

# Intégration et enseignement de nouvelles technologies dans un groupe hospitalier multidisciplinaire

## Integration and Teaching of New Technologies in a Multidisciplinary Hospital Group

Raymond Lies

*Service de chirurgie viscérale - Hôpital Kirchberg - 9, rue E. Steichen L-2540 Luxembourg.*

### Résumé

Dès l'ouverture de l'Hôpital Kirchberg en 2003, la direction, le corps médical et soignant avaient mis en place des structures innovantes concernant la formation médicale et chirurgicale. À l'Hôpital Kirchberg, dans un système de médecine libérale hospitalier plein temps avec prise en charge des urgences et une assurance de la continuité des soins, l'organisation d'un Medical Training Center (MTC) associé à des conférences multidisciplinaires jetait la base pour le futur de la Formation Médicale Continue (3e cycle).

Le choix d'introduire de nouvelles technologies est multifactoriel et doit e.a. rechercher le bénéfice pour le patient sans déséquilibrer les budgets au dépend des autres spécialités.

Nous illustrons nos propos à partir de trois exemples : a chirurgie de la main - la microchirurgie - le SOS Main national.

La formation est assurée par le MTC et sert également de plateforme pour l'organisation du cours annuel de la Société Française de Chirurgie de la Main.

L'urologie et la robotique, qui est désormais incontournable dans cette discipline, est pilotée par un senior qui assure la formation des nouvelles générations en association avec des Centres Universitaires.

L'orthopédie avec la navigation et la robotisation pour la pose des prothèses totales de genou et de hanche est désormais une routine et le MTC est un pôle de référence pour la formation des chirurgiens européens.

Le développement et la robotisation implique également la formation des ATM.

Ces trois exemples montrent que les nouvelles technologies lorsqu'elles sont associées à une formation locale et universitaire sont une démarche gagnante pour le patient, le chirurgien et l'institution hospitalière.

### Mots clés

- ◆ Medical Training Center
- ◆ Introduction aux nouvelles technologies
- ◆ Sécurité du patient
- ◆ Budget de l'hôpital
- ◆ Formation continue
- ◆ Collaboration interuniversitaire

### Abstract

Since the creation and opening of the Kirchberg Hospital in 2003, as general director together with the executive committee, the medical staff and the nursing department, we implemented new structures concerning medical and surgical training. At the Kirchberg Hospital, in a full-time liberal system assuring continuity of care and taking in charge 24h/24 hours all emergencies, the creation of the Medical Training Center combined with multidisciplinary regular conferences was at the basis of the continual medical education.

The multifactorial choice for the introduction of new technologies must be orientated first towards the major interest for the patient without unbalancing the hospital budget at the expense of other departments.

As examples, we develop the introduction of new technologies in Hand surgery, urology and orthopedics.

Those three examples show that the introduction of new technologies combined with continual training in respect of the financial means and in collaboration with the neighbour Universities, are a winning approach for the patient, the surgeon and the hospital institution.

### Keywords

- ◆ Medical Training Center
- ◆ Introduction of new technologies
- ◆ Patient safety
- ◆ Hospital budget
- ◆ Continual training
- ◆ Collaboration with Universities

### Correspondance

*Docteur Raymond Lies*

*Service de chirurgie viscérale - Hôpital Kirchberg - 9, rue E. Steichen L-2540 Luxembourg.*

*E-mail : raymond.lies@hopitauxschuman.lu*

*L'innovation : « Toujours dangereuse ».*

*Gustave Flaubert -1821.*

## La création d'un nouveau groupe hospitalier

Au début des années '90, sous l'impulsion du gouvernement et du Ministère de la Santé, les hôpitaux luxembourgeois au nombre de 17 furent invités voire forcés à fusionner au nombre de trois, maximum quatre hôpitaux.

Comme chirurgien, j'avais été président du groupe des hôpitaux privés où j'avais proposé une fusion large dans une nouvelle structure hospitalière issue des Congrégations.

M. Juncker, à l'époque Ministre des finances, m'avait proposé en souriant qu'en cas de réussite de mon projet, il me confierait un poste diplomatique très élevé.

Heureusement, je suis resté chirurgien et j'ai réussi à avoir la charge de planifier, construire et diriger le futur Hôpital du Kirchberg et de la Clinique Bohler réunis en Centre Hospitalier du Kirchberg (451 lits hospitaliers, 120 médecins et 1400 employés).

En 2013, mes successeurs ont constitué le groupe des Hôpitaux Robert Schuman (HRS) comprenant le Centre Hospitalier du Kirchberg, la Clinique Ste Thérèse et la Clinique Ste Marie (Tableau 1).

Actuellement, le groupe comporte 316 médecins, 2.250 infirmières/infirmiers et employé(e)s et 25 spécialités médico-chirurgicales. En 2020, le nombre total des OP était environ de 30.000, c. à d. 40.729 heures d'OP (Tableau 2).

Dès l'inauguration en 2003, j'insistais sur l'importance de la formation continue et avec Michel Merle, qui dirigeait le service de Chirurgie de la Main, nous avons créé le Medical Training Center (MTC) dans l'enceinte de l'hôpital.

Ce centre d'enseignement du 3e cycle était un créneau novateur dans le paysage hospitalier luxembourgeois. Ce sont surtout les spécialités de la Chirurgie de la Main (Fig 1), de l'Orthopédie Prothétique et de la Chirurgie Plastique qui ont profité des possibilités du MTC en synergie avec l'Université de Nancy (Tableau 3). Afin de développer les activités du MTC à un haut niveau de formation, nous avons fait appel à de prestigieux conférenciers européens. C'est important pour un directeur général médecin de pouvoir s'inspirer de l'apport d'experts reconnus pour décider de l'introduction de nouvelles technologies. Ainsi progressivement depuis 2003, la Chirurgie minimale invasive viscérale, la Microchirurgie, l'introduction de la Prothétique vasculaire ont pu se faire avec des équipes compétentes.

Dès 2003, l'Hôpital du Kirchberg disposait de scanner et d'IRM.

En 2013, la chirurgie robotique a été introduite en Urologie et en Chirurgie viscérale.

L'introduction du robot MAKO pour la Chirurgie de prothèse du genou et de la hanche a été réalisée en 2017.

## L'introduction de nouvelles technologies implique des choix multifactoriels

Pour introduire des nouvelles technologies, le décideur doit se baser sur des évaluations à partir de plusieurs composantes :

- l'expertise chirurgicale des demandeurs, la cohésion de leur équipe et l'obligation d'assurer la continuité des soins. La lecture et l'analyse des publications ad hoc sont un prérequis ;
- l'impact et les retombées pour le patient doivent être évalués ce qui implique la structuration de la chirurgie ambulatoire, de la rééducation post-opératoire et de prévenir par des circuits courts le risque de complications ;
- les autorisations administratives provenant du Ministère de la Santé et de la Caisse Nationale de Santé sont toujours longues à venir car ils considèrent que ces nouvelles techniques accroissent les dépenses sans toujours évaluer le bénéfice sur un budget global et de constater que le patient voit sa durée d'hospitalisation diminuer (séjour bref voire absent en soins intensifs) ainsi que le risque d'infection nosocomiale ;
- au Luxembourg, le budget hospitalier se fonde entre autres sur le concept de passage en salle d'opération, il est de 2.025€ quel que soit l'acte opératoire réalisé ;
- le rôle des certifications, de l'EFQM (European Foundation for Quality Management), des services nationaux (service unique pour l'ensemble du pays comme la chirurgie cardiaque) ;
- les évolutions croissantes des équipes multidisciplinaires (chirurgiens, IBODES, techniciens...).

## Trois exemples d'introduction de nouvelles technologies au sein du groupe hospitalier

### Le service chirurgie de la main

Ce service construit avec et sous l'impulsion de Michel Merle remplissait d'emblée les conditions de la Fédération Européenne des Services d'Urgence de la Main (FESUM) pour obtenir le label SOS Mains Luxembourg. L'équipement technique assurant la microchirurgie permettant des réimplantations du membre supérieur était assurée sans difficultés pour le budget et l'organisation du bloc opératoire. Les arthroscopies du poignet et de l'épaule sont d'usage quotidien et le nombre d'interventions croissant dès le départ ont amené au fil des années à de multiples conventions et à une renommée telle, que le service est maintenant le Service National de Chirurgie de la Main fonctionnant 24h/24.

La société française de la Chirurgie de la Main (SFCM) organise depuis trois ans son cours pratique de Chirurgie de la Main au MTC avec plus de 100 participants.

Le MTC a été en activité dès 2003 et a attiré de nombreux chirurgiens en cours de formation et de spécialisation. La qualité des enseignements a facilité l'établissement de conventions avec l'Université de Luxembourg et la Faculté de médecine de Nancy.

Les nouvelles techniques arthroscopiques du poignet et de la main sont enseignées sur pièces anatomiques avec pour la main des arthroscopes de moins de 2 mm de diamètre.

Les techniques microchirurgicales évoluent et prochainement la mise au point d'exoscopes (1) dispensera le chirurgien de la vision de son champ opératoire à travers les binoculaires et bénéficiera d'une vision en 3D grâce à des écrans à très haute définition (Fig 2).

## Urologie et robotique

La robotique a pu être introduite à l'Hôpital du Kirchberg en 2013 grâce à l'arrivée dans l'équipe d'urologie (9 chirurgiens) du Dr B. Meyer, expert en chirurgie robotique (plus que 1.000 interventions).

Le nombre d'interventions avec le robot depuis 2013 est en progression constante et l'équipe d'urologie du Kirchberg traite environ 70% des pathologies prostatiques du pays. En 2019 sont réalisées 2.137 interventions chirurgicales dont 220 avec le robot (Fig 3).

Le robot Da Vinci a été acheté par la Fondation des HRS qui porte le surcoût du prix du passage en salle d'OP qui varie entre 1.500-2.500€ par intervention. Vu que les frais du personnel (ETP) et de la maintenance sont couverts par des positions à part du passage au bloc dans le budget et vu que d'autres interventions (cataracte p. ex.) sont « bénéficiaires », le bilan final économique est supportable dans le budget global.

L'excellence du service a été confirmée par la société allemande contre le cancer et cela est le fruit d'une bonne cohérence de l'équipe autour du Dr Meyer et de nombreux stagiaires venant essentiellement de l'Université de Mannheim Heidelberg.

L'Éducation et la formation des infirmières est essentielle pour assurer l'activité robotique, elle bénéficie du Centre de formation ORSI à Gent (Belgique), de l'Enseignement en salle d'opération PZNW à Gronau (Allemagne) (Fig 4).

Le calcul des coûts selon le Dr MEYER à propos de 1.150 cas, qui prend en compte les frais de fonctionnement mais pas l'investissement, sont les suivants (Tableau 4).

Notre évaluation au sein des HRS montre que le coût supplémentaire dû aux robots varie entre 1.500 - 2.500€ selon l'importance de la pathologie.

### Amortissement

L'amortissement des investissements et des coûts de fonctionnement nécessite la réalisation de 120 à 140 interventions par an selon les niveaux de remboursement des caisses de maladie.

La réduction significative des complications est source d'économies, il n'existe pratiquement plus de transfusion sanguine (une transfusion : 450 €). Ce qui induit une économie potentielle de personnel, des soins intensifs ainsi qu'une réduction des temps morts (2).

### Évaluations

La justification de telles technologies implique un contrôle thérapeutique (gestion des risques, enregistrement des complications, conférence sur la morbidité et la mortalité, contrôle qualité et cercle qualité).

L'installation de comités multidisciplinaires avec les radiothérapeutes (Cyber-knife), les oncologues etc.

Et nous assurons un contrôle annuel de qualité externe par des auditeurs indépendants et une re-certification tous les deux ans, réalisée par la Société de Cancérologie allemande (DKG).

## Orthopédie et robot MAKO

L'activité du service d'orthopédie étant croissante, il a été décidé en 2017 sur demande du Dr P. Putzeys de faire l'acquisition de ce navigateur à bras robotisé pour les PTG et les PTH de la firme Stryker. Depuis 2017, de nombreuses formations sur pièce anatomique sous l'impulsion des Drs P. Putzeys et P. Wilmes ont eu lieu au MTC avec la firme Stryker. Cette nouvelle technologie permet une implantation plus précise de la prothèse du genou ou de la hanche par rapport aux techniques classiques entraînant une rééducation plus rapide et un séjour hospitalier plus court (Fig 5). Cela associé à une moindre perte sanguine contribue à une phase de guérison plus rapide et moins douloureuse (3,4).

Évidemment l'utilisation du MAKO génère une demande croissante de la part des patients, mais il convient de surveiller l'évolution des suites opératoires à moyen et long terme ainsi que l'impact financier, vu que l'acquisition de l'appareil n'est pas encore financée par les pouvoirs publics.

## L'impact sur le budget hospitalier à travers ces trois exemples

Pour la Chirurgie de la Main, l'impact sur le budget est positif car beaucoup d'interventions sont effectuées en ambulatoire et il n'y a pas d'investissement très lourd. Le tarif du passage au bloc opératoire couvre largement les dépenses (3.600 OP en 2019).

Le robot en Urologie et le MAKO en Orthopédie à un degré moindre génèrent un dépassement du tarif du passage au bloc opératoire (entre 1.500 et 2.500 euros)

Pour la Chirurgie robotique en urologie et le MAKO, l'impact sur le budget du passage OP est conséquent (1.500-2.500€), mais les avantages pour le malade et sa guérison en valent la peine, vu que d'autres postes du budget peuvent l'équilibrer.

## Conclusions

L'intégration de nouvelles technologies doit se faire selon les critères suivants :

- une équipe chirurgicale et des soignants avec des leaders compétents ;
- l'instauration d'une formation continue obligatoire pour l'équipe ;
- la recherche d'un impact équilibré sur le budget avec une évaluation annuelle ;
- le bénéfice pour le patient doit être évident.

Dans ce contexte, l'évolution montre que la formation médicale continue et les conventions de collaboration entre les services hospitaliers publics et privés, en lien étroit avec les Universités, sont les garants pour une meilleure mise à disposition de nouvelles technologies/d'investissements dans l'intérêt final du patient.

## Discussion en séance

### Commentaires du Pr Alain-Charles Masquelet

Après ce magistral exposé, vous ne serez pas étonnés que je commence par dresser un panégyrique de l'orateur. Je me suis rendu à plusieurs reprises à l'hôpital Kirchberg et j'ai dû me rendre à cette évidence ; Raymond Lies est un visionnaire. Mais pas un visionnaire contemplatif jouant avec les seules idées... un visionnaire pragmatique pour qui toute bonne idée est d'abord une idée utile. D'où un premier tour de force : celui d'avoir conçu et planifié un établissement de soins dédié à la chirurgie en partant de la notion toute simple, mais ô combien difficile à faire admettre en France, que si on souhaite une activité chirurgicale de qualité, au bénéfice du patient, le prérequis est le bien être que doivent éprouver les équipes dans un milieu favorable à l'épanouissement de l'activité. Je dirais même d'un trait forcément caricatural ; un hôpital, le Kirchberg, fut conçu par un chirurgien pour des chirurgiens, la finalité c'est à dire le meilleur soin apporté au patient, décollant naturellement du postulat initial.

Raymond Lies aurait pu s'en tenir là mais sa vision déborde largement la qualité de l'instrument de travail. Il fallait de l'attractivité, s'inscrire dans le courant de l'histoire. D'où le deuxième tour de force, celui d'introduire l'innovation chirurgicale, comme moteur. Il y parvient, non sans difficultés, en attirant des leaders dans leur spécialité, Michel Merle et le Dr Meyer en urologie pour ne citer qu'eux. Raymond Lies fait grand cas des leaders. Sans eux rien n'est possible. Une des grandes leçons que nous enseigne la formidable entreprise de Raymond Lies est que tout miser sur les hommes ou au contraire tout miser sur la structure conduit inévitablement à l'échec. Les deux apports sont indissociables. Pour paraphraser Kant, une structure sans hommes est vide, des hommes sans structures sont aveugles. Et si Raymond Lies est un visionnaire pragmatique il est également réaliste en ce que l'argent reste le nerf de l'entreprise. D'où cette attention soutenue à l'évaluation non seulement de la qualité des soins mais aussi des coûts et des budgets. L'innovation, certes, est un moteur mais elle doit être orientée et bénéfique. L'innovation n'est rien si on la promeut pour elle-même en tant que telle.

Des avancées réelles ont été mises en place dans ce domaine : chirurgie mini-invasive, microchirurgie, chirurgie robotique, navigation robotisée MAKO...Cependant Raymond Lies, à la lumière des données, nous apprend que les coûts liés à l'utilisation du robot ne sont pas négligeables mais peuvent être compensés par d'autres bénéfices qu'il est essentiel d'évaluer... Le visionnaire est aussi un homme prudent, d'une prudence qui ressortit à la phronesis aristotélicienne définie comme une intelligence du bien agir, soucieux d'un équilibre entre l'excès et le manque.

Une structure, des hommes et des équipes, de l'innovation mise en œuvre, que faut-il de plus ? Disposer d'une structure adéquate et d'hommes et de femmes de talent ne suffit pas, l'attractivité doit être pérenne, transgénérationnelle. Il faut préparer l'avenir ou au moins le futur et ne pas se satisfaire de l'ouvrage au présent. D'où le nécessaire troisième tour de force qui parachève la grande vision : il faut éduquer, former les jeunes chirurgiens et les équipes soignantes, les initier aux innovations et à de larges pans du savoir pratique par des spécialistes reconnus qu'il faut souvent recruter au-delà des frontières. Dans cette tâche devenue désormais herculéenne de la transmission des savoirs deux hommes vont jouer un rôle essentiel, Raymond Lies bien sûr et Michel Merle. Leurs efforts conjugués aboutissent à la création du Medical Training Center, un équivalent moderne de l'école de chirurgie des Hôpitaux de Paris, structures qui répondent toutes deux à l'injonction éthique « jamais la première fois sur le malade ». L'acquisition de la pratique des techniques repose sur la trilogie que nous avons largement éprouvée pendant un quart de siècle au Fer à Moulin : court exposé théorique, démonstration en live par un opérateur chevronné puis répétitions encadrées par des moniteurs. À quoi répondra en écho la trilogie du compagnonnage chirurgical en salle d'opération : aider en second pour comprendre, aider en premier pour saisir, être aidé enfin pour s'approprier la technique sur un patient vivant et endormi.

Cet enthousiasme que vous percevez sans doute dans mon exposé n'est pas dénué d'inquiétude. Il y a une contrepartie, en quelque sorte, à cette réussite éclatante. Et pour vous en faire part je partirai de la citation de Gustave Flaubert évoquée par Raymond Lies dans sa première diapositive. « L'innovation : une idée dangereuse ». Cette courte phrase est tirée du « Dictionnaire des idées reçues suivi du Catalogue des idées chics », œuvre inachevée commencée vers 1850 et publiée seulement en 1913. En réalité ce dictionnaire est un recueil de poncifs, d'idées reçues et d'expressions convenues, un recueil de tout ce qu'il faut dire en bonne société pour être un homme convenable et aimable. Vous aurez compris que Flaubert avec son ironie mordante se déchaîne contre la bienséance, la bêtise et les préjugés de la société bourgeoise du XIXe siècle. Ce bref ouvrage qui reste d'actualité est à lire au deuxième degré. Mais je souhaiterais, si vous le permettez, prendre cette citation au premier degré pour exprimer une double inquiétude. Pourquoi ? parce que la face éclairée est ce à quoi tout le monde adhère comme en témoin l'exemplaire réussi des Hôpitaux Robert Schuman : le mouvement scientifique incessant, cette quête propre à l'espèce humaine de travailler en permanence à améliorer son environnement, l'admirable déploiement de l'intelligence sans laquelle il n'est pas de dignité, l'extraordinaire développement de la technologie fruit du mariage réussi entre science et technique, en un mot la tension essentielle du Progrès ; que nul ne songerait à remettre en cause surtout dans le domaine du soin et notamment de la chirurgie. A deux réserves près qui sont la face sombre de l'innovation, source d'une inquiétude qui, à la lumière de l'évolution des choses et des événements présents, pourrait bien prendre corps, et constituer un obstacle sinon un frein à cette conquête triomphante du dépassement continu.

La première préoccupation est liée à la question obscène, au sens premier du terme qui signifie de « mauvaise augure » : jusqu'où pourra t'on pousser l'innovation technologique ? En théorie il n'y a pas de limite. Ne parle-t-on pas d'ordinateur quantique, de téléchirurgie, d'exomicroscope, toutes réalisations impensables il y a 30 ans ? En pratique, dans le modèle économique mondial qui prévaut, l'obstacle pourrait bien être le cercle vertueux transformé en cercle vicieux constitué par le couple innovation et croissance économique. L'innovation stimule la croissance mais sans croissance, pas d'innovation. Et comment peut-on concevoir une croissance infinie dans un monde fini ?

La deuxième préoccupation concerne le monde chirurgical en train de se faire sous la puissante impulsion des technologies innovantes. Manifestement la technique et plus encore la technologie façonnent les cerveaux. La transmission linéaire des savoirs est devenue obsolète. En tant que formateur, nous devons nous former au fur et à mesure que nous formons. Et on constate que les savoirs expérimentiels des chirurgiens de notre génération sont relégués. Ce qui pose le redoutable problème de la vulnérabilité de la société. La technologie actuelle née de l'innovation est fragile, les spécialisations étroites, le corps anatomique des patients clôturés. Quid, dans ces conditions, des conséquences d'un chamboulement planétaire comme celui que nous vivons et que les esprits les plus mesurés considèrent comme un prélude ? Certes le temps est passé où l'on pouvait tout faire en chirurgie, ou presque tout, avec une paire de ciseaux de Mayo, un bistouri et une pince à disséquer. Il n'est pas

question de remettre en cause le progrès technologique mais compte tenu des circonstances, ne serait-il pas judicieux de s'attacher à définir les contours d'une « innovation résiliente » ? La coexistence de la tradition et de la modernité, telle qu'on peut l'appréhender au Medical Training Center par l'ouverture des corps et l'apprentissage des technologies les plus avancées, me semble une excellente approche de cette résilience nécessaire pour parer les mauvais coups prévisibles et imprévisibles de l'avenir.

## Références

1. Pinto V, Giorgini FA, Lozano Miralles ME and al. 3D Exoscope-Assisted Microvascular Anastomosis: An Evaluation on Latex Vessel Models. *J. Clin. Med*, 2020;9:3373.
2. McBride K., Steffens D., Stanislaus C., Solomon M., Anderson T., Thanigasalam R., Leslie S., Bannon P.G. Detailed cost of robotic-assisted surgery in the Australian public health sector: from implementation to a multi-speciality caseload. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21: 108.
3. Anthony I, Bell SW, Blyth M, Jones B et al. Improved accuracy of component positioning with robotic-assisted unicompartmental knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*. 2016;98-A(8):627-35.
4. Hampp E, Chang TC, Pearle A. Robotic partial knee arthroplasty demonstrated greater bone preservation compared to robotic total knee arthroplasty. Annual Orthopaedic Research Society. Austin, TX. 2-5 Feb 2019.

1992	De 17 à 4 hôpitaux et création de la Fondation François Elisabeth (FFE)
2003	Centre Hospitalier du Kirchberg (CHK)
2013	Hôpitaux Robert Schuman (FFE devient HRS)

Tableau 1 : Évolution du Groupe Hospitalier.

<b>Nombre Personnel</b>	<b>2.250</b>
<b>Nombre Médecins</b>	<b>316</b>
<b>Total OP/Urgences</b>	<b>31.000</b>
<b>Nb d'heures opératoires</b>	<b>40.729</b>
<b>Services</b>	<b>25 spécialités médico-chirurgicales</b>

Tableau 2 : État des lieux en 2021.

Orthopédie : Chirurgie de la Main	Prothèse Totale Genou (PTG)
	Prothèse Totale Hanche (PTH)
Chirurgie plastique : Lambeaux	Sites donateurs
Urologie	
Formation Médicale Continue pour infirmiers bloc OP	
Conférences multidisciplinaires	105 en 13 ans

Tableau 3 : Activités au Medical Training Center (MTC).

	<b>Prost. Retro Radicale</b>	<b>Prost. Extra Péritonéale Endoscopique</b>	<b>Prostatectomie radicale</b>	<b>Prostatectomie Radical par robot</b>
Coûts OP, y compris la maintenance	3.087,17	2.341,94	3.890,00	5.410,00
Coûts supplémentaires	1.156,43	167,04		
Coûts de base	1.919,37	1.560,13	1.987,00	994,00
<b>Coût total</b>	<b>6.162,97</b>	<b>4.069,11</b>	<b>5.877,00</b>	<b>6.404,00</b>
		<b>6.496,00</b>		

Tableau 4 : Coûts de la prostatectomie selon la technique utilisée



Figure 1 : Travaux pratiques de chirurgie de la main sur pièces anatomiques.



Figure 2 : Exomicroscope (ZEISS).



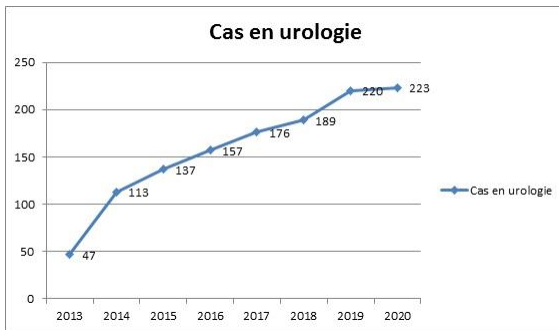


Figure 3 : Évolution du nombre de cas en urologie aux Hôpitaux Robert Schuman de 2013 à 2020.



Figure 4 : Première intervention sous robot le 11 septembre 2013.



Figure 5 : Intervention de prothèse de genou sous MAKO.