffi, Floriane Arnoux, Bernard Cavin)
Fig. 87: Photo: Heidi Diaz. © SAM-CHUV
Fig. 88, 89, 90: Photos: Matthieu Gafsov. © CIT-S, CHUV
Fig. 91: Photo: anonyme. © CIT-S, CHUV

ANNEXE

Fig. 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100: © SAM-CHUV

Liste des abréviations

ACV	Archives cantonales vaudoises
AG extr./ord.	Assemblée générale extraordinaire/ordinaire
AI	Assurance invalidité
AO	Association suisse pour l'ostéosynthèse
APO	Association suisse pour l'étude des prothèses et orthèses
BSMSR	<i>Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande</i>
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (aussi SUVA)
COCOMAC	Comité de coordination des Sociétés d'orthopédie et de traumatologie des pays du Marché commun européen
CR	Compte rendu
CRO	Centre de recherche en orthopédie CHUV/EPFL
DAL	Département de l'appareil locomoteur du CHUV
ECVP	École cantonale vaudoise de physiothérapeutes
EFORT	<i>European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology</i> (Fédération européenne des sociétés nationales d'orthopédie et de traumatologie)
EMS	Établissement médico-social
EPFL	École polytechnique fédérale de Lausanne
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois
FMH	<i>Foederatio medicorum helveticorum</i> (Fédération des médecins suisses)
FNS	Fonds national suisse de la recherche scientifique
GHRV	Groupement des hôpitaux régionaux vaudois, deviendra la FHV
HES	Hautes Écoles spécialisées
HO	Hospice/Hôpital orthopédique de la Suisse romande
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IMC	Infirmes moteurs cérébraux
Journal SVUP	<i>Journal de la Société vaudoise d'utilité publique</i>
LAMA	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie et accidents
NOPS	Nouvelles orientations des politiques sanitaires vaudoises
OFS	Office fédéral de la statistique en Suisse
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
PV	Procès-verbal
RMSR	<i>Revue médicale de la Suisse romande</i>
Service OTR	Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV
SICOT	Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie
SOFCOT	Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique
SSO	Société suisse d'orthopédie, deviendra la SSOT
SSOT	Société suisse d'orthopédie et de traumatologie
SSP	Service de la santé publique
TarMed	Tarifcation médicale suisse
Union	Union des Sociétés suisses de chirurgiens

Index des personnes, institutions et organismes cités dans le texte principal

A

Abbaye d'Orbe (voir Institut de Venel)	●
Académie de Lausanne	37, 38
Académie française de chirurgie	171
Académie suisse des sciences médicales	113
AEBISCHER Patrick	231
ALBEE Fred	95
ALLGÖWER Martin	159, 162, 171
Ambassade de Suisse	167
American Academy of Orthopaedic Surgeons	193
American College of Surgeons	171
American Swiss Foundation for scientific exchange (à Boston)	114
AMREIN Max	190
ANDRY Nicolas	9, 16, 18, 49
Archives cantonales vaudoises	12
Asile de l'enfance à Lausanne (voir Hôpital de l'enfance)	37, 80
Asile de Pinchat à Genève (voir Clinique orthopédique de Pinchat)	●
Asile Dollfus (France)	55
Association de promotion de la qualité dans les établissements sanitaires, APEQ	232
Association fribourgeoise des chirurgiens orthopédistes	191
Association libre des orthopédistes suisses (voir Société suisse d'orthopédie et de traumatologie)	●
Association suisse des techniciens orthopédistes	163
Association suisse d'ostéosynthèse, AO	10, 159, 162, 170, 257
Association suisse en faveur des anormaux (voir Pro Infirmis Suisse)	●
Association suisse pour l'étude des prothèses et orthèses, APO	163, 191, 192, 249
Assurance accident (suisse)	152
Assurance infantile obligatoire (vaudoise)	98, 99
Assurance invalidité fédérale (suisse), AI	102, 103, 107, 133, 136, 137, 138, 139, 152
Assurance invalidité vaudoise	166
Assurance maladie et accidents (suisse), LAMA, LAMal	42, 61, 79, 86, 133, 152, 188, 211, 214, 215, 219, 230, 236
Assurance vieillesse et survivants (suisse), AVS	136
AUBANIAC Jean-Manuel	196
AUFRANC, Mlle	120

B

Bains thermaux suisses	26
Balgrist	56, 57, 58, 84, 96, 115, 132, 256
BALLEXSERD Jacques	18
BARRÈS Anne-Marie	216, 242
BARTHEZ Paul-Joseph	19
BEELY Florian	45, 65
Berner Gesellschaft der Orthopädischen Chirurgen	191
BIESALSKI Konrad	57
BIGG	28
BISCHOFBERGER Roman	9
Bobath (méthode)	121, 151
BODMER Michèle	218, 219, 220, 235, 236
BOEHLER Lorenz	94, 95
BORNAND François	142
BOURDIEU Pierre	38
BOURKE Joana	82
BOURQUENOUD Jacques	210, 215
BOURQUIN Eugène	55
BOUVIER Sauveur-Henri Victor	28
BRADFORD Edward	65
BRAZZOLA Louis	84
BRICHETEAU Isidore	28
BROULIS Brigitte	209, 210, 216, 221, 234, 241, 245
BUCHS Pierre	142, 167
BURCKHARDT Eduard	137
BURNHAM John C.	8

C

Caisse cantonale vaudoise d'assurance infantile en cas de maladie	99
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, CNA (aussi SUVA)	99, 152, 159, 248
Caisses maladie (suisses)	112, 210
CARON Jean-Claude	145, 152, 157, 167
CART Frédéric et Mme	133, 220
CAVIN Antoinette	144
CAVIN Bernard	151, 189, 190, 208, 210, 221, 222, 237
Centre de la main (à l'Hôpital orthopédique)	245
Centre de recherche en orthopédie (de l'Hôpital orthopédique-EPFL)	231, 232
Centre de rééducation fonctionnelle (à l'Hôpital orthopédique)	166, 167
Centres de rééducation (Neuchâtel, Berne, Genève)	166
Centre d'exécution des mesures de réadaptation (à l'Hôpital orthopédique)	139
Centre hospitalier universitaire (CHU) de Montréal	240
Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes	240
Centre hospitalier universitaire vaudois, CHUV	9, 11, 13, 44, 63, 76, 80, 84, 86, 106, 111, 114, 116, 117, 129, 132, 139, 143, 162, 166, 177, 181, 182, 183, 186, 187, 209, 210, 215, 216, 220, 231, 232, 234, 237, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 250, 256, 257
Centre thermal d'Yverdon	216
Chalet (service médico-chirurgical) pour mutilés civils victimes de la guerre (à l'Hospice orthopédique)	106
Chambre médicale suisse	138
CHARNLEY John	158, 159, 200
Circolo ortopedico ticinese	191
Clinique Bois-Cerf à Lausanne	69, 70, 182, 189
Clinique de La Source à Lausanne	182
Clinique de Longeraie à Lausanne	132, 245
Clinique et Institut orthopédique de Chaillot à Paris (France)	26
Clinique infantile de l'Hôpital cantonal de Genève	86
Clinique infantile de l'Hôpital cantonal vaudois (Lausanne)	55, 76, 86, 132
Clinique Montchoisi	182
Clinique orthopédique Balgrist à Zurich	56, 57, 58, 59, 84, 115
Clinique orthopédique de Pinchat à Genève	40, 41, 55, 56, 81, 96
Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de Berne	192
Colonie agricole de Serix près d'Oron (Vaud)	67
COMBE Adolphe	49, 67, 71, 236
Comité de coordination des sociétés d'orthopédie et de traumatologie des pays du marché commun européen, COCOMAC	193

Comité international de la Croix-Rouge	55
Commission fédérale (suisse) de l'AI	138
Commission pour l'œuvre de l'enfance anormale à Neuchâtel	55
Commission suisse de réadaptation	192
Commission suisse pour la technologie et l'innovation	195
Conférence des écoles suisses de physiothérapie	150
Conseil fédéral (suisse)	112, 115, 136, 210, 235
Conseil d'État genevois	215
Conseil d'État vaudois (voir État de Vaud)	●
Conseil de santé de Lausanne	37, 38
COOTER Roger	8, 9, 94, 114
CORLET	24
Cotrel-Dubousset (méthode)	205
COVEN Seth	83
COXE William	24
Croix-Rouge internationale (société)	106
Croix-Rouge norvégienne (société)	168
Croix-Rouge suisse (société)	106, 107, 221

D

DEBRUNNER Hans	96, 102
DE BUDÉ Barbey	83
DECKER Pierre	112, 114, 138
DECRAUZAT Bernard	186, 188, 194, 195, 210, 242, 244
DE LATTRE, général	107
DELAY Gustave Henri	83
DELCHÉF Jean	95
DELPECH Jacques Mathieu	27, 28
DE MONTMOLLIN Jacques	67
DENKINGER Anne	116, 117, 118, 120, 121, 122, 133, 142, 143
Département de chirurgie (des HUG)	248
Département de l'appareil locomoteur, DAL (du CHUV)	9, 12, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 250, 256
Département de mécanique (de l'EPFL)	205
Département de physique (de l'EPFL)	195
Département des neurosciences cliniques (du CHUV)	246
Département d'oncologie (du CHUV)	246
Département fédéral (Suisse) de l'intérieur	115
Département femme-mère-enfant (au CHUV)	246
Département orthopédique de l'Université d'Aix-Marseille (France)	196
Département vaudois de l'instruction publique	120, 133
Département vaudois de l'intérieur	83, 98, 113, 138
Département zurichois de l'éducation	57
DESAULT Pierre Joseph	18
DESBORDEAUX P. F. F.	18
DESESSARTZ Jean C.	18
D'ESPINE Adolphe	55
DEUCHER Franz	171
Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Handchirurgie	192
DIEFFENBACH Johann Friedrich	28
DIND Émile	80
Dispensaire central de Lausanne	38
Dispensaire pour enfants malades de Genève	55
D'IVERNIS Louis	28
Division de recherche chirurgicale de la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne	203
DOLLINGER Gyula	65
Don suisse (association)	106, 107
DONZÉ Pierre-Yves	9, 41, 61, 96, 112, 180, 183, 210
DUBOIS Marcel	96, 115
DUFOUR Henri	80
DUPARC Jean	193, 194
DUPERTUIS Jacqueline	190
DUTOIT Michel	168, 189, 193, 205, 208, 222, 223, 237, 240

E

EBERLÉ Paul	190
École cantonale vaudoise d'assistants techniques en salle d'opération	189
École cantonale vaudoise de massage et de physiothérapie (aussi École cantonale vaudoise de physiothérapeutes)	97, 98, 111, 121, 133, 139, 150, 166, 256
École cantonale vaudoise de soins infirmiers	189
École de l'Églantine à Lausanne	120
École d'ergothérapie de Zurich	150
École d'études sociales et pédagogiques à Lausanne	150, 186
École d'infirmières Bois-Cerf à Lausanne	69, 70, 182, 189
École d'infirmières de Fribourg	117
École d'infirmières de l'Abri à Lausanne	189
École d'infirmières de La Source à Lausanne	44, 86, 116, 117, 143
École d'infirmières la Pouponnière à Lausanne	189
École Joyeuse à Lausanne	120
École polytechnique fédérale de Lausanne, EPFL	194, 195, 201, 203, 205, 221, 231, 257
École vaudoise de massage (voir École cantonale vaudoise de massage et de physiothérapie)	●
Éducatrices de la petite enfance	189
Église évangélique libre du canton de Vaud	37
EGLOFF Daniel	240
Équation 33 (programme d'économies vaudois)	214, 215
ERLACHER Fritz	95
Esmarch (méthode de pansement)	30
ESSINGER Jacques	195
État de Vaud	38, 40, 41, 44, 83, 84, 86, 132, 133, 138, 139, 153, 166, 180, 182, 209, 241, 242, 256
ETTER Philippe	115
European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology, EFORT	193
Exposition cantonale vaudoise de Vevey de 1901	48
Exposition nationale (suisse) de Genève de 1896	48

F

Faculté de biologie et de médecine de Lausanne (Voir Faculté de médecine de Lausanne)	●
Faculté de médecine de Berne (à l'Université de Berne)	61
Faculté de médecine de Genève (à l'Université de Genève)	27, 30, 55, 61, 66, 79, 256
Faculté de médecine de Lausanne (à l'Université de Lausanne)	11, 27, 30, 37, 61, 66, 78, 97, 98, 99, 138, 139, 203, 209, 231, 240, 256
FAIRBANK John	95
FARRON Alain	202, 234, 235, 236, 242, 247, 249
FAURE Olivier	9, 40
Fédération des hôpitaux vaudois, FHV (voir Groupement des hôpitaux régionaux vaudois)	●
Fédération des médecins suisses, FMH	96, 97, 116, 138, 163, 169, 170, 174, 247, 249
Fondation de l'enfance infirme de l'Institut Notre-Dame de Lourdes (en Valais)	104, 106
Fondation de soutien à la recherche dans le développement de l'orthopédie et de la traumatologie	220
Fonds national suisse de la recherche scientifique, FNS	113, 195, 234
FRANCILLON Max-René	96
FREDENHAGEN Hermann	137, 138, 171
FREEMAN Michael	193
FRITSCH Carlo	221

G

GAUTIER Lucien	67
GENILLARD Marc-Alain	241
GIBNEY Virgil	65
GLORION Bernard	217
GOFFMAN Erwin	10
GOLAY Louis	122, 142, 144, 151, 208
Gouvernement suisse (voir Conseil fédéral)	●
Grand Conseil genevois	41
Grand Conseil vaudois (voir État de Vaud)	●
GRANSHAW Lindsay	9
GREMION Gérald	221
GRENIER Louis	38, 41, 67, 68, 118
GRENIER, Mme	68
GROSS Michel	44, 71, 112
Groupe de recherche interdisciplinaire HO - EPFL en implants orthopédiques	195
Groupe de travail de podologie (voir Groupe suisse d'étude du pied)	●
Groupe de travail international pour la recherche en maladies fonctionnelles de l'appareil locomoteur	192
Groupe de travail suisse pour la chirurgie de la main	192
Groupe d'imagerie virtuelle (à l'EPFL)	195
Groupement des hôpitaux régionaux vaudois, GHRV	113, 153, 186, 214, 215
Groupement des orthopédistes genevois	191
Groupement des orthopédistes lausannois	191
Groupe suisse de travail pour la réadaptation	192
Groupe suisse d'étude du pied	191
GUÉRIN Jules	27
GUISSAN, général	107
GUYE Georges	67

H

HAAH Charles	162, 194
HALLAUER Eugen	96
Handicap international (association)	168
HARRINGTON Paul	205
HASLER Véronique	98
Hautes Écoles spécialisées, HES	234
HEEGARD Jean	195
HEER Oswald	38, 67
HELPER Michel	216
HELLER Geneviève	10
HENCHOZ André	133, 181, 182, 183
HOFFA Albert	45, 65
HOFMANN Julie	56
Hôpital Beaumont (au CHUV)	210
Hôpital cantonal vaudois (voir Centre hospitalier universitaire vaudois, CHUV)	●
Hôpital Cochin (à Paris)	162
Hôpital de l'enfance à Lausanne	80
Hôpital de l'enfance à Bâle	37
Hôpital de l'enfance à Genève	37
Hôpital de l'enfance à Zurich	37, 121
Hôpital des enfants malades à Paris	143
Hôpital Nestlé (au CHUV)	166, 245
Hôpital ophtalmique à Lausanne	132, 214, 215
Hôpital orthopédique de Birmingham (au Royaume-Uni)	26
Hôpital orthopédique de la Suisse romande, Hôpital orthopédique de Lausanne	<i>passim</i>
Hôpitaux du Chablais (Vaud, Valais)	234
Hôpitaux universitaires de Genève, HUG	42, 183, 210, 222, 248
Hospice de l'enfance à Lausanne (voir Hôpital de l'enfance)	●
HÜBSCHER Carl	48
HUGLI Jean	9, 40
Hospice orthopédique de la Suisse romande (voir Hôpital orthopédique de la Suisse romande)	●

I

IGLESIAS Jose	232
ILIZAROV Gavriil (méthode)	205, 208
Institut Balgrist à Zurich (voir Clinique orthopédique Balgrist)	● 95
Institut central (royal) de gymnastique de Stockholm (de P. H. Ling)	30
Institut de biomécanique translationnelle de l'Hôpital orthopédique-EPFL (voir Centre de recherche en orthopédie)	● 167
Institut de Massongex (Valais)	167
Institut de physiothérapie et de mécanothérapie à Lausanne (de P. Nicod)	78, 86, 97
Institut des humanités en médecine à Lausanne	9
Institut médico-mécanique et orthopédique à Lausanne (de Ch. Scholder)	30, 31, 111
Institut de psychologie appliquée à Lausanne	106
Institut de Venel à Orbe	12, 20, 24, 26, 120
Institut médico-mécanique de Stockholm (de G. Zander)	20, 30, 114
Institut médico-mécanique et orthopédique à Genève (de C. Reymond)	30, 31
Institut orthopédique de Brown à Boston (États-Unis)	26
Institut orthopédique de Bruni au Népal	26
Institut orthopédique de Leipzig (Allemagne)	26
Institut orthopédique de Paris au château de la Muette (de Ch. Pravaz et J. Guérin)	27
Institut orthopédique de Würzburg, devient le Carolinen-Institut (Allemagne)	26
Institut pour personnes difformes de Hanovre (Allemagne)	26
Institut «zur Seerose» de Riesbach (Zurich)	25
International Society for Prosthetics and Orthotics, ISPO	163
ISOZ Jacques	222

J

JACCARD Pierre-Frédéric	24
JACOT Louis	86, 98
JAKOB Roland Peter	211
JANSEN Murk	95
JATON Jean-Noël	214, 220, 231, 240
	241, 244, 250
JIANO Ioan	95
JOËL François	38, 39, 40, 41
JOLLES-HAEBERLI Brigitte	234, 237
JONES Robert	94, 95
JUDET Henri et Jean	158

K

KÄGI Joseph	57
KERN Alfred	163
KERN Pierre	144, 163, 167, 168, 190
	204, 249
KIRK, général	113
KIRMISSON Edouard	65
KLAPP Rudolf	71
KLENERMAN Leslie	9
KOCHER Théodore	60, 61, 66
KÖLLIKER Theodor	65
KÖNG Elsbeth	121, 122
KROPF Elisabeth	120

L

Laboratoire de génie médical (à l'EPFL)	195, 221
Laboratoire de mécanique appliquée (à l'EPFL)	195
Laboratoire de métrologie (à l'EPFL)	195
Laboratoire de technique des poudres (à l'EPFL)	195
Laboratoire d'informatique (à l'EPFL)	195
La Cassagne (home-école, Vaud)	150, 181
La Cité Radieuse à Echichens (home-école, Vaud)	150, 181
LAMA ou LAMal (voir Assurance maladie et accidents)	● 65
LANDERER Albert	65
Lavey-les-Bains (établissement thermal)	221
LAW John	9
LEHMANN-WEITH Robert	38
LÉONARD Jacques	10
LE VACHER François-Guillaume	18
LE VAY David	9
LEYVRAZ Pierre-François	190, 195, 201
	214, 216, 219, 220, 221, 222, 231, 237
	240, 241, 242, 245, 248
LING Pehr Henrik	30, 42, 57, 58, 65, 68
	117, 118, 192, 244
LISTER Joseph (méthode antiseptique)	30
	45, 48, 54
LITTLE William	28, 65
LIVIO Jean-Jacques	162, 180, 182, 183
	186, 187, 189, 190, 193, 194, 208, 214
	221, 222, 237
LOCKE John	18
LORENZ Adolph	45, 65, 77, 94
LÜNING August	48, 56
LUTHY Gertrude	121, 122
LYON Paul	99, 142, 151, 201, 204

M

MACEWEN William	65
MACHARD Alfred	81, 96
Maison des diaconesses de Riehen (à Zurich)	57
Maison des enfants malades de Plainpalais (à Genève)	26, 40, 41, 55
Maison pour traitements orthopédiques des enfants à Hinckley (Royaume-Uni)	26
MALGAIGNE Joseph François	27
Marie-Antoinette (reine de France)	24
MARTIN Antoine	24, 25, 37, 42
MARTIN Edouard	40, 41, 48, 55, 67, 68, 78
MARTIN Henri	25, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43
	44, 45, 48, 49, 66, 67, 68, 69, 70, 76, 116
	167, 190
MARTIN-DU PAN Charles	96
MC KEE Kenneth	158
MERLIN Micheline	186
MEULI Hans	188
MEYLAN Patricia	201, 202, 203, 205
MIHM Stephen	9
MOORE Austin	158
MOOSER Emmanuel	195
MORITZ Inka	216, 241, 242, 244, 246
MORSCHER Erwin	188, 218
MÜLLER Maurice E.	159, 162, 169, 171
Mutuelle vaudoise (assurance)	99

N

National Health Service (Royaume-Uni)	236
NEBEL Hermann	65
NEWTON Shaffer	65
New York Orthopaedic Hospital	172
NICOD Louis	9, 106, 107, 132, 136, 137
	138, 142, 143, 145, 150, 151, 158, 159,
	163, 166, 167, 172, 181, 182, 190, 205
NICOD Placide	39, 44, 67, 68, 69, 70, 71
	76, 77, 78, 80, 81, 83, 84, 86, 96, 97, 98,
	99, 102, 103, 104, 106, 110, 111, 112,
	114, 133, 158, 163
NIELSEN Jacqueline	208, 223
Nouvelles orientations de la politique sanitaire vaudoise, NOPS	214

O

CŒuvre d'Eben-Hézer (à Lausanne)	56
CŒuvre des Bains de mer (de Genève)	55
Office fédéral (suisse) de la santé publique	245
Office fédéral (suisse) des assurances sociales	166
Office régional de réadaptation professionnelle (Vaud)	166
Office romand d'intégration professionnelle pour handicapés	106
OLIVIER Eugène	9
OLLIER Léopold	48, 57
OMBREDANE Louis	95
OrCHidée I (programme d'économies vaudois)	210, 214
Organisation mondiale de la santé, OMS	127
Orthopäden der Zentralschweiz	191
Oskar-Helene-Heim für Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder (Allemagne)	57
Ostschweizer Orthopäden	191
OTT Katherine	9

P

PANCHAUD Eugénie	86, 116
Patronat de Dames (à l'Hôpital orthopédique)	68
PERRET Louis	66, 67, 68, 69, 78
PERRON Adolphe	96
PERRY Heather R.	83
PETER Odette	142, 143
PLATT Harry	95, 113
PLÉ Jean	195, 196, 200, 201, 203
PORTAL Antoine	18
PORTER Roy	9, 10
POTT Percival	18, 56, 69
POUTEAU Claude	18
PRAVAZ Charles-Gabriel	27
Pro Infirmis Neuchâtel (association)	103
Pro Infirmis Suisse (association)	103, 106
Pro Infirmis Suisse romande (association)	103
Pro Infirmis Vaud (association)	102, 103, 106
PUTIGNY Geneviève	143, 144, 145, 168
PUTTI Vittorio	94, 95

R

RANG Mercier	9
REDARD Paul	65
Réseau des hôpitaux lausannois	215
Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale (RHUSO)	214, 215
REVILLIOD Eugène	48
REYMOND Camille	30, 31
RIEDER Philip	37
RILLIET Benedict	222
RIPPSTEIN Jules	142, 163, 205
RIVIER Robert	183, 194, 214
Rockefeller Foundation	114
ROELENIS Nathalie	11
ROLLIN	18
RÖNTGEN Wilhelm	80
ROSEN George	8
ROSENBERG Charles	9
ROUSSEAU Jean-Jacques	18
Royal College of Surgeons (Royaume-Uni)	171
RUBIN Pascal	215, 241
RUEPP René	24
RÜTTIMANN Beat	9

S

SAEGESSER Frédéric	112, 162, 171
Sanatorium de Leysin (Vaud)	57, 64
Sanatorium de Montana (Valais)	64
SAUDAN Guy	87
SAYRE Lewis	65
SCHÉDE Max	65
SCHERB Richard	57, 96
SCHLICH Thomas	10, 65, 159
SCHOLDER Charles	30, 31, 71, 96, 111
SCHOLDER Jean-Charles	111, 112, 114
	115, 132, 150
SCHOLDER Pierre	142, 150, 166, 172, 191
SCHREIBER	65
SCHULTHESS Wilhelm	9, 48, 56, 57, 65
SCHUMACHER Pierre	138
SCHWARZMANN-SCHAFHAUSER Doris	9
	18
Secours allemand aux estropiés	57
Sécurité sociale (en France)	136
SERLIN David	9
Service de chirurgie plastique et reconstructive (à l'Hôpital orthopédique)	240
Service de la santé publique (Vaud)	83
	166, 215
Service de neurochirurgie (aux HUG)	222
Service de physiothérapie (à l'Hôpital orthopédique)	150, 166
	181, 186, 210, 216, 234, 245
Service de polyclinique (à l'Hôpital orthopédique)	111, 133
	137, 142, 181, 208
Service de radiologie (à l'Hôpital orthopédique)	139, 181
	209, 223
Service d'ergothérapie (à l'Hôpital orthopédique)	151, 166
	167, 221
Service de rhumatologie et de rééducation (au CHUV)	187, 240
	245
Service de santé du Département militaire fédéral	142
Service des (enfants) infirmes moteurs cérébraux, Service IMC (à l'Hôpital orthopédique)	122, 133
	139, 142, 151, 181, 187, 189
Service des hospices cantonaux (Vaud)	210, 221, 215
Service de stérilisation (à l'Hôpital orthopédique)	209
Service de traumatologie (au CHUV)	182
	183, 245
Service d'orthopédie et de traumatologie, Service OTR (à l'Hôpital orthopédique-CHUV)	182
	183, 186, 187, 195, 202, 209, 214, 221, 231, 234, 235, 237, 240, 241, 242, 244, 245, 247
Service social de Pro infirmis (voir Pro Infirmis)	●
Siemens (firme)	223
SIMOND Jean et Mme	68
SO Alexander	240
Société française de chirurgie orthopédique et de traumatologie, SOFCOT	13, 99, 173, 193, 202, 217, 218

Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie, SICOT	13, 95, 96, 114, 115, 156, 174
	194
Société internationale de podologie	169
Société nationale (américaine) de chirurgie de la main	113
Sociétés d'assurance	99
Sociétés de chirurgie orthopédique	95
Société suisse de chirurgie	64, 96, 169
	171, 187
Société suisse de chirurgie pédiatrique	171
Société suisse de chirurgie plastique et de rééducation	171
Société suisse de la médecine des accidents	96, 171
Société suisse de médecine physique	192
Société suisse de neurochirurgie	171
Société suisse de patronage des sourds-muets	103
Société suisse de rhumatologie	169, 192
Société suisse d'orthopédie et de traumatologie – Swiss orthopaedics, SSOT	9, 12, 96, 102, 114, 137, 138
	142, 163, 169, 171, 172, 187, 188, 191, 192, 193, 203, 211, 217, 218, 194, 247, 248
Société suisse d'orthopédie, SSO (voir Société suisse d'orthopédie et de traumatologie)	●
Société suisse d'urologie	171
Société suisse pour enfants estropiés	57
	103
Société suisse pour la médecine au laser	192
Société suisse pour l'éducation et les soins aux faibles d'esprit	103
Société vaudoise de médecine	38, 80, 98
Société vaudoise d'utilité publique	56
Stagnara (méthode)	204
STEINLEN Aimée et Caroline	37
STRAUVEN Wanda	11
STROMEYER Louis	28
STUDER Stéphane	242
Sulzer (société)	203
Swiss American Center of medical exchange and information (à New York)	113, 114
Swiss Transplant	217
Symbios (société)	195, 196, 197, 200
	201, 232, 257

T

TarMed	236, 248
TAILLARD Willy	126, 138
TERNON Yves	173
Terre des Hommes	167, 168
THÉVENAZ Charles	84
TRENDELENBURG Friedrich	65

U

Union centrale suisse pour le bien des aveugles	103
Union des sociétés suisses de chirurgiens	171, 192
Union internationale des chirurgiens de la main	192
Union internationale des techniciens orthopédistes, INTERBOR	163
Unité de neuro-réhabilitation pédiatrique (à l'Hôpital orthopédique)	208
Unité d'orthopédie et de traumatologie du sport (à l'Hôpital orthopédique)	221, 232
Unité « Evidence-based medicine », EBM (à l'Hôpital orthopédique)	236
Unité pédiatrique de chirurgie orthopédique et traumatologique, UPCOT (au CHUV)	237
Unité pour le traitement des tumeurs (à l'Hôpital orthopédique)	250
Unité « rachis-réhabilitation » (à l'Hôpital orthopédique)	221
Université de Bâle	143
Université de Berne	115
Université de Columbia (États-Unis)	172
Université de Genève	126, 138, 143
Université de Lausanne	78, 84, 111, 133, 143, 203, 234, 240
Université de Manchester (Royaume-Uni)	113
Université de Zurich	96, 143

V

VALENTIN Bruno	9
VAN DER HAAR Jacob	18
VANDERMONDE C. A.	18
VAUTHEY Rolande	151, 189
VENEL Jean-André	9, 10, 13, 16, 18, 19, 24, 25, 26, 31, 37, 38, 39, 43, 49, 70, 76, 120, 204, 256, 257
VERDAN Claude	132
VIGARELLO Georges	10
VOGEL Charles	242
VON HALLER Albrecht	16, 19
VON MOSENGEIL Carl	65
Vyths	18

W

WEISZ Georg	8, 27, 173, 217
WILLENEGGER Hans	159, 162
Winterthur (assurance)	99
WITVOET J.	218
WOLFF Julius	65, 76
World Confederation for Physiotherapy	150

Z

ZAHRADNÍČEK Jan	95
ZAMBELLI Pierre-Yves	208, 237
ZANDER Gustav	30, 31
ZIMMERMANN, Mme	145
Zimmer Biomet (société)	145, 196, 197, 201, 203, 257
ZINGG Ernst	171
ZOLLINGER Fritz	57
Zürcher Gesellschaft der Orthopädischen Chirurgen	191

BIBLIOTHÈQUE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA SANTÉ

Visages.

Histoires, représentations, créations
L. Guido, M. Hennard Dutheil de la Rochère, B. Maire, F. Panese et N. Roelens (dir.) 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 d'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 d'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
D. Langslow and B. Maire (eds), 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 kinésie dans le récit littéraire
G. Bolens avec une préface d'A. Berthoz, XIV et 156 p., 2008

La médecine dans l'Antiquité grecque et romaine

H. King et V. Dasen, XII et 130 p., ill. et dessins n/b, 2008

L'Ombre de César.

Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840-1960)
P.-Y. Donzé avec un avant-propos de J. V. Pickstone, XX et 369 p., 2007

«Medicina, soror philosophiae».

Regards sur la littérature et les textes médicaux antiques (1975-2005).
Textes réunis et édités par B. Maire, Préface de J. Pigeaud, XXIV et 545 p., 2006

Bâtir, gérer, soigner.

Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande
P.-Y. Donzé, 388 p., 33 ill. n/b, 2003

Visions du rêve

Sous la direction de 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, 2002

Médecins voyageurs.

Théorie et pratique du voyage médical au début du 19^e siècle
D. Vaj, 348 p. 150 ill. n/b, 2002

La médecine à Genève jusqu'à la fin du 18^e siècle

L. Gautier, 746 p., 11 ill., 2001

L'Avènement de la médecine clinique moderne en Europe 1750-1815.

Politique, institutions et savoirs
O. Keel, 544 p., 2001, coédition avec les Presses universitaires de Montréal

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 PERSPECTIVE

Le Recueil des vertus de la médecine ancienne.

La médecine gréco-arabe en Mauritanie
Maqari. Version française, présentation et notes par B. Graz, V. Barras, A.-M. Moulin, C. Fortier, X et 361 p., 2017

L'Usage du sexe. Lettres au Dr Tissot, auteur de «L'Onanisme» (1760)

Essai historiographique et texte transcrit 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 avec une introduction de D. Tosato-Rigo et M. Nicoli, LXX et 160 p., fac-similé, glossaire, index, 2009

Gabriel Tarde, «Sur le sommeil ou plutôt sur les rêves». Et autres textes inédits

Édités par J. Carroy et L. Salmon, VIII et 228 p., index, 2009

Se soigner par les plantes.

Les «Remèdes» de Gargile Martial
B. Maire avec un avant-propos de K. Hostettmann et un dossier iconographique par M. Fuchs, XXXVI et 136 p., 2007

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

HORS SÉRIE

Une histoire de l'orthopédie.

L'Hôpital orthopédique de la Suisse romande dans le contexte international (18^e-21^e siècle)
M. Kaba avec un avant-propos d'A. Ch. Masquelet, 284 p., 2018

La Maternité de Lausanne.

Un patrimoine pour la vie
R. Fuschetto (dir.), 112 p., 2017

75 ans de pédo-psychiatrie à Lausanne.

Du Bercaill au Centre psychothérapeutique
T. Garibian, avec un avant-propos de J. M. Henny, une préface de F. Ansermet et une postface d'O. Halfon et Ph. Nendaz, XVIII et 130 p., 2015

Anatomies.

De Vésale au virtuel
V. Barras (dir.), 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

EBOOK ET BASE DE DONNÉES

L'Imprimé scientifique.

Enjeux matériels et intellectuels
M. Nicoli (éd.), X et 186 p., eBook-BHMS_3, 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, 2014
Base de données en ligne: www.chuv.ch/bhms
Série Sources en perspective

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., eBook-BHMS_2, 2014
Série Sources en perspective

Maladies en lettres, 17^e-21^e siècle

Sous la direction de V. Barras et M. Dinges, 266 p., eBook-BHMS_1, 2013
Série Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

CARTES_BHMS

La Maternité de Lausanne.

Vues historiques
Sept cartes A6 (105 x 148 mm), cartes_BHMS 2, 2017

Fleurs animées & Flore médicale

Douze cartes A5 (150 x 210 mm), cartes_BHMS 1, 2012

À PARAÎTRE

Genèse de la gymnastique.

Usages médicaux du mouvement (1817-1847)

G. Quin
Série Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

ÉDITEUR

BHMS
C/O CHUV
Institut des humanités en médecine
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne

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

Publié avec les soutiens suivants:

- L'Association de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande
- Le CHUV

Les Éditions BHMS publient trois séries:

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

Direction

Vincent Barras et Brigitte Maire

Rédaction

Brigitte Maire

Que chacun trouve ici l'expression de nos vifs remerciements.

© 2018 Éditions BHMS

Tous droits de reproduction du texte et des illustrations, par quelque procédé que ce soit, réservés pour tout pays.

AUTEURE

Mariama Kaba est docteure en histoire. Elle est l'auteure de plusieurs publications sur l'histoire du handicap, de la médecine et de la santé. Elle est aussi secrétaire de la Société suisse d'histoire de la médecine et des sciences naturelles. Actuellement, elle est responsable de recherche à l'Institut des humanités en médecine à Lausanne (CHUV-Université de Lausanne) et chargée de cours en histoire à l'Université de Lausanne.

CONCEPTION GRAPHIQUE

Aris Zenone
SAM CHUV 50057

RELECTURE

Vanahé Antille
Brigitte Maire
Isabelle Sbrissa

COUVERTURE

L'arbre et son tuteur symbolisant le corps de l'enfant qu'il faut redresser. Image tirée de *L'Orthopédie* d'Andry (1741).

GARDES

Vue aérienne du quartier des hôpitaux de Lausanne en 1956.Photo: Albert Würgler. © Musée historique de Lausanne.

PRÉPRESSE & IMPRESSION

Genoud Entreprise d'arts graphiques SA

RELIURE

Bubu AG - Buchbinderei Burkhardt

PAPIERS

Couverture: Surbalin glatt 6191, 115 g/m²
Gardes: Black Magic, 200 g/m²
Pages: Dauendruck White 1.5, 120 g/m²

ACHEVÉ D'IMPRIMER

le XX août 2018 à 1500 exemplaires

DÉPÔT LÉGAL

Juin 2018

ISBN

978-2-940527-04-5

ISSN

1664-9915

éditions
BHMS

Hors
série

CHUV Centre hospitalier
universitaire vaudois

Unil
UNIL | Université de Lausanne

HÔPITAL
ORTHOPÉDIQUE
DE LA SUISSE
ROMANDE

vaud

