



# bof

## infos

Bulletin des Orthopédistes Francophones  
organe de liaison édité par la SOFCOT

édito

## C'est quoi la SOFCOT ?

Par **Gérard Bollini**, Président de la SOFCOT

**S**ociétés savantes, Fédérations des spécialités, Collège de bonne pratique, Collège National Professionnel, Orthorisq... vous ne comprenez plus ! Je vais essayer de vous faire comprendre ce que la SOFCOT est devenue.

La SOFCOT se veut la maison de tous les orthopédistes. Elle est une **Société professionnelle** qui regroupe tous les aspects de la profession. Comme telle vous y trouverez tout ce qui est nécessaire à votre profession.

Tout d'abord **se former en orthopédie**. Ce rôle est dévolu au Collège qui organise la formation académique des DESC. Le Collège organise aussi la formation professionnelle des orthopédistes. Le Collège regroupe des acteurs du public et du privé. Le CNU complète le rôle du Collège en organisant les recrutements des bi-appartenants mais aussi en réfléchissant avec le Collège à notre démographie médicale, aux maquettes des DESC et à l'organisation de la filière de formation des orthopédistes. Collège et CNU forment un des six piliers de la SOFCOT.

Être ensuite acteur de **la recherche**. Le volet scientifique de notre profession est dévolu à l'Académie qui joue le rôle que jouait par le passé la SOFCOT. L'Académie organise le congrès annuel, distribue les bourses aux plus jeunes, s'investit dans toutes les actions de partenariat scientifique avec d'autres Sociétés savantes ou Institutions, initie des axes de recherche. L'Académie est le deuxième pilier de la SOFCOT.

Le **Syndicat** est une structure trans-courant qui accueille en son sein des représentants de toutes tendances avec comme projet de se fédérer autour de la défense de nos intérêts professionnels. Le Syndicat est le troisième pilier de la SOFCOT.

Les Tutelles ont imposé à l'ensemble des spécialités la création d'une entité de gestion des risques. C'est ainsi qu'est né **Orthorisq** premier organisme agréé permettant aux orthopédistes de répondre à cette obligation. Là encore c'est dans notre maison, la SOFCOT, que se gère cette activité. Orthorisq est le quatrième pilier de la SOFCOT.

Notre spécialité est très vaste et la technicité nécessaire à son exercice nous a conduits, pour la plupart d'entre nous, à nous "sur-spécialiser". Beaucoup d'entre nous appartiennent à ce que l'on appelait dans le passé une Société fille devenue depuis **Société associée ou Société partenaire**. Leur existence fait la richesse de notre spécialité. Elles constituent le cinquième pilier de la SOFCOT.

Si j'ai placé ici ces Sociétés dans mon éditorial, c'est pour faire la liaison avec le dernier chapitre de cette présentation. Les Tutelles nous ont en

suite page 2 >>>

## sommaire

<b>édito</b> .....	1
<b>humanitaire - haïti</b>	
Les jardins de l'ambassadeur .....	2
Retour d'Haïti .....	6
Offres humanitaires .....	7
<b>sociétés partenaires</b>	
Société Française d'Arthroscopie (SFA) .....	7
L'Association France Japon Orthopédie (AFJO) .....	9
<b>hémochromatose génétique</b>	
Les chirurgiens orthopédistes doivent bien connaître l'HG ..	10
<b>sécurité sociale</b>	
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 .....	11
<b>études statistiques</b>	
Stabilité des CRCI et croissance de dépenses d'indemnisation au premier semestre 2009 .....	12
T2A et Etablissements hospitaliers publics ou privés. Quel impact ? .....	12
Prothèse totale de hanche .....	13
Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2008 ..	13
<b>formation</b>	
DPC, où va-t-on ? ou "vive le congrès SOFCOT 2010" .....	14
Diplôme Inter-Universitaire de pathologie de l'épaule et du coude .....	15
ORTHORISQ : 3 journées de formation en 2010 .....	15
Compte rendu du cours avancé sur le traitement opératoire des fractures .....	16
BOTA, bourse de traumatologie orthopédique en Belgique ..	17
<b>comptes rendus</b>	
Voyage d'étude - University of California San Francisco ..	18
Neuf mois de fellowship à Sydney .....	20
<b>appel à candidatures affsaps</b>	
en vue du renouvellement de la Commission nationale de sécurité sanitaire des dispositifs médicaux .....	22
<b>réunions scientifiques</b> .....	24
<b>lexique</b>	
Petit lexique et obligations des établissements de santé à l'usage des orthopédistes .....	31
<b>congrès 2010</b>	
Coupon de présentation vidéo .....	30
Programme du congrès .....	32

[www.sofcot.fr](http://www.sofcot.fr)

effet demandé de fonder un organisme pour représenter la spécialité dans toutes les actions de promotion de la qualité de notre exercice passant par l'évaluation des pratiques professionnelles, l'évaluation des compétences, la mise en place de recommandations et référentiels et la gestion des risques. Ayant déjà fait l'effort de créer Orthorisq, il nous a semblé inconséquent de refondre Orthorisq dans ce nouvel organisme. Pour autant ce nouvel organisme, le **Conseil National Professionnel**, a été créé devenant le sixième pilier de la SOFCOT.

Ce Conseil National Professionnel va permettre à l'ensemble des Sociétés associées et partenaires qui le souhaitent de participer très directement à cette promotion de la qualité de notre exercice professionnel. C'est ce Conseil National Professionnel qui va permettre à tous de répondre à nos obligations à venir de "Développement Professionnel Continu", le DPC. Ceux participant déjà à l'accréditation par le biais d'Orthorisq auront satisfait par la même à leur obligation de DPC. Mais il faut savoir que relativement peu d'acteurs du public se sont inscrits dans l'accréditation et ce Conseil National Professionnel leur permettra de faire leurs actions de DPC. Ce Conseil National Professionnel sera à parité public-privé. C'est d'ailleurs une de nos préoccupations que dans toutes les structures autres que le CNU, la représentation des orthopédistes garde cette idée d'une représentation paritaire public-privé.

J'espère avoir clarifié ce que la SOFCOT est devenue, une Société professionnelle ayant l'ambition de prendre en charge tous les aspects de la profession. La SOFCOT est votre maison, vous devez l'investir et vous l'approprier. Plus la SOFCOT regroupera d'orthopédistes, plus elle sera légitime pour nous représenter.

**Gérard Bollini**, Président de la SOFCOT

## Les jardins de l'ambassadeur

Par **Frédéric Jacquot**

### Six-cents français

Nous sommes 600, peut être 650, pas tout à fait 700 en tout cas. C'est un gigantesque camping qui s'est installé dans les jardins de la maison de l'ambassadeur de France à Haïti. Les tentes s'éparpillent au milieu des bougainvilliers, apparemment au hasard, un peu les unes sur les autres. Les logos fleurissent. Toutes les tentes sont marquées aux couleurs de leurs habitants : Sécurité civile, tous les SAMU de France et d'ailleurs, pompiers d'un peu partout, Gendarmerie nationale — armée et en gilet pare-balles qui sécurise le site, logée à la même enseigne — et organisations non gouvernementales françaises et étrangères. Tentes éparpillées avec chacune leur logo, lits de camps et moustiquaires, dans le ronron du groupe électrogène. La résidence de l'ambassadeur, elle, trône au milieu de tout ce monde. Superbe demeure de style colonial réduite à l'état de gâteau penché et environnée de tas de gravats, elle n'a pas survécu au séisme. Son parc magnifique sert de campement à toute cette force humanitaire à l'œuvre dans Port-au-Prince. Conditions précaires, mais que demander de plus dans cette capitale balafrée, transformée en un instant en champ de ruines et en camp de réfugiés ?

Tous ces français travaillent en divers endroits de la ville blessée, essentiellement des hôpitaux, organisant les campements de réfugiés, le tri des blessés, l'accueil des familles, les soutiens psychologiques après la catastrophe.... Certains sont arrivés juste après le séisme, d'autres ensuite. La plupart sont là depuis quelques jours seulement.

Tous les matins, on se dirige en colonnes des divers points du campement, en tenue de bloc, civil ou uniforme, vers le point d'embarquement des navettes, bus, et quelquefois camions-bennes qui emportent tout ce monde vers leurs affectations sous escorte des gendarmes en armes : les différents hôpitaux de la ville, ceux qui



fonctionnent encore. Des fenêtres de la navette, on découvre la ville détruite : amas de pierres, bâtiments éventrés, églises bancales, le palais présidentiel avec ses airs de grosse meringue bousculée...

### Situation post apocalyptique

Maisons et bâtiments par terre sont devenus des tombes, un peu au hasard, mais dans certains quartiers tout est en ruine. A circuler dans ces rues, le sentiment terrible qui vient irrésistiblement est très crûment celui d'une promenade en été au Père Lachaise : maisons bancales, oblitérées et condamnées ; bâtiments vides et fissurés qui ressemblent à des chapelles ; toits et étages en béton tombés les uns sur les autres à plat — qu'on appelle ici « pancakes » et qui évoquent des tombes — et ce sentiment sourd que derrière toutes ces portes et sous toutes ces pierres il y a encore des corps, par milliers. Les étudiants en médecine étaient en cours au moment du séisme ; le toit de l'école de médecine est tombé sur eux, ils sont toujours en dessous. Situation identique pour l'école d'infirmières : plusieurs centaines de disparus. On dit que la moitié des médecins haïtiens, en activité ou en formation, aurait disparu lors du séisme. Ce sont des gens qui travaillent tard, ils étaient dans les bâtiments au moment fatidique. Le commandement local de l'ONU a perdu au moins 250 personnes, dit-on, essentiellement des militaires gradés de toutes nationalités (36 français).

Tout cela, bien sûr, ce sont des bruits qu'on entend, qui se précisent, qui sont vrais ou faux.

Comité de rédaction du **bof** : Th. Bégué assisté de : J. Caton et Ch. Glorion

Correspondance : SO.F.C.O.T., 56, rue Boissonade - 75014 PARIS - France

Tél. : 01 43 22 47 54 - Fax : 01 43 22 46 70 - e-mail : [sofcot@sofcot.fr](mailto:sofcot@sofcot.fr) - [www.sofcot.fr](http://www.sofcot.fr)

## Le peuple qui balaie

Les tas de gravats sont partout, entre les maisons défoncées, dans les ruisseaux au bord des trottoirs. Mais la vie reprend, et on balaie, patiemment ; les pierres se résorbent en amas et les trottoirs sont dégagés. Et chaque jour voit au bord des trottoirs de nouvelles boutiques précaires et de nouveaux produits de toutes sortes. Le commerce reprend, des fruits, des médicaments (vrais ou faux ? À quel prix ? Je ne sais, mais présentés à l'unité), au bord des tentes et au bord des routes, devant les façades condamnées de maisons subtilement fissurées et bancales.

La ville est transformée en immense camp de réfugiés : partout où le sol est plat, dans les parcs et les jardins, sont apparus des amas de tentes bigarrées de toutes origines qui abritent des familles et de nombreux enfants. Que mangent ces gens ? Pas grand chose apparemment : les résultats des distributions et de la débrouille, mais nombreux sont ceux qui ont faim et peu font un repas chaque jour. Depuis quinze jours, on voit réapparaître des cas de dénutrition sévère et de déshydratation avancée. Il y a dans les rues des queues de 800 mètres devant le stade où ont lieu des distributions de nourriture sous contrôle armé des UN (l'ONU), des militaires péruviens, turcs ou brésiliens (nous verrons les casques bleus chinois à l'exercice et leur police militaire plus tard à la manœuvre à l'aéroport lors du retour).

## L'hôpital adventiste

À l'hôpital, chaos savamment organisé. Les pompiers et la sécurité civile française ont fait un travail extraordinaire, remarquable, et peu connu ; le circuit patient est organisé avec à l'entrée un poste "tri des blessés" (appelons un chat, un chat) sous tente qui accueille les files de patients venant de l'extérieur, un poste "pré-op", amas de tentes de toutes sortes au milieu de laquelle trône une tente gonflable ornée d'un drapeau canadien, don d'une organisation caritative - on y couche, par terre, sur des matelas de fortune, les patients qui ont des indications chirurgicales en attente - et un poste "post-op", tentes en tous sens et de toutes origines abritant les malades opérés, étendus sur des toiles à même le sol. Jeunes amputés de 18-20 ans, enfants blessés, patients de tous âges aux plaies emballées. Un poste s'occupe des pansements quotidiens, qui sont faits "à sec" ou sous anesthésie à la kétamine. Et surtout, le bloc opératoire, réorganisé aux mains



d'une équipe américaine, tourne encore à plein presque deux semaines après la catastrophe avec les urgences amenées quotidiennement : ce sont surtout des fractures ouvertes et des amputations, mais de plus en plus, des indications de reprise élective d'interventions faites en urgence extrême.

L'hôpital est clairement adventiste du 7<sup>e</sup> jour, c'est d'ailleurs son nom : Hôpital Adventiste d'Haïti. Tous les employés le sont, même les organisations américaines qui y travaillent affichent une connotation religieuse affirmée. Les médecins US, eux, même s'ils ont toujours un lien avec la congrégation, par leur hôpital ou leur faculté d'origine, le sont rarement en

fait. Les patients sont de toutes confessions. Ils sont venus ici avec leur famille. Combien sont-ils ? Environ 170 sont hospitalisés, mais avec les familles on peut évaluer à 500 ou plus le nombre de personnes présentes.

D'autres organisations humanitaires sont présentes sur le site, et j'ai rapidement le sentiment d'en découvrir une nouvelle chaque jour qui passe : c'est la grande foire humanitaire, mais chacun au fil des circonstances s'est confié les attributions nécessaires : ainsi, si la sécurité civile organise le site et les SAMU trient les blessés, les organisations adventistes américaines gèrent le bloc opératoire, une organisation haïtienne de la diaspora québécoise s'occupe surtout

des soins postopératoires ; des organisations US font des soins d'urgence dans et autour de l'hôpital ; et quelle n'est pas ma surprise un jour en poussant une porte au bas d'un escalier de découvrir la cuisine installée par une organisation chinoise, dont on m'explique avec fierté qu'elle sert 1200 repas deux fois par jour sur le site et autour, et qui accessoirement s'occupe des soins de nuit aux patients, lorsque nous somme partis... Toute la journée, un haut parleur diffuse de la musique et des cantiques adventistes. Des orateurs, religieux ou non, viennent faire des sermons en créole ou en français et on appelle à la prière pour les disparus et les opérés. Au moment où notre anesthésiste français est en train d'endormir un patient, le haut parleur appelle à la prière "pour le salut de notre frère Jean-Maurice qui est en train de se faire opérer et qui est dans les mains de Dieu". On appelle aussi les patients introuvables au haut parleur : "Béatrice Senda est attendue en salle d'opération, Béatrice Senda, en salle d'opération"... La variété musicale est, elle, au rendez-vous, au contraire de la qualité sonore. Les gospels locaux ont des accents de zouk, on les mélange de musique liturgique et de sermons interminables.

### Amputations

Combien d'amputés ? Beaucoup certainement, nombreux sont ceux qui sont sous les tentes, et on voit de jeunes enfants reprendre goût à la vie entre deux cannes béquilles fournies par containers entiers par Handicap International. Quel que soit le lieu (Afghanistan, Kurdistan...), la vision de tous ces jeunes et moins jeunes nantis d'une jambe de pantalon ou de chemise vide fait toujours le même effet à la fois bizarre et indescriptible. Les organisations humanitaires qui font de l'appareillage ont maintenant toutes la même attitude, n'appareiller les moignons que lorsqu'ils sont cicatrisés, et donc pas tout de suite à Haïti. Ils se contentent de fournir les cannes béquilles en bois local, de prendre les numéros de téléphone portable (tout le monde a un portable ici...) en prévision du démarrage du programme. Il va y avoir du travail, assurément, tant ces jeunes gens sont nombreux. Avec l'expérience de Handicap et d'autres, on fait maintenant des prothèses de jambe qui sont de grandes chaussures et permettent une vie quotidienne normale – pour les amputés de jambe. En cuisse, c'est une autre affaire.

Je suis surpris, en faisant le tour des pansements, de constater leur

qualité et leur bonne tenue : bien sûr, certains suppurent, d'autres sont assez vilains (que dire d'un moignon chez un enfant ?) mais globalement, peu de catastrophes. Mes compatriotes sont choqués des techniques utilisées en urgence par les américains et qu'on appelle « guillotine » : couper court d'un seul trait, laisser ouvert... en fait, je dois leur expliquer que face aux broiements de membres souillés, c'est la meilleure technique, celle qui évite ou traite la gangrène, recommandée par les chirurgiens de la Croix-Rouge depuis 60 ans. Dans le concept, on ne ferme pas le moignon, en tout cas pas en urgence. Peut-être au 8<sup>e</sup> jour, si tout va bien. De toute façon, ces moignons ont curieusement et spontanément tendance à se refermer lorsqu'ils sont propres.

A-t-on amputé sans réfléchir ? Ce qui est sûr, c'est que les haïtiens sont durablement traumatisés, et que presque deux semaines après le séisme, ils y regardent à deux fois avant de se faire opérer par un chirurgien américain. Ceux-ci ont durablement gagné de la crise une réputation d'amputeurs.

Un patient vient à l'hôpital avec une fracture de l'astragale. C'est une fracture difficile à réduire, qui donne des nécroses et des chevilles raides et douloureuses, et cela fait déjà quinze jours. Il m'explique son cas puis s'entretient parfaitement avec le chirurgien américain. "Ce type parle un anglais parfait" me dit celui-ci. La chose est assez rare à Port-au-Prince. Il m'explique qu'il est professeur d'anglais. Enfin il l'était : au moment du séisme, il enseignait devant une classe de 80 élèves au deuxième étage. Dix sont sortis vivants, les autres sont toujours sous les

décombres. Il s'est retrouvé en un instant enseveli entre les plafonds et a mis trois heures à sortir du tas de gravats : il y avait deux élèves devant lui vers la sortie, et il a fallu attendre qu'ils s'extrait l'un après l'autre. "Si l'un ou l'autre était mort, je me serais retrouvé coincé et je n'aurais pas pu sortir, je serais toujours en dessous...". Il veut qu'on opère sa fracture car il a parfaitement compris que l'os est cassé et que c'est une mauvaise fracture, mais il ne veut pas être opéré par un chirurgien américain car ils vont lui couper la jambe ; ou alors il veut que je sois là et me le fait promettre. Je suis au bloc le jour où on le fait venir mais occupé à autre chose, et il est opéré remarquablement et sans amplificateur de brillance par deux traumatologues américains qui lui mettent un fixateur externe. Il me remercie de façon touchante au terme de cette affaire.

Apparemment, peu de malades sont morts des suites de la gangrène, ce qui est déjà en soi un succès...

La gangrène... Elle tue en quelques heures un patient en bonne santé. Pour l'avoir côtoyée, je sais que, si le diable existe sur terre, il est localisé dans chaque gramme de terre et de poussière sous la forme de ce qu'on appelle des "spores" de germes dits telluriques (encore une référence aux divinités des profondeurs), essentiellement des germes anaérobies de type clostridium. Ils sont d'une résistance extraordinaire, vivent sans oxygène, infectent les tissus morts et contus, nécrosent les tissus vivants et les vaisseaux, se répandent dans la circulation ou y injectent leurs toxines, et assassinent sûrement le malade. Pas de solution pour traiter : les antibiotiques



efficaces sur ces germes ubiquitaires ne parviennent pas aux plaies lorsque les vaisseaux sont opportunément thrombosés. Il vaut mieux couper avant, et vite.

Doug Fartas est manager d'une des organisations humanitaires présentes sur place. Il est médecin généraliste en Caroline du Nord et également diplômé en santé publique. C'est un adventiste, bien sûr. Il est arrivé tard sur le site, mais me raconte que le premier médecin arrivé à l'hôpital quelques jours après le grand traumatisme, était un médecin généraliste et un manager comme lui, qui n'avait pas d'expérience de la chirurgie. La première chose qu'il a faite, en arrivant, a été de couper une jambe toute noire : "ils lui ont tendu le bistouri et dit qu'il fallait couper". Pendant trois jours de suite, il a dû couper, couper, couper... des membres nécrosés qui arrivaient par centaines.

Les pompiers présents sur le site se souviennent également : l'un d'eux me raconte : "Quand nous sommes arrivés, il n'y avait rien ici : rien que l'hôpital debout et la pelouse vide autour, et 3000 malades qui arrivaient avec des jambes toutes noires. Alors, il a fallu s'organiser, trouver des tentes, faire un circuit de triage et de pré/post op, organiser la vie, et amener les malades au bloc à l'équipe chirurgicale américaine qui opérait non-stop, quelquefois 30 amputations par heure. Cela a été très, très dur."

A-t-on coupé quelques membres en trop ? Personne ne le sait. Mais il fallait bien faire quelque chose.

## Anne-Marie

Anne-Marie raconte, sans aucune émotion apparente : "Quand le séisme est arrivé, j'étais en voiture sur la route de Canapé-Vert et, tout à coup, il s'est passé quelque chose : il y a eu de la poussière et c'est comme si la montagne avait aspiré les maisons, c'est cela, la montagne a aspiré les maisons dans la poussière. Puis la poussière est retombée et sont montés les cris, des cris insoutenables, pendant une demi-heure. Et la nuit est tombée. Je me suis hâtée vers ma maison et je me suis persuadée, pour ne pas être surprise, que ma maison était tombée sur ma famille et sur mon fils qui a six ans et que mon fils était mort. Je me suis habituée à cette idée, et quand je suis arrivée au coin de la rue, j'ai vu que ma maison était tombée et que tout le monde était en dessous. Ils étaient tous morts sauf mon fils. Mon fils est resté 6 jours sous les décombres. Finalement, ils ont fait venir une grue des Nations Unies pour soulever le toit de la maison. La grue a soulevé la dalle en béton, petit à petit, et on a pu voir que mon fils était vivant à ce moment, puis la dalle s'est brisée et elle est retombée. Mon fils

est mort à ce moment. Je remercie le Seigneur tous les jours, car je suis vivante et je crois que mon fils est vivant au paradis où Il l'a rappelé. Je ne suis pas de ceux qui regardent en arrière, mais maintenant mon fils est mort et il faut reconstruire."

## Sécurité

Alors que la journée se termine, les équipes françaises, fourbues, convergent vers la voute d'entrée de l'hôpital pour y attendre l'autobus qui les ramènera au camp. Le départ est fixé avant la tombée de la nuit, pour des raisons de sécurité. Les deux bus sont escortés par la gendarmerie française, un véhicule avec deux hommes armés en mission sur place. Quelques jours plus tard, ce sont les camions militaires du 3<sup>e</sup> RIMA qui nous emmènent, au rythme cahotant des rues défoncées de Port-au-Prince, sur fond de rumeurs d'insécurité : les bandes armées qui avaient été démantelées avant la crise seraient, dit-on, en train de se reformer, renforcées par les prisonniers accidentellement libérés lors de l'effondrement de la prison. Rumeurs... La sécurité est prise très au sérieux. Le dimanche, il nous faudra deux heures pour rejoindre l'hôpital en convoi de camions, entre détours pour cause de rassemblements religieux ou de manifestations (les fameuses "émeutes de la faim" ?) et difficultés de progression dans un dédale de rues à la géographie incertaine et récemment chamboulée. La circulation des camions est de plus entravée par le retour, heureux, du trafic : autobus chamarrés parés des inévitables citations de la bible ou de maximes locales, voitures, motos (peu nombreuses), code de la route aléatoire où le plus gros klaxon est roi, circulation à contre sens habituelle dans certaines avenues. Rien à envier à Paris aux heures de pointe, si ce n'est en plus les rues ravinées en forme de gouttière qui rendent le croisement des camions périlleux. Nous parvenons finalement à bon port en fin de matinée, pour trouver l'hôpital étrangement calme : petit à petit, les nouveaux blessés se font rares, heureusement.

## La vie renaît

C'est que, situation propre aux grandes catastrophes, toutes les blessures, toutes les fractures, ont le même âge et la même simultanéité : mardi 12 janvier à 16 heures 45, instant fatidique. Si on excepte quelques bâtiments tombés lors des "répliques" sismiques ultérieures qui ont créé la panique, chaque lésion peut être datée précisément. Et l'on voit quelques blessés venir à l'hôpital quinze jours ou trois semaines après le séisme, avec des fractures graves du bassin ou des (déjà) cals vicieux presque consolidés des membres. Où étaient-ils tout ce temps ? Probablement à errer dans la ville pour

manger et amenés là par leurs familles. Mais ces lésions sont de plus en plus rares ; le traumatisme s'éloigne. On entre dans la phase de traitement des séquelles, nombreuses, des fractures non traitées, des membres déformés, des paralysies, d'un peuple durablement traumatisé, comme hébété ; les amputés, jeunes ou vieux, déambulent entre leurs béquilles, s'adaptent : les enfants jouent enfin et rient, réclament une photo... Quel travail attend ceux qui viendront appareiller tous ces êtres humains pour leur rendre une vie normale, malgré les blessures ! La tâche est immense.

La ville est pareille : chaque jour apporte sa nouveauté, et les petits commerces renaissent, vendeurs de bananes, de fruits, de boissons, sur les trottoirs au ras du caniveau, devant les façades lézardées et les maisons défoncées, de plus en plus nombreux, puis les commerces de proximité. La vie renaît, mais il n'y a plus d'argent, plus d'employeurs, presque plus d'économie. Les queues les plus longues sont maintenant devant les organismes de transfert financier, pour venir toucher l'argent envoyé par les familles expatriées. On dit que des organisations caritatives, surtout américaines et surtout confessionnelles, sont prêtes à injecter des subsides substantiels dans l'économie haïtienne ; pour le moment, on ne voit rien, et la tâche là aussi est immense : il faudra probablement raser la ville, et tout reconstruire, si possible plus solidement et de manière plus organisée qu'auparavant. Le déblaiement des décombres, lui, n'a pas encore commencé, il faudra très longtemps compte tenu de la modestie des moyens. Il faudra alors inhumer tous ces corps que l'on retrouvera, dans quel état ?

Il y a une grande inquiétude pour l'avenir à Haïti : même si la situation sanitaire s'améliore de jour en jour, que vont devenir le million de sans abri, ceux qui dorment à la belle étoile, quand viendra la saison des pluies ; comment vont-ils se nourrir ? Et surtout, avec un système de santé mis à plat en quelques minutes, mais pour longtemps, qui va s'occuper des malades, mais aussi former la prochaine génération de jeunes médecins et cadres de santé ? Il y a des élites, francophones et francophiles, elles ont été durablement touchées par la crise, mais restent une forte aspiration à accueillir une coopération scientifique, technique, et académique française. Le jour du départ, les médecins haïtiens, mais aussi ceux de la diaspora revenus aider, me demandent : que pourrez vous faire pour nous, lorsque la situation aiguë sera passée, que les journalistes et les ONG seront partis, et qu'on ne parlera plus de nous ?

## Retour d'Haïti

Par Frédéric Jacquot

La mission SAMU/EPRUS (Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires, faisant partie du ministère de la Santé) partie de Paris le 27 janvier est rentrée à Fort-de-France ce mardi 8 février, retour à Paris le 9 par vol civil. Elle comprenait 2 chirurgiens de l'Assistance Publique, le Docteur Alain Faye, chirurgien viscéral et chef de mission, et le Docteur Frédéric Jacquot, chirurgien orthopédiste, ainsi qu'un chirurgien libéral, le Docteur Eric Roulot, spécialiste de la main à Paris. La mission comptait au total treize membres, dont 2 médecins anesthésistes, 4 infirmiers anesthésistes IADE, un infirmier, une infirmière puéricultrice, deux médecins urgentistes, et un logisticien. Arrivés sur place le 29 à 5h30 par vol de l'aviation civile après 24 heures de briefing à Fort-de-France, la mission a immédiatement été déployée le jour même sur deux sites différents à Port-au-Prince : au sud, l'hôpital adventiste de Diquini ; plus au nord, le site dit "DCTI", un hôpital général.

L'hôpital adventiste de Diquini était avant le séisme une clinique de 40 lits avec deux salles opératoires, axé sur la gynécologie et la chirurgie viscérale, et dirigé par le mouvement adventiste du 7<sup>e</sup> jour. Il est devenu en quelques jours un site de soins d'urgence chirurgicaux et surtout orthopédiques devant l'afflux de blessés immédiatement après la catastrophe ; il s'est transformé en une sorte de camp de réfugiés sous tentes, avec une structure chirurgicale en dur qui a relativement bien résisté, malgré quelques fissures, et un immense campement sur les pelouses de l'hôpital, comptant environ 170 "lits" (matelas à même le sol) et un nombre indéterminé de membres de la famille des patients, qui pour la plupart ont tout perdu. Le campement est occupé par environ 5 à 600 personnes au total, qui ont des lésions graves, des plaies diverses et des troubles psychologiques. Sur place, le site a été organisé par les pompiers français et les SAMU d'une manière admirable avec un secteur « tri des blessés », un secteur « préopératoire », un secteur « postopératoire » et une salle de pansement sous tente de deux postes ; tout cela a été fait dans l'urgence et s'est organisé petit à petit. Un certain nombre d'organisations humanitaires sont actives ou ont été actives à l'hôpital : une

organisation adventiste américaine a fait succéder des équipes chirurgicales au bloc opératoire depuis quelques jours après la catastrophe et jusqu'à présent, avec des rotations de 4 jours et des équipes pré-constituées de plus ou moins 3 chirurgiens, deux médecins anesthésistes et deux infirmier(e)s de bloc opératoire, la plupart du temps travaillant dans la même clinique aux États-Unis. Cette organisation a été chirurgicalement très efficace, avec des débits opératoires importants malgré le temps perdu essentiellement à organiser le passage des malades. Une organisation non gouvernementale québécoise de médecins et infirmiers haïtiens expatriés a été active sur place pour gérer les suites post-opératoires immédiates. La sécurité civile et les SAMU ont géré le jour le tri, les soins préopératoires et les pansements, de même que certaines interventions. Des médecins urgentistes d'une organisation confessionnelle baptiste américaine ont également été actifs sur le site ou l'ont utilisé comme base pour animer des consultations dans des cliniques à l'extérieur. Enfin, une organisation chinoise bouddhiste a assuré le ravitaillement et la préparation des repas, distribuant chaque jour environ 1200 repas le matin et le soir à la population présente et du voisinage et aux équipes médicales sur place avec une efficacité sanitaire remarquable. Cette organisation a également assuré la surveillance nocturne d'une partie des malades. Des médecins haïtiens présents avant le séisme ont continué à assurer les urgences gynécologiques en particulier. Toute cette organisation n'a été planifiée à aucun moment mais au contraire le partage des tâches s'est fait au fur et à mesure de l'arrivée des urgences et des ressources disponibles.

Initialement déployée au poste pansement et postopératoire, l'équipe médico-chirurgicale s'est, à mesure que s'éloignait l'urgence extrême et qu'arrivaient des malades moins urgents mais plus lourds sur le plan orthopédique, progressivement intégrée aux équipes américaines au bloc opératoire dans les activités chirurgicales et anesthésiques ainsi qu'au poste préopératoire en appuyant le tri chirurgical des différentes lésions traumatiques urgentes ou non et des séquelles à revoir. Cela a permis d'organiser l'activité du bloc opératoire pour les lésions chroniques. Un aspect important, et non des moindres, a

été de favoriser la communication médicale et linguistique entre les équipes américaines et les équipes sécurité civile / Samu, ce qui a beaucoup apporté à l'entente et l'organisation des activités, les organisations présentes ayant collaboré étroitement de fait dans l'urgence mais souvent sans se connaître, sans se parler quelquefois, et sans toujours comprendre les indications et le fonctionnement des uns et des autres.

Les équipes ont été confrontées à une spectaculaire évolution de la situation de jour en jour, Port-au-Prince, ville blessée se révélant un champ de ruines et un vaste campement précaire à leur arrivée, se muant sous leurs yeux en un mélange de camps de réfugiés et de bidonvilles. L'économie, quoique gravement atteinte et totalement à plat, a repris ses droits, et le nettoyage des décombres, le petit commerce, la vie politique ont timidement mais progressivement repris leurs droits. Il reste cependant beaucoup à faire compte tenu de l'ampleur des dégâts et de leur répercussion sur la société haïtienne : même si la vie a repris son cours, des milliers de gens campent encore dans les rues et les espaces découverts, ont les plus grandes difficultés à assurer l'hygiène quotidienne et ne subsistent que de distributions de nourriture au terme de longues files d'attente ; la plus grande partie de la population est au chômage sans revenu car les entreprises, les services et les bâtiments ont disparu. Sur le plan médical, les choses sont identiques et la gestion des séquelles (amputés, traumatismes orthopédiques lourds non létaux et non traités dans l'immédiat tels que fractures du bassin, des membres, du rachis) ont pris le pas sur l'urgence vraie et vitale et sur la gestion des pansements. Il reste vraiment beaucoup de travail à faire, mais la situation est très différente de ce qu'elle était à notre arrivée, pourtant presque 15 jours après le séisme en raison des différents délais. L'équipe a donc le sentiment d'avoir apporté une contribution importante à la gestion des secours, malgré les difficultés quotidiennes et la rapidité d'évolution de la situation.

La mission SAMU/EPRUS a été hébergée, tout au long de son activité, sous tente sur le site de la résidence de l'ambassadeur de France en ruine, dans un campement organisé par la protection civile, sous protection de la gendarmerie et du 3<sup>e</sup> Régiment d'Infanterie de Marine. L'accès aux différentes fonctionnalités de ce rassemblement a été organisé sur le mode « camping » individuel en tentes collectives, la restauration étant assurée par la fourniture de rations de combat et d'eau minérale sauf initiative individuelle, la fourniture électrique par un groupe

électrogène ayant été quasi permanente à la différence de la fourniture d'eau 2 h par jour sous forme collective. Les communications ont été assurées par une antenne satellite avec une connexion internet permanente sur PC et Wifi et des téléphones VoIP en accès libre, un peu victimes de leur succès.

La mission est rentrée à Paris après 12 jours d'activité ininterrompue à part quelques heures de relâche le matin du départ. Elle n'a sur place pas été remplacée et a dû passer la main aux autres organisations présentes pour chacune de ses activités et en particulier le traitement des malades en cours, après avoir beaucoup œuvré pour le rapprochement des différentes organisations. Les hommes (et aussi notre infirmière puéricultrice) sont fatigués et ont retrouvé avec plaisir leurs différentes activités, avec le sentiment du devoir accompli malgré les difficultés.

### OFFRES HUMANITAIRES

Recherche chirurgien orthopédiste pour engagement 2 ans pour le centre des handicapés de Kaya (Burkina Faso)  
Mikaël Amsing  
Directeur Association Morija  
www.morija.org  
41 (0)24 472 80 70 (tel)  
mikael.amsing@morija.org

Disponible pour une mission humanitaire Orthopédie - Chirurgie générale - Urgences  
AKAKPO ANANI  
12, Rue des Erables  
57 220 Boulay  
06 79 82 23 83  
jpaanani@hotmail.fr

Si le travail humanitaire vous intéresse, Médecins Sans Frontières recrute actuellement pour ses programmes des chirurgiens orthopédistes.  
Renseignements et candidatures : www.msf.fr  
Espace « Recrutement »  
Médecins Sans Frontières  
01 40 21 27 96  
laure.moulare@paris.msf.org

### DEMANDE HUMANITAIRE

AMOSSOU L. François  
bp 199 Pobè Bénin  
amfranc2005@yahoo.fr  
Chirurgien Béninois, je souhaite partir en mission humanitaire pour 2 ans maximum.  
Je suis disponible à partir de janvier 2010



Société Française d'Arthroscopie

## Lésions méniscales : méniscectomie, réparation, abstention. De la présentation académique à la pratique quotidienne

Par **P. Beaufils, O. Charrois, N. Pujol, P. Boisrenoult, P. Papin**  
et la **Société Française d'Arthroscopie**

**E**n 1994, la conférence de consensus sur l'arthroscopie du genou, dirigée par Henri Dejour, concluait que toute méniscectomie devait être effectuée sous arthroscopie et que la réparation méniscale devait être réservée à des cas particuliers.

Depuis, l'eau a coulé sous les ponts. Les symposiums de la SFA en 1996 (méniscectomie sur genou stable), de la SFA en 2003, de l'ESSKA en 2004 (réparation méniscale), les nombreuses publications internationales et, plus récemment en 2008, les recommandations de pratique clinique, travail entrepris sous l'égide de la HAS (prise en charge thérapeutique des lésions méniscales et des lésions isolées du ligament croisé antérieur de l'adulte), ont permis d'éclaircir de nombreux points et d'affiner les indications de chirurgie méniscale.

#### Que nous disent ces travaux :

- La méniscectomie, même arthroscopique, même sur genou stable, entraîne un taux important de pincement secondaire de l'interligne à 15 ans de recul, en particulier au ménisque latéral et en particulier dans les lésions méniscales dites dégénératives.
- la réparation méniscale est une technique dont les résultats sont maintenant connus : seulement 15 % d'échecs (méniscectomie secondaire) lorsque l'indication est posée sur une lésion verticale longitudinale en zone vascularisée.
- Toute lésion méniscale ne mérite pas une méniscectomie ou une réparation. L'abstention est une alternative qu'il convient de soulever avant toute décision, surtout dans les lésions méniscales dégénératives.

A ces études, s'ajoutent des considérations médico-économiques qui ont conduit la CNAM à "imposer" un quota d'activité ambulatoire en arthroscopie "standard" (incluant la méniscectomie, mais hors ligamentoplastie) de 85 % dans chaque établissement.

Dès lors, il convenait de regarder si ces recommandations ont trouvé écho dans la pratique arthroscopique quotidienne, en étudiant l'évolution du nombre de méniscectomies, réparation méniscale et leur mode d'hospitalisation (conventionnelle ou ambulatoire) sur les dernières années.

Ont donc été extraits dans la codification CCAM les activités portant sur :  
NFFC004 : méniscectomie médiale OU latérale par arthroscopie  
NFFC003 : méniscectomie médiale ET latérale par arthroscopie  
NFEA001 : réinsertion ou suture des deux ménisques du genou par arthrotomie  
NFEA002 : réinsertion ou suture d'un ménisque du genou par arthrotomie  
NFEC001 : réinsertion ou suture des deux ménisques du genou par arthroscopie  
NFEC002 : réinsertion ou suture méniscale arthroscopique d'un ménisque  
Soulignons d'emblée que cette étude ne peut porter que sur les gestes méniscaux sur genou stable puisqu'il n'est pas possible de coder un acte méniscal associé à une ligamentoplastie. Nous y reviendrons.

#### Méniscectomies arthroscopiques (tableau 1)

Le nombre global de méniscectomies arthroscopiques a diminué de 1,8 % depuis 2007. Cette baisse concerne moins les méniscectomies isolées (1,38 %) que les biméniscectomies (3,5 %). Mais la part des biméniscectomies représente encore en 2009 21,7 % de l'activité globale.

Le nombre des méniscectomies par arthrotomie est anecdotique : 774 !

76 % des arthroscopies sont effectuées en ambulatoire, ce qui n'atteint pas encore la cible des 85 %.

suite page 8 >>>

Le tableau 1 rassemble les données brutes depuis 2005

	2005	2006	2007	2008	2009
NFFC004	98 157	99 868	100 053	99 028	98 665
NFFC003	26 063	28 391	28 391	27 602	27 380
Total	124 220	128 259	128 444	126 630	126 045

Tableau 1 : ménisectomies arthroscopiques. NFFC004 : ménisectomie arthroscopique d'un seul ménisque ; NFFC003 : biménisectomie

Le tableau 2 montre l'évolution des réparations arthroscopiques d'un ménisque

	2005	2006	2007	2008	2009
NFEC002	2 445	2 368	2 412	2 624	3 148

Tableau 2 : réinsertion ou suture d'un ménisque du genou par arthroscopie (NFEC002)

## Réparation Méniscale (tableau 2)

Le nombre total de réparations méniscales (par arthroscopie et par arthrotomie) s'élevait en 2008 à 3 516 et en 2009 à 4 059. L'ensemble des réparations méniscales en 2009 représentait donc 3,2 % des ménisectomies arthroscopiques, contre 2,7 % en 2008.

## Commentaires

Un premier commentaire s'impose : la ménisectomie arthroscopique est réellement devenue l'étalon. Le nombre de ménisectomies par arthrotomie est extrêmement faible. La pratique quotidienne répond aux recommandations de la conférence de consensus de 1994. Autre commentaire positif, l'activité arthroscopique et singulièrement de ménisectomie arthroscopique est très majoritairement ambulatoire. Avec 76 % d'hospitalisation ambulatoire, nous nous approchons de la barre des 85 %.

Les chiffres énoncés ci-dessus permettent-ils de se faire une idée précise de l'activité méniscale en France ? Nous observons que le nombre de ménisectomies arthroscopiques tend à baisser depuis 2 ans et que le nombre de réparations méniscales augmente quasiment à due proportion. Il est cependant impossible d'extrapoler et d'affirmer que la baisse des ménisectomies est directement corrélée à la hausse des réparations. Tout au plus peut-on se réjouir de cette évolution qui correspond aux recommandations récemment édictées par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la préservation méniscale. Il n'en reste pas moins vrai que la réparation méniscale reste sous-représentée par rapport au pourcentage de lésions méniscales théoriquement éligibles pour ce type de traitement (lésions verticales longitudinales en zone vascularisée, lésions horizontales grade 2 du sujet jeune,...). Quinze pour cent environ des lésions méniscales sur genou stable seraient théoriquement éligibles à une réparation.

Pourquoi cette réticence ? Plusieurs facteurs se conjuguent :

- une technique nécessitant une expertise en arthroscopie plus importante que la ménisectomie arthroscopique ;
- des suites opératoires plus longues après réparation (en particulier la reprise sportive) qui nécessite un effort d'information auprès du patient ;
- un taux d'échec de la réparation considéré comme supérieur au taux d'échec immédiat de la ménisectomie. Mais ceci relève plus du ressenti que de la réalité. Rappelons que 14 % des ménisectomies latérales subissent une seconde arthroscopie (SFA 1996) ;
- un remboursement limité à 3 DMI dans le cadre de la réparation méniscale qui rend cette intervention onéreuse pour l'établissement lorsque plus de 3 implants sont nécessaires (ce qui est souvent le cas).

## Il convient par ailleurs de souligner deux limites majeures de cette étude.

1- le troisième volet du concept de la préservation méniscale – l'abstention – ne peut pas être appréhendé par cette étude. Or c'est un élément majeur : la baisse des ménisectomies passe d'avantage par l'augmentation des abstentions que l'augmentation des réparations méniscales. Ceci est particulièrement vrai dans le cadre de la lésion méniscale dégénérative. Le taux encore très important de biménisectomies (21,7 %), essentiellement réalisées dans ce contexte de lésions méniscales dégénératives, rend compte de cette problématique. Rappelons ici qu'à partir des recommandations de la HAS (2008), ont été établis des critères de qualité (2009) destinés à être consignés dans le dossier et visant à poser en toute connaissance de cause l'indication d'une ménisectomie dans le cadre de la lésion méniscale dégénérative sur genou stable (en dehors du contexte d'un accident aigu) :

- a. évolution symptomatique depuis 6 mois au moins ;
- b. radiographies bilatérales en charge, comportant un schuss ;
- c. absence de pincement de l'interligne considéré ;
- d. IRM avec analyse de la lésion méniscale ;
- e. absence d'anomalies significatives du cartilage et de l'os sous-chondral qui pourraient évoquer à l'IRM une nécrose osseuse ou des lésions arthrosiques débutantes ;
- f. patient prévenu du risque arthrosique à long terme.

Ces critères ne sont pas un cadre contraignant, ils sont simplement les témoins d'une démarche raisonnée aboutissant à l'indication ou non d'une ménisectomie arthroscopique.

2- cette étude ne rend pas compte de la chirurgie méniscale associée à la chirurgie ligamentaire et singulièrement du ligament croisé antérieur (LCA), puisque dans la codification CCAM, le geste méniscal est inclus dans le codage du geste ligamentaire. Il s'ensuit que l'activité méniscale associée à la ligamentoplastie n'est pas connue. C'est là un défaut majeur du système de codification dont il faut rappeler que l'objectif n'est pas seulement un objectif de valorisation des actes mais également un objectif d'observation de l'activité. Il est donc impossible de connaître l'évolution du nombre de ménisectomies, et de réparations méniscales dans ce domaine, domaine où le concept de préservation méniscale prend un relief peut-être encore plus important que dans le cadre du genou stable. Soulignons par ailleurs que l'absence de valorisation de la réparation méniscale associée à la ligamentoplastie ne favorise pas le développement de cette technique qui nécessite une expertise et allonge le temps opératoire. Une action de la Société Française d'Arthroscopie auprès de la Haute Autorité de Santé est souhaitable pour corriger cette erreur.

## Conclusion

Les recommandations de préservation méniscale semblent montrer, encore timidement, leur effet dans la pratique quotidienne, en tout cas sur le genou stable. Cet effort d'éducation et d'information est de la responsabilité conjointe des sociétés savantes et des autorités de tutelle. A cet égard, la Société Française d'Arthroscopie a montré son engagement. Il convient d'améliorer le système de recueil des données (en particulier dans le cadre du genou laxé) pour obtenir une approche plus précise de "l'activité méniscale" en France : ménisectomie, réparation, abstention.



## L'Association France Japon Orthopédie (AFJO)



### Voyage d'étude

Service de traumatologie-orthopédie de l'Hôpital municipal  
de Kyoto, Japon - Dr Chiaki Tanaka

Par **François Lintz**, interne, Clinique Chirurgicale Orthopédique, Pr F. Gouin,  
CHU de Nantes



L'Association France Japon Orthopédie (AFJO), présidée par le Pr Alain Durandea, est une société partenaire de la SOFCOT dont le but est de promouvoir les échanges entre orthopédistes français et japonais. Depuis 1990, elle organise un congrès qui se tient alternativement en France ou au Japon tous les deux ans. Elle œuvre également pour organiser des séjours orthopédiques de un à trois mois pour des collègues désireux de s'ouvrir à une autre approche de notre spécialité mais également de découvrir un pays, une culture et un peuple extraordinaires. L'AFJO a également permis d'accueillir nombre de nos collègues japonais dans des services français et contribue ainsi au rayonnement de l'orthopédie française dans le monde. J'ai eu la chance de découvrir l'AFJO en profitant de l'expérience de plusieurs collègues qui ont fait le voyage et sont revenus enrichis et enchantés de leur séjour au Japon.

J'ai ainsi pu contacter le Dr Chiaki Tanaka (ancien élève de M. Kerboull et de J. Duparc), chef de service au Kyoto City Hospital, qui a organisé pour moi un séjour extraordinaire d'un mois. Le Dr Katsujirou Manabe, directeur du Yamata Central Hospital a pris en charge mon hébergement dans 2 hôtels de Kyoto. Le vol était un financement personnel. L'activité était centrée sur le service du Dr Tanaka (hanche dysplasique, PTH secondaire, rachis) et ceux des principaux hôpitaux de la ville dont l'Hôpital Universitaire (Dr Kobayashi : épaule et genou arthroscopique) et le Kyoto Medical Center (Dr Nakagawa : genou, rachis), ainsi que l'hôpital de la Croix Rouge à Osaka (Dr Suzuki : épaule arthroscopique). Outre

l'intérêt purement formateur sur le plan chirurgical d'une telle expérience, j'ai pu apprécier le mode opératoire des japonais, particulièrement méticuleux et respectueux de l'anatomie. La reconstruction du cotyle sur croix K-T (une Kerboull modifiée Tanaka) était à chaque fois une véritable conférence d'enseignement par le Dr Tanaka s'exprimant par ailleurs dans un français parfait, de même que la reconstruction double faisceau du LCA par le Dr Kobayashi avec lequel l'anglais était en revanche de rigueur.

Kyoto, lieu du 5<sup>e</sup> congrès de l'AFJO en 2005, est par ailleurs une ville exceptionnellement riche culturellement. Cité de résidence des empereurs, elle a su garder au



fil des siècles une forte empreinte traditionnelle qui se ressent lorsque l'on arpente ses rues à la découverte de ses quartiers, de ses sanctuaires et de ses musées. L'automne est en particulier un moment propice pour la visiter, car elle s'embrase de mille feux au mois de novembre et les parcs et les jardins de ses milliers de temples arborent alors de magnifiques dégradés de couleurs virant du jaune vif au rouge sang. C'est encore là une occasion d'être émerveillé par l'hospitalité des japonais qui se relaient pour faire découvrir leur ville et leur culture, ne me laissant jamais seul pour un repas !

Comme l'écrivent souvent, dans le Bulletin des Orthopédistes Francophones, nos collègues qui ont la chance de partir dans le cadre d'un Fellowship, le voyage d'études est une occasion unique d'élargir son horizon chirurgical. Malheureusement le fellowship est une entreprise souvent laborieuse à mettre en place et peu d'entre nous peuvent y investir 6 mois ou une année entière. C'est pourquoi la possibilité de séjours plus courts et plus ciblés semble être une alternative intéressante et accessible au plus grand nombre et en particulier aux plus jeunes d'entre nous qui peuvent s'organiser pour partir. "Bouger c'est rester libre" annonce le slogan de la SOFCOT pour 2010, année du mouvement, alors profitons en pour valoriser ce type d'expérience qu'elle peut largement contribuer à promouvoir : bougeons !

## Association Hémochromatose France

### Les chirurgiens orthopédistes doivent bien connaître l'hémochromatose génétique

Par le **Pr Henri Michel**, Association Hémochromatose France

**L'**hémochromatose génétique (HG) est due à une surcharge en fer de tous les viscères : foie, pancréas, cœur, et surtout des os et des articulations, à tel point que certains auteurs en font une maladie rhumatologique car les lésions rhumatologiques sont inaugurales chez 2 malades sur 3. En France, 1 sujet sur 300 est porteur d'une mutation du gène HFE1 ; 50 à 60 000 d'entre eux auront une maladie sévère.

**La cause de l'HG** est une hyperabsorption digestive du fer alimentaire. Normalement 1 mg de fer est absorbé tous les jours au niveau du duodénum ; il est transporté par la transferrine vers la moelle osseuse où il entre dans la composition de l'hémoglobine sur laquelle se fixe l'oxygène des poumons. Seul 1 mg est perdu tous les jours. Inversement, dans l'HG, 5 à 6 mg sont absorbés tous les jours mais 1 seul est perdu, donc 4 à 5 mg de fer s'accumulent sous forme de ferritine (1). Il n'y a pas de régulation du métabolisme du fer ; "ce qui entre ne sort plus". Ainsi à 50-60 ans, la surcharge est de 30 à 50 g de fer.

#### Les conséquences

Le fer en excès s'accumule dans le foie provoquant fibrose, cirrhose, cancer, dans les glandes endocrines d'où troubles sexuels, hypogonadisme, dans le pancréas d'où diabète sucré, dans le cœur d'où cardiomyopathie et surtout très précocement dans les os et les articulations d'où lésions osseuses et articulaires (2).

**L'atteinte osseuse est une ostéoporose.** Cette fragilisation des os conduit à des fractures du poignet, du col du fémur ou du rachis. Il y a une déminéralisation par fuite calcique due à l'action du fer sur les ostéoblastes aggravée par l'insuffisance gonadique et la cirrhose hépatique. **L'atteinte articulaire rappelle l'arthrose banale.** Le dépôt de fer dans les articulations augmente la concentration en pyrophosphates qui détruisent les chondrocytes, d'où, au début, des douleurs aux mains (poignée de main douloureuse), chevilles. Dans l'articulation peut apparaître une "chondrocalcinose articulaire" proche de la goutte. Le diagnostic est radiologique : calcification des cartilages, pincements articulaires, condensation osseuse sous chondrale, géodes, becs de perroquet (3). Une atteinte plus sévère

nécessite de remplacer l'articulation par une prothèse après l'échec des infiltrations.

**Le but de ce travail** est d'inciter les chirurgiens orthopédistes à faire un bilan martial pour éliminer une HG avant toute intervention chirurgicale, car l'HG est responsable de nombreuses complications osseuses, et pour éviter des suites opératoires difficiles.

**Une étude récente** compare 2 groupes de malades : un groupe témoin de 303 patients (moyenne d'âge : 59,6 ans dont 57 % d'hommes) hospitalisés dans un service de rhumatologie et un groupe de 306 patients atteints d'HG (moyenne d'âge : 60 ans dont 52 % d'hommes) ayant répondu à une enquête parue dans le bulletin de l'Association. Voici les constatations (tableaux 1 et 2).

Surtout le taux de ferritine était significativement corrélé au diagnostic d'ostéoporose ( $p = 0,004$ ), à la présence de fractures ( $p = 0,03$ ), à la présence d'une arthrose ( $p < 0,0001$ ) et d'une prothèse de hanche ( $p = 0,011$ ). Ce fait démontre la toxicité du fer.

Les autres complications vont retentir sur l'évolution des lésions ostéoarticulaires, en particulier la mise en place de prothèses. En effet, l'HG provoque à 45-55 ans une cirrhose du foie (20 %) avec 5 % de cancer, une cardiomyopathie (10 %), un diabète sucré insulino-dépendant (15 %), une asthénie intense (90 %) avec souvent un état dépressif, d'où l'intérêt de faire le diagnostic de cette maladie avant toute intervention chirurgicale.

**Le diagnostic de l'HG** est très simple. Il faut doser la ferritinémie (normalement inférieure à 300 mg/l) et le coefficient de saturation de la transferrine (normalement inférieur à 45 %). S'il y a hyperferritinémie et une saturation de la transferrine supérieure (entre 50 % et 100 %), il est fort probable qu'il s'agisse d'une HG. La confirmation est apportée par la recherche de la mutation du gène HFE1 en C282Y homozygote ou double hétérozygote : C282Y hétérozygote et H63D hétérozygote.

#### Le traitement est à base de saignées

Chaque saignée de 400 à 500 ml permet de retirer 200 à 250 mg de fer. Un traitement d'attaque est d'abord mis en place pour désaturer l'organisme, c'est-à-dire des saignées de 500 ml chaque semaine pendant 1 à 2 ans, puis un traitement d'entretien qui dure toute

Tableau 1 : pour les lésions osseuses

Lésions osseuses	Groupe témoin	Groupe HG
Ostéoporose	4,6 %	23,3 %
Fractures :		
Poignet *	7,6 %	12,4 %
Hanche	2,6 %	2,0 %
Rachis	7,2 %	3,6 %

\* En analyse multivariée, seules les fractures du poignet étaient plus élevées.

Tableau 2 : pour les lésions articulaires

Lésions articulaires*	Groupe témoin	Groupe HG
Arthrose	28,9 %	50,5 %
Prothèses :		
Hanches	2,3 %	11,1 %
Genoux	0,7 %	3,3 %
Chevilles	1,0 %	0,3 %

\* En analyse multivariée (ajustement pour l'âge, le sexe et le BMI), ces différences sont significatives en faveur de l'HG.

la vie à raison de 1 à 2 saignées par an pour maintenir le taux de ferritine à 50 mg/l.

**En conséquence, l'idéal est d'opérer les patients en phase d'entretien** lorsque les complications ci-dessus sont contrôlées afin d'éviter tout risque infectieux ou descellement de prothèse par aggravation de l'ostéoporose.

En fait, sur leur ensemble, les douleurs des complications articulaires ou osseuses à 50-60 ans résistent aux saignées (57 %), s'aggravent (34 %), s'améliorent (9 %). Les interventions chirurgicales pour prothèses ont pour but de faire disparaître les douleurs (résistantes à tout antalgique) et de donner de l'autonomie aux patients dont certains ont plusieurs prothèses (hanche, épaule et/ou genou).

### Existe-t-il une prévention de l'HG ?

C'est le diagnostic précoce de l'HG qui doit être fait à 20-35 ans sur des symptômes anormaux pour l'âge : une fatigue chronique, des douleurs articulaires des mains par altération des articulations métacarpophalangiennes du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> doigt, des ennuis sexuels (trouble de l'érection, de la libido), hyperglycémie ou hypertransaminasémie intermittente. L'hyperferritinémie, l'augmentation de la saturation de la transferrine et la découverte de la mutation du gène HFE1 confirment le diagnostic. La surcharge en fer à cet âge est de 6 à 8 g, 20 à 40 saignées assurent la désaturation, l'absence de destruction viscérale et une espérance de vie normale.

**Association Hémochromatose France**  
BP 57118 – 30912 NÎMES CEDEX 2  
Tél. : 04 66 64 52 22 – Fax : 04 66 62 93 87  
Site internet : [www.hemochromatose.fr](http://www.hemochromatose.fr)  
E-mail : [contact@hemochromatose.fr](mailto:contact@hemochromatose.fr)

### Pour en savoir plus :

- 1) HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ - *Prise en charge de l'hémochromatose liée au gène HFE1 – Recommandations pour la pratique clinique – juillet 2005*
- 2) Dr Pascal RICHETTE - *Les manifestations rhumatologiques de l'hémochromatose héréditaire – Bulletin de l'Association Hémochromatose France 2004, n° 75, 9-11*
- 3) P GUGGENBUHL, JD DAVID, G CHALES - *Manifestations rhumatologiques de l'hémochromatose génétique - Presse médicale 2007, 36, 1313-1317*

## Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010

Par **Jacques Caton**, Président de l'AOT

**L**a loi a été adoptée par l'Assemblée nationale et le Sénat après la décision du Conseil constitutionnel et nous éclaire sur le budget de la Sécurité Sociale.

Au titre de l'exercice **2008**, le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale était le suivant :

	RECETTES	DEPENSES	SOLDE
Maladie	164,0	168,1	-4,1
Vieillesse	175,3	180,9	-5,6
Famille	57,7	58,0	-0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,3	12,1	0,2
Toutes branches	404,2	414,0	-9,7

Pour **2009**, les chiffres sont les suivants :

	RECETTES	DEPENSES	SOLDE
Maladie	162,3	173,8	-11,5
Vieillesse	178,4	187,9	-9,5
Famille	56,6	59,7	-3,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,6	-0,5
Toutes branches	403,8	428,4	-24,6

Pour l'année **2010**, les prévisions de recettes sont identiques à celles de l'année 2009, tous régimes confondus, 403,7 milliards d'euros.

	RECETTES	DEPENSES	SOLDE
Maladie	164,6	179,1	-14,5
Vieillesse	182,4	195,0	-12,6
Famille	50,1	54,5	-4,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,1	12,9	-0,7
Toutes branches	403,7	435,9	-32,2

### Stabilité des CRCI et croissance des dépenses d'indemnisation au premier semestre 2009

Par Jacques Caton, Président de l'AOT

L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) a constaté, dans son rapport d'activité, une stabilité de l'activité des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) et une croissance des dépenses d'indemnisation au premier semestre par rapport à la même période en 2008.

Dans ce rapport semestriel, mis en ligne sur son site internet, on constate à l'ONIAM un léger tassement des demandes déposées auprès des CRCI avec 1 860 demandes contre 1 927 au premier semestre 2008 et une stabilité du nombre de réunions (116 réunions contre 114 en 2008).

*"Globalement, ces données montrent qu'après une forte croissance en 2007, l'évolution (de l'activité des CRCI) s'est stabilisée en 2008, comme au premier semestre 2009",* indique l'ONIAM. L'ONIAM constate par ailleurs une croissance des dépenses d'indemnisation par rapport à 2008.

Les dépenses engagées pour l'indemnisation des préjudices des victimes résultant de la contamination par le VIH ou d'un accident vaccinal sont également en nette progression : respectivement 2,54 millions et 1,19 million d'euros en 2009. Il note une "amélioration continue" des délais de traitement et de paiement. Actuellement, le délai moyen d'instruction est de 103 jours, contre 112 au deuxième semestre 2008.

Par ailleurs, le nombre d'infections nosocomiales à la charge de l'ONIAM, c'est-à-dire ayant donné droit à réparation par la solidarité nationale est en augmentation. Il est passé de 30 au deuxième semestre 2008 à 56 au premier semestre 2009. Ces dossiers concernent pour 60 % des décès.

### T2A et établissements hospitaliers publics ou privés. Quel impact ?

(Etude de la DRESS)

Par Jacques Caton, Président de l'AOT

La DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) vient de publier un document de travail, en mai 2010, numéro 97, sous la plume de Jean-Claude MOISDON et Michel PÉPIN, intitulé : "les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé", étude qualitative d'un échantillon constitué de 9 établissements représentant tous les modes d'exercice : un CHU, trois centres hospitaliers, un établissement PSPH, futur ESPIC, un centre de lutte contre le cancer et deux cliniques privées à but lucratif. Le thème retenu dans cette étude était malheureusement différent en fonction des établissements, néanmoins, un certain nombre de conclusions peuvent être tirées de ce travail qui a duré un peu plus d'un an, de 2008 à 2009.

Cette étude a eu des effets contrastés sur la gestion et l'organisation, notamment, elle a eu un impact très fort sur l'innovation instrumentale de gestion médico-économique par fixation de l'idée qu'avec la T2A, l'approche médico-économique de l'activité médicale devenait incontournable, ce qui semble bien le cas.

Par contre, l'impact sur l'organisation des établissements est très divers avec surtout des réorganisations autour des fonctions administratives gestionnaires de l'établissement sans remettre en question les processus d'activité médicale et soignante. De nouveaux emplois ont été créés du fait de l'introduction de nouveaux outils que sont les tableaux de bord, les indicateurs, les outils d'analyse de l'activité, les comptes-rendus de résultats analytiques (CREA), TCCM (tableaux coûts case mix), les fiches budgétaires, etc. La volonté des auteurs, grâce à ces nouveaux outils, était d'une part de mieux connaître l'activité médicale (GHS, répartition des séjours par durée et profil des patients, origine des entrées) et d'autre part de vérifier son efficacité de façon à éventuellement optimiser l'organisation de ces établissements soit au travers des contraintes annuelles de pôles soit dans les relations des différents acteurs entre eux, notamment pression de l'administration sur le corps médical et le corps soignant.

Cependant, la T2A n'a pas favorisé de façon très aisée la lecture de l'activité de ces établissements, notamment dans les centres hospitaliers, du fait, outre le grand nombre de GHS et les nombreuses versions (jusqu'à la V11 à ce jour), de l'existence de plusieurs sources de financement complémentaires des recettes, qu'il s'agisse des MIGAC ou autres. Enfin, les notions de bornes basses et de bornes hautes concernant les durées de séjour sont un facteur qui ne nous semble pas parfaitement pertinent, notamment la notion de borne basse qui impacte fortement la durée moyenne de séjour et la fluidité entre le court et le moyen séjour.

La T2A induit le paradoxe suivant dans cette étude : soit il s'agit d'une mécanique simple au premier abord surtout lorsqu'il s'agit de concrétiser l'optimisation des recettes mais, compte tenu des résultats de la T2A, différents acteurs se trouvent face à une difficulté importante de construire un lien qui soit contrôlable entre l'organisation et l'efficacité économique et la recherche de leviers d'action opérationnels. Néanmoins, toujours selon cette étude, la T2A a des effets positifs notables sur la coopération entre acteurs avec un langage commun sur l'activité et une tendance au décloisonnement, notamment entre les directions administratives et financières (DAF) et les DIM (Département de l'information médicale).

Les auteurs concluent, dans une hypothèse optimiste, qu'avec la T2A, il faut progresser avec une stabilisation des règles, de façon à sécuriser l'environnement. Deuxièmement, il faut renforcer les compétences organisationnelles orientées sur les activités médicales dans le cadre "d'un souci de gestion", il faut renforcer les démarches de valorisation, de diffusion, des innovations organisationnelles notamment avec la MEAH (mission d'expertise et d'audit hospitalier) qui a beaucoup travaillé dans la gestion des blocs opératoires, pour l'organisation des expérimentations et la mise en place de groupes de réflexion, d'évaluation et d'outils méthodologiques.

Une lecture qui intéressera tous ceux qui s'intéressent à la gestion de leur établissement.

## Prothèse totale de hanche

### Existe-t-il un lien entre volume d'activité et qualité des soins en France ?

Par Jacques Caton, Président de l'AOT

L'étude réalisée par l'IRDES, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, et publiée dans le numéro 149 de décembre 2009, essaye d'apprécier le lien qui peut exister entre "volume d'activité des hôpitaux" et "qualité des soins en France" pour un certain nombre de pathologies ou de traitements allant de l'accident vasculaire cérébral à la résection pancréatique. Huit pathologies ont été prises en compte. Une seule concerne l'orthopédie : la prothèse totale de hanche.

Comme l'indiquent les auteurs, Zeynep Or et Thomas Renaud, en France comme dans d'autres pays, les seuils de volume d'activité sont de plus en plus utilisés comme critère d'évaluation et de régulation dans la qualité des soins.

L'hypothèse sous-jacente est qu'un volume d'activité important est garant de la qualité des soins fournis. Cette hypothèse est corroborée par des études réalisées à l'étranger dont les USA. Néanmoins, il faut savoir qu'aux Etats-Unis, moins de 50 % des chirurgiens réalisent moins de 10 PTH par an. En France, il n'existe pas d'étude à l'échelle

nationale permettant de valider une telle hypothèse.

Pour l'IRDES, on peut apprécier la qualité des soins en terme de résultats à travers des indicateurs courants que sont la mortalité hospitalière et la réadmission non programmée à 30 jours. Plusieurs questions sont posées dans cette étude.

1. Existe-t-il des différences significatives de réadmission et de mortalité entre établissements à gravité égale des cas ?
2. Le volume d'activité d'un établissement a-t-il un impact sur la probabilité de réadmission et de décès d'un patient à gravité égale de cas ?
3. Cette relation entre volume et résultats est-elle linéaire ?

Pour mener à bien cette analyse, huit types de prises en charge hospitalières, nous l'avons vu, ont été analysées. En ce qui concerne la PTH, le nombre de séjours pris en compte a été de 65 174, le nombre d'établissements impliqués de 806, le nombre moyen de séjours par établissement de 81 (soit 81 PTH en moyenne) sur l'ensemble des résultats. En ce qui concerne la réadmission à 30 jours, le taux brut de

réadmission est de 4,8 % mais avec aucun chiffre de données concernant la mortalité à 30 jours. Pour la réadmission à 30 jours, l'âge, les comorbidités majeures associées et le nombre de diagnostics associés sont des facteurs significatifs de même que les séjours les plus longs. Par contre, le passage en réanimation, les séjours les plus courts, le degré de spécialisation dans la prise en charge des PTH ne sont pas des facteurs significatifs. Le taux de mortalité à 30 jours n'ayant pas été étudié pour cette pathologie.

En conclusion, il semble qu'à profils de cas traités et volume d'activité égaux, le degré de spécialisation de l'établissement dans la prise en charge des PTH diminue les risques de mortalité et de réadmission à 30 jours de manière significative. Cela implique que les établissements réalisant un nombre de PTH inférieur aux autres peuvent malgré tout avoir de bons résultats en se spécialisant dans cette technique chirurgicale. Les auteurs rappellent enfin que le volume d'activité n'est sans doute pas un vecteur d'amélioration des soins en lui-même mais qu'il reflète une différence dans la gestion de l'organisation d'exécution des soins, c'est-à-dire le chemin clinique, sur lequel les informations sont actuellement insuffisantes. Cette étude mérite donc d'être approfondie. Nous serons probablement confrontés à la SOFCOT à ce type de demande, notamment dans la demande d'établissement de seuils d'activité comme le réclame aujourd'hui le conseil national de la chirurgie (CNC).

## Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2008

Par Jacques Caton, Président de l'AOT

Le "Point Repère" de l'Assurance Maladie (décembre 2009 – N°26) a analysé, en les comparant, les actes techniques en secteur libéral en 2008.

86 millions d'actes ont été réalisés en cabinets de ville et en cliniques privées et pris en charge au titre du régime général avec une croissance de 4,9 % par rapport à 2007. Si l'augmentation a été de 4,9 % en volume d'actes, elle n'a été que de 4,5 % en honoraires y compris le forfait technique d'imagerie. Les actes techniques médicaux et les actes d'imagerie sont bien évidemment les plus nombreux. En ce qui concerne les actes de chirurgie, ceux-ci représentent 4,58 % du nombre d'actes (sur 86 540 000 actes, l'imagerie en consomme 47 375 000, les actes techniques

médicaux 34 477 000 et les actes chirurgicaux seulement 3 947 000 soit 4,58 % des actes réalisés en pratique libérale). En honoraires, les remboursements des actes chirurgicaux ont été de 1 070 391 000 euros soit 19,80 % des actes remboursables en CCAM.

La chirurgie orthopédique représente 21,59 % de ces actes chirurgicaux soit 681 000 sur 3 153 000 et 24,95 % des honoraires remboursables soit 248 674 000 euros sur un total de 996 429 000 euros.

La chirurgie du poignet et de la main non osseuse traumatique et la chirurgie du canal carpien sont les actes les plus fréquents, 29,7 % du nombre d'actes et 16,88 % d'honoraires remboursables (198 000 actes et 41 999 000 euros) viennent ensuite ménisectomie et nettoyage du genou, suture ou reconstruction des ligaments croisés et chirurgie prothétique du genou, 20,11 % des actes,

137 000 actes pour un montant d'honoraires remboursables de 25,82 % des actes d'orthopédie soit, 64 216 000 euros et enfin, la traumatologie en troisième position avec réduction orthopédique et ostéosynthèse de fracture et/ou de luxation traumatique de membre, 17,76 % soit 121 000 actes et un montant d'honoraires remboursables de 10,16 % soit, 25 290 000 euros.

On peut constater que la chirurgie de la main et du membre supérieur consomme pratiquement le tiers des actes d'orthopédie avec un montant inférieur au cinquième. La chirurgie du genou 1/5<sup>ème</sup> des actes pour 1/4 des honoraires consommés et la portion congrue reste à la traumatologie avec moins de 20 % des actes et seulement 10 % des honoraires remboursables. Ces chiffres viennent éclairer ceux déjà publiés dans le BOF précédent sur le nombre d'actes réalisés en France en Chirurgie Orthopédique.

## Développement professionnel continu, où va-t-on ? ou "vive le congrès SOFCOT 2010"

Par Jacques Caton, Président de l'AOT

**U**ne énième mouture (V37) de propositions du décret sur le DPC vient de paraître. Où cela nous mène-t-il ?

### Introduction

Les dispositifs de formation médicale continue et de l'EPP issus de la loi de santé publique du 9 août 2004 et de celle portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 étaient entachés du péché originel du fait de leur complexité et surtout du fait de l'existence de deux procédures parallèles ayant, par définition, bien du mal à se rejoindre. En effet, chaque maître d'ouvrage, la HAS pour l'EPP et les trois conseils nationaux de formation médicale continue (médecins libéraux, médecins salariés et médecins hospitaliers) pour la FMC, chacun très soucieux de leurs prérogatives respectives, n'autorisaient pas de synthèse bien que chaque système invoquait la finalité de la "qualité des soins". Ainsi que l'indique Jean-François THÉBAUT, Président du syndicat des cardiologues, "les docimologues et les pédagogues de tout poil glosaient à l'infini sur les concepts d'évaluation des connaissances, des performances, des compétences ou des pratiques aussi bien que sur ceux éculés du savoir, savoir-faire, savoir-être ou faire savoir, apanages des sciences cognitives". Ces débats, bien évidemment passaient largement au dessus de la tête de la plupart d'entre nous.

Dans une énième réforme, toujours aussi incompréhensible pour la plupart des médecins, nos législateurs, sous la houlette des ministères, ont voulu "redonner du sens et du pragmatisme à tout cet édifice qui n'a jamais été réellement opérationnel depuis les ordonnances JUPPÉ, qui rendait obligatoire la FMC, c'est-à-dire depuis 1996". Il faut rappeler qu'un grand nombre d'entre nous avait déjà validé leur évaluation des pratiques professionnelles (EPP) soit par leurs URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux) ou par l'organisation plus tardive de l'EPP à l'hôpital public. **Heureusement pour nos patients, les médecins que nous sommes n'ont pas attendu les textes réglemen-**

**taires pour continuer à se former et à s'évaluer puisque ce continuum doit faire partie de notre activité.**

### Que prévoit le nouveau dispositif ?

Tous les concepts FMC, EPP, accréditation sont globalisés dans le DPC qui a vocation à s'inscrire dans notre exercice quotidien. Avec néanmoins un objectif supplémentaire, comme le souligne toujours Jean-François THÉBAUT, "l'implémentation de la notion d'efficience des coûts dans les objectifs", ce qui veut dire, vous l'avez bien compris, "faire des économies". L'architecture du dispositif reposerait donc sur quatre piliers :

**Un Conseil National du DPC (CN-DPC)** qui va donner les règles générales, conseiller le ministère et où tous les acteurs seront représentés. Il s'agira d'une structure assez pléthorique, consultative, peu opérationnelle, où nous sommes représentés.

**Une commission scientifique indépendante (CSI)**, composée de représentants des conseils nationaux professionnels de spécialités, nouvelle mouture de nos sociétés savantes, le conseil national de spécialité de l'orthopédie étant en fait la SOFCOT avec ces quatre piliers que sont l'académie de chirurgie orthopédique et traumatologique comme société savante, le collège pour l'enseignement, le syndicat pour la défense professionnelle et orthorisiq pour la gestion des risques. Ces conseils nationaux regroupés dans une fédération appelée la fédération des spécialités médicales (FSM) est celle qui propose la commission scientifique indépendante. Les missions de cette commission étant de préciser les méthodes éligibles au DPC, spécialité par spécialité, avec l'appui de la HAS et d'évaluer les organismes, les programmes et les actions.

**Le contrôle du respect de l'obligation de DPC, devenue annuelle et non plus quinquennale** comme cela l'était dans le dispositif JUPPÉ 1996, ce contrôle étant effectué par les conseils départementaux qui remplacent les URML, enregistré pour les libéraux au niveau

des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) qui seront opérationnelles à partir du mois d'octobre 2010 (élection le 29/09/2010).

**Enfin, un organisme de gestion (OG-DPC)**, composé par l'Etat et l'Assurance Maladie sans aucun médecin et sans aucun syndicat médical signataire de la convention. Celui-ci a en fait tous les pouvoirs car il aura pour mission de financer les programmes et les actions prioritaires proposées en réponse à des appels d'offres nationaux, voire régionaux par les ARS, par les organismes "enregistrés" et seuls les programmes prioritaires, définis par le ministère après avis du conseil national de DPC et des conseils nationaux professionnels, auront vocation à être financés en sachant que tous ces programmes ne le seront pas, même s'ils sont prioritaires. Quant aux programmes non prioritaires, les plus nombreux et les plus importants pour nous, aucun financement institutionnel n'est prévu.

### Discussion

Un certain nombre de questions se pose du fait de la mise en place du DPC. Qui sont **les perdants** ? En premier lieu les médecins et les syndicats horizontaux, notamment ceux signataires des conventions qui avaient pour mission habituelle de gérer les enveloppes de la contribution conventionnelle au sein de l'organisme de gestion conventionnelle (OGC) et du conseil paritaire national de la formation professionnelle conventionnelle (CPN-FPC). Les organismes agréés ne font plus partie directement des instances alors qu'ils occupaient une place stratégique dans les conseils nationaux de formation médicale continue actuels (CNFMC), l'assurance maladie est mise sous la tutelle de la toute puissance DGOS qui remplace la DHOS au ministère de la Santé (Direction générale de l'organisation des soins) et en région par les ARS, la HAS perdant de façon définitive son rôle de maître d'ouvrage de l'EPP.

**Les gagnants** bien évidemment sont l'Etat par l'intermédiaire de la DGOS et de la DSS qui est l'organisme déterminant les financements au niveau du ministère. Les professionnels qui pourront bénéficier, via leur conseil national professionnel, d'une participation au niveau de la commission scientifique dépendante et la FSM se voient confier un rôle très important sur le plan scientifique et pédagogique et sur lesquels on peut se poser la question du financement. Toutes les spécialités ne seront donc pas "servies" au même niveau.

Dans son analyse du dispositif, Jean-François THÉBAUT, actuel président du conseil paritaire national de la formation professionnelle continue pose trois questions, que nous nous posons aussi, qui pour l'instant restent sans réponse :

1. Qui va arbitrer l'attribution des financements institutionnels ? Actuellement cela était fait paritairement entre les représentants des caisses et les syndicats. Quid de cette situation avec la loi HPST.
2. Du fait de la directive européenne sur les services, les organismes de DPC seront enregistrés et non plus agréés ce qui signifie que les avis de la CSI ne seront pas opposables, avec le risque de voir fleurir des structures commerciales sans exigence scientifique ou pédagogique.
3. Quelles seront les réactions des médecins, c'est-à-dire les nôtres ?

### Conclusion

Après quinze années d'errements entre la FMC obligatoire, l'EPP obligatoire, l'accréditation qui n'est pas encore obligatoire mais qui risque de l'être par le biais de la certification, c'est à ne plus rien comprendre. Heureusement, le congrès annuel de la SOFCOT, vous permet de continuer à parfaire vos connaissances et vous permet de les évaluer pour le plus grand bien de nos patients. **Venez donc nombreux au Congrès SOFCOT 2010 du 8 au 12 novembre.**

*(Nous remercions Jean-François THÉBAUT pour son aimable considération dans l'analyse de cet embrouillamini de textes)*

## ORTHORISQ : 3 journées de formation en 2010



**19 mars à Paris, Palais des Congrès**

**12 novembre à Paris, Palais des Congrès (après le congrès SOFCOT)**

**1<sup>er</sup> décembre à Aix en Provence (avant le congrès SFA)**

Chers collègues,

Dans le but de mieux organiser les programmes individuels et la validation des bilans par rapport aux années civiles, il a été décidé par le Conseil d'Administration que les deux

## Diplôme Inter-Universitaire de pathologie de l'épaule et du coude

Année inter-universitaire 2010-2011

### Coorganisateur

Professeur ALLAIN	Hôpital Henri MONDOR, CRÉTEIL
Professeur DUPARC	Hôpital Charles Nicolle, ROUEN
Docteur CLAVERT	Service du Membre Supérieur, ILLKIRCH (Strasbourg)
Professeur MANSAT	CH Purpan, TOULOUSE

Vous êtes :

- Interne de spécialité en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
- Chef de clinique - Assistant en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
- Chirurgien Orthopédiste libéral ou hospitalier

Vous vous intéressez à la pathologie de l'épaule et du coude et vous souhaitez améliorer vos connaissances dans ce domaine afin de développer votre compétence et votre activité chirurgicale. Afin de vous proposer un enseignement encore plus performant, le Diplôme Universitaire de pathologie de l'épaule et du coude est désormais un Diplôme Inter-Universitaire.

### Programme

Le DIU comporte 40 heures d'enseignement traitant de l'essentiel de la pathologie traumatique et dégénérative de l'épaule et du coude :

- La pathologie de la coiffe des rotateurs
- Les instabilités antérieure et postérieure de l'épaule
- L'omarthrose et les arthroplasties de l'épaule
- La pathologie traumatique de l'épaule
- La pathologie dégénérative et traumatique du coude avec en particulier :

L'arthrose et les arthroplasties du coude ainsi que le problème des instabilités chroniques. Des démonstrations par vidéo seront présentées pour de nombreux exposés.

### Organisation pédagogique

L'enseignement est organisé en 4 séminaires de 2 jours (vendredi et samedi matin) répartis sur l'année universitaire. Chacune des 4 Facultés coorganisatrices du DIU organisera dans ses locaux un de ces 4 séminaires.

Durée des études : 1 an

Obtention du D.I.U. : Un examen écrit. Un mémoire d'analyse bibliographique

### Inscription

Après du service de la scolarité du 3<sup>e</sup> cycle d'une des 4 Facultés coorganisatrices du DIU

*jours organisés chaque année le seraient dans la même année civile et que le référentiel correspondant porterait la même référence annuelle.*

*Afin de pouvoir en 2011 répondre à cette nouvelle mesure, il est nécessaire que nous organisions en 2010, outre la séance du 19 mars dernier, deux séances : l'une aura lieu vendredi 12 novembre au Palais des Congrès, comme habituellement, la seconde sera rattachée exceptionnellement au Congrès de la SFA qui se tiendra à Aix-en-Provence et aura lieu le mercredi 1<sup>er</sup> décembre 2010.*

*Pour des raisons d'organisation il est indispensable que le souhait de participation à la séance du 1<sup>er</sup> décembre soit exprimé par préinscription avant le 11 novembre 2010, le nombre de places étant limité, les inscriptions seront retenues par ordre d'arrivée ([www.mcocongres.com](http://www.mcocongres.com)).*

*Les années suivantes les réunions auront lieu en mars et novembre à Paris.*

J.Y. NORDIN (Président)  
O. GALAND (Secrétaire Général)  
O. CHARROIS (Directeur)  
J.C. VOGT (Représentant des Adhérents)

## Compte rendu du cours avancé sur le traitement opératoire des fractures

Davos, 5-10 décembre 2009



Par **Robin Peter**, Service de Chirurgie Orthopédique et traumatologie, Hôpitaux Universitaires de Genève (Suisse) et **Dominique Saragaglia**, Clinique Universitaire de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie du Sport. CHU de Grenoble, Hôpital Sud

**L**e cours avancé francophone sur le traitement opératoire des fractures s'est tenu encore une fois à Davos du 5 au 10 décembre 2009 sous la direction de Robin Peter et Dominique Saragaglia. Organisé par l'AO Trauma (nouvelle entité "clinique" de la Fondation AO), ce cours a réuni 72 participants francophones provenant de France pour la plupart, mais également de Suisse, Belgique, Liban et Afrique francophone ainsi que 27 orateurs belges, canadiens, français et suisses. Contrairement aux autres années, ce cours n'a pas eu lieu au palais des congrès de Davos qui était en réfection, mais à l'hôtel Sunstar où les conditions d'accueil étaient optimales, réunissant en un même lieu, hébergement, cours théoriques et travaux pratiques. Comme c'est le cas depuis la création des cours AO en 1960, les cours théoriques ont alterné avec les séances de travaux pratiques consistant à faire connaître les nouveaux implants développés par l'AO et surtout leurs techniques d'implantation.

Ce cours a commencé le dimanche matin à 8 heures par une session consacrée à la fracture, à l'influence du chirurgien sur la consolidation osseuse, aux principes mécaniques de la fixation osseuse, aux principes de réduction directe et indirecte des fractures, au rôle des implants dans la consolidation osseuse et à la physiopathologie des fractures ostéoporotiques. En début d'après-midi, s'est tenue la première séance de travaux pratiques consacrée à l'incontournable parcours biomécanique. Ce parcours était composé de 8 étapes intitulées : échauffement, perforation, DCP, torque, vis cassées, réduction par daviers, stabilité mécanique, stress interfragmentaire et guérison des fractures. La fin d'après-midi a été consacrée à une session théorique sur le concept LCP, le mini-invasif en traumatologie osseuse, les limites de l'enclouage centro-médullaire et à un exposé sur les "fractures de la diaphyse tibiale : clou ou plaque ?" pour lequel une revue critique de la littérature a essayé de dégager les

indications "raisonnables" de l'une ou l'autre des techniques. Avant le passage à la 2<sup>e</sup> séance de travaux pratiques consacrée à l'ostéosynthèse par plaque LCP des fractures distales du tibia, une séance interactive animée par des "experts" basée sur des présentations de dossiers de complications de fractures diaphysaires opérées par plaque ou clou a été particulièrement appréciée par l'auditoire.

Le lundi matin a été consacré en premier lieu, aux fractures proximales et distales du fémur avec comme principaux thèmes : fractures pertrochantériennes : quel implant pour quelle fracture ?, fractures pertrochantériennes : échecs et solutions, ostéosyntheses des fractures du col fémoral et complications, fractures de la tête fémorale, ostéosynthèse par plaque et par clou rétrograde des fractures du fémur distal, discussion interactive de dossiers de fracture du fémur distal. Ensuite a pris place une session de TP consacrée au système LISS et LCP pour l'ostéosynthèse des fractures du fémur distal. Enfin, ont été abordées les fractures du plateau tibial avec la stratégie opératoire des fractures récentes, les indications des techniques arthroscopiques et la gestion des séquelles des fractures qui sont loin d'être rares. Après une pose de 13h à 16h, où certains ont pu s'adonner aux joies de la montagne en hiver, les sessions de l'après-midi ont débuté par un TP consacré au clou Expert tibia suivi par 3 exposés consacrés à l'optimisation des techniques d'enclouage du tibia, aux fractures ouvertes du tibia et aux cals vicieux et pseudarthroses du fémur distal. L'après-midi s'est terminé par une table ronde animée par 2 "experts" consacrée aux cals vicieux et pseudarthroses du fémur distal.

Le mardi matin a été consacré en premier lieu à un exposé sur les avantages et inconvénients des implants en titane et en inox. Ensuite, une session a été consacrée aux fractures du cotyle et du bassin, avec d'une part les traumatismes à haute énergie de la ceinture pelvienne qui ont fait l'objet d'un exposé théorique particulièrement apprécié

et d'une séance de TP sur l'ostéosynthèse par plaque de la symphyse pubienne et des sacroiliaques, et d'autre part aux fractures du cotyle en milieu gériatrique. Ensuite encore, O. Rabib de Genève a fait un exposé sur l'imagerie ostéoarticulaire digitalisée qui a subjugué l'auditoire tant les perspectives de l'imagerie moderne sont extraordinaires. La matinée s'est terminée par des discussions par groupes de 12 (6 groupes) animées par 2 experts à partir de dossiers de cas cliniques élaborés par les organisateurs du cours. Après la pause de début d'après-midi, les séances ont repris à 16 h avec un exposé sur le problème difficile des fractures bimalléolaires en milieu gériatrique et un autre sur les fractures du pilon tibial. Ensuite, un TP a été consacré aux fractures du pilon tibial et à l'utilisation des plaques anatomiques, pour terminer l'après-midi par les fractures du talus, du calcanéus et du médio pied.

Le mercredi a été consacré aux fractures du membre supérieur, main exceptée, et à un TP sur l'ostéosynthèse par plaque des fractures du calcanéus. Les exposés ont concerné l'ostéosynthèse par plaque à tête de vis verrouillée des fractures de l'extrémité proximale de l'humérus, l'ostéosynthèse par plaque des fractures de la clavicule, le traitement chirurgical des disjonctions acromio-claviculaires, les fractures de la diaphyse humérale (clou ou plaque ?), l'ostéosynthèse par plaque des fractures de l'humérus distal, la gestion des échecs des fractures de l'humérus proximal, les pseudarthroses de la diaphyse humérale et les fractures-luxations complexes du coude. 2 TP ont suivi, l'un consacré à l'ostéosynthèse par plaque Philos des fractures de l'humérus proximal et l'autre consacré aux plaques LCP anatomiques pour fractures de la palette humérale. La fin d'après-midi a été consacrée aux fractures de l'extrémité distale du radius et tout particulièrement aux ostéosyntheses par plaques à tête de vis verrouillées et aux fractures de la glène de la scapula.



## **BOTA, Belgian Orthopaedic Trauma Association**

# **Annnonce de l'ouverture de la bourse Robert Danis de traumatologie orthopédique en Belgique, sept-nov 2010**



Le jeudi a été consacré à des sujets plus généraux tels que : ablation du matériel : quand et pourquoi ?, le "damage control orthopedics" chez le polytraumatisé, le traitement chirurgical des métastases osseuses, l'infection sur matériel d'ostéosynthèse, la gestion des pertes de substances osseuses, les fractures périprothétiques du fémur, les reprises précoces en cas d'ostéosyntheses défailtantes et les lésions étagées du membre inférieur. La 2<sup>e</sup> session de discussions en groupe a eu lieu également le jeudi matin et plusieurs dossiers ont été discutés en présence des experts.

Le cours s'est terminé le jeudi 10 décembre vers 15h et un banquet d'adieu avait été organisé par l'AOTrauma de 18h à 22h. Le déroulement du cours a été exemplaire et le fait qu'il ait eu lieu en un seul et même endroit a facilité les échanges et favorisé la convivialité.

Nous tenons à remercier particulièrement les différents orateurs sans qui ce cours n'aurait pas pu avoir lieu : Mathieu Assal (Suisse), Jean-Yves Beaulieu (Suisse), Thierry Bégué (France), Jean-Christophe Bel (France), Greg Berry (Canada), Olivier Borens (Suisse), Philippe Chiron (France), Patrick Clayson (Belgique), Colin Dujardin (France), Alain Durandeu (France), Nicklaus Friedrich (Suisse), Daniel Fritschy (Suisse), Laurent Galois (France), Emanuel Gauthier (Suisse), Romain Gérard (France), Pierre Hoffmeyer (Suisse), Georges Kohut (Suisse), Pierre Mansat (France), Markus Noger (Suisse), Osman Ratib (Suisse), Piet Reynders (Belgique), Geoff Richards (Suisse), Patrick Simon (France), Jérôme Tonetti (France).

### **Buts**

Les objectifs du BOTA (Belgian Orthopaedic Trauma Association), fondé en 1989, sont d'améliorer les soins donnés au patient victime d'un traumatisme orthopédique, par des congrès et d'autres activités éducatives et par l'organisation de registres et de recherches multicentriques. Dans ce contexte, le BOTA a décidé de renforcer la collaboration entre les programmes éducatifs de ses membres en mettant sur pied le présent programme de fellowship, qui offre une expérience traumatologique unique tant pour ce qui concerne les aspects osseux que pour la prise en charge des lésions des tissus mous et des séquelles traumatiques. Le programme offre à la fois une expérience en environnement académique et dans le secteur privé. Six compétences de base sont spécifiquement rencontrées : [1] connaissance chirurgicale en traumatologie orthopédique ; [2] soins au patient ; [3] enseignement basé sur la pratique et les progrès ; [4] qualités interpersonnelles et de communication ; [5] pratique basée sur l'évidence ; [6] professionnalisme.

### **Format**

- Fellowship de deux mois, débutant avec le congrès 2010 du BOTA (18 septembre 2010).
- Le candidat retenu disposera du statut de médecin visiteur dans les hôpitaux des membres du BOTA.
- Le fellow aura à sa disposition une bourse de 2600 € destinée à couvrir ses frais de subsistance durant les deux mois du programme ; en outre, un véhicule sera mis à sa disposition de manière à lui permettre de se rendre dans les différents centres orthopédiques.
- Le fellow devra faire la preuve qu'il dispose d'une assurance le couvrant sur le plan médical et professionnel, durant les deux mois de stage.
- Le fellow assiste au congrès du BOTA (participation gratuite). Le directeur du programme détermine ensuite, semaine par semaine, les services orthopédiques que le fellow visite ; dans chaque centre, le fellow est accueilli par le responsable de la traumatologie orthopédique ; il assiste aux séminaires pluridisciplinaires, conférences d'enseignement, journal clubs et discussions de casuistique, et suit les seniors en consultation, en hospitalisation et au quartier opératoire. Le sens diagnostique, le développement et l'exécution du plan thérapeutique, la revalidation et l'évaluation finale sont soulignés dans les domaines suivants : traumatologie, infections post-traumatiques, reconstructions post-traumatiques des membres supérieurs et inférieurs.
- Le fellow tient un journal de ses activités quotidiennes.
- Le fellow a l'opportunité d'entreprendre une recherche scientifique.
- A l'issue du stage, le fellow présente un rapport de 15 min au board du BOTA.

### **Candidatures**

- Le fellowship est ouvert aux candidats nationaux et internationaux.
- Prérequis : spécialisation en cours ou récemment terminée en orthopédie ou chirurgie traumatologique.
- Date limite de candidature : 1<sup>er</sup> juin 2010.
- Les informations suivantes sont fournies lors de la candidature : lettre de motivation, curriculum vitae, lettre de recommandation d'un maître de stage, adresse électronique.
- Les candidatures doivent être adressées par courrier ordinaire au directeur du programme, le Pr F. Schuind, à l'adresse suivante :  
M<sup>me</sup> L. Turri, Secretary of Pr F. Schuind  
Department of Orthopaedics and Traumatology  
Erasmé University Hospital - 808 route de Lennik - B-1070 Brussels - Belgium
- Un accusé de réception sera fourni. Le Praesidium du BOTA sélectionnera le candidat. La décision sera notifiée avant le 30 juin 2010.

## COMPTE-RENDU DE VOYAGE D'ÉTUDE

University of California San Francisco (UCSF),  
CA, USA

1<sup>er</sup> novembre 2008 - 30 juin 2009

Par **Nicolas Aurouer**, Unité de pathologie rachidienne, CHU de Bordeaux



### Préparation du voyage

Ce projet de voyage a progressivement germé au fil des années 2005 à 2007. Lors d'un stage inter-CHU dans le service de chirurgie orthopédique infantile de Toulouse, j'ai eu l'occasion d'assister au compte-rendu de voyage qu'avait fait Bruno Chaminade au retour d'un clinical fellowship à San Francisco. Son enthousiasme m'a immédiatement donné envie de tenter l'aventure et j'ai gardé ce projet à l'esprit sans me donner les moyens de le concrétiser. Le véritable facteur déclenchant a été la lecture d'un article publié dans Spine par Marc-Antoine Rousseau en 2007 [1]. Jusqu'alors, je connaissais la réputation du Dr Bradford pour ses travaux dans la prise en charge des déformations rachidiennes mais j'ignorais que le laboratoire de biomécanique attaché à son service et dirigé par le Pr Lotz était à la pointe de la recherche sur la régénérescence discale. L'association de ces 2 domaines d'excellence au sein de la même équipe m'a définitivement convaincu de l'intérêt de ce voyage. N'envisageant cette aventure qu'en famille, il me restait à convaincre ma femme de bien vouloir quitter son travail et ses proches pour quelques mois. Cette étape fut la première mais de loin la plus facile d'un parcours qui allait être semé d'embûches. A la fin de l'année 2007, j'ai donc cherché à

entrer en contact avec le Pr Lotz pour savoir s'il serait d'accord pour m'accueillir dans son laboratoire. Après plusieurs mois et de nombreuses tentatives infructueuses, j'avais presque renoncé au projet lorsque finalement, grâce au soutien d'Olivier Gille et à l'aide de Charles Court, j'ai pu obtenir une réponse favorable. Il ne restait plus qu'à tout organiser : obtention de visa, financement et déménagement.

### L'accueil

Cinq jours après notre arrivée à San Francisco, je me suis présenté au laboratoire situé sur le campus de Parnassus, à deux pas du quartier Haight-Ashbury. Le Pr Jeffrey Lotz m'a accueilli très chaleureusement en me présentant tous les membres de son équipe et en me faisant visiter le laboratoire. Nous avons discuté des différents sujets sur lesquels il souhaitait que je travaille. Il semblait très heureux de me venue pour m'impliquer le plus rapidement possible dans un projet d'étude sur la régénérescence discale, mené en collaboration avec l'industrie. Pour cela, il fallait que je suive toutes les formations m'autorisant à travailler sur l'animal, à manipuler des substances contrôlées, des déchets biologiques ou des produits chimiques.

### Le laboratoire

Le laboratoire de recherche du service de chirurgie orthopédique d'UCSF n'est pas seulement un laboratoire de biomécanique mais un laboratoire de bio-ingénierie au sens plus large. La biomécanique représente une faible proportion de l'activité du laboratoire qui est beaucoup plus impliqué dans l'ingénierie tissulaire en général, et la culture cellulaire en particulier. L'équipe dirigée par le Pr Lotz est constituée d'une douzaine de personnes : trois scientifiques permanents, deux post-docs, six doctorants et une secrétaire. A ce "noyau dur" viennent s'ajouter des étudiants ingénieurs pour des stages de quelques mois et des visiteurs, notamment des chirurgiens.

Le bureau que je partageais avec les autres membres du laboratoire relevait plus du modèle soviétique que du modèle américain (environ 15 m<sup>2</sup> pour 7 personnes), mais l'ambiance y était très conviviale et la vue sur le Golden Gate Bridge imprenable. Chacun avait son propre rythme de travail au gré de l'évolution de ses travaux, le Pr Lotz ayant une conception très libérale de la direction de son équipe. Le travail doit être fait mais peu importe que ce soit de jour ou de nuit, la semaine ou le week-end. C'est un homme très occupé mais qui sait toujours se rendre disponible pour quelques conseils avisés. J'ai été très impressionné par la précision de ses idées et par son sens pédagogique. En quelques minutes, il arrive, de façon très claire, à suggérer des pistes de travail pour que le jeune chercheur trouve la solution par lui-même.

La vie du laboratoire comprenait plusieurs réunions scientifiques hebdomadaires. Le mercredi, c'était le jour du "lunch meeting". Betty, la secrétaire du Pr Lotz, était chargée de commander des pizzas et des boissons pour une réunion entre les 3 laboratoires qui partagent une partie des locaux et certains domaines de recherche : le laboratoire du Pr Jeffrey Lotz, celui du Pr Rich Schneider et celui du Pr Tamara Alliston. A tour de rôle, un membre de chaque équipe était désigné pour présenter un article scientifique et le critiquer. La réunion scientifique interne au laboratoire du Pr Lotz se déroulait le jeudi. L'un des chercheurs était chargé de présenter ses travaux pour qu'ils soient critiqués par l'ensemble de l'équipe. Le Pr Lotz effectuait ensuite un rapide tour de table pour discuter les problèmes de chacun. Le vendredi matin, il y avait une réunion entre les chercheurs et les chirurgiens du rachis pour discuter des projets communs. Les plus impliqués étaient le Pr David Bradford, le Dr Serena Hu et le Dr Sig Berven. Par l'intermédiaire de ces réunions j'ai donc eu la chance et l'honneur de rencontrer le

Pr Bradford, qui au-delà de ses qualités scientifiques que tout le monde reconnaît, m'a étonné par sa convivialité.

En pratique, l'activité de recherche du laboratoire peut être scindée en 2 parties : la recherche académique qui est totalement indépendante, tant sur le plan intellectuel que sur le plan financier, et la recherche industrielle où des partenaires privés sollicitent l'expertise de l'équipe pour différentes études.

## L'unité de soins

J'ai profité de mon séjour dans le laboratoire de recherche pour visiter l'unité de chirurgie rachidienne dirigée par le Dr Serena Hu. J'assistais aux réunions du lundi matin qui consistaient en la présentation des dossiers des opérés de la semaine suivante et plus brièvement des opérés de la semaine précédente. De manière occasionnelle, la réunion débutait plus tôt par une séance de bibliographie.

Ce service comprend 5 chirurgiens consultants (Serena Hu, Sigurd Berven, Vedat Deviren, Bobby Tay, et Shane Burch). Tous ont une activité de chirurgie rachidienne dégénérative, plutôt orientée vers la déformation. Il n'y a pas de traumatologie. Le Dr Deviren a une grande expérience de l'XLIF et le Dr Tay est plus spécialisé dans la chirurgie du rachis cervical. A plusieurs reprises j'ai eu l'occasion d'aller au bloc opératoire mais malheureusement, pour des raisons médico-légales, je n'ai pu m'habiller que quelques fois. Ces visites m'ont tout de même permis de me rendre compte que les moyens techniques, et les techniques elles-mêmes, sont assez comparables à ce que nous connaissons en France.

## Mes travaux

Sur la période des huit mois passés dans le laboratoire, j'ai été directement impliqué dans 4 projets et j'ai participé à plusieurs projets annexes.

Dès mon arrivé, le Pr Lotz m'a proposé de participer à une étude dont le protocole avait déjà été établi en collaboration avec un partenaire privé. L'objectif était de tester, au sein du disque intervertébral, le potentiel régénératif et anti-inflammatoire de cellules dont les caractéristiques devaient être tenues secrètes. En pratique, il fallait reproduire la dégénérescence discale selon un modèle animal de rat décrit dans le laboratoire [2] puis injecter les cellules et sacrifier les animaux après différents délais. Après l'euthanasie, les disques étaient prélevés et soumis à des analyses histologiques, immuno-histochimiques et de biologie moléculaire. En parallèle, cette étude devait



L'équipe au grand complet, avec de gauche à droite : Zori et son bébé, Anne, Jeannie, Dezba, Matt, Jane, le Pr Jeffrey Lotz, moi-même, Kevin, Melodie et Betty



L'entrée du bâtiment des sciences médicales de l'UCSF

également servir à évaluer une nouvelle technique d'imagerie permettant de quantifier l'inflammation locale grâce à une sonde fluorescente activée par certaines cytokines. Malheureusement, les résultats furent très décevants car aucune relation n'a pu être établie entre l'inflammation discale et la présence ou l'absence des cellules testées.

J'ai ensuite participé à un vaste projet concernant le rôle de la vascularisation des plateaux vertébraux dans la dégénérescence discale. Mon objectif était de trouver un moyen de quantifier les vaisseaux sous-chondraux. Ce travail très intéressant a permis mon initiation à certaines techniques d'histologie et d'immuno-histochimie grâce à l'aide précieuse de 2 post-docs. Nous avons mis au point une technique permettant de mettre en évidence ces vaisseaux et de les quantifier, mais la validation de cette technique par la réalisation d'une cartographie précise devrait prendre encore de nombreux mois.

Durant la deuxième partie de mon séjour, j'ai collaboré avec une doctorante qui venait de mettre au point un système de culture cellulaire très prometteur pour la thérapie du disque intervertébral. Ce système consiste en une co-culture de cellules souches mésenchymateuses et de cellules de nucléus qui se

stimulent mutuellement. Pour simplifier, les cellules souches apporteraient leur potentiel prolifératif et les cellules différenciées, leur potentiel à produire la matrice extra-cellulaire. Après centrifugation, les 2 groupes cellulaires sont organisés sous la forme de boulettes dont les propriétés biologiques avaient été testées in-vitro avec des résultats très satisfaisants. Notre objectif a donc été de tester ce système chez l'animal. Pour des raisons de coût et de logistique, l'étude devait être réalisée chez le rat. La première difficulté a été de trouver un moyen d'injecter la boulette dans un disque intervertébral de queue de rat (environ 1,5 mm de haut) sans la détruire. La deuxième était de parvenir à maintenir la boulette à l'intérieur de ce disque. Nous avons donc effectué de nombreux essais préliminaires avant de trouver la technique qui nous semblait la meilleure. Nous avons ensuite effectué une étude à grande échelle dont les résultats sont encore en cours d'interprétation au moment de la rédaction de ce compte-rendu.

En raison de problèmes légaux liés au renouvellement des autorisations d'utilisation des anesthésiants, nous avons pris du retard sur un projet passionnant. L'objectif était d'évaluer l'influence du stress sur la dégénérescence discale. En pratique, 2 groupes de rats sont comparés. Dans les 2 groupes, des lésions dégénératives discales sont induites selon le modèle déjà évoqué, puis l'un des groupes est soumis à un stress intense (contact répété avec des extraits d'urine de renard), alors que l'autre groupe est traité normalement. Au moment de mon départ, l'étude venait juste de commencer et à mon plus grand regret j'ai n'ai pu participer qu'aux phases préliminaires.

## En conclusion

Cette expérience personnelle et professionnelle est absolument exceptionnelle et j'encourage tous mes collègues chirurgiens à effectuer un tel voyage. L'organisation de départ peut sembler contraignante mais elle fait partie de la découverte. De plus, nous avons la chance de pouvoir obtenir de précieux soutiens, comme ceux que j'ai reçus de la part de la SOFCOT, de l'Université de Bordeaux 2 et du CHU de Bordeaux que je remercie infiniment.

1. Rousseau MA, Ulrich JA, Bass EC, Rodriguez AG, Liu JJ, Lotz JC. Stab incision for inducing intervertebral disc degeneration in the rat. *Spine* 2007;32(1):17-24.
2. Ulrich JA, Liebenberg EC, Thuillier DU, Lotz JC. ISSLS prize winner: repeated disc injury causes persistent inflammation. *Spine* 2007;32(25):2812-9.



Sydney bridge



Mon ami skippy le kangourou !

Tout a commencé en octobre 2007, après la réunion hebdomadaire du service d'orthopédie-traumatologie du Professeur Poitout de l'hôpital Nord de Marseille. Etant depuis près d'un an assistant-chef de clinique, et envisageant mon avenir au sein de son service, il me convie fortement à penser à réaliser une mobilité. Après un moment d'hésitation, les discussions commencent sur le moment opportun et la destination de cette mobilité. Une chose était sûre, cela devait être un pays anglo-saxon. Etant tombé amoureux, lors d'un premier voyage, de l'Australie, toutes mes pensées se dirigeaient naturellement vers cet eldorado et en particulier Sydney. Le problème était que, ni Monsieur Poitout, ni moi, n'avions de contact particulier à Sydney ou en Australie. J'ai donc commencé à identifier les différents services d'orthopédie de Sydney et des grandes capitales australiennes. C'est alors que je tombe par hasard sur le site de l'association des orthopédistes australiens ([www.aoa.org.au](http://www.aoa.org.au)), et plus particulièrement sur la rubrique fellowships internationaux ; avec la liste de tous les services proposant d'accueillir des fellows étrangers au sein de leur structure. Je traduis mon CV en anglais, rédige une lettre de motivation et envoie le tout aux services figurant sur cette liste.

## NEUF MOIS DE FELLOWSHIP A SYDNEY, AUSTRALIE

Juillet 2008 – Avril 2009

Par **Alban Merger**, Hôpital Nord, Marseille

*Il est très difficile de résumer un voyage de neuf mois en quelques lignes, ceci ayant pour but d'aider et inciter les jeunes orthopédistes à réaliser cette expérience très enrichissante et inoubliable.*

Malheureusement, peu de réponses et surtout des négatives me disant que les places étaient déjà attribuées pour la période souhaitée. Le moral en berne, sans appui et sans relation, mon rêve s'envolait petit à petit. Quelques mois plus tard, je croise au détour d'un couloir le représentant marseillais de Smith & Nephew, à qui je fais part de mon désir de partir à Sydney. Connaissant plusieurs chirurgiens de renom travaillant en collaboration avec sa compagnie, il me propose de m'aider à prendre contact avec eux. Enfin, la première lueur d'espoir et une avancée significative. Le contact est donc pris avec la représentante Australienne. Celle-ci me propose un fellowship de neuf mois avec deux chirurgiens du membre inférieur à Sydney : le Dr Mickaël Solomon les six premiers mois, puis le Dr Leo Pinczewski pour les trois mois suivants, sur une période s'étendant de juillet 2008 à avril 2009.

La longue épreuve des formalités administratives commence alors :

- test d'anglais obligatoire IELTS avec une note minimum de 7 sur 9 pour les 4 modules (speaking, listening, reading, writing). Me voilà donc occupé à prendre des cours intensifs d'anglais pour me préparer à cet examen éliminatoire,
- demande de visa incluant de nombreux tests médicaux,
- trouver différentes bourses, le fellow n'étant pas rémunéré par le service d'accueil.

Après 6 mois, ne sachant toujours pas si je partais, je reçois enfin mon visa quinze jours avant le départ. Je prends donc l'avion via Londres et Bangkok pour arriver fin juin 2008 à Sydney. Logé quelques jours chez une amie australienne, j'emménage début juillet dans un appartement dans les Eastern Suburbs, front de mer avec vue sur l'opéra et le fameux pont. Le paradis !!

Je commence donc mon premier fellowship au Prince of Wales Hospital à Randwick avec le Dr Mickaël Solomon de juillet à fin décembre 2008.

Il s'agit d'un hôpital à la fois public et privé, le chirurgien répartissant son activité dans les deux secteurs. Mon emploi du temps se répartissait de la façon suivante :

- Le lundi : activité de recherche dans un laboratoire, évaluation de différentes BMP *in vivo* chez le lapin : fusion vertébrale et défauts tibiaux osseux. Au bout de mes 9 mois de recherche, 3 articles ont été soumis à des revues de recherche internationales.
- Le mardi : bloc dans l'hôpital public ; ayant réussi le tour de force de m'inscrire à l'ordre des médecins australien, j'étais autonome pour pouvoir opérer les patients du public. Une dizaine de patients à opérer sur 2 salles : prothèses de hanche, de genou, ligamentoplastie et peu de traumatologie.
- Les mercredi et jeudi : bloc dans le secteur privé de l'hôpital. Là, je faisais office d'assistant chirurgical : aidant le chirurgien, faisant la voie d'abord et fermant le patient. Généralement le programme était très chargé, une quinzaine de patients sur deux salles : chirurgie prothétique et arthroscopique du membre inférieur, commençant vers les 7 heures du matin et terminant souvent tard après 9-10 heures le soir. Une chose étonnante était la présence du représentant médical du matériel posé (aussi bien en traumatologie qu'en orthopédie) et ce à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit ; celui-ci pouvant rester des heures pour ouvrir une boîte d'implant sans avoir le droit de s'habiller.
- Le vendredi matin : staff et visite collégiale dans le service public ; l'unité est vieillotte, avec des dortoirs où s'entassent 6 à 10 patients aussi bien hommes que femmes séparés par des rideaux. On a l'impression



Resurfacage de hanche



Arthroscopie de hanche avec le Dr Solomon

d'être revenu quelques années en arrière, par opposition au secteur privé où l'on est dans un hôtel 4 étoiles luxe. Puis, l'après-midi, consultations dans le public : une cinquantaine de patients à voir, la traumatologie, les suites opératoires et les premières fois. Pour cela, on est aidé par le registrar (interne du service). Pour les interventions programmées, c'est le parcours du combattant, avec un délai moyen de 3 mois pour voir le chirurgien, puis une liste d'attente de plus d'un an pour se faire opérer. Le patient repart chez lui sans date fixée ; il recevra une lettre de l'hôpital d'ici 10 mois pour lui préciser la date de l'intervention.

Ces 6 premiers mois, se sont donc très bien déroulés avec une grosse activité prothétique du membre inférieur (nombreuses prothèses de resurfacage), quelques arthroscopies de hanche et une quinzaine de triple ostéotomies pelviennes (le Dr Solomon étant l'un des seuls à réaliser cette opération en Australie).

Puis, je commence mon deuxième fellowship, avec le Dr Pinczewski pour une durée de 3 mois dans un hôpital exclusivement privé : le Mater Hospital. Là, je me retrouve avec un autre fellow Indien qui vient passer 1 an avec le Dr Pinczewski. Il s'agit d'une activité complètement privée où tout est réglé comme du papier à musique avec : tous les matins bloc sur 2 salles avec des interventions dédiées à la chirurgie du genou : ligamentoplastie (chez de nombreux sportifs

australien professionnels), PTG, chirurgie méniscale, ostéotomies.

Le Dr Pinczewski réalise des DIDT exclusivement en mettant des vis d'interférence métalliques et non résorbables, les PTG conservent le ligament croisé postérieur et les ostéotomies sont de soustraction soit tibiales, soit fémorales. Comme tous les chirurgiens australiens, il était assisté par un médecin généraliste attiré qui lui servait d'aide opératoire : installation du patient, mise en place du cathéter urinaire, du garrot, clampage et écarteurs. Ces médecins sont rémunérés 20 % de l'acte du chirurgien et directement payés par l'assurance privée du patient.

Les après-midi, consultation au North Sydney Orthopaedic and Sports Center, une sorte de musée dédié au sport, où l'on voit une quarantaine de patients dans l'après midi sur 4 salles. Les fellows commencent par voir les patients seuls pour remplir les formulaires d'évaluation et de quotation clinique pour les futures recherches scientifiques, puis voient

à nouveau les patients avec le Dr Pinczewski qui contrôle leur évaluation clinique, diagnostique et indication thérapeutique.

Ce qui ressort de ces 3 mois est l'expérience d'une machine bien huilée, où tout roule à la perfection, avec une organisation sans faille et une hyperspécialisation de l'acte chirurgical.

Je ne peux donc qu'encourager les jeunes chirurgiens à réaliser une telle expérience qui restera gravé à vie, tant d'un point de vue chirurgical qu'humain, avec des rencontres merveilleuses.

Je tiens à remercier chaleureusement Monsieur le Professeur Poitout qui m'a fortement incité à réaliser cette mobilité malgré les difficultés d'organisation et, le dévouement et le professionnalisme des Dr Solomon et Pinczewski.

Je terminerai par remercier la SOFCOT et Smith & Nephew qui ont rendu ce voyage possible grâce à leur soutien financier.

# All-of-it !



## Allofit® IT

Une macrostructure unique pour une stabilité primaire et secondaire optimale bénéficiant de plus de 15 ans de recul clinique.<sup>1</sup>

## Continuum™

Composants en *Trabecular Metal™* hautement poreux pour une fixation optimisée bénéficiant de plus de 11 ans de recul clinique.<sup>2</sup>

## Systèmes acétabulaires 3-en-1 équipés de solutions tribologiques cliniquement éprouvées<sup>3,4</sup>



L'innovation en mouvement. Les enseignements de l'expérience. Aller toujours plus loin. Ne pas se reposer sur les lauriers des succès passés. Voilà la philosophie de Zimmer. En collaboration avec des chirurgiens orthopédistes pionniers de grande réputation, Zimmer écrit l'histoire de l'orthopédie depuis plus de 75 ans. Avec des idées et un grand esprit d'invention.

© 2009 Zimmer GmbH

<sup>1</sup> Jeon Y et al. 10-year results after implantation of the cementless porous titanium acetabular component. *J Orthop Res* 2007; 25: 1000-1006.

<sup>2</sup> Molleris GA et al. Histological evaluation of the metal-bone interface of porous titanium monoblock acetabular component. *J Biomed Mater Res* 2006; 78: 1000-1006.

<sup>3</sup> Beegon CR et al. Minimum 5-year follow-up of Highly Cross-linked Polyethylene in HA-Coated 2007. *J Arthroplasty* 2007; 22: 1227-1232.

<sup>4</sup> Ortolini A et al. Long-term follow-up of metal-on-metal total hip replacement. *J Orthop Res* 2007; 25: 1041-1048.



www.zimmer.com

## Appel à candidatures en vue du renouvellement de la Commission nationale de sécurité sanitaire des dispositifs médicaux



### Rôle et composition de la Commission nationale de sécurité sanitaire des dispositifs médicaux

Les missions de la Commission nationale de sécurité sanitaire des dispositifs médicaux (CNSSDM), définies à l'article R. 5212-7 du code de la santé publique sont :

- de participer à l'évaluation des informations sur les incidents et risques d'incidents mettant en cause des dispositifs médicaux ;
- de donner un avis à la demande du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé :
  - sur les mesures prises ou à prendre pour éviter que les incidents ou risques d'incidents liés à l'utilisation de ces dispositifs se reproduisent ;
  - sur les programmes et les résultats des contrôles et des évaluations menés dans le cadre de la surveillance du marché et organisés par l'agence ;
  - sur toute question relative à la mise sur le marché et à l'utilisation de ces dispositifs ainsi que sur la détermination des normes qui s'y appliquent ;
- de participer à la veille technologique ;
- de proposer au directeur général de l'agence tous travaux et enquêtes qu'elle estime utiles au maintien de la sécurité sanitaire des dispositifs médicaux.

Cette Commission comprend :

- six membres de droit :
  - le directeur général de la santé ;
  - le directeur général de l'offre de soins ;
  - le président de l'Etablissement français du sang ;
  - le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ;
  - le directeur général de l'Agence de la biomédecine ;
  - le président du collège de la Haute autorité de santé, ayant voix consultative ;
- vingt-trois membres nommés par le ministre chargé de la santé pour une durée de trois ans renouvelable dont :
  - quinze personnes, dont une sur proposition du ministre de la défense, choisies en raison de leurs compétences scientifiques et techniques dans le domaine des dispositifs médicaux, dont six cliniciens, trois ingénieurs hospitaliers et trois pharmaciens ;
  - une personne exerçant les fonctions de correspondant local de matériovigilance ;
  - un cadre infirmier hospitalier ;
  - une personne représentant les associations de consommateurs proposée par le ministre chargé de la consommation, avec voix consultative ;
  - deux personnes représentant les associations d'usagers du système de santé ayant fait l'objet d'un agrément au niveau national en application de l'article L. 1114-1, avec voix consultative ;
  - deux représentants des fabricants de dispositifs médicaux, avec voix consultative ;
  - un représentant des distributeurs de dispositifs médicaux, avec voix consultative ;
- Vingt-trois suppléants désignés dans les mêmes conditions que les membres titulaires qu'ils remplacent en cas d'empêchement. Ils leur succèdent, s'il se produit une vacance en cours de mandat, pour la durée du mandat restant à courir.

Le président et deux vice-présidents sont désignés par le ministre chargé de la santé parmi les membres de la commission. Les vice-présidents suppléent le président en cas d'empêchement. En cas d'absence du président et des deux vice-présidents, le directeur général de l'Agence française de sécurité

sanitaire des produits de santé désigne un président de séance.

La commission a la faculté d'entendre toute personne qualifiée. Elle peut faire appel à des rapporteurs et à des experts désignés par le directeur général de l'Afssaps.

Les travaux de la commission sont généralement préparés par des groupes de travail thématiques.

### Profils recherchés

Compétences scientifiques et techniques dans le domaine des dispositifs médicaux dont :

- cliniciens (6 membres titulaires et 6 membres suppléants) ;
  - ingénieurs hospitaliers (3 membres titulaires et 3 membres suppléants) ;
  - pharmaciens (3 membres titulaires et 3 membres suppléants) ;
  - correspondant de matériovigilance (1 membre titulaire et 1 membre suppléant) ;
  - cadre infirmier hospitalier (1 membre titulaire et 1 membre suppléant).
- Tous les dispositifs médicaux sont potentiellement concernés, quels que soient leurs utilisateurs et les pathologies pour lesquels ils sont utilisés :
- diagnostic, prévention, contrôle, traitement ou atténuation d'une maladie ;
  - diagnostic, contrôle, traitement, atténuation ou compensation d'une blessure ou d'un handicap ;
  - étude, remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique ;
  - maîtrise de la conception.

Les dispositifs médicaux mis sur le marché doivent être conçus et fabriqués de telle manière qu'ils fournissent aux patients, aux utilisateurs et aux tiers un degré élevé de protection sanitaire et atteignent les performances que revendiquent initialement leurs fabricants lorsqu'ils sont utilisés dans les conditions et aux fins prévues, étant entendu que les risques liés à leur utilisation constituent des risques acceptables au regard des bienfaits apportés au patient.

Les membres de la commission ont pour mission d'évaluer collégialement le rapport bénéfice / risque d'un dispositif médical au regard des exigences essentielles de santé et de sécurité fixées au plan réglementaire, en toute circonstance, ou de donner un avis sur l'évaluation de ce rapport, ou encore de se prononcer sur l'imputabilité du dispositif dans la survenue d'un incident ou risque d'incident, ou de façon plus générale, de rechercher la cause d'un incident ou risque d'incident pouvant être en rapport avec une insuffisance des normes, un défaut de conception, de fabrication, d'exploitation, de dispensation ou de d'utilisation.

Les membres de la commission peuvent se voir également confier l'expertise d'un dossier à titre personnel. Il rapporte alors leurs conclusions devant la commission qui rend son avis après un débat collégial.

### Indépendance et déclaration d'intérêts

Afin de conforter les garanties permettant aux commissions et aux groupes de travail de siéger en toute indépendance, l'Afssaps procède à l'évaluation des niveaux de risque de conflits d'intérêts et à l'identification des situations d'intérêts importants avec les dossiers à évaluer, conduisant à exclure des débats et du vote les experts concernés.

Le président et les 2 vice-présidents de la Commission nationale de sécurité sanitaire des dispositifs médicaux doivent être exempts de liens importants avec les opérateurs économiques du secteur des dispositifs médicaux.

Pour satisfaire à cet impératif d'indépendance de l'expertise, les candidats devront adresser une déclaration d'intérêts mentionnant leurs liens directs et indirects avec les entreprises et établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence de l'Afssaps ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseils intervenant dans ces secteurs.

Cette déclaration sera rendue publique si le candidat est retenu.

## IMPORTANT - Télédéclaration des intérêts

Il est recommandé aux experts en possession d'un accès au **service de télédéclaration eFides** de mettre à jour leur déclaration directement en ligne.

Les candidats souhaitant utiliser le service de télédéclaration sont invités à demander des codes d'accès personnels en envoyant un mail à l'adresse suivante : [efides@afssaps.sante.fr](mailto:efides@afssaps.sante.fr).

## Éléments de rémunération

Le président et les membres de la commission perçoivent une rémunération ou une indemnisation selon les modalités d'attribution prévues par les textes, et rappelées ci-dessous.

Président : L'Afssaps verse forfaitairement 12 vacances mensuelles (vacation = 67 €) au président de la Commission nationale de sécurité sanitaire des dispositifs médicaux.

Indemnisation des membres de l'instance exerçant une activité libérale ou mixte :

Les membres exerçant une activité libérale, à titre mixte ou exclusif, sont indemnisés à hauteur d'une vacation par demi-journée de réunion [vacation = 15 x C (valeur conventionnelle de la lettre clé C = 22 € à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007)], dans la limite de vingt deux vacances annuelles.

Indemnisation des travaux, rapports et études des membres :

Les membres de la commission perçoivent en rémunération des travaux, rapports et études qu'ils réalisent, des indemnités sous forme de vacances forfaitaires. La rédaction d'un rapport ou d'une étude est rémunérée par l'attribution de 0,5 à 5 vacances (vacation = 67 €), selon la complexité du dossier et la nécessité d'y inclure des travaux expérimentaux, dans la limite de soixante-dix vacances annuelles.

Les membres perçoivent également des indemnités de déplacement selon les règles applicables à l'Agence.

Cf. Indemnités de déplacement sur le site Afssaps : <http://www.afssaps.fr/Services/Prise-en-charge-des-deplacements>

## Modalités de candidature

Les candidatures peuvent être envoyées à l'Afssaps jusqu'au **31 juillet 2010**.

Les lettres de candidatures, accompagnées d'une lettre de motivation, d'un curriculum vitae simplifié comportant une liste des titres et travaux, et d'une déclaration d'intérêts devront être envoyées par courrier ou par courriel à l'adresse suivante :

Afssaps

Direction de l'évaluation des dispositifs médicaux

A l'attention de M. Gérard Berthier  
143/147 boulevard Anatole France  
93285 SAINT-DENIS CEDEX  
[gerard.berthier@afssaps.sante.fr](mailto:gerard.berthier@afssaps.sante.fr)

Les candidats qui sont correspondant local de matériovigilance devront mentionner clairement cette qualité. Ces candidatures ne seront pas nécessairement examinées au titre de la seule rubrique "correspondant local de matériovigilance".

La sélection des dossiers de candidature est effectuée par un jury scientifique composé des personnalités suivantes :

- de représentants du directeur général de l'Afssaps ;
- d'un membre du Conseil Scientifique de l'Afssaps ;
- de personnalités qualifiées.

Chaque candidature fera l'objet d'un accusé réception et d'une information sur les suites qui lui seront données. L'examen des candidatures se fera de manière confidentielle.

Seuls les dossiers de candidatures complets (lettre de candidature, curriculum vitae et déclaration publique d'intérêts) seront examinés par le jury de sélection. Les candidatures feront l'objet d'un accusé de réception et d'une information sur les suites qui leur ont été données.

Un membre du jury présentant sa candidature ne participera pas à son examen.

L'évaluation tiendra compte de la formation initiale et continue, de l'expérience professionnelle, des titres et travaux et de la situation au regard des risques de conflits d'intérêts.

## 12th EFORT Congress 2011

Early registration deadline  
**31 January 2011**  
Pre-registration deadline  
**10 May 2011**



Abstract submission deadline:  
**15 September 2010**



## 12th EFORT Congress Copenhagen, Denmark: 1 - 4 June 2011

### Congress highlights

- **National registers:** The future role
- **Rotator cuff lesions:** Diagnosis and treatment
- **Bone healing:**
  - Influence of alcohol and tobacco
- **Hip:** New bearings
- **Knee:** Partial or total replacement?
- **Trauma:** The management of pelvic fractures
- **The Osteoarthritic ankle joint:**
  - Fusion or arthroplasty?
- **Wrist fractures:** What's new?
- **Fast-track treatment & rehabilitation:**
  - Is it safe?
- **The osteoporotic spine:**
  - Surgical or conservative treatment?
- **Paediatrics:** New trends in treatment of clubfoot
- **Foot deformities:** How to treat?
- **Nosocomial infections:** Any new enemies?
- **Sports:** Surgical treatment of cartilage defects

info More updates available on: [www.efort.org/copenhagen2011](http://www.efort.org/copenhagen2011)

Toutes les annonces de congrès et offres et demandes d'emploi actualisées sont consultables sur le site de la SOFCOT

[www.sofcot.fr](http://www.sofcot.fr)

**31 août - 3 sept. 2010**

**> Gothenburg, Suède**

**7<sup>th</sup> SICOT/SIROT Annual International Conference**

SICOT aisbl - Rue Washington 40 - b.9 1050 - Brussels Belgium

Tel.: +32 2 648 68 23 - Fax: +32 2 649 86 01

E-mail : [congress@sicot.org](mailto:congress@sicot.org) -

[www.sicot.org/?id\\_page=257](http://www.sicot.org/?id_page=257) voir page 28 >>>

**1-4 septembre 2010**

**> Amsterdam, Pays-Bas**

**3<sup>rd</sup> International Congress "Biotechnologies for Spinal Surgery - BIOSPINE 3"**

VU University Medical Center (VUmc)

European Network for Regenerative Medicine EWIV

[biospine@congrex.com](mailto:biospine@congrex.com)

[www.biospine.org](http://www.biospine.org)

**10 septembre 2010**

**> Paris, France**



**COURS VENUS du GECO LIVE SURGERIES Fractures complexes de l'épaule**

Hôtel Novotel Vaugirard

[info@geco.asso.fr](mailto:info@geco.asso.fr)

[www.geco-medical.org](http://www.geco-medical.org)

**15-17 septembre 2010**

**> Saratov, Fédération de Russie**

**IX<sup>e</sup> Reunion des chirurgiens orthopédistes de Russie**

**20-22 septembre 2010**

**> Paris, France**

**Séminaire d'Orthopédie Pédiatrique**

Faculté de la Pitié-Salpêtrière

Bruno Dohin et Joel Lechevallier

**30 sept. - 2 oct. 2010**

**> Annaba, Algérie**

**3<sup>e</sup> Congrès Maghrébin de Chirurgie de la Main**

Faculté de médecine

Pr Ag A MENADI

[cmcm\\_annaba@yahoo.fr](mailto:cmcm_annaba@yahoo.fr)

voir page 28 >>>

**7-10 octobre 2010**

**> Alep, Syrie**

**10<sup>e</sup> Congrès Annuel de Chirurgie Orthopédique et d'Imagerie Ostéo-articulaire**

Faculté de Médecine d'Alep (Syrie)

7 et 8 octobre 2010

**26<sup>e</sup> Séminaire Franco-Syrien d'Imagerie Médicale - Imagerie du rachis et du genou**

Avec la participation du GREF, de la SFR et de la SSR

9 et 10 octobre 2010

Avec la participation :

- en orthopédie : Professeurs COUDANE, GLORION, JARDE, SERINGE, WICART
- en radiologie : Professeurs BIGOT, DRAPE, KRAUSE, RAILHAC, MONTAGNON, VALLEE

Renseignements et inscriptions :

Professeur Emile KATTI

fax : 00 963 21 52 23 642

e-mail : [coaalep@hotmail.com](mailto:coaalep@hotmail.com)

portable : 00 963 944 241 608

En France :

Orthopédie : Professeur Raphaël SERINGE

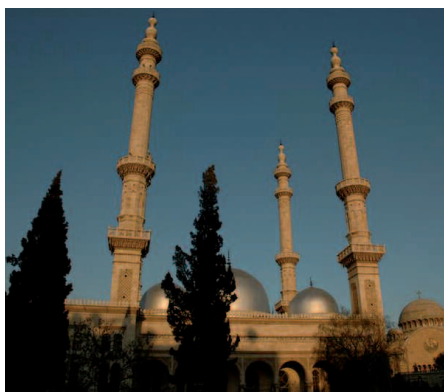
e-mail : [raphael.seringe@svp.aphp.fr](mailto:raphael.seringe@svp.aphp.fr)

Tél : 01 40 48 81 06 - fax : 01 40 48 83 55

Radiologie : Professeur Jean-Luc DRAPE

e-mail : [secretariat.drape@cch.aphp.fr](mailto:secretariat.drape@cch.aphp.fr)

Tél : 01 58 41 25 02 - fax : 01 43 26 65 52



**7-9 octobre 2010**

**> Lyon, France**

**14<sup>es</sup> Journées Lyonnaises de Chirurgie du Genou**

Centre de Congrès de Lyon

MCO Congrès

27 rue du Four à Chaux - 13007 MARSEILLE

Nataly REVEL +33 (0)4 37 44 12 90

[nataly.revel@mcocongres.com](mailto:nataly.revel@mcocongres.com)

Fabrice GUEZ +33 (0)4 95 09 38 00

[fabrice@mcocongres.com](mailto:fabrice@mcocongres.com)

[www.lyon-genou.com](http://www.lyon-genou.com)

voir page 27 >>>

**14-16 octobre 2010**

**> Barcelone, Espagne**

**IV<sup>e</sup> Congrès de la Société Internationale de chirurgie orthopédique de la Méditerranée**

Hôtel Avenida Palace

Gran Via de les Corts Catalanes, 605 - 607

President : Dr. F. Aramburo General Secretary : Dr. J. Novell,

Dr. H. Ferrer, Dr. J. Girós, Dr. P. Gutierrez, Dr. J. Ramón,

Dr. J.L. Rodrigo, Dra. A. Sanjuan, Dra. M. Ubierna

Torres Pardo c/ Nàpols 187, 2<sup>e</sup> 08013 Barcelona

Tel. 93 246 35 66 - Fax 93 231 79 72

e-mail : [e.torres@torrespardo.com](mailto:e.torres@torrespardo.com)

[www.orthomarenostrom2010.com](http://www.orthomarenostrom2010.com)

voir page 27 >>>

**15-16 octobre 2010**

**> Lyon, France**

**Fractures du Scapôïde et les pseudarthroses**

Pr Guillaume Herzberg

[guillaume.herzberg@chu-lyon.fr](mailto:guillaume.herzberg@chu-lyon.fr)

**15-16 octobre 2010**

**> Palavas-les-Flots, France**

**3<sup>e</sup> Rencontres de l'IMM (Institut Montpellierain de la Main et du Membre Supérieur). La Ceinture Claviculo-Scapulaire (actualités thérapeutiques)**

Centre des Congrès Phare de la Méditerranée

Professeur Yves Allieu

1133 rue des Bouisses - 34070 Montpellier

Secrétariat du Congrès (P. Prudhomme)

Tel : 04 67 10 09 36 (le matin)

e mail : [yves.allieu@wanadoo.fr](mailto:yves.allieu@wanadoo.fr)

voir page 28 >>>

**4-6 novembre 2010**

**> Naples, Italie**

**Naples International Shoulder Congress NISC 2010**

MCM Eventi e congressi Rione Sirignano,

5 80121 Napoli - Italy

Ph. +39 081 7611085 - 081 668774

Fax. +39 081 664372

[www.mcmcongressi.it](http://www.mcmcongressi.it) - [www.nisc.it](http://www.nisc.it)

**5-6 novembre 2010**

**> Barcelone, Espagne**

**International Seminar on Pediatric Orthopedics**

Julio de Pablos, Maite Idiazabal

[brupa@ohsjd.es](mailto:brupa@ohsjd.es)

[www.depablos-bruguera.com](http://www.depablos-bruguera.com)



**8-12 novembre 2010**

**> Paris, France**



**85<sup>e</sup> réunion Annuelle de la SOFCOT**

Paris - Palais des Congrès  
Renseignement / Inscription :  
COLLOQUIUM -

12 rue de la Croix-Faubin - 75557 Paris Cedex 11  
Tél : +33 (0)1 44 64 15 15 - Fax : +33 (0)1 44 64 15 16  
e-mail : [sofcot@clg-group.com](mailto:sofcot@clg-group.com)  
Secrétariat Scientifique : SOFCOT  
56 rue Boissonade - 75014 Paris  
Tél : +33 (0)1 43 22 47 54  
Fax : +33 (0)1 43 22 46 70  
e-mail : [sofcot@sofcot.fr](mailto:sofcot@sofcot.fr)  
[www.sofcot.fr](http://www.sofcot.fr)

**21-26 novembre 2010**

**> Blue Bay, Île Maurice**

**JIMS 2010 - 9<sup>es</sup> Journées Internationales de Médecine du Sport**

Hotel Shandrani Resort  
Equatour  
[infos@jims2010.com](mailto:infos@jims2010.com) - [www.jims2010.com](http://www.jims2010.com)



**15-19 janvier 2011**

**> Bourg-St-Maurice, France**



**35<sup>e</sup> Réunion élargie du GECO**

ARC 1800 - Hôtel du Golf  
[info@geco.asso.fr](mailto:info@geco.asso.fr)  
[www.geco-medical.org](http://www.geco-medical.org)

**27-28 janvier 2011**

**> Paris, France**

**Cours Européen de Pathologie Chirurgicale du Membre Supérieur et de la Main**

Hôpital Européen Georges Pompidou  
C. Fontaine, P. Liverneaux, E. Masméjean  
[cours.main@egp.aphp.fr](mailto:cours.main@egp.aphp.fr)  
[www.gem-sfcm.org/monde\\_main/agenda.php](http://www.gem-sfcm.org/monde_main/agenda.php)

**25-27 novembre 2010**

**> Bruxelles, Belgique**

**EFOST 2010, 6<sup>th</sup> Meeting of the European Federation of National Associations of Ortopaedic Sports Traumatology**

Dolce La Hulpe Hotel and Convention Centre  
Ms Claudine Thoma, EFOST Project Manager  
[info@efost2010.com](mailto:info@efost2010.com) - [www.efost2010.com](http://www.efost2010.com)

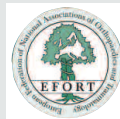
**16-19 février 2011**

**> San Diego, USA**

**American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)**

**1-4 juin 2011**

**> Copenhague, Danemark**



**12<sup>th</sup> EFORT Congress**

EFORT Central Office  
Technoparkstrasse, 1  
8005 Zürich, Switzerland  
Michaela Hofer

Tel : +41 (44) 448 44 00  
Fax : +41 (44) 448 44 11  
E-mail : [michaela.hofer@efort.org](mailto:michaela.hofer@efort.org)  
[www.efort.org](http://www.efort.org)



**9-13 novembre 2010**

**> Faro, Portugal**

**2<sup>e</sup> Réunion sur la Pathologie du golfeur**

Chemin des Bourrely  
Bleusy.be asbl  
[info@bleusy.be](mailto:info@bleusy.be) - [www.bleusy.be](http://www.bleusy.be)

**16-19 novembre 2010**

**> Barcelone, Espagne**

**VII<sup>th</sup> International course in Arthroplasties: Knowledge update in Joint Replacement**

Auditorio AXA - Illa Diagonal  
Active Congress  
[info@activecongress.es](mailto:info@activecongress.es) - [www.artroplastias.com](http://www.artroplastias.com)

**10-11 décembre 2010**

**> Bâle, Suisse**



**LA GIEDA INTER-RACHIS 23<sup>e</sup> Réunion Annuelle Multidisciplinaire**

Hotel Hilton International  
Aeschengraben 31 4051  
Bâle, Suisse

Sous la Présidence du Docteur KAECH, Chur  
Bérénice Lacan  
[lacan.berenice@neuf.fr](mailto:lacan.berenice@neuf.fr)  
05 65 60 30 47 - 06 50 05 06 13  
[www.gieda.net](http://www.gieda.net)

**9-10 juin 2011**

**> Kourgan, Fédération de Russie**

**2<sup>es</sup> Lectures d'ILISAROV**

RNC "VTO" académicien G.A. ILIZAROV,  
6, rue de M. Oulianova, Kourgan  
Prof. Diachkov A.N. +7(3522)454758  
[www.ilizarov.ru](http://www.ilizarov.ru)



[www.sofcot.fr](http://www.sofcot.fr)



**85<sup>e</sup> réunion annuelle de la sofcot**

société française de  
chirurgie orthopédique  
et traumatologique

8-12 novembre 2010 Paris, palais des congrès



2010  
**l'année  
du mouvement**  
bouger, c'est rester libre!  
Les chirurgiens orthopédistes

**16-18 juin 2011**

**> La Baule, France**



**44<sup>e</sup> Congrès de la Société d'Orthopédie de l'Ouest (SOO)**  
Centre ATLANTIA

Jocelyne CORMIER - SOO  
Tél : 06.08.34.46.48  
jocelyne.cormier@wanadoo.fr  
www.soo.com.fr

**21-23 juin 2012**

**> Nantes, France**



**45<sup>e</sup> Congrès de la Société d'Orthopédie de l'Ouest (SOO)**

Jocelyne CORMIER - SOO  
Tél : 06.08.34.46.48  
jocelyne.cormier@wanadoo.fr  
www.soo.com.fr

**20-22 juin 2013**

**> Tours, France**



**46<sup>e</sup> Congrès de la Société d'Orthopédie de l'Ouest (SOO)**  
Centre des Congrès Le VINCI

Jocelyne CORMIER - SOO  
Tél : 06.08.34.46.48  
jocelyne.cormier@wanadoo.fr  
www.soo.com.fr

**17-18 juin 2011**

**> Lyon, France**



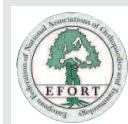
**Congrès annuel de la SOTEST**

Centre de Congrès de Lyon  
Pr P. Simon  
MCO Congrès  
www.sotest.org

voir page 28 >>>

**5 juin 2013**

**> Istanbul, Turquie**



**14<sup>th</sup> EFORT Congress**

Michaela Hofer  
Tel.: +41 (44) 448 44 00  
Fax: +41 (44) 448 44 11  
E-mail: michaela.hofer@efort.org  
www.efort.org

**4-7 juin 2014**

**> Londres, GB**

**15<sup>th</sup> EFORT Congress**



Michaela Hofer  
Tel.: +41 (44) 448 44 00  
Fax: +41 (44) 448 44 11  
E-mail: michaela.hofer@efort.org  
www.efort.org

**7-9 septembre 2011**

**> Prague, Rep. Tchèque**

**SICOT/SIROT 2011  
XXV Triennial World Congress**

**8-11 février 2012**

**> San Francisco, USA**

**American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)**



**23-26 mai 2012**

**> Berlin, Allemagne**

**13<sup>th</sup> EFORT Congress**



Michaela Hofer  
Tel.: +41 (44) 448 44 00  
Fax: +41 (44) 448 44 11  
E-mail: michaela.hofer@efort.org  
www.efort.org

**50% de remise OFFRE ADHÉRENTS SOFCOT**


**1 an d'abonnement à La Revue du Praticien**  
10 numéros par an

**larevuepraticien.fr**

- vidéos de geste technique ;
- interview en ligne ;
- photothèque...

**80€** au lieu de 160€


Pour bénéficier de ce tarif, rendez-vous sur **sofcot.egora.fr**




IV MEETING OF THE INTERNATIONAL  
MEDITERRANEAN SOCIETY OF ORTHOPEDIC SURGERY

**ORTHO MARE NOSTRUM**

BARCELONA - 14th, 15th, 16th October 2010



[www.orthomarenostrum2010.com](http://www.orthomarenostrum2010.com)

Preliminar programme 

IV CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNACIONALE  
DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE DE LA MEDITERRANÉE 

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

**Lieu**  
Hotel Avenida Palace  
Gran Via de les Corts Catalanes, 605 - 607  
08007 Barcelona  

**Secrétariat Technique**  
Torres Pardo  
c/ Nàpols 187, 2<sup>e</sup> 08013 Barcelona  
Tel. 93 246 35 66 . Fax 93 231 79 72  
e-mail: e.torres@torrespardo.com

**Langue**  
Les langues officielles du cours sont l'anglais et le français  
Pas de traduction simultanée sera assurée


**Dates to remember**  
Octobre 12 date limite pour une inscription sans supplement  
Juin 12 date limite pour l'envoi des communications

**Communications**  
Abstracts mai ne seront envoyés via le site officiel: [www.orthomarenostrum2010.com](http://www.orthomarenostrum2010.com)  
Juin 12 date limite pour l'envoi des communications

**Site**  
[www.orthomarenostrum2010.com](http://www.orthomarenostrum2010.com)


**14<sup>e</sup> JOURNEES LYONNAISES  
DE CHIRURGIE DU GENOU**  
**Advanced Course on Knee Arthroplasty**  
**3-D Knee Function**

**LYON 2010**  
**7 - 9 OCTOBER**  
Convention Centre



[www.lyon-genou.com](http://www.lyon-genou.com)

Organisation - 2<sup>e</sup> Congrès  
33, rue du Four à Chartres - 69007 Marseille  
Nataly Revel - nataly.revel@mcccongres.com  
Phone +33 (0)4 37 44 12 90 - Mobile +33 (0)6 46 38 47 03  
Aurore Davy - aurele.davy@mcccongres.com  
Phone +33 (0)4 95 09 38 00 - Fax +33 (0)4 95 09 38 01



**PRELIMINARY PROGRAMME**

**LA 1<sup>ère</sup> DIMENSION : AXE ET STRATÉGIE**  
**THE 1<sup>st</sup> DIMENSION: AXIS AND STRATEGY**

- Axe et controverse : De l'hypocorrection à l'hypercorrection  
**Axis and controversy: From hypo to hyper**
- Axe et résultats : de l'ostéotomie à la prothèse  
**Axis and results: From osteotomy to arthroplasty**
- Axe et allongement / **Axis and lengthening**
- Axe et prothèse unicompartmentale / **Axis and UKA**
- Axe et résultats cliniques / **Axis and clinical results**
- Session interactive / **Interactive session**

**LA 2<sup>ème</sup> DIMENSION : SURFACES**  
**THE 2<sup>nd</sup> DIMENSION: SURFACES**

- Les surfaces de contact / **The contact areas**
- Les surfaces de coupe et la fonction  
**The cut surfaces link to function**
- Les surfaces d'ancrage / **The fixing surfaces**
- La peau... douleurs de surface ou douleurs profondes ?  
**The skin... link to superficial or deep pain?**

**LA 3<sup>ème</sup> DIMENSION : FORMES ET VOLUMES**  
**THE 3<sup>rd</sup> DIMENSION: SHAPES & VOLUMES**

- Anatomie et cinématique : du genou sain à la prothèse  
**Anatomy & kinematics: From native knee to prosthesis**
- Forme & Fonction / **Shape & Function**
- Comment restituer mieux l'anatomie ?  
**How can we improve anatomy restoration?**
- PTG sur genoux déformés / **TKA on deformed knees**

**LA 4<sup>ème</sup> DIMENSION : FONCTION**  
**THE 4<sup>th</sup> DIMENSION: FUNCTION**

- Quelle fonction ? Comment l'évaluer ?  
**The knee function and its assessment**
- Points techniques et résultats fonctionnels  
**Influence of surgery on functional outcomes**
- Quelle fonction pour quel patient ?  
**Knee function in terms of patient characteristics**
- La rééducation fonctionnelle quand et comment ?  
**Functional rehabilitation**

المؤتمر المغاربي الثالث لجراحة اليد



**3<sup>ème</sup> Congrès Maghrébin de Chirurgie de la Main**  
30 septembre, 1 et 2 octobre 2010  
Faculté de Médecine ANNABA  
Université Badji Mokhtar  
**Annaba Algérie**

**programme :**  
\*Conférences  
\*Tables rondes  
\*Communications  
\*Posters

Secrétariat faculté de Médecine  
université BADJI MOKHTAR Annaba - Algérie  
Tél: +213 (0) 38 88 38 94  
Fax : +213 (0) 38 88 40 71  
E-mail:cmcm\_annaba@yahoo.fr

INSTITUT MONTPELLIERAIN DE LA MAIN ET DU MEMBRE SUPERIEUR



**3<sup>èmes</sup> Rencontres de l'IMM**

PALAVAS LES FLOTS - Phare de la Méditerranée.  
**15/16 Octobre 2010**

**LA CEINTURE CLAVICULO-SCAPULAIRE**



**ACTUALITES THERAPEUTIQUES**

- La scapulo-thoracique: articulation sous-estimée: Anatomie-physiologie.
- Les fractures de la clavicule en 2010 et l'ostéosynthèse !!!
- Luxations acromio-claviculaires: Chirurgie et Endoscopie.
- Pathologie de la coiffe des rotateurs et ceinture claviculo-scapulaire.
- Ceinture claviculo-scapulaire du sportif, du musicien instrumentiste.
- Syndrome de la traversée cervico-thoraco-brachiale faut-il opérer ???
- Les Paralysies et les Myopathies.
- Le Syndrome de Parsonage-Turner???
- Chirurgie endoscopique autour de la ceinture claviculo-scapulaire.
- Chirurgie et robotique autour de la ceinture claviculo-scapulaire.

INFORMATIONS / INSCRIPTIONS : SECRETARIAT DU CONGRES : P. Prudhomme  
1133 RUE DES BOUISSES - 34070 - MONTPELLIER - TEL / FAX : 04 67 10 09 36  
Mail : yves.allieu@wanadoo.fr

Seventh SICOT / SIROT  
Annual International Conference  
combined meeting with the  
Swedish Orthopaedic Association (SOF)

31 August - 3 September 2010  
Gothenburg, Sweden





Conference Secretariat:  
SICOT aisbl  
Rue Washington 40 - b.9  
1050 Brussels | Belgium  
Tel.: +32 2 648 68 23  
Fax: +32 2 649 86 01  
E-mail: congress@sicot.org

More information at [www.sicot.org](http://www.sicot.org) / [www.ortopediveckan.se](http://www.ortopediveckan.se) / [www.sirotonline.org](http://www.sirotonline.org)




**SOTEST**  
SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE L'EST

**LYON**  
**17-18 JUIN 2011**

TABLE RONDE : COMPLICATIONS EN ORTHOPÉDIE  
Animée par : MH. FESSY et PH. NEYRET

TABLE RONDE : COMPLICATIONS EN TRAUMATOLOGIE  
Animée par : JC. BEL et P. SIMON

FORUM : INTERVENTION DU CANAL CARPIEN : QUELLES CONSÉQUENCES SOCIOPROFESSIONNELLES ?  
Animé par : V. TRAVERS

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES JUNIORS / SENIORS

INSCRIPTIONS ET SOUMISSIONS EN LIGNE  
**WWW.SOTEST.ORG**

Président du congrès : Pr. Patrick SIMON  
Organisation générale : MCO Congrès camille.voisin@mcocongres.com - [www.mcocongres.com](http://www.mcocongres.com)  
CENTRE DE CONGRÈS DE LYON





SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
D'ARTHROSCOPIE

[www.sofarthro.org](http://www.sofarthro.org)

# CONGRES ANNUEL

## Annual Congress

PRÉSIDENT DU CONGRÈS  
François KELBERINE



INVITÉE  
D'HONNEUR  
GRÈCE



**SESSION ORTHORISOQ**  
le mercredi 1er décembre  
**ORTHORISOQ SESSION**  
on the 1st of December

TRADUCTION SIMULTANÉE  
FRANÇAIS / ANGLAIS

SIMULTANEOUS TRANSLATION  
FRENCH / ENGLISH

### SYMPOSIA

**PERTES DE SUBSTANCE CARTILAGINEUSE DU GENOU /  
KNEE CARTILAGE DEFECTS**

*F. Dubrana (Brest), G. Versier (Paris)*

**RAIDEUR DE L'ÉPAULE / SHOULDER STIFFNESS**

*P. Gleyze (Colmar), C. Levigne (Lyon)*

PRÉSIDENT DE LA SFA / SFA PRESIDENT Christophe HULET - CHU de Caen  
avenue de la Côte de nacre - 14033 CAEN Cedex - Phone +33 (0) 2 31 06 46 55 -  
Fax +33 (0) 2 31 06 48 90 - [hulet-c@chu-caen.fr](mailto:hulet-c@chu-caen.fr)

PRÉSIDENT DU CONGRÈS / CONGRESS PRESIDENT François KELBERINE - Polyclinique  
Parc Rambot - Provençale - 13617 AIX EN PROVENCE - Phone +33 (0)4 42 37 50 03 -  
Fax +33 (0)4 42 37 50 05 - [drfk@orange.fr](mailto:drfk@orange.fr)

SECRETARIAT SCIENTIFIQUE / SCIENTIFIC SECRETARY Olivier COURAGE - Hôpital Privé  
de l'Estuaire - Maison Médicale - 505 avenue Irène Joliot Curie - BP 90011 - 76620 LE HAVRE  
[o.courage@wanadoo.fr](mailto:o.courage@wanadoo.fr)

COMITÉ SCIENTIFIQUE - SCIENTIFIC COMMITTEE  
PHILIPPE BOISRENOULT, PHILIPPE COLOMBET, OLIVIER COURAGE, PIERRE-HENRI FLURIN,  
PASCAL GLEYZE, NICOLAS GRAVELEAU, CHRISTOPHE HULET, STÉPHANE PLAWESKI,  
JEAN-FRANÇOIS POTEL, HERVÉ THOMAZEAU, GILBERT VERSIER

# GRAND THÉÂTRE DE PROVENCE AIX-EN-PROVENCE

## les 1, 2, 3 & 4 décembre 2010

ORGANISATION - ORGANIZATION MCO CONGRÈS  
27, rue du Four à Chaux 13007 Marseille France - Phone: +33 (0)4 95 09 38 00  
Fax +33 (0)4 95 09 38 01 - [viviane.barbarisi@mcocongres.com](mailto:viviane.barbarisi@mcocongres.com) - [www.mcocongres.com](http://www.mcocongres.com)



MCO  
congres

# DKOU 2010

German Congress of Orthopaedics and Trauma Surgery  
Messe/ICC Berlin, October 26–29, 2010

International Programme

ovation **Sicherheit Zuverlässigkeit Innovation**  
on **Sicherheit Zuverlässigkeit Innovation Si**  
cherheit **Zuverlässigkeit Innovation Sicherh**  
eit **Zuverlässigkeit Innovation Sicherheit Zu**  
verlässigkeit **Innovation Sicherheit Zuverlä**  
ssigkeit **Innovation Sicherheit Zuverlässigk**  
eit **Innovation Sicherheit Zuverlässigkeit In**  
novation **Sicherheit Zuverlässigkeit Innovat**  
ion **Sicherheit Zuverlässigkeit Innovation Si**  
cherheit **Zuverlässigkeit Innovation Sicherh**  
eit **Zuverlässigkeit Innovation Sicherheit Z**  
uverlässigkeit **Innovation Sicherheit Zuverl**  
lässigkeit **Innovation Sich**  
erheit **Zuverlässigkeit Inn**  
<http://www.orthopaedie-unfallchirurgie.de>



# ion Sicherheit Zuv

## Contact

**DGU President 2010**  
Univ.-Prof. Dr. med. Norbert Südkamp  
Department of Orthopaedics & Traumatology  
University Hospital, Albert Ludwиг University, Freiburg

**DGU Organisation**  
PD Dr. med. Peter Strohm,  
Dr. med. Thorsten Hammer,  
Dr. med. David Kubosch, Jan Kühle

**DGU Congress Secretariat**  
Ulrike Kuttler, Erika Winterhalter  
Department of Orthopaedics & Traumatology  
University Hospital, Albert Ludwиг University  
Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg, Germany  
phone +49 761 270-2699, fax +49 761 270-2783  
sekretariat.dou@uniklinik-freiburg.de  
www.uniklinik-freiburg.de

**DGU Office**  
Joachim Arndt, Susanne Lehnert, Susanne Herda  
Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstr. 58/59,  
10117 Berlin, Germany  
phone +49 30 2021-5490, fax +49 30 2021-5491  
dgu@unfallchirurgie.de, office@dgu-online.de  
www.dgu-online.de

## BVOU President 2010

**Helmut Mälzer**  
Orthopaedic Surgeon  
Medical office in Berlin

**BVOU Organisation**  
Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer,  
Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller

**BVOU Congress Secretariat/Office**  
Margit Henniger  
Kantstr. 12, 10623 Berlin, Germany  
phone +49 30 7974-4444, fax +49 30 7974-4445  
bvou@bvou.net, www.bvou.net



**Project Management, Congress Office, Exhibition**  
Martin Berndt, Carola Schröder, Lisa Heil, Thomas Miltz  
Intercongress GmbH  
Wilhelmstraße 7, 65185 Wiesbaden, Germany  
phone +49 611 97716-0, fax +49 611 97716-16  
info@intercongress.de  
www.intercongress.de

**Imprint**  
Content: Prof. Dr. N. Südkamp, Dr. D. Frank, H. Mälzer  
Organizer: Intercongress GmbH, Wiesbaden  
Layout: Dr. Mayer Medical Marketing GmbH, Hamburg  
Date of printing: June 2010 (subject to alteration,  
reproduction in the authority of the organiser only)

**DGOOC President 2010**  
Dr. med. Daniel Frank  
Department of Orthopaedics & Traumatology  
St. Remigius Hospital Opladen, Leverkusen

**DGOOC Organisation**  
Dr. med. Carsten Wingenfeld,  
Dr. med. Dariusch Arbab, Dr. med. Marc Kreutz,  
Dr. med. Guido Mayer

**DGOOC Congress Secretariat**  
Peggy Blüthner  
Department of Orthopaedics & Traumatology  
St. Remigius Hospital Opladen  
An St. Remigius 26, 51379 Leverkusen, Germany  
phone +49 2171 40921-90, fax +49 2171 40921-95  
orthopaedie@remigius.de, www.remigius.de

**DGOOC/DGOU Office**  
Timja Hiemlen-Müller, Bettina Müller  
Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstr. 58/59,  
10117 Berlin, Germany  
phone +49 30 847-12131 (DGOOC), +49 30 2021-5480 (DGOU)  
fax +49 30 847-12132 (DGOOC), +49 30 2021-5481 (DGOU)  
info@dgooc.de, office@dgoou.de  
www.dgooc.de, www.dgoou.de

## In Co-operation with

Bone and Joint Decade 2000 - 2010  
www.boneandjointdecade.de

Dutch Orthopaedic Association  
Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)  
www.orthopeden.org

Dutch Orthopaedic Trauma Association  
Nederlandse Vereniging voor Orthopaedische  
Traumatologie (NVOT), www.nvot.nl

Dutch Trauma Association  
Nederlandse Vereniging voor Traumatologie (NVT)  
www.trauma.nl

European Foot and Ankle Society (EFAS)  
www.efas.co.uk

European Society for Trauma and Emergency Surgery  
(ESTES), www.estesonline.org

Société Française de Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique (SOFOT), www.sofot.fr



www.dkou.de





2010  
l'année  
du mouvement

réunion annuelle de la  
**85<sup>e</sup> sofcot**  
société Française  
de chirurgie  
orthopédique et  
traumatologique

8-12 novembre 2010  
Paris, palais des congrès

**bouger, c'est rester libre!**  
Les chirurgiens orthopédistes

## VIDÉO

Vous pouvez désormais  
présenter des vidéos  
même de courte durée  
sous format :

- DVD
- Mpg
- Avi
- DIVX5
- Powerpoint

(vous pouvez également  
intégrer un fichier vidéo dans  
un fichier Powerpoint en y  
ajoutant vos commentaires)

**N.B.:** la vidéothèque fonctionnera du lundi 8 novembre  
14h00 au jeudi 11 novembre 18h00.  
Nous faire parvenir **UNE COPIE** de votre vidéo ou bande  
originale **avant le 30 septembre 2010**.  
Elle sera conservée par la vidéothèque de la SOFCOT.

TITRE .....

AUTEUR(S) .....

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

**À retourner avant le 30 septembre 2010 à  
SOFOT - 56 rue Boissonade - 75014 PARIS**

## Petit lexique et obligations des établissements de santé à l'usage des orthopédistes

Par Jacques Caton, Président de l'AOT

### Les établissements de santé doivent rendre publics des critères d'évaluation sanitaire

En effet, l'Arrêté du 30 décembre 2009 fixe les conditions dans lesquelles ces établissements doivent mettre, chaque année, à la disposition du public les résultats publiés des indicateurs de santé et de sécurité des soins.

Par ailleurs, des pénalités sont prévues pour les mauvais élèves qui ne le feraient pas, avec une pénalité financière qui est limitée à 0,1 % des recettes totales d'assurance maladie de l'année de la mise en demeure, ce qui n'est pas nul.

Ces indicateurs sont les suivants :

- 1 ICALIN (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales)

- 2 ICSHA (indice de consommation de produits hydro-alcooliques) ;
- 3 SURVISO (indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire) ;
- 4 ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques) ;
- 5 Un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs ;
- 6 Tenue du dossier patient ;
- 7 Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ;
- 8 Traçabilité de l'évaluation de la douleur ;
- 9 Dépistage des troubles nutritionnels ;
- 10 Tenue du dossier anesthésique.

Les références de ce décret : Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 paru au J.O. Lois et décrets n° 303 du 31 décembre 2009, 4 p.)



Bulletin des Orthopédistes Francophones  
organe de liaison édité par la SOFCOT



www.sofcot.fr

### Tarifs de publicité 2010



Le BOF est édité 4 fois par an et distribué à l'ensemble des chirurgiens orthopédistes francophones français et étrangers. Le tirage est de 2 800 exemplaires. Il constitue le lien privilégié avec les chirurgiens orthopédistes.

#### Tarifs

- ½ page : 400 €
- 1 page : 800 €
- Dernière de couverture : + 10 %  
(1 page : 880 € ; ½ page : 440 €)

#### Formats

page 210 x 297	1/2 page largeur 175 x 125	1/2 page hauteur 85 x 265
-------------------	----------------------------------	---------------------------------



#### Spécifications techniques

PDF haute définition 300 DPI,  
polices incorporées  
Pour la page entière :  
5 mm de fond perdu avec traits de coupe

SOFCOT, 56 rue Boissonnade - 75014 PARIS - France • Tél. : 01 43 22 47 54 - Fax : 01 43 22 46 70 - e-mail : sofcot@sofcot.fr - www.sofcot.fr



www.sofcot.fr



# 85<sup>e</sup> réunion annuelle de la sofcot

société Française de chirurgie orthopédique et traumatologique

8-12 novembre 2010 Paris, palais des congrès



© Succession H. Matise

2010  
l'année  
du mouvement  
bouger, c'est rester libre !  
Les chirurgiens orthopédistes

## Lundi 8 novembre

### Conférences d'enseignement

- Les luxations anciennes de l'épaule - *Eric Vandenbussche (Paris)*
- Les fractures anciennes du scapuloïde - *Dominique Le Nen (Brest)*
- Ostéosynthèse des fractures récentes de l'extrémité inférieure de l'adulte - *Laurent Obert (Besançon)*
- La chirurgie antérieure dans les fractures récentes du rachis thoraco-lombaire - *Jérôme Allain (Créteil)*
- La prothèse unicompartimentaire : indications et techniques - *Gérard Deschamps (Dracy-le-Fort)*
- Prothèses totales de cheville - *Thibaut Leemrijse (Bruxelles)*
- La fixation acétabulaire sans ciment des prothèses totales de hanche - *Philippe Tricot (Rennes)*
- Sténoses canalaire dans les déformations rachidiennes de l'adulte - *Norbert Passuti (Nantes)*
- Courbure et pseudarthrose congénitale de jambe - *Stéphanie Pannier (Paris)*
- Données actuelles en rhumatologie pédiatrique - *Thierry Odent (Paris)*
- Neuropédiatrie à l'usage de l'orthopédiste (examen, principes thérapeutiques) - *Jérôme Cottalorda (Montpellier)*
- Traumatismes ostéo-articulaires de la main de l'enfant - *Franck Fitoussi (Paris)*
- La prévention thrombo-embolique en chirurgie, orthopédie et traumatologie - *Alain Sautet (Paris)*
- Le couple céramique-céramique dans les arthroplasties totales de hanche - *Pascal Bizot (Angers)*
- La prise en charge médicale après fracture ostéoporotique - *Philippe Orcel (Paris)*
- Activités physiques et sportives et prothèses de hanche et du genou - *Jean-Noël Argenson (Marseille)*
- Techniques d'arthrolyse chirurgicale et arthroscopique dans les raideurs post-traumatiques du coude - *Thierry Judet (Garches)*
- Techniques des sutures méniscales - *Peter Verdonk (Gand)*
- Technique de réparation du cartilage du genou par plastie du cartilage en mosaïque - *Henri Robert (Mayenne)*
- Technique de correction du pectus excavatum chez l'enfant et l'adolescent par l'opération de NUSS - *Jean-Luc Jouve (Marseille)*

### Table ronde

Sport et vieillissement articularaire avec arthrose précoce et conflit antérieur de la hanche  
*Directeurs : Nicolas Bonin (Lyon), Frédéric Laude (Paris)*

### Communications particulières

#### Séance Professionnelle

Discussion de dossiers - Genou / Traumatologie Infantile / Pédiatrie

SOFROT (Société Française de Recherche Orthopédique et Traumatologique)

## Secrétariats

### Scientifique

#### SOFCOT

56, rue Boissonade  
75014 PARIS  
Tél : 01 43 22 47 54  
Fax : 01 43 22 46 70  
e.mail : sofcot@sofcot.fr

### Administratif

#### COLLOQUIUM - 85<sup>e</sup> SOFCOT

12, rue de la Croix-Faubin  
75557 PARIS cedex 11  
Tél : 01 44 64 15 15  
Fax : 01 44 64 15 16  
e.mail : sofcot@clq-group.com

## Mardi 9 novembre

- **Forum EFORT** - Quels sports avec une prothèse articulaire du membre inférieur ?  
*Pierre Hoffmeyer (Genève), Philippe Neyret (Lyon)*
- **Quoi de neuf en chirurgie de la main**  
*Directeurs : Christian Dumontier (Paris), Caroline Leclerc (Paris)*
- **Communications particulières**
- **Evaluation des Pratiques Professionnelle (EPP)**
- **Communications du Cercle Nicolas Andry**  
*Frédéric Dubrana (Brest), Alain-Charles Masquelet (Paris)*
- **Forum SICOT Rachis** - *Directeurs : Richard Assaker (Lille), Cody Bünger (Aarhus, Danemark), Thierry David (Bois-Bernard), John C.Y. Leong (Hong-Kong)*
- **Faut-il un laboratoire de marche pour traiter un enfant ou un adolescent IMC ?** *Carole Berard (Lyon), Claude Karger (Strasbourg)*
- **Symposium** - Perte de substance osseuse en traumatologie  
*Directeurs : Jérôme Sales de Gauzy (Toulouse), Alain-Charles Masquelet (Paris)*
- **Discussion de dossiers** - Traumatologie membre supérieur / Tumeurs - Épaule / Coude
- **Forum Grand Public** - Football et chirurgie orthopédique

## Mercredi 10 novembre

### Journée des Spécialités

- **AFCP** (Association Française de Chirurgie du Pied)
- **GETRAM** (Groupe d'Étude en Traumatologie)
- **GSF-GETO** (Groupe Sarcome Français/Groupe d'Étude des Tumeurs Osseuses)
- **SFCR** (Société Française de Chirurgie du Rachis)
- **SFHG** (Société Française de la Hanche et du Genou)
- **SOFEC** (Société Française de l'Épaule et du Coude)

■ **Programme des infirmier(e)s** de Bloc Opératoire

## Jeudi 11 novembre

- **L'orthopédie au Japon** - *Jacques Caton (Lyon), Akira Kobayashi (Fukuoka, Japon), Alain Durandeu (Bordeaux), Kasuo Kaneko (Shizuoka, Japon), Hirotsugu Ohashi (Osaka, Japon)*
- **Table ronde** - Société de Biomécanique / SOFAMEA - *Laurence Chèze (Lyon), Michel Jacquemier (Marseille), Norbert Passuti (Nantes), Patricia Thoreux (Bobigny)*
- **Communications particulières**
- **Sociétés de Spécialité**  
**SOFOP** (Société Française d'Orthopédie Pédiatrique)  
**CAOS** (Société Française pour le développement de la Chirurgie Assistée par Ordinateur en Orthopédie)
- **Discussion de dossiers** - Cheville-pied / Hanche - Rachis / Main
- **Journée des kinésithérapeutes**
- **Tables rondes** - Le genou oublié existe-t-il après une prothèse ?  
*Jean-Noël Argenson (Marseille), Michel Bercovy (Melun)*  
Géronto-traumatologie, une nouvelle spécialité ? *Directeur : Jacques Caton (Lyon)*
- **CJO et SOFCOT** - Les lauréats du DESC
- **Symposium** - Traitement de l'arthrose tibio-tarsienne - *Directeur : Thierry Judet (Paris)*
- **Quoi de neuf en rhumatologie** : pathologie articulaire pédiatrique et adulte ?  
Les nouvelles molécules qui redonnent de l'autonomie aux patients  
*Isabelle Koné (Paris), Alain Cantagrel (Toulouse), Thomas Bardin (Paris)*

## Vendredi 12 novembre

- **ORTHORISQ** - Journée accréditation des médecins  
Réservé aux membres d'ORTHORISQ

Inscriptions en ligne : [www.sofcot.fr](http://www.sofcot.fr)