





gestuelles

Dissection d'un chirurgien

Entretien avec le Docteur Cyrille Cazeau



Photos : Hervé Nègre

*Seul le regard du chirurgien,
Entrant vie et mort à la main,
Guidé par un acier pointu
Qui va décelant l'inconnu,
Découvre par son soupirail,
En flagrant délit de mystère,
Les organes à leur affaire
Et sont sourdement furieux
Dès que le jour injurieux
Vient dévoiler la boucherie
Où se fait, se défait la vie,
Sous la menace du squelette
Qui guette des pieds à la tête.*

Jules Supervielle, Au Docteur Henri Mondor, « L'Homme ».

Le Docteur Cyrille Cazeau, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologique, traite des affections osseuses et articulaires, crâne et face exceptées, en visant la restauration d'une fonction. Prothèse de hanche, du genou, chirurgie percutanée du pied, arthroscopie, remplacement d'un ligament croisé, fracture, luxation, section de tendons... forgent sa grammaire singulière. La chirurgie, de *kheir*, « main » et *ergon*, « travail, activité », se démarque par une gestuelle incisive, qui brave l'une des portes les plus sacrées : le corps. En chirurgie orthopédique, le Docteur Cazeau relève le paradoxe entre des instruments perçus comme intrusifs et violents (perceuse, rugine, marteau...) et une gestuelle sensible, millimétrée. Dans le corps, le mou et le dur lui servent de repères : il se compare alors à un marin explorateur, que la terre ferme « de l'os » rassure, une fois traversées « les zones troubles du mou ». Constamment, il cherche à affiner des gestes décisifs : sections osseuses,

réaxation des os, suppression des déformations, répartition équilibrante des contraintes, allongement de tendons... Il s'intéresse à la *mobilité* au sens large : mobilité du corps, mais aussi celle de l'esprit, à travers la rhétorique antique. Une ancienne pièce de cinq francs l'accompagne, qu'il manie durant les conversations, « pour l'apprentissage seul du geste », fidèlement aux techniques du *close up* en magie. Son penchant pour la botanique ou l'anatomie comparée nourrit une approche personnelle des gestuelles et des représentations du corps. Observateur curieux et instruit, chaque détail semble chez lui prétexte à la constitution du savoir, passant par le questionnement, l'investigation, la nomination. Son goût de la taxinomie, de la dissection, sa souplesse transdisciplinaire, évoquent des figures du passé, tel Ulisse Aldrovandi, médecin bolognais du *xvi^e* siècle, dont le cabinet de curiosités réunissait 18 000 pièces. À la richesse de cette collection, répond celle d'une personnalité. Si le temps s'est éloigné, où la dissection et la gestuelle du chirurgien étaient condamnées par le concile de Tours (1163), cette *percée* du vivant, en un double sens, garde ses voiles. L'entretien consenti pour *Geste* permet de les lever.

Docteur Cyrille Cazeau¹, où commence le geste opératoire, où s'arrête-t-il ?

À mon sens, le geste opératoire commence dès le premier contact physique de la main du chirurgien avec la zone désignée comme pathologique par le patient, c'est-à-dire dès la première consultation. Il cesse en postopératoire lors du dernier contact. Il ne se résume donc en rien à l'acte chirurgical lui-même.

Au moment de l'opération, quand s'amorce le vrai geste chirurgical ?

C'est évidemment à l'incision.

Vous m'avez dit un jour que c'était au moment où vous régliez la table...

Il ne s'agit là pas *du geste* à proprement parler, mais de la préparation de l'intervention. L'intervention commence en effet avec le réglage de la table, sur laquelle le patient repose, installé et immobilisé en position adéquate. On peut rater une intervention, comme on rate une séquence de bricolage, parce qu'on est mal installé, que la lumière manque, que les outils ne sont pas prêts, ou que la table est de travers...



Êtes-vous maniaque de la localisation des instruments ?

Je ne suis pas maniaque, mais je tiens à ne pas perdre de temps. Je range donc mes affaires au même endroit et j'aime pour cette raison que cette organisation soit respectée.

Quel rapport entretenez-vous avec le geste chirurgical ? A-t-il eu une importance particulière, dans votre décision de devenir chirurgien ?

Je n'ai pas choisi d'être chirurgien par attachement au geste lui-même, que je ne considère pas comme une finalité. Il était acquis pour moi, que les gestes techniques seraient assimilés par l'apprentissage et le travail. Le geste doit être parfaitement autonome, et totalement absent du champ de ma conscience quand j'opère, de façon à ce que le coût énergétique de l'intervention soit pour moi minime. Je dois en effet m'économiser physiquement et psychologiquement pour pouvoir résister à une journée opératoire. En somme, le geste ne fait que s'intégrer dans un ensemble qui le dépasse de beaucoup en complexité.

Quand on évoque la précision du geste chirurgical, c'est en général dans sa dimension technique. Le code pénal décrit d'ailleurs la maladresse comme une absence fautive de précision du geste. Vous attachez-vous, autrement que pour ces raisons purement techniques, à « la beauté du

geste », à sa finesse, à sa minutie ?

La technique est accessible à tous et n'est que l'aboutissement d'un apprentissage, qui ne demande rien d'autre que du temps et le goût de l'effort. La question de la beauté du geste est plus complexe. Je pourrais comparer la beauté du geste à un discours de rhétorique, dans lequel la conclusion est plus riche que les prémisses. Je veux dire par là que l'effet du geste est parfois plus spectaculaire, que ce que des observateurs, même avertis, en ont vu.

Mais éprouvez-vous un plaisir esthétique, dans l'exécution de certains gestes ?

J'éprouve un plaisir esthétique dans l'efficacité du geste. Je m'attache à ce qu'il ait un caractère continu, unique, définitif. J'essaie constamment de l'améliorer, de manière à ce que les choses se fassent en une seule fois. Par ailleurs, j'apprécie l'absence de décalage entre l'effet obtenu et l'effet espéré. J'aime aussi, pendant l'intervention, les sensations somesthésiques ou auditives qui permettent le repérage dans la matière sans l'apport de la vision : vous pouvez sentir si vous êtes dans du mou ou dans du dur, par le bruit ou la sensation. La capacité à travailler des matériaux très fragiles sans les casser, avec des outils très grossiers – comme des perceuses – participe aussi de ce plaisir esthétique du geste.





D.J. Larrey, lors des campagnes napoléoniennes, amputait une cuisse en quatre minutes, un bras en douze secondes. Pensez-vous que l'acte chirurgical doive aller vers une économie des gestes, la recherche d'une pureté et d'une précision ?

L'acte chirurgical doit être le plus bref possible, de façon à empêcher infections, hématomes et à économiser les forces du chirurgien. C'est la raison pour laquelle le moment essentiel de l'intervention chirurgicale n'est pas celui de la réflexion, mais de l'exécution.

Pendant l'opération, perdez-vous une vision globale du corps et vous restreignez-vous à celle d'un corps fragmenté ?

Totalement, d'ailleurs je ne vois pas de corps : je vois une zone, au maximum une surface.

Avant une opération, comment expliquez-vous à vos patients ce que vous allez faire ? Détaillez-vous le déroulement de l'opération, décrivez-vous, même dans les grandes lignes, les gestes que vous allez pratiquer ?

J'explique au patient les modifications anatomiques et physiologiques et la finalité du geste, plutôt que de le décrire. Par exemple, je peux lui dire que je vais réaxer sa jambe, pour équilibrer son poids harmonieusement sur son genou, mais je ne lui explique pas, que je vais sectionner son tibia, avec un ciseau, qui ressemble à un ciseau de menuisier...

Justement, y a-t-il des mots relatifs à votre pratique chirurgicale, que vous affectionnez particulièrement, mais que vous n'employez pas avec les patients, parce qu'ils sont trop violents ?

J'apprécie les mots vrais, les mots qui décrivent l'action, qui sont souvent des mots techniques. J'aime par exemple *ostéotomie* – qui désigne le fait de sectionner un os – mais, face au patient, j'ai tendance à cacher mon naturel. Je n'emploie jamais les mots *sectionner*, *couper*, je ne dis jamais *tumeur*. Je suis plutôt dans la litote en essayant d'atténuer la réalité.

La main occupe une place de choix dans l'imaginaire qui entoure la pratique chirurgicale. Quel rapport entretenez-vous avec elle ?

Je vois la main comme un organe très utile, très *pratique*, pour être plus prosaïque. Je lui sais gré d'accomplir sans discuter, ce que j'ai décidé. Je ne peux l'admirer qu'à travers sa forme archaïque, pentadactyle, à cinq rayons, qui lui permet de s'adapter à toute situation. C'est un organe très commode et très polyvalent, parce qu'il n'est pas spécialisé.

Que pensez-vous du développement des techniques qui entourent le chirurgien lors de l'opération, de l'intervention de la vidéo, de l'ordinateur, des techniques robotiques ? Amoindrissent-elles le rôle de la main et l'engagement physique du chirurgien ?

Toutes ces techniques sont surtout utiles en matière de perception et permettent de voir ce à quoi l'œil n'a pas accès. Elles précèdent donc l'action, plutôt qu'elles ne la soutiennent, sauf dans certains cas très précis et limités. En ophtalmologie par exemple, la machine peut obtenir de meilleurs résultats que la main, dans la taille au laser de la cornée.

D'une façon générale, le problème de fond, quand vous utilisez des robots ou des ordinateurs, est que la machine se trouve face à une anatomie à chaque fois différente. Si vous disposez d'outils informatiques de reconnaissance morphologique, vous allez être aidé. Cependant, la plupart du temps, il est impossible de représenter le malade de cette manière.

La chirurgie est-elle touchée par la tendance à l'hyperspécialisation que l'on



constate dans d'autres spécialités médicales ? Quelles sont les conséquences de ce phénomène sur le métier de chirurgien et le rapport au patient ?

La chirurgie l'est encore plus que le reste de la médecine. Une certaine croyance populaire ne peut admettre que vous soyez compétent dans tous les domaines qui composent votre spécialité – dans mon cas la chirurgie ostéoarticulaire.

Ce qui est intéressant, c'est que cette même croyance populaire découpe la compétence en fonction des organes qu'elle reconnaît. On identifie le pied, la main, le genou et on leur associe une obligation d'hyperspécialisation. Je suis moi-même sincèrement compétent dans la chirurgie de la colonne vertébrale, de la main, de la hanche, du genou, toutes choses qui relèvent de ma spécialité, mais ce discours est irrecevable. On se trouve donc plus ou moins poussé à s'hyperspécialiser. Ce phénomène est renforcé par l'attitude de certains chirurgiens, pour des raisons de marketing.

Vous-même, au sein de votre spécialisation, vous sentez-vous plus spécialisé dans un domaine ?

Je me sens plus spécialisé dans le domaine de la chirurgie du pied et de l'avant-pied, pour un certain nombre de raisons. Elle m'intéresse particulièrement, parce qu'elle demande une palette de gestes très complète, que j'aime pouvoir exercer : des gestes que l'on appelle à *ciel ouvert* (avec ouverture complète), percutanés (on coupe les os à travers la peau sans ouvrir), arthroscopiques (on introduit des fibres optiques dans les articulations et on opère sur télévision), et qui s'appliquent à toutes les formations, os, parties molles. Ensuite, il y a dans ce domaine, une vraie valeur ajoutée du geste. Le résultat dépend très peu de la qualité des implants et repose en grande partie sur votre main et votre décision opératoire, à l'inverse par exemple de la pose d'une prothèse de hanche, où la qualité de la prothèse intervient de manière beaucoup plus décisive. C'est réellement un travail d'artisan. L'analyse y est difficile, différente pour chaque patient, compliquée encore par l'aspect dynamique de la marche et l'influence des facteurs de gravitation. Enfin, mes goûts en biomécanique et anthropologie n'ont fait que renforcer ce choix.

Nous sommes loin de l'époque où il s'agissait de « fixer et étirer un bras sur une éclisse » pour redresser un membre. En multipliant les intermédiaires (gants stériles, casaque, calotte, bavette, champ opératoire, instruments), la chirurgie s'est-elle éloignée de l'homme ?

Le véritable travail du chirurgien, consiste à faire un diagnostic et à réfléchir à une bonne indication chirurgicale, c'est-à-dire à choisir la bonne intervention et à la mettre ou non en œuvre, en fonction de l'état physique et psychologique du

patient. Cette étape est la plus importante et se fait sans intermédiaire entre le chirurgien et le patient. C'est là où l'intimité entre eux est la plus grande. À l'inverse, le geste chirurgical lui-même doit ressembler, selon moi, dans tous les sens du mot, à une *exécution*, comparable à un meurtre avec un fusil à lunette. Cela permet de *désaffectiser* l'acte, qui devient alors plus facile à réaliser, et de ne pas laisser l'émotion altérer la performance. On doit réfléchir, érotiser les rapports et être dans l'affectif avant, mais au moment de l'acte, on doit être à distance.

C'est un travail de *sniper* en fait ?

Oui, exactement. Quand on réfléchit, pendant l'intervention, on n'est plus dans l'action mais dans l'hésitation : cela a pour conséquence de la rendre beaucoup plus longue. Si jamais l'on n'a pas les idées claires avant l'opération, c'est qu'on a raté la phase préopératoire.

Comme vous le disiez plus haut, le métier de chirurgien ne se borne pas à l'exercice d'une pure technicité. Cherchez-vous à vous cultiver dans d'autres spécialités ou dans des domaines adjacents à votre pratique ?

Bien sûr. Le métier de chirurgien ne se limite pas au geste, qui se situe en fait très en aval de la réflexion. La partie clinique reste le cœur de notre métier. On est avant tout un médecin, qui doit aborder le patient dans son ensemble, avec sa part de fantasmes et d'attentes qu'il faut décrypter. C'est à partir de là qu'on pourra lui proposer quelque chose de très focalisé sur le plan technique.

N'y a-t-il pas, chez certains chirurgiens, de la complaisance dans l'exercice de la technicité, qui les rend très interventionnistes ?

Bien entendu, une complaisance et une mégalomanie qui conduisent à penser que tous les problèmes peuvent être réglés par la seule technique. Sur le plan de la réflexion, l'erreur est selon moi de partir des possibilités de la technique, pour remonter à un besoin qui n'existe pas vraiment, comme le font les informaticiens qui imposent leurs logiciels.

Notre société tend-elle à multiplier les causes de lésions, luxations, fractures et autres délabrements ?

Nous vivons dans une société de loisirs qui prône le sport pour la santé, le temps libre... Cela est cause de nombreux traumatismes, d'autant que ce marché s'étend maintenant au troisième âge, qu'on pousse également à faire du sport. Cette



tendance est encore amplifiée par la mode de certains loisirs dangereux, comme le roller, phénomène de mode plutôt que sport, dont la première victime est l'adulte de trente ans.

Un acte chirurgical est toujours un acte invasif, même s'il cherche à réparer ou à guérir. Avant une opération, il vous faut donc décider d'un seuil entre le corps normal et le corps pathologique. Quels critères vous aident à établir cette difficile frontière?

C'est évidemment la part la plus difficile du métier de chirurgien. Les lectures de Canguilhem et de Bachelard m'ont beaucoup intéressé, mais ne sont pas toujours mobilisables, face aux réalités du terrain. Dans ma pratique quotidienne, je peux considérer l'état pathologique comme celui qui engendre des douleurs et un handicap dans la vie quotidienne du patient. L'écart se définit là par rapport à la normalité ressentie par le patient ; quand le patient se plaint de douleurs, qu'il déclare : « Je ne peux pas courir », on peut admettre qu'il y a là un écart suffisant.

Mais peut-on ressentir un état comme *anormal*, alors qu'il ne l'est pas ? De quelle façon l'œil du médecin intervient-il ?

L'étape que je viens de décrire est un préalable ; la critique intervient après. Je peux éconduire certains patients, parce que je considère que leur demande ne se justifie pas. Il peut arriver qu'un coureur amateur vienne me voir en consultation et me dise « J'ai mal





quand je cours. Les trente-neuf premiers kilomètres, ça va, mais non le quarantième ». Dans ce cas, l'écart est trop minime pour moi, trop subtil. Je lui propose alors plutôt de courir *le quarantième kilomètre* en premier... En revanche, si on me dit : « Dès que je marche, j'ai mal », je vais m'y intéresser, parce que le substrat me semble suffisant. À partir du moment où je considère que la demande est légitime, je vais à la recherche des signes objectifs de la pathologie. Pour accéder le moins mal possible à la réalité, j'utilise des outils totalement différents, qui doivent converger vers la même conclusion. En pratique, quand un patient vient me voir pour une douleur du genou, je lui demande de bien vouloir s'allonger, et je palpe alors des éléments anatomiques, que je connais d'autant mieux que je les vois de l'intérieur régulièrement. Lorsque, sous mes doigts, je palpe un ménisque et que j'observe un rictus de douleur chez le patient, je sais qu'il a mal au ménisque. Si, par chance, j'observe une lésion visible sur les radios, scanner, IRM, je peux considérer que j'ai utilisé des outils différents – l'interrogatoire, l'examen clinique, l'étude radiologique – qui convergent tous vers la même conclusion. Alors, je vais déterminer quel sera le geste chirurgical approprié.

Pourriez-vous résumer brièvement les progrès des implants et des prothèses, de plus en plus diversifiés ?

On peut distinguer deux types de progrès en ce domaine : en premier lieu, l'utilisation d'implants qui ne sont plus fixés à l'os par le ciment chirurgical, mais bénéficient d'un



traitement permettant à l'os de pousser à l'intérieur. C'est ce que l'on appelle l'ostéoconduction : l'os peut s'ancrer et se vitaliser autour de la prothèse. Le deuxième point est l'amélioration des couples de frottement, amoindrissant l'usure des prothèses, en particulier grâce à l'utilisation des céramiques.

Pour élargir la question, je dirais que ce sont pour moi des avancées médiocres. Je suis plus préoccupé par l'approche naïve, qui consiste à vouloir améliorer un modèle humain existant sur le mode de la caricature – comme le fait la prothèse – et à voir dans cette solution mimétique la seule possible. Cela se rapproche, selon moi, du plus vilain défaut de la science, qui est l'anthropocentrisme. Il me semble que la réflexion devrait se faire plus large, utiliser l'anatomie fonctionnelle comparée et privilégier pour finalité, non la reproduction grossière de l'articulation pathologique par une articulation prothétique, mais la restitution de la fonction.



Avez-vous un intérêt particulier pour l'anatomie ?

J'adore effectivement l'anatomie, notamment l'anatomie comparée, que ce soit celle des animaux ou des plantes. Je m'intéresse tout particulièrement à l'anatomie fonctionnelle. Je comprends mieux un modèle mécanique, quand je le compare avec un autre qui fonctionne différemment. Je ne suis toujours pas blasé par l'ouverture des corps et la beauté à peine dévirginisée de ce que j'y découvre.

Cette démarche comparatiste, séduisante, ne présente-t-elle pas les dangers du raisonnement analogique ?

Je trouve que le cerveau humain ne peut comprendre les choses qu'en les comparant à d'autres qui en diffèrent. Pour moi, la compréhension ne peut passer par un autre

chemin que celui de la comparaison ; je ne me sens donc pas mis en danger par l'analogie.

Pouvez-vous vous détacher de cette approche de l'homme, foncièrement liée à l'anatomie et aux différentes strates corporelles, lorsque vous considérez un individu ?

Je m'évade rapidement de mon travail, dès qu'il est terminé. Néanmoins, mon activité habituelle d'observation, que ce soit en médecine, en zoologie, en botanique, fait que je perçois beaucoup de choses. Il est vrai que les gens nous voient souvent comme des outils les mettant à nu ; je pense qu'il y a là un peu d'exagération égocentrique.

Le corps opéré est un corps muet, depuis l'invention de l'anesthésie en 1846. Le langage du patient tend-il à contrarier l'approche anatomique ? Plus précisément, l'acte opératoire ne *parle-t-il* pas contre la subjectivité du patient ?

Je pense plutôt que l'approche anatomique n'a aucun sens, sans le langage du patient. La chirurgie n'est pas la restauration de l'anatomie d'origine, mais la restauration de la fonction et des activités du patient, telles qu'il les exprime dans son propre langage. Le geste chirurgical n'est pas une fin en soi, mais seulement un moyen de restaurer l'état fantasmé par le patient.

Vous vous penchez sur l'histoire de la formation et de l'évolution des espèces appelée *phylogénie*. Votre intérêt pour la bipédie enrichit-il votre approche orthopédique ?

Je ne suis pas certain que le critère anatomique et fonctionnel de la bipédie soit très utile dans la phylogénie car, de même que l'aile de la chauve-souris et de l'oiseau n'ont rien en commun qu'un phénomène de convergence biologique sans aucun rapport de parenté, il existe des modes de bipédie très divers. On a toujours commis beaucoup d'erreurs dans la recherche de la proximité phylogénique de l'homme avec les grands singes. Néanmoins, l'étude de la bipédie a enrichi mon approche orthopédique et ma compréhension du modèle humain par la comparaison avec des modèles biomécaniquement proches comme ceux des grands singes, des australopithèques... Comme secrétaire général adjoint de la Société de Biométrie Humaine, j'ai la chance de côtoyer des paléontologues, des anthropologues de renom, ce qui vient bien sûr enrichir ma pratique.

Cela peut-il parfois contrecarrer certaines de vos conceptions ?

Effectivement. Quand j'observe le corps humain à la lumière de ce que je sais de l'évolution, je vois davantage certains de nos organes comme des reliquats embryogéniques ou phylogéniques de fonctions, qui n'ont plus de sens aujourd'hui. Je respecte donc moins certaines parties du corps quand j'opère, parce que je me rends compte que ce sont des reliquats de la phylogénie. À l'inverse, je prête plus d'attention à d'autres. Par exemple, j'attache une valeur énorme au fonctionnement du premier rayon du pied, c'est-à-dire du gros orteil, parce qu'à mon sens, c'est l'élément le plus important de la marche.

Y a-t-il d'autres domaines, d'autres gestuelles, qui viennent nourrir votre démarche de chirurgien ? Vous vous intéressez par exemple à la botanique...

La zoologie, l'entomologie ou la botanique, sont le prolongement naturel d'un désir d'observation et de compréhension de ce qui m'entoure. Je dissèque tout ce que je trouve, j'observe, je photographie, de la dimension macroscopique à la loupe binoculaire, qui est mon instrument favori. Je récupère des animaux morts et je compare leurs modèles mécaniques. Je collecte des pièces botaniques que j'ouvre pour vérifier le nombre de carpelles, que j'épluche... Disons que j'essaie de vérifier tout ce que je sais, et d'identifier tout ce que je vois, par la dissection. J'ai également des collections de coléoptères, des livres de zoologie, de botanique... J'ai aussi un herbier, organisé en base de données informatiques, recueillant des éléments sémiologiques, qui permettent la détermination.

En 1836, Marjolin, professeur à la Faculté de Paris, déclarait que « la chirurgie est parvenue au point de n'avoir presque plus rien à acquérir. » Comment remettez-vous en cause vos connaissances pour faire le départ entre confiance et place laissée à une nécessaire reconsidération du savoir ?

On peut féliciter Jean-Nicolas Marjolin pour ses qualités de préscience. Il était professeur de pathologie chirurgicale et dans ses ouvrages de technique chirurgicale, on peut remarquer qu'il ne décrivait jamais les soins postopératoires. Dans votre question, je me demande s'il ne faut pas substituer à « remettre en cause » le terme « enrichir », car je pense que la connaissance ne se construit que sur de la connaissance. Je remplacerais aussi le terme « Comment » par « quand ». « Quand », c'est bien sûr à chaque moment. Le plus difficile est de remettre en cause ce qui est universellement admis et qui devient la part invisible – donc la plus dangereuse – de nos pratiques. Je ne peux pas faire autrement que d'essayer de ne pas m'installer dans cette quiétude.

Quel enseignement cherchez-vous à transmettre aux externes et aux internes qui vous côtoient ?

J'essaie de les persuader que la solution des problèmes dépend en grande part de simples qualités d'observation, qu'ils peuvent mettre en œuvre dès leurs premières années. Le reste – la connaissance, l'expérience – s'acquiert par la suite. Je tente de leur faire comprendre qu'ils peuvent avoir une efficacité immédiate, dès lors qu'ils regardent et évitent de se mettre en situation d'infériorité. Quand vous observez une fracture sur une radio, si vous faites l'effort de détailler chaque os, vous finissez par tomber sur l'os qui est cassé. En dehors de cela, j'essaie de leur donner, en toute simplicité, le goût et la fierté du savoir.

Durant les opérations, il vous arrive de faire preuve d'humour. Est-ce un moyen de dédramatiser l'opération, contre des conceptions, telle celle de René Leriche, qui voit en l'opération, présentée comme agression nécessaire, source de déséquilibre, une « maladie opératoire » ?

Au risque de vous décevoir, pas du tout. Le bloc opératoire n'est qu'un lieu où s'exécute un acte moteur complexe, dont les séquences ont été mentalisées au préalable, ce qui signifie qu'on s'y retrouve avec l'esprit relativement libre. Quand on domine la technique, ce qui est évidemment souhaitable, on s'y ennue. Pour pallier à cet ennui, ma solution est de transformer le bloc en un salon d'échange d'idées et de rechercher un enrichissement intellectuel auprès de mes aides opératoires, de mes visiteurs...

La chirurgie n'est en effet pas une pratique solitaire...

Quand vous opérez, vous êtes en permanence observé. Tout le monde peut constater que vos gestes ne sont pas bons, que vous vous énervez. Il est nécessaire, pour votre propre survie, de dominer la technique. Elle doit être rangée dans un registre qui est celui – pas plus compliqué – de la pièce de monnaie qui se balade dans mes mains, au moment où je vous parle.

Vous n'êtes donc jamais contaminé par le côté dramatique de l'opération ?

Non, parce que j'ai mis au point des techniques pour cela. Par exemple, je ne vais jamais voir mes patients hospitalisés la veille de l'intervention – ce qui peut d'ailleurs choquer. Je leur réponds au téléphone, je les reçois autant qu'ils veulent en consultation, mais je ne les retrouve que dans leur blouse d'opérés, le matin du bloc.

Vous pouvez donc opérer quelqu'un de proche...

Tout à fait. C'est le même processus, mais poussé à l'extrême. Je préfère d'ailleurs opérer mes proches moi-même. Je suis sûr que si la compétence n'est pas supérieure, au moins la conscience sera là.

Propos recueillis par Ingrid Astier et Alexandra Ploussard

1 Le Docteur Cyrille Cazeau exerce à Paris à la Clinique Bachaumont et à Nanterre à la Clinique de la Défense. Il consulte également à l'Hôtel Dieu à Paris. Membre de diverses sociétés savantes (Société de Biomécanique, Association Française de Chirurgie du Pied, Société de Biométrie Humaine...), il est l'auteur de nombreux articles et chargé d'enseignement.

