



bof infos

Bulletin des Orthopédistes Francophones
organe de liaison édité par la SOFCOT

2010
l'année
du mouvement

sommaire

éditorial	1
année du mouvement	
Forum de L'Académie Nationale de Médecine	2-11
Fête du Mouvement	11-15
comptes rendus	
Quand la Chine s'éveille a la santé	18
Rapport de stage au CHU de Nice	20
Rapport de voyage d'études, Service de chirurgie de la main et de microchirurgie de Florence, Italie	21
réunions scientifiques	23
congrès 2010	
Coupon de présentation vidéo	33
Le Japon, invité d'honneur du 85 ^e Congrès de la SOFCOT ..	34
Programme du congrès	36

bouger, c'est rester libre!

Les chirurgiens orthopédistes

éditorial

Par **Jacques CATON**,
Président de l'AOT
et Coordonateur de la fête du mouvement

Après la séance à l'Académie de Médecine, le mercredi 9 juin 2010 organisée conjointement avec la SOFCOT, la journée nationale du mouvement a eu lieu le mercredi 16 juin.

Un certain nombre de manifestations se sont produites dans toute la France, afin de faire un lien entre les patients, les politiques et les chirurgiens orthopédistes et traumatologues sur ce sujet par l'intermédiaire et avec la presse quotidienne régionale ou nationale. Cette journée a été un véritable succès. Tous les organisateurs de manifestations qu'il s'agisse des plus grandes villes comme Paris, Lyon, Marseille ou de la plus petite des bourgades, comme Les Vans, en Ardèche, patrie de L. OLLIER, en passant par Cavaillon, Aix-en-Provence, Epernay, ont suscité un engouement particulier et ceci aussi bien de la part des patients que des chirurgiens orthopédistes qui les avaient organisées. Cette fête du mouvement a également eu lieu au centre de Kurgan, en Russie.

Il est indispensable pour le développement médiatique de notre spécialité que la communication afférente à cette journée nationale du mouvement persiste et soit renouvelée, bien évidemment, sous le contrôle de la SOFCOT, pour le plus grand plaisir de ses membres et pour une meilleure visibilité de notre spécialité au travers de la population.

Vive la fête du mouvement qui, tout en bougeant, nous permet de rester libre et rendez-vous pour la prochaine fête du mouvement, le 8 juin 2011...



Forum de L'Académie Nationale de Médecine

Journée du mouvement - 9 juin 2010

Programme

Modérateurs :
Jacques CATON, Gérard BOLLINI

Introduction

- Gérard BOLLINI : Handicap et mouvement
- Alain-Charles MASQUELET : Le mouvement : une question philosophique ?

Historique

- Jacques CATON : D'Etienne-Jules MAREY à Eadweard J. MUYBRIDGE, en passant par Léopold OLLIER

Le corps en mouvement

- Georges PENNECOT : Analyse et compréhension du mouvement
- Patricia THOREUX : Sport, activités physiques et mouvement

Le mouvement limité

- Odile BOESPLUG-TANGUY : Développement neuro moteur et immobilité fœtale
- Alain-Charles MASQUELET : La chirurgie du membre supérieur à l'ordre du vieillissement
- Richard TREVES : Vieillesse du rachis et des membres inférieurs et fonction du membre inférieur

Le mouvement restauré : conséquences psychologiques, économiques et sociales

- Christian GARREAU DE LOUBRESSE : Traumatologie et ses séquelles
- Jean-Pierre COURPIED : Les prothèses articulaires
- Jean-Hervé LORENZI (Economiste) : Crise et économie de la santé
- Alain AMEDEO (Architecte) : La maison intelligente au service du mouvement

Le mouvement en lutte contre le handicap

- Annie BAROIS : chez l'enfant
- Michel GUILLAUMAT : chez l'adulte

Conclusion

- Jean-Félix DUBOUSSET : Recherche et voies du futur

HANDICAP ET MOUVEMENT

Résumé

Professeur Gérard BOLLINI
Président de la SOFCOT
CHU La Timone - Marseille

La SOFCOT a placé l'année 2010 sous le signe du mouvement. Nous allons essayer autour des présentations qui vont suivre, de décliner le mouvement des plus jeunes aux seniors, des valides aux handicapés. J'introduirai cette déclinaison en mettant d'abord en perspective mouvement et handicap.

Il est intéressant de suivre la notion moderne de handicap autour des lois et classifications en mettant en parallèle les évolutions nationales et internationales.

Les premières lois nationales ont été promulguées en réponse aux problèmes posés par les grands invalides (de guerre) des deux guerres mondiales. Ainsi, la première guerre mondiale et ses conséquences humaines ont été à l'origine des premières lois sur l'obligation d'emploi d'abord des militaires, puis plus tard, des handicapés. Un premier office national des mutilés de guerre a vu le jour en 1918. La seconde guerre mondiale a donné naissance à la reconnaissance d'un droit à une allocation de compensation pour les grands infirmes. Les lois des « Trente glorieuses » ont vu un passage progressif comme ayants droit de ces lois, des militaires aux civils, des handicapés de guerre aux handicapés par accident du travail ou maladie professionnelle.

La grande loi d'orientation de 1975 a conféré, au nom d'une « obligation nationale », des

droits généraux et un statut distinctif à la personne déclarée handicapée... mais sans véritable définition de ce qu'était une personne handicapée, cette définition étant laissée à la discrétion des commissions départementales. Chaque année ensuite, de 1989 à 1992, une nouvelle loi s'intéressant à un aspect particulier de la personne handicapée sera promulguée (éducation, lutte contre la discrimination, accessibilité des locaux, obligation de reclassement). C'est dans la loi de 2005 qu'une définition du handicap sera donnée : « *Constitue un handicap (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitive ou psychique, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Parallèlement, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), seront créées ainsi que la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Mais cette évolution nationale de la reconnaissance de la personne handicapée n'a pas suivi l'évolution qui se déroulait, pendant la même période, au plan international. Déjà, les Nations Unies avaient, dès 1975, proposé une définition, certes imparfaite, des personnes handicapées mais ceci constituait un premier pas. Puis, était apparue, en 1980, la première classification internationale des altérations, invalidité et handicaps. Cette classification distinguait la déficience, l'incapacité et le désavantage.

Mais c'était une classification basée sur un modèle individuel du handicap où l'expérience sociale négative vécue par la personne handicapée était considérée comme étant la conséquence directe et inéluctable des caractéristiques de l'individu. C'est pourquoi un courant anthropologique considérant que le handicap n'était autre que la résultante de la confrontation d'un être humain, avec ses

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 - www.sofcot.fr

capacités et son environnement, avec ses exigences, voyait le jour, conduisant à la nouvelle classification internationale de 2001. Dans cette dernière, deux parties distinguaient fonctionnement et handicap d'une part, et facteur contextuel d'autre part, que le contexte soit personnel ou environnemental.

Dans l'interaction entre personne handicapée et environnement, deux notions reviennent : l'autonomie et l'indépendance. Une personne est autonome quand elle décide elle-même de l'organisation de sa vie. Elle est indépendante si elle a la possibilité de faire seule ou, si nécessaire, avec une assistance instrumentale, ce qu'elle a décidé de faire de façon autonome. L'indépendance vient du mouvement, que ce mouvement soit celui d'un doigt ou d'un oeil, peu importe ce seul mouvement peut suffire à commander son environnement. C'est ce mouvement, si minime soit-il, qu'il faut chercher à entretenir et développer. Les progrès technologiques sont tels que ce mouvement peut permettre à un handicapé de communiquer, d'animer son habitat grâce à la domotique. En extrapolant aux moyens de transport, aux lieux de vie professionnels et sociaux, on pourrait imaginer, sinon faire disparaître, du moins atténuer fortement, ce que le facteur contextuel rajoute au handicap. La limitation essentielle en est le coût, mais en même temps, ces développements représentent un fantastique enjeu sociétal et économique.

LE MOUVEMENT : UNE QUESTION PHILOSOPHIQUE ?

Résumé

**Professeur
Alain-Charles MASQUELET
Hôpital Avicenne - Université Paris XIII**

Dès la plus haute Antiquité, la mobilité des corps célestes et des objets terrestres a soulevé le problème de la production, de la nature du mouvement et a nourri les controverses de ce qu'on appelait la « philosophie naturelle ».

Réfutant tout essentialisme, la science moderne s'est édifiée sur la formalisation mathématique des phénomènes grâce aux travaux des penseurs du XVII^{ème} siècle, de Galilée à Newton. Le mouvement maîtrisé des corps mobiles fait désormais partie de notre vie courante.

Cependant, l'interrogation demeure très vive quand il s'agit de relier, chez l'Homme, mouvement volontaire et conscience d'être. C'est en refusant la référence à une conscience constituante pour lui substituer une conscience intentionnelle, laquelle n'apparaît qu'en étant déjà en prise dans un rapport avec le monde, que la phénoménologie fait du corps en mouvement un principe de méthode. Dans la filiation discrète qui relie Bergson et Merleau-Ponty, la phénoménologie comme mouvement philosophique fait actuellement l'objet d'une réévaluation par sa confrontation avec les neurosciences cognitives. L'unité somatopsychique, même si c'est une fiction descriptive, est désormais un postulat pour éclairer les relations entre corps et sujet psychique.

Les notions de schéma corporel, d'image du corps, de perception dynamique, participent de cette approche renouvelée qui fait du corps en mouvement un champ d'analyse de la connaissance de soi et de la relation aux autres et au monde. En outre, les avancées des sciences cognitives s'accordent à reconnaître que l'épigénèse et la plasticité du cerveau reposent sur l'interaction du corps et de l'environnement. Le corps, à travers sa mobilité et au-delà de la traditionnelle opposition à l'esprit, est ainsi devenu objet et enjeu pour la philosophie.

L'HISTOIRE DU MOUVEMENT AU 19^{ème} SIÈCLE

d'Etienne Jules Marey (1830) et Edouard J. Muybridge à Leopold Ollier
Résumé

**Docteur Jacques CATON
Président de l'AOT
Clinique Emilie de Vialar - Lyon**

Le mouvement qui redonne de l'autonomie est la caractéristique de notre spécialité, la biomécanique moderne en étant une illustration. Mais encore faut-il appréhender le mouvement et les postures qui en découlent « dans le cadre d'un double système de force qui relève à la fois des lois de la mécanique et du fonctionnement d'un système biologique » ainsi que l'a démontré Yvon Brénière, physiologiste du mouvement, en 1992. Ces forces peuvent être étudiées au travers de différents paramètres (vitesse, accélération, etc...) et sont caractéristiques du mouvement qu'elles induisent.

Ce sont un médecin physiologiste français, Etienne Jules Marey (1830-1904) et un photographe américain, d'origine irlandaise, Edouard J. Muybridge (1830 – 1904) à qui l'on doit les travaux inaugurant ce domaine. En effet, en photo, un élément qui bouge est flou et pour éviter ce flou et étudier la décomposition du mouvement, il faut augmenter la rapidité des prises de vue, donc améliorer les supports, la luminosité et la qualité des optiques pour avoir une transparence plus complète.

Le cinéma, avec les frères Lumière, n'arrivera que 20 ans après Marey et Muybridge, qui ne voulaient pas inventer le cinéma mais comprendre comment les mouvements s'organisent à travers la photo.

Une compétition que ces deux auteurs n'avaient pas voulue, et qui est à l'origine de ce développement. En effet, Edouard Muybridge est embauché par un milliardaire américain qui possédait des haras et qui avait été choqué par les déclarations d'Etienne Jules Marey sur l'appui des chevaux. Pour lui, un cheval au galop avait toujours une patte en appui contrairement à la représentation de la peinture. L'éleveur de chevaux avait demandé à Muybridge de démontrer que cette assertion était fautive et qu'un cheval au galop pouvait avoir les quatre fers en l'air. Pour cela, Muybridge décomposa le mouvement de l'individu ou de l'animal grâce à différents appareils reliés par un fil. Chaque fois que le fil était rompu par le mouvement, cela déclenchait une photo. Etienne Jules Marey inventa lui, le fusil photographique avec un seul appareil, puis sophistiqua le système avec une chambre fixe et une grande manivelle faisant tourner un disque à 10 fenêtres donnant, chaque seconde, dix tours et pouvant atteindre cent images par seconde ; une fréquence de 10 à 20 images étant suffisante.

Les travaux actuels sur l'enregistrement du mouvement dans les laboratoires de la marche sont peu différents du système encore plus sophistiqué qu'Etienne Jules Marey avait développé : en effet, Marey avait habillé les sujets en noir et les faisait marcher ou courir avec des repères blancs sur chaque membre et au niveau de chaque articulation. Tous ces travaux ont eu une répercussion sur la peinture et la philosophie car, au même moment, Bergson écrivait son essai sur le temps, la durée et l'espace, en 1889 et tout laisse à penser que le nu descendant l'escalier de Marcel Duchamp de 1912 a été également inspiré des travaux de Marey.

À la même époque, c'est un chirurgien français, travaillant à Lyon, Leopold Ollier (1830-1900) qui, poursuivant les travaux d'un autre chirurgien de l'Hôtel Dieu à Lyon, Amédée Bonnet, met en place les concepts d'une véritable chirurgie du mouvement et prépare le terrain pour les futures prothèses articulaires, ceci grâce à ses travaux expérimentaux sur la régénération osseuse (1867 - traité expérimental et clinique de la régénération osseuse et de la production artificielle des tissus osseux) et sur les résections osseuses sous-périostées (1885).

C'est au cours de la guerre de 1870, durant laquelle il avait présidé la première ambulance lyonnaise des médecins civils pour les blessés militaires, que Leopold Ollier abandonne l'amputation systématique des membres dans les cas de plaies pénétrantes articulaires et de fractures comminutives, réalisant des résections sous-périostées, ceci permettant aux blessés, non seulement de conserver leurs membres, mais également de reprendre leur travail, alors qu'un grand nombre d'amputés succombait à l'infection. Il faut rappeler qu'à cette époque cette chirurgie réparatrice n'était pas encore entrée dans les mœurs. En 1872, au retour de la guerre, Leopold Ollier rapporte son expérience au Congrès Médical de France, sur huit résections sous-périostées et en particulier les résections du coude et de la diaphyse humérale, ce qui permet aux patients, ainsi traités, de récupérer une mobilité et une force du membre. Leopold Ollier s'attaqua ensuite à toutes les articulations, coude, épaule, poignet, hanche, genou et cheville. Ces résections arthroplastiques ont fait le lit de la chirurgie prothétique, et par la même, ont rendu, par l'indolence et le mouvement, l'autonomie à nos patients qui en étaient privés.

DESCRIPTION ET QUANTIFICATION DU MOUVEMENT

Initialement, le mouvement n'était analysé que par l'impression visuelle que l'on en avait. C'est encore ce qui se passe dans nos salles de consultation. Les données sont alors le plus souvent incomplètes et imprécises, d'autant plus qu'il est impossible d'avoir une vue simultanée du sujet de face et de profil. La vitesse du mouvement rend sa description d'autant plus difficile. Ce premier écueil a été levé grâce aux travaux de Marey en France (1830 - 1904) et de Muybridge aux Etats Unis (1830-1904). Le cinéma puis la vidéo ont permis ensuite une description plus précise. Mais quantifier le mouvement restait très imprécis même si des reconstructions graphiques images après images permettaient de reconstituer les amplitudes du mouvement au cours d'un temps donné. Les progrès de l'informatique et des moyens de repérage, à des instants successifs et rapprochés, des différents capteurs répartis sur les segments de membre, ont permis d'aboutir à la possibilité d'une représentation exacte des amplitudes du mouvement dans les trois plans de l'espace. Cette technique toujours en amélioration est utilisée maintenant dans nos laboratoires mais également et de façon beaucoup plus poussée dans l'industrie cinématographique. Actuellement, les données cinématiques enregistrées sont extrêmement précises et permettent une description parfaite du mouvement, tant dans son amplitude que dans sa vitesse. Il existe, certes, d'autres moyens moins sophistiqués, mais ils ne concernent que des données incomplètes ne pouvant permettre une description globale du mouvement. Remarquons que, pour la marche, il est possible de définir une norme car il s'agit d'un mouvement répétitif, par contre, pour étudier les mouvements du membre supérieur, il est nécessaire d'étudier des tâches bien définies pour pouvoir comparer les données recueillies avec des normes.

Les plus simples à analyser sont les **forces externes** grâce à l'apport des données des plates-formes de force. Celles-ci vont permettre de définir un Vecteur Force de Réaction au sol (VFR). Sa position et son intensité par rapport aux centres de rotation articulaire, détermine des moments permettant d'expliquer les mouvements articulaires dans les 3 plans de l'espace. Curieusement, ce sont ces données qui pendant longtemps ont été totalement méconnues par les cliniciens. Ainsi la position du vecteur, en avant du centre de rotation du genou, en milieu de phase d'appui, explique pourquoi, au cours de la marche normale, le quadriceps n'a pas besoin de se contracter pour maintenir le genou en extension.

Les **forces internes** sont actuellement impossibles à décrire de façon précise. Dans l'état de nos connaissances, il n'est pas possible de connaître à un instant « t » la force développée par un muscle. Les données de l'électromyogramme dynamique (EMG) permettent de savoir si le muscle est actif ou non, mais ne permettent pas de connaître la force qu'il développe. Il s'agit là d'un challenge qu'il faudra résoudre pour aboutir à la possibilité d'une modélisation parfaite et complète du mouvement. Des représentations graphiques sophistiquées comme le kinégramme animé permettent de reconstituer le squelette et les muscles en mouvement avec des modifications de couleur des muscles en fonction de l'intensité de leur activité électrique et la position et l'intensité du VFR. Lorsque nous serons capables de connaître la force développée par un muscle à un instant donné, il sera alors possible d'obtenir une modélisation parfaite. Celle-ci permettra alors de prévoir de façon précise les résultats d'une intervention orthopédique chez le sujet étudié.

MOYENS D'ANALYSE ET DE COMPRÉHENSION DU MOUVEMENT

Résumé

Professeur
Georges-François PENNECOT
Hôpital Robert Debré - Paris

L'approche du mouvement comporte deux aspects :

- sa **description** précise et sa quantification,
- sa **compréhension**, c'est à dire l'analyse des phénomènes physiques expliquant la genèse du mouvement.

COMPRÉHENSION DU MOUVEMENT : ANALYSE DES PHÉNOMÈNES PHYSIQUES EXPLIQUANT SA GENÈSE

Décrire le mouvement est certes utile mais insuffisant. Il faut également pouvoir comprendre pourquoi le mouvement se produit. Il faut donc pouvoir analyser les forces mises en jeu pour mobiliser une articulation à un instant « t ». Comme pour tout ensemble d'éléments physiques, ces forces se décomposent :

- en **forces internes** (les muscles et les formations capsulo ligamentaires).
- en **forces externes** (la pesanteur et les forces dynamiques liées à la masse et à la vitesse des segments de membre).

SPORT, ACTIVITÉS PHYSIQUES ET MOUVEMENT

Résumé

Professeur Patricia THOREUX
Hôpital Avicenne - Université Paris XIII

Les termes « Sport et Mouvement » évoquent souvent en premier lieu la **performance sportive** exceptionnelle associée à un mouvement parfait (Nadia Comaneci en gymnastique) ou à un exploit

chronométrique (athlétisme, natation). La médiatisation des grands événements sportifs, Jeux Olympiques en particulier, ainsi que le tremplin social et financier représenté par l'obtention d'une médaille, ont contribué au développement des outils de recherche pour **optimiser cette performance**. Cette dernière repose sur **l'optimisation du geste et des éventuels matériels utilisés** (combinaison en natation, raquette de tennis), tout en gardant à l'esprit que la performance doit être la plus atraumatique possible pour permettre à l'athlète de mener à bien sa carrière.

La pathologie induite par le sport peut se décliner en trois volets : **aiguë, microtraumatique et chronique dégénérative**. La **traumatologie aiguë** peut toucher au même titre que la traumatologie routière, toutes les structures osseuses, ligamentaires (entorses du genou dans tous les sports avec pivot) et musculo tendineuses. Chaque sport a ses spécificités et ses points de faiblesse (rachis cervical et rugby, ligament croisé antérieur et ski, épaule et judo). La **pathologie microtraumatique** correspond à la pathologie induite par une hyper utilisation de l'appareil locomoteur et est spécifique à chaque activité (conflit sous acromial du nageur, fracture de fatigue du scaphoïde tarsien du sauteur en hauteur, tendinite d'Achille du coureur de demi-fond). La **pathologie chronique** correspond essentiellement à l'apparition de lésions dégénératives éventuellement plus précoces et plus prononcées que dans la population générale, pouvant remettre en cause la pratique sportive (cervicarthrose et rugby) ou son imputabilité en cas de pratique sportive professionnelle. Les termes « Sport et Mouvement » doivent aussi être déclinés sous l'angle « Activités Physiques (AP) et Mouvement ». Celles-ci concernent la pratique sportive dans certaines conditions particulières (prothèses de hanche et de genou) où il faut définir les limites autorisées en termes de type d'activité et de niveau de pratique. Elles concernent également l'utilisation des AP comme outil thérapeutique, curatif et préventif, dans un certain nombre de pathologies (cancer, obésité, vieillissement, Alzheimer, ostéoporose....).

Les outils de recherche permettant l'analyse du geste sportif sont nombreux et complémentaires. Ils cherchent à modéliser le geste sportif pour améliorer la performance sans majorer le risque traumatologique, ou même en le diminuant dans la mesure du possible. La pratique optimisée du sport performance ou des activités physiques nécessite une

collaboration étroite entre les entraîneurs et les athlètes, les chercheurs et les cliniciens, ainsi que l'utilisation d'un socle de connaissances communes. Nous illustrerons notre propos par des exemples concrets sur les outils et méthodes de recherche utilisés et des programmes de recherche en cours.

LA CHIRURGIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR À L'ORDRE DU VIEILLISSEMENT

Résumé

**Professeur
Alain-Charles MASQUELET
Hôpital Avicenne - Université Paris XIII**

Organe de la préhension chez l'Homme, le membre pectoral (ou supérieur) n'échappe pas aux phénomènes de dégénérescence et d'usure articulaires et abarticulaires. La complexité mécanique des articulations du membre pectoral rend compte de leur vulnérabilité et de la difficulté d'une modélisation. A ce titre, la notion d'axe mécanique, qui tient une grande place dans la compréhension des lésions du membre pelvien, ne peut s'appliquer au membre pectoral et ne permet pas d'attribuer une causalité unique aux désordres observés. C'est que le membre pectoral, à l'inverse du membre pelvien, est soumis à la fois à des contraintes en traction et en compression, les actions musculaires jouant un rôle considérable dans la stabilité articulaire.

Le remplacement prothétique, initialement porteur de tous les espoirs, ne permet pas de tout résoudre. Certes, les avancées les plus notables concernent actuellement les arthroplasties prothétiques de l'épaule et du coude, en pleine expansion, que ce soit pour la pathologie dégénérative ou en traumatologie. L'ingénieux concept de la prothèse d'épaule inversée permet même de restaurer une fonction acceptable en cas de lésion étendue des muscles de la coiffe des rotateurs. En revanche, force est de constater que les indications d'arthroplasties prothétiques à l'extrémité du membre sont en retrait ; c'est le cas notamment des prothèses de poignet et des prothèses trapézo-métacarpiennes, deux localisations où la tendance est aux arthroèses limitées et aux arthroplasties d'interposition, en raison des complications des implants mécaniques. Par ailleurs, les

promesses de la bio-ingénierie sont encore trop floues pour entrevoir des opérations à visée régénératrice.

VIEILLISSEMENT DU RACHIS ET DES MEMBRES INFÉRIEURS & FONCTIONS DU MEMBRE INFÉRIEUR

Résumé

**Professeur Richard TREVES
CHU Limoges**

UN RACHIS VIEILLI EST :

- soit un **rachis arthrosique**, éventuellement compliqué d'un canal lombaire étroit, d'un **rachis ostéoporotique** ;
- soit un **rachis scoliotique ou cyphotique** ;
- soit un **rachis victime d'une insuffisance musculaire** ;
- ou enfin un **rachis atteint d'une maladie cancéreuse**, qu'elle soit primitive ou métastatique.

Un rachis arthrosique, qui est la manifestation la plus fréquente des rachialgies, est accompagné parfois d'un tableau de canal lombaire étroit, lequel existe de manière préférentielle chez les sujets âgés. La chirurgie de la sténose n'est vraiment pas une chirurgie légère, de par la durée de l'intervention, qui est allongée en cas d'arthrodèse, ainsi que par le saignement per opératoire : 26,5 % des complications sont liées à la chirurgie du canal lombaire étroit (complications cardiaques, thromboemboliques, psychiatriques, infectieuses ou autres). Les résultats fonctionnels ne paraissent pas plus mauvais à court terme chez les sujets âgés par rapport aux sujets plus jeunes. Mais l'amélioration semble moins durable.

Le rachis ostéoporotique du sujet âgé est d'une grande fréquence. Si l'on retient la définition de l'ostéoporose densitométrique, (un T score inférieur à -2,5 écarts types), on estime alors que la population américaine âgée de plus de 70 ans « densitométriquement » est ostéoporotique dans 38,5 % des cas. En France, 50 % des femmes de plus de 70 ans sont ostéoporotiques. En ce qui concerne l'ostéoporose fracturaire aux Etats-Unis, 30 % des femmes entre 70 et 75 ans en sont atteintes.

Au cours de la communication, seront passés en revue les facteurs de risque, surtout chez

les sujets âgés, les facteurs prédictifs et les facteurs associés. Seront abordés aussi, certains autres aspects du vieillissement du rachis et des membres inférieurs : la coxarthrose, la gonarthrose, l'arthrose de cheville, les instabilités des membres inférieurs d'origine rhumatologique ou neurologique.

Les maladies neurologiques chroniques, comme les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, la maladie de Parkinson ou les insuffisances musculaires, ne manquent pas de retentir sur l'instabilité et les troubles de la locomotion.

En conclusion, un rachis qui vieillit est complexe par les causes à rechercher. Les conséquences en sont les douleurs, le handicap, par conséquent une perte progressive ou brutale de l'autonomie des patients, leur dépendance et un retentissement psychologique si difficile à maîtriser, bien qu'une sémiologie bien comprise peut aller de pair avec une thérapeutique médicamenteuse et chirurgicale offrant une amélioration déterminante.

LES SÉQUELLES TRAUMATIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Résumé

Professeur
Christian GARREAU DE LOUBRESSE
Secrétaire Général de la SOFCOT
Hôpital Raymond Poincaré - Garches

Les traumatismes de l'appareil locomoteur surviennent par ordre de fréquence après un accident de « la vie courante », un traumatisme de la route ou un accident professionnel.

Plus de 11 millions de personnes sont victimes d'un accident de la vie courante (AcVC) chaque année. Il en résulte plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations, et près de 20 000 décès annuels, tous âges confondus, soit 4 fois plus que les accidents de la circulation et 20 fois plus que les accidents du travail. Les AcVC sont globalement moins fréquents chez les femmes que chez les hommes. Sur les 4,5 millions d'AcVC avec recours aux urgences, 42 % surviennent chez les femmes. Au-delà de 65 ans, les AcVC deviennent plus nombreux chez les femmes, plus fréquemment au domicile et les chutes représentent 84 % des cas.

Concernant les accidents de la route, entre 1975 et 2001, la baisse moyenne annuelle du nombre des tués est de 2,2 %. En six ans, entre 2002 et 2008, le gain s'élève à - 44,4 % pour les personnes tuées et - 31,8 % pour les personnes blessées. Le gain cumulé depuis 2002 est estimé à 12 000 vies sauvées. Les plus concernés par ce type de traumatisme sont les jeunes hommes. Plus de la moitié des séquelles sont encéphaliques, tandis qu'un tiers concerne les membres inférieurs et un sixième la moelle épinière ou les racines nerveuses. Malgré la baisse observée, sur les deux dernières années de la période d'étude, des accidents corporels de la circulation et de la mortalité en résultant, l'incidence des lésions pour lesquelles des séquelles majeures sont prévues chez les survivants n'a pas baissé. Parmi les séquelles traumatiques, les plus graves et les plus démonstratives sont représentées par les lésions vertébro-médullaires et les amputations des membres. Les données épidémiologiques les plus récentes et complètes des lésions médullaires proviennent de la littérature anglo-saxonne. Aux Etats-Unis, l'incidence annuelle de nouveaux cas de lésion médullaire est de 40/100 000 habitants. En 2008, le nombre de patients vertébro-lésés est approximativement de 259 000 personnes. La catégorie la plus fréquemment rencontrée est celle des tétraplégies incomplètes (30,1 %) suivie des paraplégies complètes (25,6 %), puis des tétraplégies complètes (20,4 %) et enfin des paraplégies incomplètes (18,5 %).

En pathologie pédiatrique, une étude des résidents du Rhône a montré que les lésions après un accident de la route engageant le pronostic vital se situaient à la tête (66 %), puis au thorax (16 %), à l'abdomen (13 %), la colonne vertébrale (4 %), exceptionnellement au membre inférieur, à la face ou en zone externe (brûlure). Chez les survivants, 19 % devaient probablement avoir des séquelles dites mineures ou modérées à un an, 3/1 000 des lésions sérieuses, 3/1 000 des lésions lourdes, dont 2/3 de garçons. Les lésions à l'origine de **séquelles lourdes** étaient toujours cérébrales ou médullaires (para ou tétraplégie). L'incidence annuelle moyenne des lésions à l'origine de séquelles lourdes était de 2/100 000 mineurs. Les lésions susceptibles de laisser des **séquelles dites sérieuses** étaient 2 fois/3 cérébrales, 1 fois/5 au membre inférieur (lésions articulaires graves de la hanche ou du genou). L'incidence annuelle moyenne était de 2/100 000. Les lésions potentiellement à l'origine de **séquelles dites mineures ou**

modérées étaient situées au cerveau (35 %), au membre supérieur (24 %), à la colonne vertébrale (22 %), au membre inférieur (18 %). L'incidence annuelle moyenne de telles lésions était de 29/100 000.

Les séquelles traumatiques de l'appareil locomoteur représentent un problème de santé publique. La prévention doit être l'objectif prioritaire de notre système de santé. Notre spécialité chirurgicale a également le devoir de souligner l'importance et la gravité des lésions traumatiques et de leurs séquelles par les études épidémiologiques, cliniques et socio-économiques.

LES PROTHÈSES ARTICULAIRES

Résumé

Professeur Jean-Pierre COURPIED
Hôpital Cochin - Paris

IL FAUT BIEN RECONNAÎTRE QUE LE MOUVEMENT : C'EST LA VIE !

Les prothèses articulaires visent à remplacer, lorsqu'ils sont altérés, des éléments en mouvement les uns par rapport aux autres. L'altération peut être simplement celle des surfaces de frottement, c'est-à-dire les cartilages articulaires, ou s'étendre au support osseux sous-jacent et aux structures ligamentaires.

Les causes d'altérations articulaires sont multiples : les traumatismes des épiphyses, les malformations comme la luxation congénitale de hanche, les dystrophies comme l'ostéonécrose, les rhumatismes inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde, les tumeurs osseuses ou des parties molles péri articulaires, enfin l'arthrose si fréquente et si invalidante dans le troisième et le quatrième âge.

Après plusieurs essais au cours de la première moitié du 20^{ème} siècle, les premières prothèses réellement utilisées ont été celles de la tête fémorale, notamment celles proposées par Jean et Robert JUDET en 1948. Ce développement a bien sûr été permis par les progrès de l'anesthésie-réanimation et de l'asepsie chirurgicale. Pour la prothèse totale de la hanche, le pas décisif a été franchi par un chirurgien anglais, Sir John CHARNLEY, qui a introduit le couple métal/plastique avec le

principe de basse friction réalisée par une tête métallique de petit diamètre et une cupule en polyéthylène, les deux éléments étant fixés à l'os par du ciment acrylique. De nombreux autres essais ont été faits dans les années 70-80 avec plus ou moins de succès. A partir des années 80, ont été réalisés d'autres couples de frottements pour diminuer les phénomènes d'usure inhérents à tout mouvement mécanique : couple métal/métal, couple céramique/céramique. Cependant, le gold standard pour la prothèse de hanche reste encore le couple métal/plastique imaginé par CHARNLEY. Les pièces prothétiques doivent être fixées à l'os de façon pérenne et cela se fait soit avec du ciment acrylique qui va permettre un ajustage parfait entre prothèse et os, soit en recherchant une fixation directe par réhabilitation osseuse de la surface de l'implant.

Quelles articulations sait-on remplacer aujourd'hui ? Presque toutes, avec par ordre de fréquence la hanche, le genou, l'épaule, le coude, la cheville, le poignet et les articulations des doigts. Il y a bien sûr des complications possibles à cette chirurgie. On sait que l'infection, heureusement très rare, puisqu'elle concerne moins de 1 % des prothèses de hanche et 1 à 2 % des prothèses de genou, est une complication redoutable. Il y a des complications propres au système prothétique : l'instabilité par défaut des structures péri-articulaires musculaires ou ligamentaires ou par malposition prothétique, le descellement, c'est-à-dire la perte de fixation au support osseux, ce qui rend l'articulation douloureuse et nécessite une reprise chirurgicale, et bien sûr, comme dans tout système mécanique, l'usure, sur laquelle il faut insister car malgré les progrès technologiques c'est la cause principale de fin de vie des prothèses. Mais les résultats sont globalement très satisfaisants, expliquant la croissance considérable des remplacements articulaires. Ainsi, il s'est fait en France en 2008, 144 000 arthroplasties de la hanche et 74 000 du genou. Les résultats à plus long terme sont surtout connus pour la hanche puisque cette articulation a été la première remplacée régulièrement à partir des années 1970. Toutes les publications montrent qu'environ 80 % des prothèses de hanche de type Charnley sont encore en place à 20 ans de leur réalisation. Initialement, l'appréciation du résultat des prothèses articulaires se faisait avec des scores objectifs notant le niveau d'indolence, les amplitudes articulaires et par exemple, la qualité de la marche. On y ajoute maintenant l'appréciation du rôle dans la

qualité de vie, ce qui montre justement combien l'amélioration articulaire joue un grand rôle dans cette qualité de la vie quotidienne.

En conclusion, il faut dire que le développement des prothèses articulaires a été une vraie révolution dans le traitement de la pathologie de l'appareil locomoteur permettant d'améliorer considérablement l'autonomie quotidienne et souvent de retrouver une vie normale. Mais des progrès sont encore à faire : il nous faut des prothèses inusables ou tout au moins des systèmes dont l'usure n'aurait pas de conséquence nocive afin d'atteindre ce but très important : une prothèse pour la vie. Il nous faudrait pouvoir régénérer le tissu musculaire péri-articulaire peut-être par le biais de la thérapie cellulaire. Tout ceci se fera en poursuivant encore et toujours l'activité de recherche tant clinique que fondamentale.

CRISE ET ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Résumé

Jean-Hervé LORENZI
Economiste
Paris

1. Le sujet évoqué, est en réalité un des plus vieux thèmes non résolu par l'économie politique qui est celui du travail productif. Les dépenses de santé sont essentiellement appréhendées comme une charge à maîtriser, dans le cadre de la réduction des dépenses publiques.

2. Or la question non résolue est celle du caractère positif pour la croissance des dépenses de santé. S'il fallait le résumer, est ce qu'un euro des dépenses de santé peut produire un peu plus d'un euro de PIB marchand ?

3. Tout cela prend une ampleur particulière dans le cadre d'une crise, car cette crise, comme on va le constater, va modifier de manière très significative la structure de production, de consommation, de financement principalement dans les pays développés mais également dans les pays émergents qui sont en train de mettre en place des systèmes de sécurité sociale. La réflexion va donc s'accélérer.

4. Si l'on y réfléchit bien, y compris par rapport à l'euro évoqué, il s'agit de savoir si l'on peut trouver un nouvel équilibre offre et demande intégrant des dépenses de santé de manière plus importante.

5. Par rapport à cette problématique, qu'est ce qui nous intéresse dans la crise ?

- C'est que la crise est plutôt devant nous.
- C'est que les politiques économiques menées un peu partout dans le monde ont eu tendance à augmenter les dépenses de santé, puis aujourd'hui à les réfréner, du moins leur financement socialisé.

6. Que nous apprend l'économie ? Il y a un constat et onze conclusions :

6.1 Le constat, c'est la rapidité des dépenses de santé dans le PIB.

Tableau 1 – Part des dépenses totales de santé dans le PIB. Évolution de 1960 à 2006.

Pays	1960	2006	Variation
France	3,8	11,1	+ 7,3
Allemagne*	6	10,6	+ 4,6
Royaume-Uni	3,9	8,4	+ 4,5
Suisse	4,9	11,3	+ 6,4
États-Unis	5,1	15,3	+ 10,2
Japon**	3	8,2	+ 5,2

Source : Eco-santé OCDE, 2008.
*Allemagne : 1970-2006. **Japon : 1960-2005.

6.2 Pour faire des prévisions, il est fondamental de savoir d'où viennent les augmentations prévisibles des dépenses de santé. Nous avons tendance à considérer que le vieillissement c'est-à-dire l'accroissement de la durée de vie est à l'origine de l'augmentation des dépenses de santé. Les économistes montrent que le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur. Pour la zone euro, la part des dépenses de santé dans le PIB devrait passer de 7.7 en 2005 à 12.8 en 2050. Sur ces 5.1, 0.7 sont attribuables aux changements démographiques. En réalité, l'augmentation des dépenses s'accroît sur toutes les tranches d'âges. C'est très important parce que cette croissance n'est pas un processus incontrôlé lié au vieillissement ni d'un progrès technique aveugle, c'est un choix.

6.3 L'impact de ce vieillissement passe essentiellement par le rôle de la promiscuité de la mort. De 2 000 dollars, 12 mois avant le décès, à 8 000 avant le dernier mois et évidemment ceci renforce le poids limité du vieillissement. Ceci aussi renforce l'idée que si la longévité se poursuit, on a peut-être tendance à surestimer les dépenses (Medicare, + 15% en 2020).

6.4 La plupart des pays connaissent une élévation de la longévité qui ne s'accompagne pas d'un temps vécu avec les handicaps. Robert Faugel montre que l'âge moyen d'apparition des principales maladies chroniques a augmenté de dix ans pendant les 90 dernières années, alors que l'espérance de vie n'augmentait que de 6.6 années.

6.5 On a évalué les composantes de la croissance des dépenses de santé. Ce qui est essentiel entre 1992 et 2000 +54 %, +58% dû au changement de pratique, -10 % au changement de morbidité, 3% d'augmentation de la taille de la population, 3% au vieillissement proprement dit. Les changements de pratique, c'est soit le comportement des patients et des médecins, soit l'évolution du progrès technique médical.

6.6 Le progrès technique a deux formes : la substitution du traitement qui permet un gain d'efficacité, la diffusion du traitement qui correspond à une utilisation croissante. Le premier peut croître ou diminuer le coût du traitement mais c'est le second qui fait la hausse du coût de la santé.

6.7 C'est donc pour les prévisions, le changement technologique qui est majeur. Beaucoup de scénarios ont été développés. Si l'on prend un doublement du progrès technique, ce qui est tout à fait envisageable, en 2050 l'Europe des 15 devrait atteindre 19.7 ; pour la France, c'est 14 ou 21.

6.8 Rien ne permet de penser qu'il faudra se restreindre pour financer les soins. Cutler, montre qu'en excluant les dépenses de santé pour les pays de l'OCDE, la consommation devrait augmenter de 150% ou de 100% selon l'hypothèse de progrès technique.

6.9 Il faut maintenant venir aux gains. Comme bien d'autres biens et services pour lesquels n'existent ni marchés ni prix, la santé n'est pas intégrée à la mesure du PIB. En santé publique, l'outil est l'analyse coût-efficacité. Pour cela, on utilise un calcul qui s'appelle la valeur statistique de la vie. Il est basé sur le montant qu'un individu est disposé à payer pour obtenir une diminution de la probabilité de mourir. C'est évidemment très discutable, mais cela donne des idées. Cutler propose d'adopter une valeur de 100 milles dollars par année de vie. Et c'est cela qu'on va comparer. Par exemple, les nouveaux traitements de la crise cardiaque, ont permis entre 1984 et 1998 un gain d'un an, ce qui donne un bénéfice de 78 milles dollars.

6.10 Quel est alors le niveau souhaitable des dépenses de santé ? Hall et Jones font un modèle où le revenu est soit consommé soit pour les dépenses de santé. Pour eux, le niveau des dépenses de santé optimal, est atteint dès que le bénéfice marginal d'une vie sauvée est égal au coût marginal d'une vie sauvée. Ils arrivent environ à 30%.

6.11 Grace aux innovations médicales, nous vivons plus longtemps et en meilleure santé. Evaluée en unité monétaire, les gains en bien-être seraient pour les Etats-Unis de 34% du PIB, c'est-à-dire plus de deux fois les dépenses elles-mêmes.

6.12 Tout cela montre que la santé est un bien supérieur, c'est-à-dire que plus notre revenu augmente, plus vous augmentez votre part de santé, mais c'est aussi un bien efficace. On va dire que la santé est un élément du capital humain. C'est ce que les économistes appellent la croissance endogène. Il est généralement admis que la productivité croît et jusqu'à un certain âge décline à partir de 50 ans. En fait, le pic de productivité se déplace avec l'extension de la durée de la vie. Certains vont même jusqu'à dire que l'impact de la santé joue un rôle tellement déterminant sur la productivité qu'elle est un véritable investissement et qu'elle permet d'envisager sans difficulté l'allongement de la durée du temps de travail.

7. Bien entendu nous n'avons pas parlé de la dépendance qui aujourd'hui représente 1% et pourrait représenter 2% du PIB sur beaucoup de travail non qualifié.

8. On voit donc qu'un équilibre offre-demande, dans une nouvelle configuration post crise est possible d'autant plus que les secteurs en amont, matériel médical et pharmaceutique, sont des secteurs d'activités à fort contenu d'innovation et d'emplois qualifiés. Si l'on considère que la santé est un véritable moteur de la croissance, qu'il doit y avoir augmentation de l'efficacité de l'appareil de production de santé mais pas de rationnement, la question clé est celle du financement. Tant qu'il est totalement socialisé il apparaît comme une charge. S'il est pour partie marchandisé, il apparaît comme un secteur de création de valeur ajouté.

LA MAISON « INTELLIGENTE » AU SERVICE DU MOUVEMENT

Résumé

Alain AMEDEO
Urbaniste - Architecte
Marseille

INTRODUCTION

En France, la mobilité offerte aux personnes à mobilité réduite est réglementée. Au-delà de l'application servile des textes, la norme pourra être prétexte à création. L'occasion d'inventer une plus grande liberté de mouvements, bénéfique à tous. A un moment où à un autre, nous sommes tous des PMR (Personnes à Mobilité Réduite). Les valides se comportant comme des handicapés est un facteur d'intégration. La capacité de mouvements est amoindrie par notre goût de la possession. Au fil de la vie, les objets se multiplient et nous étouffent. Un salutaire « ménage zen » : Le luxe, c'est l'espace. Une méfiance pour les gadgets préservera notre esprit d'autonomie, car l'essentiel réside dans les mentalités. Dominer les textes et créer des envies de bouger.

LA FRANCE EST UN PAYS BIENVEILLANT

L'handicapé, on dit PMR (personne à mobilité réduite), est entouré par un arsenal de règlements, textes, décrets, arrêtés... et autres obligations. C'est du lourd, et des commissions, à très haute vigilance, veillent à l'application pointilleuse des textes. **Cette normalisation est une avancée**, c'est un ensemble réglementaire, constamment complété, qui représente un acquis important. Cela écarte les improvisations et met à disposition de chacun une liste exhaustive de solutions pour le cadre bâti et aussi, désormais, pour les espaces extérieurs.

APPLICATION PROGRESSIVE

Pour la construction neuve, les textes s'appliquent intégralement et sans dérogation, avec une responsabilité pénale des constructeurs. Pour les ouvrages existants, la mise aux normes prend du temps et relève parfois de la mission impossible. Voir l'exemple du métro.

MINIMUM ÉGAL MAXIMUM

Dans la maison, les textes ont défini les dimensions minimales. Dans une salle de bains, par exemple, toutes les côtes sont fixées : douche, aire de retournement devant le lavabo, hauteurs... et, comme les temps sont durs et que la crise immobilière est réelle,

les surfaces sont calculées au plus juste. La promotion, pour vendre ses appartements, doit réduire les surfaces. Ainsi, les dimensions minimales prévues par les règlements, deviennent des maxima et tous les plans se ressemblent. Le règlement aboutit à une uniformisation. Est-ce un excès réglementaire ?

DONC, FAUT-IL ENCORE RÉFLÉCHIR ?

Puisque les textes réglementaires ont répondu à tout, la réflexion est-elle utile ? Je pense que oui, et pour deux raisons :

- l'ambition du législateur est immense, mais la nature offre des cas particuliers innombrables
- et l'esprit humain étant créatif, le concepteur pensera toujours à l'oeuvre au-delà des règlements.

FAIRE LE MÉNAGE ZEN

Dans un film ancien, « 37.2 le matin », on voit l'actrice jeter les meubles par la fenêtre. Nos maisons sont très encombrées et la société nous incite à l'accumulation. Chaque fête est l'occasion de nouveaux achats, chaque déprime se soigne par des démarches consuméristes. C'est l'histoire d'un médecin, à Avignon, qui, en fin de carrière, construit une maison de 300 m², non pas pour lui, mais pour rassembler ses meubles et objets accumulés au fil des ans. La piste du « VIDE » est intéressante. Le grand dénuement peut offrir une forme de liberté. A Cuba, il existe des salles de bains consistant en un simple espace cimenté, sol et murs, avec tabouret. L'eau arrive, mitigée par le soleil, depuis un fût posé sur le toit. Robinet unique, siphon de sol. C'est rustique, très simple et très agréable. La liberté de mouvement est totale. C'est le plaisir de bouger sous l'eau de la douche, de pouvoir tout éclabousser. Cette salle de bains répond parfaitement aux normes PMR françaises. Le texte n'interdit pas de supprimer des éléments. Une piste ?

LE LUXE, C'EST L'ESPACE

Dans des logements sociaux à Nîmes, Jean Nouvel avait expérimenté l'offre de vastes surfaces et de grandes hauteurs, en contrepartie d'aménagements très rustiques. C'est une piste. On peut également penser à la phrase de Ludwig Mies Van Der Rohe « less is more ». Dans une architecture, la suppression des éléments inutiles donne davantage de sens à l'oeuvre. Offrir l'air, la vue, la blancheur, les espaces à agencer librement... A vouloir régler tous les problèmes, souvent on en fait trop. Revenir à l'essentiel. Le luxe minimaliste. Voir les projets de John Pawson.

LES ILLUSIONS

Dans les logements, les multiples écrans de télévision et informatique donnent une illusion de mouvement. On peut faire du ski ou du golf sans sortir de chez soi, grâce à la « wii » et beaucoup de français s'estiment sportifs grâce aux soirées foot, devant la télé, avec bière et grand canapé. Les achats en ligne, bien commodes, là encore réduisent le besoin de bouger. Pour satisfaire cette illusion d'ouverture au monde, le concept même du logis évolue : moindre besoin de lumière, séjour-télé transformé en cocon douillet, etc... Pour freiner cet immobilisme, il reste la curiosité, l'envie inculquée chez l'enfant d'aller voir le monde, pour de vrai. L'ouverture prodigieuse de l'accès à l'information pourra donner des appétits. La maison devenant le point de départ des expéditions, le camp de base des aventures, un atelier de stockage et préparation du matériel.

LE RAPPORT AU CLIMAT

Aujourd'hui, on économise l'énergie : maisons dites « BBC », Bâtiments à Basse Consommation. C'est bien et c'est dangereux. L'effet de logis cocon risque d'être privilégié, le bâtiment très étanche, fermé sur l'extérieur. La bonne réponse est plutôt climatique. La maison vit avec le soleil, l'air, les éléments naturels fournissent le bien-être et cela a un impact sur la mobilité.

- Le matin : la maison s'éveille, les volets s'ouvrent, l'expression de la façade change,
- le soir : on allume le feu, il faut rentrer le bois, préparer le foyer,
- l'été : le bow-window se transforme en terrasse.

Une collection de petits plaisirs, une série de mouvements pour vivre avec le climat. Une alternative à la climatisation qui dévore de l'énergie et nous coupe du milieu environnant.

LES GADGETS

C'est le rêve de la domotique qui solutionne tous les problèmes. J'éprouve une certaine méfiance vis-à-vis de ces logiques de prothèses. La moindre panne électrique, pour peu qu'elle dure, bouscule notre civilisation. Le principe Shaddock « pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué » semble régir beaucoup d'inventions liées au logis. Je rêve des interrupteurs SNCF, autrefois utilisés le long des voies, d'une robustesse prête à défier les intempéries et le temps.

TOUS DES PMR

Une autre piste de réflexion réside dans la

banalisation du fauteuil roulant. L'handicapé serait mieux intégré si tout le monde utilisait des fauteuils roulants. Chacun de nous, visitant un grand musée, a rêvé de se déplacer dans un fauteuil confortable, motorisé, sonorisé. Actuellement, notre atelier d'architectes étudie un centre de thalasso et un hôtel à Martigues, au bord de mer, sur un terrain très vaste. Pour circuler entre les éléments du programme, il y a des galeries qui servent aussi de cimaises d'exposition. Dans ces circulations chacun pourra utiliser des fauteuils et chariots électriques : room service, parcours client vers la thalasso, livraison des bagages, ménage ou promenade dans l'hôtel... Il faut préciser que le promoteur de ce projet, lui-même handicapé, possède la plus belle collection de fauteuils et engins de déplacement que je connaisse.

CONTOURNER LE PROBLÈME

Ne pas chercher la liberté de mouvements, a priori, mais y arriver par des chemins détournés. Par exemple, les maisons de « quakers » aux USA sont conçues pour illustrer leur goût pour l'ordre et la propreté. Les murs sont équipés de râteliers qui reçoivent les chaises lorsqu'on ne les utilise pas. Ainsi, le lavage quotidien des sols est facilité et le mouvement aussi, par effet secondaire.

INVENTER À PARTIR DU RÈGLEMENT

Autrefois, pour éviter les entrées d'eau, il fallait un seuil entre le séjour et la terrasse. Aujourd'hui, la loi PMR impose de sortir de plain-pied, sans seuil. Il a fallu inventer un dispositif nouveau pour que l'eau ne pénètre pas. La recherche, validée par les bureaux de contrôle, à partir d'une contrainte nouvelle, a offert un confort accru : pouvoir plus librement créer l'osmose dedans/dehors, placer la chaise longue à cheval entre l'intérieur et la loggia ... un gain pour tous ...

AU PLAFOND

L'attraction terrestre étant ce qu'elle est, il est plus facile de poser un meuble sur le sol plutôt qu'au plafond. Le plafond reste généralement libre, blanc, éclairé. Pourtant, la lumière qui arrive par la fenêtre serait mieux diffusée par un sol clair que par le plafond. Il est sans doute possible de mieux exploiter les plafonds pour libérer les sols, accroître les installations techniques en parties supérieures, corps de chauffe, réseaux, et développer les systèmes d'accrochages et suspentes. Le sol dégagé facilitera les mouvements.

MENTALITÉS

Au-delà des pistes que nous venons d'évoquer, qui relèvent parfois de la ficelle et

du détournement, il y a un travail comportemental. Un investisseur hôtelier suisse, bâtissant pour la première fois en France, et découvrant l'ampleur de la réglementation PMR, s'étonnait que le sens civique ne suffise pas. L'esprit d'entraide apportera toujours une assistance plus conviviale et pertinente que la norme, mais l'un n'empêche pas l'autre. Le travail sur les mentalités est à poursuivre. Eviter la crainte du fauteuil roulant, l'utiliser comme jeu pour les enfants et créer des espaces très libres qui donnent envie de se déplacer, de bouger avec aisance, tous. Même attitude pour handicapés ou bien portants, ce qui est bon pour l'un sera favorable à l'autre. Et, se souvenir, toujours, que le sens donné aux aménagements sera plus fort que les textes réglementaires et que les gadgets. La maison « intelligente » est celle qui constitue un « domaine qui pèse sur le coeur ».

IMPORTANCE DU MOUVEMENT DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT HANDICAPÉ MOTEUR

Résumé

Professeur Annie BAROIS
Membre correspondant de l'Académie Nationale de Médecine

LE RÔLE DU MOUVEMENT DANS LA CROISSANCE OSSEUSE EST CONNU DEPUIS LONGTEMPS

Quand le handicap apparaît en anténatal ou dans les premières années, le retentissement sur la croissance est considérable et l'un des premiers buts de la prise en charge est de veiller à la mobilisation de l'enfant.

En cas d'**arthrogrypose** (arrêt des mouvements avant cinq mois de grossesse), les articulations ne se sont pas développées et il faut veiller à ne pas aggraver les lésions par des gestes chirurgicaux qui nuiraient à la vascularisation osseuse et articulaire. Une mobilisation régulière, 5 jours sur 7, des différents segments de membres, va améliorer les possibilités fonctionnelles de l'enfant, ce qui est, dans ce contexte, le but de la prise en charge, quand l'atteinte est limitée aux membres. Quand il y a une atteinte du rachis, les indications thérapeutiques vont chercher aussi à limiter les déformations, scoliose, lordose, cyphose etc.

En cas d'**amyotrophie spinale**, on sait que la stimulation des neurones par le mouvement est indiquée pour limiter l'aggravation. Dans cette maladie, elle prévient aussi les douleurs dues aux déformations, à l'immobilisation et à l'ostéoporose. La mobilisation dans l'eau est particulièrement indiquée car l'enfant va pouvoir faire plus facilement des mouvements volontaires des membres et du tronc.

Dans les **myopathies congénitales**, cette rééducation passive ainsi que la mobilisation active, si elle est possible, sont aussi indiquées pour permettre un certain développement de la force musculaire.

Il existe de nombreux arguments en faveur du rôle de la mobilisation dans le développement pulmonaire et thoracique en anté et post-natal. La longueur des côtes est inférieure de 15 cm environ à l'âge adulte quand il n'y a pas eu de mouvements thoraciques jusqu'à cet âge

L'étude de la **hernie diaphragmatique** permet de comprendre le rôle du volume d'expansion pulmonaire dans l'hypoplasie pulmonaire. Par contre, dans la **scoliose infantile précoce**, les mouvements thoraciques jouent un rôle plus important que la réduction de l'espace thoracique dans la diminution du nombre des alvéoles.

La **dysplasie thoracique asphyxiante** entraîne une réduction très importante du nombre des alvéoles. Le thorax est très étroit et les côtes courtes et horizontales, mais surtout elles sont immobiles. A l'opposé, dans le **nanisme thanatophore**, le thorax est aussi très étroit et les côtes très courtes mais la mobilité thoracique est conservée et il n'y a pas d'anomalie du développement alvéolaire.

Ces constatations nous ont incité à proposer des hyperinsufflations périodiques par appareil à valve, une demi-heure, 1 heure (ou plus) par jour, pour les maladies neuromusculaires débutant avant l'âge de 4 ans ainsi que pour les atteintes médullaires centrales néonatales ou débutant avant cet âge.

Ceci devrait être mis en place dès l'âge du diagnostic. En cas d'insuffisance respiratoire sévère une ventilation endotrachéale ou une ventilation nasale non invasive sont indispensables. Dans ces cas, il faut s'assurer qu'il ne persiste pas de tirage permanent au niveau du thorax ; en cas de tirage il faudrait associer les hyperinsufflations périodiques.

Récemment nous avons été amenés à suivre plus de 20 cas de **Syndromes de Poland** et observé, dans certains cas, une asymétrie de volume thoracique qui apparaît progressivement du fait de l'insuffisance des intercostaux. L'absence de mobilité costale localisée entraîne une respiration paradoxale en raison des contractions diaphragmatiques conservées. L'hyperinsufflation périodique empêche et corrige cette déformation de la cage thoracique quand elle n'est pas prescrite trop tard. Cette technique est aussi préconisée dans la dystrophie thoracique asphyxiante, la dystrophie spondylo-costale, la maladie des siffleurs (Freeman et Sheldon Syndrom), la maladie des épiphyses ponctuées, les malformations costo-vertébrales, l'omphalocèle après la phase aiguë... afin de permettre une croissance thoracique et alvéolaire normale avec en fin de croissance une capacité vitale normale.

LE MOUVEMENT ET LE HANDICAP ADULTE

Résumé

Docteur Michel GUILLAUMAT
Hôpital Saint-Joseph - Paris

LE HANDICAP ADULTE

Le handicap adulte est soit un handicap acquis à la petite enfance, suite à une maladie congénitale, héréditaire, ou à une malformation, soit un handicap acquis à l'âge adulte, en conséquence d'une maladie ou d'un accident. Il peut prendre la forme d'un handicap évolutif ou non évolutif. Mais, indépendamment du type de handicap, deux éléments nouveaux sont propres à l'adulte : la très forte douleur et le vieillissement, aussi bien de la personne handicapée que de son entourage.

L'IMPORTANCE DU MOUVEMENT

Quelle que soit la gravité du handicap, la conservation ou la restauration du mouvement actif, ou seulement passif, est essentielle dans tous les cas. Par ordre croissant d'incapacité :

- **L'indépendance** libre ou aidée par des moyens techniques :
 - c'est la marche bien sûr, déambulation d'extérieur ou seulement d'intérieur ;
 - c'est la vie en fauteuil roulant, les transports, la conduite automobile, la pratique du sport ;
 - c'est aussi la vie familiale, sociale, professionnelle.

- **La dépendance** (tierce personne) est souvent inévitable. Tout gain de mouvement constitue une amélioration de la qualité de vie, installations correctes de jour et de nuit, les étapes de la vie courante (habillage, toilette, alimentation), etc...
- **Et dans tous les cas, même grabataire**, entretien de la trophicité des muscles et articulations, soins d'hygiène, prévention des complications du décubitus et des escarres, mais aussi des fonctions respiratoire, digestive, urinaire ;
- **enfin, le mouvement a un rôle important sur le plan psychologique et social.**

LES CONDITIONS DU MOUVEMENT

Le mouvement suppose des conditions multiples particulièrement menacées en cas de handicap moteur pur, neuro-moteur ou sensoriel. Ces conditions du mouvement sont des articulations suffisamment mobiles, des muscles capables de les mouvoir (non contrariés par des rétractions, atrophies, ou mouvements anormaux), des tissus mous (tendons, peau) suffisamment souples et non rétractés, un squelette pas trop déformé et capable de soutenir l'ensemble et bien sûr, dans la mesure du possible, un SNC capable de commander l'ensemble.

LES MOYENS D'ACTION VARIÉS ET SOUVENT ASSOCIÉS

- **Les moyens non chirurgicaux** : physiothérapies, kinésithérapies, ergo thérapies, mobilisations et postures, installations correctes et contrôlées.
- **L'appareillage** peut être très bénéfique en favorisant la position debout et la marche, donc le mouvement. Chez l'adulte, seul un appareil relativement léger sera utilisé et accepté.
- **La neurochirurgie** est utile pour une éventuelle amélioration neurologique, et Tt spasticité.
- **La chirurgie orthopédique** offre de multiples possibilités, en grande partie grâce aux progrès de l'anesthésie, mais attention, les conditions fonctionnelles sont précaires et le terrain particulièrement fragile. "*Primum non nocere*". Un bilan complet, multidisciplinaire est le préalable indispensable à toute décision. Il ne faut pas être trop ambitieux et bien plus tenir compte des conditions de vie, de l'avis de l'intéressé (ou de sa famille), dont la demande est souvent modeste. Le moment de la chirurgie est une question clé : il ne faut pas attendre une détérioration trop importante ou un EG trop précaire (incidence majeure du vieillissement), ne pas attendre les complications,

mais les prévenir. Il vaut mieux intervenir soit, après avoir attendu une réadaptation maximale pour chercher à améliorer de façon secondaire ou soit intervenir précocement pour favoriser la réadaptation initiale (ex : membre supérieur du tétra).

LA CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE A UNE PLACE IMPORTANTE ET PEUT AGIR DE DIFFÉRENTES FAÇONS

- **La chirurgie de mobilisation** permet une récupération de mobilité, donc du mouvement, la libération des attitudes vicieuses, des rétractions, des raideurs articulaires (POA) et des arthroplasties.
- **La chirurgie de réanimation** entraîne un transfert musculo-tendineux ++ M.sup et pied.
- **La chirurgie de correction** (ostéotomies et souvent arthrodeses) n'entraîne pas de gain de mobilité, mais donne de meilleures conditions du mouvement, en facilitant la marche et l'appareillage, en aidant la lutte contre la douleur et la prévention de la dégradation suite au vieillissement.
- **Cas particulier de la chirurgie du rachis.** Les grandes déformations sont surtout le fait de pathologies issues de l'enfance, mais qui persistent chez l'adulte et peuvent survenir aussi plus tardivement par effondrement d'une colonne sur un tronc paralysé. Les conséquences sont graves sur la respiration, les mauvaises installations, l'inconfort dans toutes les positions (bassin oblique), le risque cutané, mais aussi les complications urinaires ou digestives. Cette chirurgie par arthrodesse étendue, ne va pas, a priori, dans le sens du mouvement, mais avec des indications bien pesées, elle peut améliorer considérablement les conditions de vie, parfois la marche ou la déambulation, les installations et les mouvements du reste du corps. De plus, c'est souvent le seul moyen d'éviter les complications, en particulier respiratoires et cutanées.

CONCLUSION : RECHERCHE - VOIES DU FUTUR

Résumé

Professeur Jean DUBOUSSET
Membre de l'Académie Nationale de Médecine

IL FAUT BIEN RECONNAÎTRE QUE LE MOUVEMENT C'EST LA VIE !

Les particules ionisantes, les atomes, les protéines, les cellules (pensez à l'ovule et au spermatozoïde !), les organes, le sang, le liquide céphalo-rachidien... bref tout dans le corps humain est en mouvement. La station érigée est une caractéristique de l'espèce humaine, la déambulation bipède et la préhension opposable en sont une autre.

Nous serons tous un jour ou l'autre en situation de handicap (qu'il vaudrait peut-être mieux appeler désadaptation), soit au décours d'un accident de la vie (qui peut survenir dès le 1^{er} jour et même avant la naissance !), soit du fait du vieillissement normal de l'individu. La conservation ou la récupération du mouvement est pour l'espèce humaine une nécessité quasi synonyme de vie, même si ce mouvement doit être aidé par une tierce personne. C'est bien une des missions principales de la chirurgie orthopédique qui non seulement doit soulager la douleur mais doit redonner la fonction sinon normale du moins utile. Cette fonction passe toujours par le mouvement des membres, d'un membre ou d'un segment de membre, d'un seul doigt, parfois seulement de la tête pour activer une suppléance mécanique, électrique ou informatique. Le chirurgien orthopédiste peut même être amené à bloquer, souder une articulation pour permettre de retrouver le mouvement utile d'un membre ou d'un segment de membre. Chaque cas doit être considéré comme un cas particulier car chaque être humain est unique. Remplacer une articulation de hanche défaillante pour coxarthrose, par exemple, par une prothèse articulaire, n'est pas plus important que de faire une arthrodesse de cheville pour tumeur maligne de l'extrémité inférieure du tibia, car toutes les 2 donneront une fonction voisine de la normale pour autant que ces 2 patients aient une fonction neuromusculaire normale.

Au contraire, un patient déficient sur le plan neuromusculaire, par exemple, séquelle de poliomyélite ou assimilée sans possibilité de transplantations musculaires, sera peut-être

mieux pour sa fonction avec un appareillage externe compensant sa paralysie qu'avec une arthrodeuse du genou qui lui supprimerait son appareillage mais altérerait sa fonction. C'est le rôle aussi du chirurgien orthopédiste de parfois laisser une déformation ou une fonction peu « esthétique » au profit de l'efficacité fonctionnelle : « il marchait tordu mais se débrouillait bien, il est maintenant tout droit mais ne marche plus ! ». J'ai souvent dit à mes internes : « être tordu et bouger c'est mieux que d'être droit et immobile » ! Connaître l'intérêt de faire déambuler dans l'enfance un patient neuromusculaire (debout contre un meuble de P. Queneau) même si l'enfant ou l'ado abandonne la marche avec appareils pour le fauteuil roulant quand il est devenu « grand » ou adulte. C'est pourquoi la Recherche sera toujours à l'ordre du jour dans notre discipline mais si les progrès de la recherche doivent s'adapter à chacun d'entre nous, il est souhaitable qu'ils soient utiles à tous.

Les progrès déjà considérables au cours du siècle précédent (asepsie, radiologie, anesthésie, ostéosynthèses, prothèses articulaires...) se sont accélérés pendant les dernières décennies grâce aux révolutions technologiques : imagerie, informatique, biologique, immunologique, génétique et moléculaire entre autres, mais aussi organisationnelle (SOS Main), début d'accessibilité aux fauteuils roulants dans les transports en commun)... Et cependant comme je l'enseigne à mes internes : « Tout reste à faire » !

Je ne vous ferai pas un catalogue mais rappellerai quelques pistes importantes pour tous, dans le désordre.

SUR LE PLAN SOCIAL

Accessibilité du métro au fauteuil roulant

- Faire appliquer la loi obligeant à ce que tout nouveau bâtiment construit, même à usage individuel, soit équipé pour l'accessibilité au fauteuil roulant.
- Utilisation et enseignement de plus en plus large de l'informatique permettent compensation et suppléance des déficits dus au vieillissement aussi bien pour les déficiences motrices que sensorielles.

Prise de conscience médicale, sociale et administrative que la déambulation accompagnée (marcher avec l'aide d'une tierce personne) est une thérapeutique, tout aussi importante que la mise en place d'une prothèse articulaire.

L'organisation de la prise en charge des blessés (Pompiers – Samu)

La prise en charge des traumatisés crâniens a fait beaucoup de progrès de même que celle des accidents vasculaires cérébraux. Celle des blessés médullaires, quand le retard du réaligement du canal est préjudiciable, est encore à la traîne mais on y travaille !!! Il faut se souvenir que les centres spécialisés de réadaptation doivent se multiplier avec comme but le retour à domicile, quitte à ce que des retours temporaires en centres puissent être souhaitables en fonction de l'importance des séquelles avec la philosophie de répit pour les familles.

SUR LE PLAN DE LA PRÉVENTION INDIVIDUELLE

Avant et autour de la naissance

- Prévention des grossesses tardives, de la croissance exponentielle des grossesses médicalement assistées, FIV, enfant quand je veux, comme je veux...
- Dépistage des troubles du développement neuro moteur au cours de la petite enfance ou de l'adolescence... mais surtout... pas trop tard !
- Prévention et dépistage de l'ostéoporose, traitements hormonaux substitutifs...
- Connaissance de plus en plus précise de l'importance de la génétique, par exemple sur la morphologie sagittale du rachis qui va conditionner tel ou tel type de dégradation.
- Sur l'influence de l'épigénétique et des facteurs environnementaux sur la croissance staturale aussi bien que cérébrale et le fonctionnement d'organes clés.
- Prévention des altérations dues au vieillissement (activités intellectuelles, marche, activités physiques, nutrition...).
- Evaluation régulière et obligatoire (à partir de 45, 55 ou 65 ans) : le bilan et la mesure de la vitesse de perte de l'équilibre dynamique 3D économique, de la localisation de la dégradation (hanche, bassin, rachis) et des performances motrices, devraient être aussi importantes que l'électrocardiogramme ou l'échographie cardiaque lors des bilans de santé !). Ceci permettrait une programmation à temps des interventions orthopédiques sur MI ou/et rachis.

SUR LE PLAN DE LA CORRECTION DES DÉSORDRES NEUROLOGIQUES

Les avancées de neuro-imagerie, IRM fonctionnelles, neuro tractographies cérébrales et médullaires, et les explorations neuro physiologiques ont déjà engendré des conséquences neurochirurgicales : les stimulations pallidales,

les hémisphérectomies, pour lutter contre des mouvements anormaux, etc.

Elles vont s'amplifier dans les prochaines décennies par le développement des neurosciences aussi bien pour les médicaments, les neurotransmetteurs, que pour les technologies de substitution (stimulation du nerf phrénique permettant la reprise d'activité et de fonction du muscle diaphragme déjà utilisée), que pour des actions directes neurochirurgicales.

SUR LE PLAN DES RECHERCHES TECHNOLOGIQUES PLUS DIRECTEMENT ORTHOPÉDIQUES

Matériaux externes

- Canne support imbasculable pour éviter les chutes.
- Orthèse « robot » pour tout le corps permettant une marche réellement fonctionnelle du paraplégique.
 - « L'orthèse volante » individuelle évitant automatiquement les obstacles et ne s'élevant pas au-dessus de 50 cm du sol, restera-t-elle du domaine du rêve pour remplacer le fauteuil roulant ?
 - Continuons de travailler en attendant à chercher ! Pour permettre, par exemple, au fauteuil roulant de gravir les escaliers sans rampe ou système pré aménagé.
 - Mais arriverons-nous un jour à recréer une peau artificielle avec une communication de sensibilité perceptible par le cerveau ?

Matériaux internes

- Les ostéosynthèses biologiques résorbables, on en est aux balbutiements !
- Les prothèses articulaires de dernière génération et leur avenir avec l'éternel problème de la jonction os vivant prothèse inerte, de l'usure des matériaux, des interventions itératives.
- Les instrumentations vertébrales et les prothèses rachidiennes : discales, zygapophysies : on est loin de répondre au cahier des charges du remplacement. En effet, l'empilement des pièces rachidiennes (unies entre elles par un complexe disco ligamento musculaire continu de la tête au bassin) réalise une mécanique assurant mobilité et stabilité autrement plus complexe qu'une diarthrose relativement simple comme celle la hanche, avec bien sûr en plus la protection mécanique de l'axe neural qui y est associé. Là encore tout reste à faire.
- Les greffes composites d'organes : cf. les 2 mains et leurs problèmes immunologiques

pour les traumatiques ? Quid pour les malformations congénitales ? Prévention de celles-ci ? On en revient aux préoccupations individuelles du départ !

LES RECHERCHES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES :

Elles recoupent bien sûr toutes les autres. J'aurais pu ou dû les placer en premier car c'est toute la recherche du vivant qui est concernée. Le cartilage articulaire lésé ne se régénère pas. Comment l'aider, et comment prévenir ou ralentir son usure ? Le muscle se régénère s'il est correctement innervé. Mais on ne sait pas mesurer sa longueur au repos, en contraction maxima, en contraction utile. Pas plus que son volume dans ces 3 états. Et pourtant, sa fonction de mise en tension des loges aponévrotiques juxta rachidienne est essentielle pour la station érigée économique ! Les neurones dont on croyait avoir atteint un nombre définitif après la fin de la maturation du système nerveux central, sont capables sous certaines conditions, de se régénérer et de se multiplier !

Sans parler des nanoparticules, des nanotechnologies, des cellules souches, des biomatériaux, des facteurs de croissance...

Que de voies de recherches ! « Tout reste à faire » comme je le disais à mes internes récemment, il suffit d'avoir de l'enthousiasme et de la ténacité !



La Fête du Mouvement

le mercredi 16 juin 2010

« **Bouger, c'est rester libre** » : le slogan de la 1^{ère} fête nationale du mouvement a donné lieu à un flash mob organisé par la SOFCOT en partenariat avec la Mairie de Paris.



Cette initiative festive s'est tenue à la Fontaine des Innocents, dans le 1^{er} arrondissement de Paris. Entre 12h30 et 13h00, une cinquantaine de personnes se sont réunies pour danser sur le titre « Memories » de David Guetta, sur une chorégraphie de Vincent Ansart, dont la générosité et l'implication a porté le projet tout au long de sa préparation : « Partager cette expérience de la danse de manière spontanée, au milieu d'un paysage urbain qui n'est à priori pas le lieu pour une chorégraphie, permet de fédérer

les gens autour d'un moment de joie, ne serait-ce que l'espace d'un instant. » Telles sont les motivations qui ont catalysé l'énergie du chorégraphe et de ses danseurs et leur ont permis de délivrer émotion et sentiment à travers leur corps en mouvement.

Le 16 juin 2010 fut une explosion de joie emplie d'émotion autour de la Fontaine des Innocents : après avoir attendu dans les cafés entourant la place, les 50 danseurs, sur le qui-vive, ont surgi lentement et convergé vers le pourtour de la fontaine alors que la musique commençait à résonner. Le son et la danse rythmés ont alerté les badauds étonnés et séduits qui se sont rassemblés pour assister à une prestation chorégraphique brillante.

Le T-shirt de l'année du mouvement, frappé du logo de la SOFCOT, était placé au centre de la chorégraphie, tournoyant au-dessus de la tête des danseurs qui les enfilèrent par la suite afin de les mettre bien en valeur. Pas rapides, déplacements amples, aériens, l'énergie était communicative et quelques passants se sont mis à se balancer en cadence.

L'enthousiasme était à son comble, si bien que danseurs et passants ont souhaité remettre la danse sous les yeux ébaudis du chien du bureau de la SOFCOT, improvisé mascotte de la fête du mouvement après avoir été revêtu du T-shirt aux couleurs de la manifestation. Une animation spontanée qui a déclenché une foison de rires dans l'assistance, et les passants déridés sont venus réclamer des T-shirts pour eux aussi...

Le Flash Mob

Un flash mob, également connu sous le terme de « happening », est une mobilisation éclair rassemblant un groupe de personnes dans un espace public pour y réaliser une action convenue à l'avance, en général via le web, avant de se disperser rapidement. Le phénomène des flash mobs a débuté en 2003 aux États-Unis lorsque des personnes ont pris connaissance par Internet d'événements organisés par un groupe New-Yorkais afin de « se rassembler, s'amuser, se disperser ».

Depuis, les flash mobs se sont multipliés un peu partout dans le monde, privilégiant les grandes cités urbaines et cosmopolites : Montréal, Paris, Sydney, Stockholm, Londres... Elles peuvent parfois s'apparenter à une manifestation pacifique pour diffuser un message politique ou bien à un spectacle de rue apparemment improvisé pour créer une convivialité entre inconnus et rompre la monotonie du quotidien urbain.

Comme toute innovation sociale, la publicité et les marques ont su reprendre et s'approprier la création de ces événements pour leur propre communication : ainsi le flash mob est devenu un courant de street marketing extrêmement efficace, suscitant l'attention grâce à l'effet de surprise et au bruit médiatique qui s'ensuit sur la toile et les réseaux sociaux.

Année du mouvement à Lyon

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

Lyon a participé à la fête du mouvement en organisant d'une part la visite d'un laboratoire de la marche et, d'autre part, des séances de consultations privées et de conseils aux patients. La visite du laboratoire de la marche a eu lieu à l'hôpital Lyon Sud, co-organisée par Laurence Chaize, Bernard Moyen et Jean-Paul Carret. Ils ont invité les patients à venir visiter le laboratoire de la marche et faire des essais d'épreuves de marche. Ce laboratoire est resté ouvert toute l'après-midi du mercredi 16 juin 2010.



Clinique Emilie de Vialar (Lyon)

Par ailleurs, des consultations privées ont été organisées tant en privé qu'en public, consultations à la Clinique Emilie de Vialar, par le Docteur Jacques Caton et par le Docteur Frédéric Michel en orthopédie pédiatrique, Clinique de la Sauvegarde Docteur Nicolas Bonin, consultations également gratuites dans le Service du Professeur Guillaume Herzberg, à l'hôpital Edouard Herriot et enfin, au Centre Livet, dans le service du Professeur Neyret, consultations gratuites organisées par Elvire Servien.

Ces consultations gratuites ont surpris nos patients à qui nous avons expliqué le sens de celles-ci, ceux-ci étant réellement satisfaits et trouvant cette expérience plutôt intéressante. Je pense qu'il sera important de renouveler cette expérience avec une couverture de presse plus organisée que celle que nous avons, bien que le retour ait été tout à fait satisfaisant. Néanmoins, la presse locale n'avait pas fait paraître le jour, heures et lieux des consultations ni en ce qui concerne la visite du laboratoire de la marche.

Il s'agit donc d'un premier essai qui n'est pas tout à fait transformé mais qui le sera, n'en doutons pas, lors de la prochaine fête du mouvement le 8 juin 2011.

La fête du mouvement à Aix-en-Provence

Par **Philippe CALAS**

Pour la fête du mouvement à Aix-en-Provence, nous avons organisé une réunion au premier étage de la mairie dans la salle des états de Provence, magnifique salle historique où de nombreuses personnes étaient réunies.

Cette réunion était en effet ouverte au public et à toutes les personnes intéressées par le mouvement. Nous avons eu une table ronde avec philosophe, écrivain, artiste, jongleur, médecins du sport, sportifs de haut niveau, chirurgiens et kinésithérapeutes. Le dialogue a très vite été lancé avec la salle, des éducateurs, des kinés volontaires pour les 5 kilomètres des non-voyants à Marseille, pour la montée de la Sainte-Victoire des handicapés organisée chaque année par l'Office Municipale d'Aix-en-Provence.

Tout le monde a trouvé cette soirée très réussie et ce qui a beaucoup intéressé le public, c'était l'ouverture à tout le monde et non pas à une soirée centrée sur les problèmes médicaux.

Nous avons eu la chance de pouvoir exposer la sculpture représentant « le mouvement » réalisée par Marie-Christine RABIER dans le grand patio de la mairie. En effet, le mouvement touche tout le monde des plus jeunes aux plus vieux quel que soit l'activité et le handicap.

Il est prévu pour l'année prochaine en gardant les mêmes organisateurs du Centre Orthopédique de Provence et l'Office Municipale des

Sports, une journée au Val de l'Arc avec différents stands représentant le mouvement. Fête soutenue par la mairie.

La sculpture du mouvement sera mise dans le jardin de la clinique Axium, la vente sera reversée à des associations d'handicapés. Elle suivra l'année prochaine la nouvelle fête du mouvement, et sera peut-être exposée le jour de la clôture de la Sofcot 2010. Ceci en fonction de la demande des organisateurs. Nous avons tiré comme conclusion de cette réunion que quel que soit le niveau sportif, médaillé olympique de sport ou handisport, le principe était le mouvement et les personnes qui sont intervenues, n'ont pas parlé de leurs résultats mais de l'ambiance générale de groupe qu'ils ont retrouvés dans chaque activité sportive.



Marie-Christine RABIER devant « l'homme ou la femme du mouvement »

La fête du mouvement à Kurgan, Russie



Le 15 juin à Kurgan, l'année du mouvement a été fêtée. Cette date coïncidait avec le jour de naissance d'Ilizarov et une course à pied ainsi qu'une compétition de tir ont été organisées sur le territoire du centre. Les participants étaient des patients, une équipe de chirurgiens russes et une équipe de chirurgiens américains. Cette manifestation a été organisée par le Professeur DIACHKOV.

Une conférence/débat « grand public » au foyer de l'Opéra de Marseille

Le mercredi 16 juin

Dans le cadre de la Journée Nationale du Mouvement Organisée par la (SOFCOT) s'est tenue, le mercredi 16 juin dernier, une conférence/débat « grand public » au foyer de l'Opéra de Marseille.

Après l'allocution de bienvenue de **M^e Jeanine Imbert**, Conseillère municipale déléguée à l'opéra, au festival de musique sacrée, au conservatoire national à rayonnement régional, Adjointe à la culture en mairie du 3^{ème} secteur de Marseille, le **Pr Gérard Bollini**, Président de la SOFCOT a présenté au grand public le métier de chirurgien orthopédiste. Ensuite, des sujets plus précis ont été abordés par les orateurs. La boiterie de l'enfant a été évoquée par le

Pr Gérard Bollini, les problèmes relatifs au **sportif traumatisé** ont été présentés par le Dr Sébastien Parratte, puis une communication sur **l'analyse du mouvement** a été faite par le Pr Patrick Chabrand, Directeur de l'unité de recherche des Sciences du Mouvement (CNRS-Université de la Méditerranée, Campus Luminy). Enfin, le Pr Jean-Noël Argenson a présenté une communication sur **Comment vivre avec sa prothèse de hanche ou du genou**. Ces présentations ont été suivies par un débat avec le public et des questions sur la cicatrisation, l'usure, la douleur, la prise en charge des infections, le sport après prothèse ont été abordées.



Une salle attentive à Marseille



J.N. ARGENSON – M^{me} IMBERT – G. BOLLINI – S. PARRATTE devant l'homme qui bouge

Bouger pour mieux soigner

La Champenoise : 21,100km

Clinique Saint-Vincent d'Épernay

Par **Dr B. LLAGONNE**, Orthopédiste, Membre du SNCO

N'est-ce pas là une belle idée que de faire transpirer sur 21,100km les collègues d'une Clinique, tous sous le même maillot, infirmières, personnels administratifs, médecins, chirurgiens, kinés... ?

Et que d'émotion sur la ligne d'arrivée, « tous ensemble », sueur et larmes de bonheur assurés ! Renforçant des liens de cohésion forts !

22 Mai 2010, « La Champenoise de la vallée de la Marne », est une course réputée en Champagne-Ardenne, près d'Épernay, fief de notre Clinique Saint-Vincent, patron des vigneron ; une idée lancée au 1^{er} janvier, qui a catalysé les énergies en cette période de troubles financiers pour l'établissement et son fidèle personnel.

Certains, certaines ont acheté leur première paire de « running », d'autres ont arrêté de fumer, régime pour d'autres, et l'entraînement débute, soude l'équipe, décloisonne les métiers.

Un peu de « communication » pour annoncer l'équipe dans le journal régional, ça nous change des dépôts de bilan, licenciements et autres difficultés du moment.

Un maillot « bleu-flashy », à l'effigie de la SOFCOT et de la Clinique, un slogan « bouger pour mieux vous soigner » et ce ne fut que concert d'applaudissements tout au long des villages champenois traversés par la course.

La route est pourtant longue, tous n'ont pas l'entraînement adapté à ce genre de compétition. Mais nous avons comme postulat de courir à la vitesse du plus lent, ce qui rassure les plus entraînés, mais angoisse les novices. Aucun n'abandonnera néanmoins, malgré la chaleur du jour qui atteint les 30° !

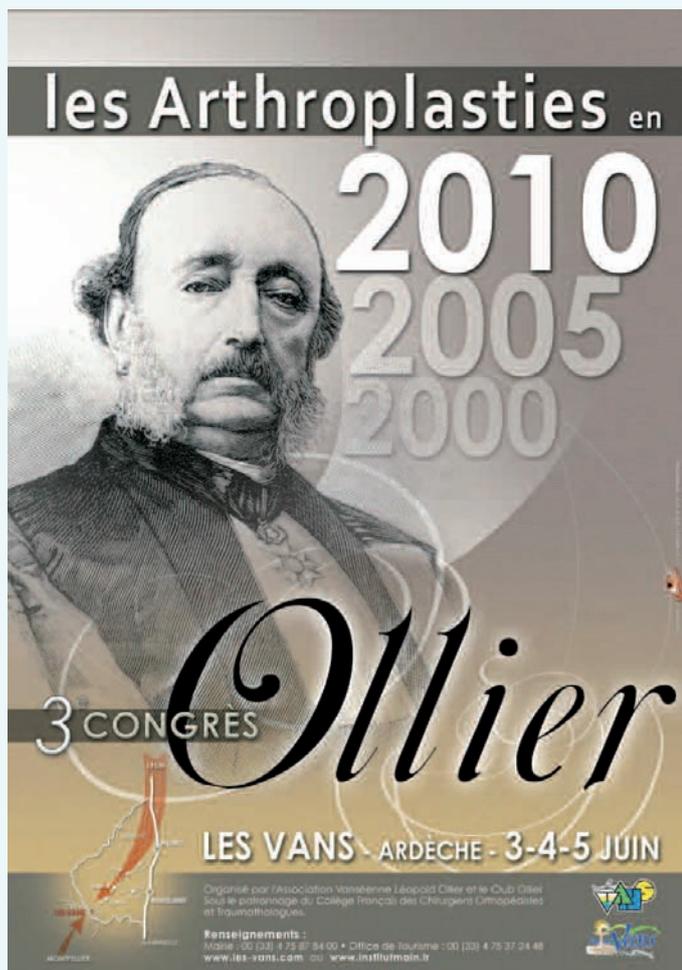
Enfin, il y a la ligne d'arrivée tant espérée, « tous ensemble », et à la lecture au micro des organisateurs d'un texte, véritable profes-



B. LLAGONNE et son équipe

sion de foi de l'Etablissement en difficulté ; aucun chrono, aucune autre ambition que d'amener toute l'équipe sur la ligne d'arrivée « tous ensemble », dans un maillot de sueur, dans le même effort, et tous heureux d'y être arrivés : la vraie valeur du sport.

« C'est quand la prochaine, Docteur ? »... : but atteint !



Les Vans, capitale du mouvement

Par Jean-Luc ROUX (Montpellier)

Le 3^{ème} Congrès Ollier s'est tenu aux Vans, village natal d'Ollier les 3,4 et 5 Juin derniers. C'est avec un immense plaisir que l'Association Vanséenne Léopold Ollier a organisé la 3^{ème} édition de ce Congrès quinquennal.

En 2000, le 1^{er} Congrès Ollier avait été l'occasion d'inaugurer le Musée Ollier qui retrace les travaux de ce chirurgien Ardéchois qui a su exploiter l'apport successif de l'anesthésie, de l'asepsie, de l'antisepsie et de la radiographie. Ces avancées fondamentales ont transformé l'art chirurgical, la manière d'opérer, les souffrances des patients et, bien sûr, les résultats chirurgicaux. Le traité des résections est le témoin de cette formidable évolution de la 2^{ème} partie du 19^{ème} siècle.

En 2005, nous avons à nouveau, durant 3 jours, transformé le village des Vans en capitale des arthroplasties. Les chirurgiens du membre supérieur puis ceux du membre inférieur s'étaient succédés pour faire un nouveau bilan des arthroplasties. Nous avons conclu ces journées par une matinée consacrée à l'histoire de la chirurgie. Enfin le Samedi après-midi avait été sportif avec une descente en kayak sur le Chassezac puis un match de football.

En juin dernier, grâce à vous, le village natal d'Ollier est, une nouvelle fois, devenu l'espace de 3 jours la « capitale des arthroplasties » mais aussi la « capitale du mouvement ». Après un programme scientifique consacré aux arthroplasties du membre supérieur le jeudi, aux

arthroplasties du membre inférieur le vendredi et à l'Histoire de la Chirurgie le samedi matin, un programme sportif attendait les congressistes le samedi après-midi. Comme en 2005, cette manifestation sportive a associé une discipline tournée vers le membre supérieur et une vers le membre inférieur.

Sur le plan scientifique, l'année 2010 était pour ce Congrès particulièrement attendue car nous voulions insister sur l'importance d'un recul suffisant pour juger nos résultats. Ollier aimait rappeler la nécessité de juger avec recul le résultat des résections. 10 ans se sont écoulés depuis le 1^{er} Congrès, et nous avons vu certaines interventions innovantes en 2000 se confirmer en 2010. C'est dans cet esprit que nous voulons inscrire le Congrès Ollier : l'innovation et le suivi. Le jeudi a été consacré aux arthroplasties du membre supérieur.

Au niveau de l'épaule, les implants de resurfaçage de la tête humérale gagnent du terrain. Bien que techniquement difficile, un resurfaçage de la glène peut être associé au resurfaçage de la tête humérale. Les implants glénoïdiens n'obtiennent pas la longévité que l'on souhaiterait, alors ne faut-il pas rester fidèle aux prothèses anatomiques classiques

qui posent très peu de problème au niveau de la tige humérale et autorisent un placement plus facile de l'implant glénoïdien? En matière de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, les résultats, souvent décevants, des prothèses anatomiques avec reconstruction des tubérosités poussent les chirurgiens vers l'utilisation de prothèses inversées, le bénéfice fonctionnel de ces prothèses dans le cadre de la traumatologie mérite une plus large analyse. Avec les prothèses inversées, les problèmes d'encoches glénoïdiennes et de déficits de rotations persistent. Seront-ils résolus par la latéralisation du centre de rotation et l'allongement du col de l'omoplate ?

Au niveau du coude, les prothèses semi-contraintes donnent des résultats fiables et durables dans la PR, plus modestes en cas d'arthrose post-traumatique. Ce sont les prothèses placées dans le cadre de la traumatologie qui se développent avec un bénéfice certain pour les patients âgés et ostéoporotiques. Les prothèses de tête radiale sont utiles en traumatologie du coude, les indications doivent être choisies et la pose parfaite, l'implant doit s'articuler à la fois avec le condyle huméral et l'extrémité supérieure de l'ulna.



Y. ALLIEU sur le Chassezac



J.L. ROUX en plein effort

« Bouger c'est rester libre », les orthopédistes cavaillonnais font passer le message

Par **Julie TRACOL**

Les indications de prothèse de poignet restent limitées. Le concept de remplacement prothétique pour les fractures intra-articulaires complexes chez les patients âgés et ostéoporotiques est apparu, l'évaluation de cette nouvelle technique doit se poursuivre.

Les prothèses trapézo-métacarpiennes sphériques font preuve de fiabilité avec des courbes de survie à 10 ans de recul qui dépassent 80 %. Parallèlement, de nombreuses solutions alternatives : interposition, resurfaçage, remplacement du trapèze, sont en cours d'évaluation. Les prothèses interphalangiennes proximales donnent des résultats inégaux avec de nombreux cas d'enfoncement et d'enraîssement progressif.

Cette longue journée s'est terminée par une très intéressante conférence sur la notion de « schéma corporel étendu ». La journée de vendredi a été consacrée aux arthroplasties du membre inférieur. En fin de journée, la conférence sur la Grotte Chauvet a été passionnante, renvoyant à la salle toute l'émotion qu'a été la découverte de ces peintures, intactes bien que vieilles de 32 000 ans.

Le samedi matin a été consacré à l'histoire de la chirurgie et s'est terminé par une superbe conférence sur l'histoire de l'anesthésie. Après une allocution de Jacques Caton présentant l'année du mouvement et un repas léger au bord du Chassezac nous sommes partis en Kayac. Les gorges du Chassezac nous ont offert un merveilleux après-midi. La journée s'est terminée sur le terrain de football avec une confrontation amicale entre une équipe de congressistes et une sélection du Pays des Vans. Le score fut sans appel en faveur de la sélection vanséenne : 7 à 2. Les Vans, berceau de celui qui est à l'origine de la chirurgie conservatrice et mobilisatrice, berceau du « Père des arthroplasties » à naturellement, avant même la fête du mouvement, donné vie au slogan : « Bouger, c'est rester libre ».

Le rendez-vous pour le 4^{ème} Congrès Ollier est pris pour juin 2015, ce sera aussi la Fête du Mouvement.

A l'occasion de la fête du mouvement du 16 juin dernier, organisée par la SOFCOT, les chirurgiens orthopédistes de Cavaillon ont souhaité symboliser cette journée par une série d'événements.

Dans la matinée, un footing convivial regroupant patients, professionnels de santé hospitaliers et privés, associations sportives, enfants, personnes âgées et handicapés a traversé la ville. Les 120 participants munis d'un T-shirt logoté ont semé une belle « pagaille » dans Cavaillon, au grand dam des policiers chargés d'assurer la sécurité.

Après une pause rafraîchissante au Centre Hospitalier, les participants se sont dirigés vers la mairie où l'adjoint au maire chargé des sports les attendait pour une réception. L'intérêt de se challenge sportif ? Rappeler à tous l'importance de l'autonomie et du mouvement, encourager les familles à bouger et prévenir sur les risques de la sédentarité. Une occasion également de souligner l'union entre la clinique, l'hôpital et la municipalité afin de soutenir le projet commun d'un pôle santé public-privé. Il faut saluer la performance du Professeur J.Y. Nordin qui a parfaitement rempli son rôle de président de cette journée en se mêlant avec bonne humeur à la foule des marcheurs, puis lors de son allocution devant l'adjoint au Maire de Cavaillon.

Pour clôturer la journée, le somptueux cadre des carrières du château de Lacoste, mis à disposition gracieusement par Monsieur Pierre Cardin pour l'occasion, a accueilli près de 400 personnes pour une soirée cocktail sur le thème du mouvement, présidée par le Professeur J.Y. Nordin, et par Monsieur J.C. Bouchet, député-maire de Cavaillon revenu spécialement de Paris pour l'occasion.

Une première allocution par le Professeur J.Y. Nordin a présenté le métier de chirurgien orthopédiste. Cela a permis à une grande partie de l'auditoire de découvrir qu'un orthopédiste n'est pas qu'un « chirurgien des pieds ». Il a également présenté avec brio, la SOFCOT et ses différents piliers en insistant sur l'avance qu'a pris la profession en matière de gestion et prévention des risques.

La deuxième conférence, philosophique celle-ci, intitulée « Le mouvement : illusion ou réalité » fut un véritable succès. Le Professeur A.C. Masquelet a su captiver l'assistance jusqu'à la chute inattendue qui a conclu son



Le Professeur J.Y. Nordin devant l'adjoint au Maire de Cavaillon



L'assistance était composée de professionnels de santé (médecins généralistes, radiologues, médecins rééducateurs, kinésithérapeutes) mais également des dirigeants d'associations sportives ainsi que de personnalités civiles



Un intérêt certain et une forte mobilisation autour de l'événement qui a encouragé les organisateurs à renouveler l'expérience l'année prochaine.

propos. De nombreux spectateurs nous ont d'ailleurs réclamé le texte de sa conférence qu'il nous a fort gentiment transmis.

Même la météo pourtant désastreuse au cours de cette semaine nous a épargné. Le déluge s'est miraculeusement interrompu pour laisser place au soleil durant toute la manifestation. Une très bonne journée qui a permis aux participants de mieux comprendre les enjeux de la chirurgie orthopédique et l'importance du mouvement.

QUAND LA CHINE S'ÉVEILLE A LA SANTÉ

COMPTE-RENDU D'UN VOYAGE EN CHINE du 14 au 22 juillet 2010

Par Jacques CATON, Président de l'AOT

A l'initiative de la Fédération de l'Hospitalisation Privée Française (FHP), nous avons participé à un voyage professionnel en Chine afin d'évaluer le système de santé chinois. Ce voyage prévoyait une visite de différents établissements dans les grandes mégapoles que sont Pékin et Shanghai mais également la participation au premier congrès de l'hospitalisation privée chinoise qui avait lieu en Mongolie intérieure.

La délégation était composée du Président de l'Académie d'Orthopédie et Traumatologie (AOT), J. CATON, du Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, J.L. DUROUSSET, du Délégué Général de l'Hospitalisation Privée, Ph. BURNEL, de Monsieur J. MÉTAIS, ancien directeur de l'ARH Rhône-Alpes et de l'ARH Ile-de-France actuellement à l'IGAS, des 2 vice-présidents de la FHP pour le SSR, le Dr G. BOSSY et pour la psychiatrie, le Dr Ph. CLERY-MELIN, d'une architecte franco-chinoise Polly ROLAND, d'une collaboratrice chinoise

en mission à la FHP, Wendy GARCIA, et la journaliste du Quotidien du Médecin, Delphine CHARDON.

Ce voyage a été particulièrement instructif et nous a permis de découvrir la réalité du système de santé chinois tout au moins dans sa partie hospitalière.

Le voyage s'est déroulé de la façon suivante. Tout d'abord une première partie de voyage à Pékin où nous avons été reçus à l'ambassade de France par le premier conseiller de l'ambassade, par la conseillère aux affaires sociales et par la conseillère économique (UBIFRANCE) qui met en relation des industriels français avec des distributeurs et des partenaires chinois. Nous avons également visité un certain nombre d'établissements privés, publics ou en voie d'ouverture comme l'ensemble hospitalier de Yanda de 10 000 lits (8 000 lits d'EHPAD et de moyens séjours et 2 000 lits de courts séjours de type MCO). Nous avons ensuite assisté au congrès de l'hospitalisation

privée chinoise qui s'est étalé sur trois jours à Ordos en Mongolie intérieure et enfin le voyage s'est terminé par Shanghai où nous avons été reçus au consulat par le consul général et le conseiller pour la recherche sur la santé, ce séjour à Shanghai nous a permis également de visiter un hôpital où la langue française fait partie du cursus de formation.

Un système de santé vers la privatisation rampante

Le secteur de la santé est, en Chine, le dernier secteur qui ne s'est pas développé correctement et le gouvernement chinois souhaite, par une nouvelle politique de santé, mettre fin à la discrimination qui existe dans le pays, notamment dans les populations les moins riches, les populations de la classe moyenne qui ont une forte demande et les populations de la classe la plus riche, ceci par une politique développée en 2009 avec un nouveau plan. Ne pouvant faire face à la demande avec la seule hospitalisation publique, le gouvernement chinois laisse « pousser » l'hospitalisation privée qui est pour lui une façon de répondre aux problèmes médicaux que l'on peut rencontrer dans ce pays. Il est clair qu'en Chine, pour pouvoir être soigné correctement, il faut pouvoir avancer l'argent de ses soins et bien que l'hospitalisation privée reste pour l'instant une idée très neuve, l'hôpital public est privatisé partiellement car il existe dans tous les hôpitaux un secteur « VIP » avec des recherches de financement autres que les allocations de l'état. Ceci entraîne une « vente » d'une partie du circuit hospitalier ce qui rend très cher le système public pour les populations les plus pauvres. Il s'agit donc bien, en fait, d'une privatisation rampante. Néanmoins, les autorités chinoises ont aujourd'hui pris conscience qu'il y a de la place pour un secteur privé qui ne soit pas essentiellement une « boîte à fric », celui-ci devant être l'un des acteurs de l'offre de soins. Actuellement, l'hospitalisation privée représente 20 % des lits, l'ambition des directeurs et des médecins qui dirigent ces établissements est d'obtenir 40 % des lits hospitaliers. Le système français intéresse beaucoup les chinois, la France a un rôle important à jouer compte-tenu de la triple régulation du système français privé qui est régulé sur la qualité, la sécurité des soins par l'HAS, qui est régulé à l'installation avec les autorisations délivrées par l'état et qui est régulé, au niveau des prix, qui sont également fixés par l'état. En Chine, le système est totalement différent



Panneau publicitaire à Pékin dans une clinique privée

puisque actuellement, pour le secteur privé, il existe une dérégulation totale, pour ne pas dire un capitalisme débridé ; car qui le souhaite peut ouvrir un établissement privé, la liberté des prix est totale, il n'y a pas besoin d'autorisation d'équipements et le promoteur peut adapter son modèle économique à ses ambitions. La seule difficulté est de trouver des patients suffisamment solvables. Il faut savoir par ailleurs que l'espérance de vie a fortement augmenté en Chine et que la politique de natalité va provoquer un choc démographique important, l'espérance de vie ayant augmenté de près de 30 ans, actuellement à 73 ans, avec 200 millions de personnes de plus de 60 ans, 20 millions de personnes de plus de 80 ans qui ne seront pas compensés par une politique de natalité défaillante.

Le système hospitalier privé chinois

Plus de 5 000 établissements privés existent en Chine et 400 cliniques privées étaient présentes au congrès de l'hospitalisation privée à Ordos. Les directeurs de cliniques, les médecins présents ont exposé leurs problématiques avec les représentants du ministère de la santé chinoise, avec une catégorisation des établissements et des patients qui complexifient le système. Il faut savoir qu'en Chine, 200 millions de personnes n'ont pas de « sécurité sociale ». Nous avons visité à Shanghai, Ordos et Pékin un certain nombre d'établissements, de toutes tailles et de toutes catégories, établissements publics, établissements militaires, établissements totalement privés. La taille de ces établissements peut aller jusqu'à 10 000 lits comme l'hôpital de Yanda avec 2 000 lits de type MCO, court séjour et 8 000 lits d'EHPAD et de SSR en fonction de la validité des patients. Cet établissement a par exemple été construit sur les fonds propres d'un promoteur chinois ayant réussi dans la construction immobilière. Cet hôpital lui a coûté 500 millions d'euros. Il pense avoir un déficit d'exploitation de 20 à 40 millions d'euros les deux premières années et ensuite rendre le système bénéficiaire. Il s'agit d'un établissement ultra-moderne, les départements médico-chirurgicaux ayant été confiés à différentes équipes issues de différents pays, par exemple la maternité à la France, la chirurgie orthopédique aux Etats-Unis, etc. Il faut savoir que, dans cet établissement, l'architecte et le promoteur ont prévu outre des locaux commerciaux et un golf, des équipements culturels et religieux,

avec une mosquée, un temple bouddhiste, une église catholique, un temple protestant, etc. Ceci est à la mesure du développement économique de la Chine où tout semble possible grâce à une croissance à deux chiffres y compris dans le domaine de la santé. Le dernier hôpital visité a été l'hôpital de Ruigin, hôpital qui a la particularité d'avoir des chirurgiens et des praticiens qui parlent français. Il s'agit d'un hôpital universitaire mais de type PSPH avec 2 000 lits, 9 000 consultations par jour, 40 salles d'opération et 30 à 40 orthopédistes traumatologues dont 5 parlent le français. Les responsables de cet hôpital sélectionnent chaque année avec l'université, les 40 meilleurs étudiants en médecine qui arrivent au résidanat et leur apprennent le français. Il est évident que nous aurions tout intérêt à louer des partenariats avec ce genre d'établissements et à attribuer des bourses aux chirurgiens orthopédistes français ou chinois qui souhaiteraient faire des échanges.

Conclusion

Il est temps que la France s'intéresse au système chinois d'autant que les chinois s'intéressent également à notre système qui les attire beaucoup du fait qu'il s'agit d'un système privé régulé par l'État. Par ailleurs, ces coopérations et ces échanges devraient permettre également, aux industriels français de pouvoir trouver des débouchés grâce notamment à la mission économique de l'ambassade de France à Pékin (UBIFRANCE). Il est évident que les chinois recherchent des solutions et, nous l'avons vu, sont très attirés par notre modèle qui est pour eux un équilibre entre le public et le privé.

RAPPORT DE STAGE

Chirurgie de l'Épaule, Pr Pascal Boileau,
CHU Nice

Du 1^{er} août, 2009 au 31 juillet, 2010

Par **Ghassan B. Alami**, MD FRCS(C)



Les fellows et les chefs de clinique dans la salle du staff

Mon séjour en France en tant que « fellow » en chirurgie de l'épaule est quasiment fini, et je peux dire que c'est un grand succès.

Sur le plan clinique, j'ai acquis énormément de connaissances théoriques dans toutes les différentes pathologies de l'épaule, ainsi que des habiletés techniques qui m'aideront à débiter ma pratique. Au niveau scientifique, je me suis impliqué dans de nombreuses études sur des sujets variés, comme :

- la performance des prothèses inversées après les séquelles de fracture,
- l'évolution et l'importance clinique des encoches scapulaires après les prothèses inversées,
- les complications des prothèses totales anatomiques de l'épaule,
- l'efficacité du transfert de l'Episcopo pour les patients avec déficit en rotation externe active,
- la relation entre la tenodèse du long biceps et le clivage de la partie haute du tendon sous-scapulaire,
- les conséquences des différentes positions d'immobilisation de l'épaule suite aux fractures.

Mon stage à Nice coïncidait avec la tenue du Nice Shoulder Course 2010 pour lequel j'ai

participé à l'organisation. La préparation de ce cours avec de multiples présentations a été une importante source d'apprentissage surtout en préparant la partie « Glenoid Day ». J'ai beaucoup apprécié l'opportunité de rencontrer de nombreux chirurgiens de l'épaule Français ainsi que d'autres pays divers. Ma collaboration avec le Pr Luc Favard sur les résultats à long terme des prothèses inversées a été spécialement mémorable.

Au mois de juin, j'ai fait un séjour chez le Pr Gilles Walch à Lyon, où j'ai pu voir une approche un peu différente des diverses pathologies de l'épaule, surtout en rééducation. J'ai eu des discussions très intéressantes avec le Pr Walch ainsi qu'avec le Dr Liotard (médecin rééducateur) sur des sujets controversés et sur des nouvelles questions cliniques qui se sont révélées au Nice Shoulder Course. Durant mes deux semaines à Lyon, j'ai eu l'occasion de découvrir plusieurs aspects de la culture lyonnaise de façon un peu plus approfondie que celles des autres beaux endroits que j'ai pu visiter en France.

Pour revenir à Nice, une chose que j'ai beaucoup appréciée, à part sa population, sa culture, son paysage, est le fait que je m'y suis fait de très bons amis parmi les autres fellows et internes chez le Pr Boileau. Ces

chirurgiens venant de pays divers étaient tous brillants et très motivés pour apprendre et faire avancer notre domaine, et je compte rester en contact avec eux tant au niveau académique qu'au niveau social.

En me préparant pour la rentrée à Montréal, où je commencerai enfin ma pratique, je complète actuellement mes travaux scientifiques en cours, j'identifie mes lacunes, et je consolide mes connaissances. En même temps, je correspond avec ma future équipe montréalaise de chirurgiens, infirmières, kinésithérapeutes, et représentants industriels dans le but d'organiser un bon départ avec le moins de difficulté possible.

Merci infiniment à la SOFCOT pour cette bourse scientifique qui m'a été d'une grande aide sur le plan financier. Même si le mariage entre notre profession et l'industrie est inévitable, à mon avis il est préférable de rester le plus indépendant possible de l'industrie pour notre apprentissage et notre recherche. J'espère donc que cette bourse sera toujours disponible pour les autres chirurgiens intéressés, et j'espère qu'ils auront des expériences aussi riches que la mienne.

Voici quelques photos de cette belle année.



La délégation québécoise au Nice Shoulder Course avec des amis de l'Hôpital de l'Archet.



Des collègues fellows

RAPPORT DE VOYAGE D'ÉTUDE

Service de chirurgie de la main et de microchirurgie du centre de traumatologie et d'orthopédie de Florence, Italie

Mai 2010

Par **Sybille FACCA**,
Service de chirurgie de la main des hôpitaux universitaires de Strasbourg

C'est dans le cadre de l'obtention d'une bourse d'échange franco-européenne destinée aux chefs de clinique, de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, que j'ai eu l'occasion de me rendre dans le service de Chirurgie de la main et de microchirurgie du centre de traumatologie et orthopédie (CTO) de Florence (Figure 1). Rappelons que l'école orthopédique florentine est devenue célèbre lors de la création de ce fameux « Trauma Center » par le Pr Oscar Scaglietti en 1962, suite à un transfert sur Florence du Centre orthopédique et des mutilés de Bologne du Pr Vittorio Putti.



Figure 1 : Entrée du Centre de Traumatologie et Orthopédie de Florence (CTO)

J'ai fait la connaissance du Dr Giulio Lauri, du CTO de Toscane, en Pologne lors du congrès de la FESSH 2009 (Federation European of Societies of Surgery of the Hand). Or, ce chirurgien de la main francophone également, développe depuis plusieurs années la chirurgie prothétique du poignet, ainsi que des nouvelles techniques d'ostéosynthèse du radius distal. De mon côté, en tant que chef de clinique dans le service de chirurgie de la main du Pr Philippe LIVERNEAUX à Strasbourg, j'avais été amenée à travailler sur la navigation des prothèses de poignet lors de mon mémoire de D.E.S.C.

d'Orthopédie, puis à publier un travail comparatif portant sur la mise en place des prothèses totales de poignet assistée ou pas par ordinateur (1). Le Dr Giulio Lauri, m'a donc naturellement invitée à venir dans son service afin d'élargir ma série de patients. Ce voyage d'étude effectué sur deux semaines en mai 2010, m'a aussi permis de découvrir le fonctionnement général d'un service de chirurgie de la main italien renommé. Le chef de service est le Dr Massimo CERUSO, actuellement président de la FESSH 2010, il est assisté par cinq chirurgiens de la main seniors, les Drs Giulio Lauri (Figure 2), Sandra Pfanner, Massimo Nigi, Prospero Bigari, Maura Zucchini et d'un interne d'orthopédie.



Figure 2 : Docteurs Giulio Lauri et moi-même

D'un point de vue organisation du bloc opératoire, peu de choses diffèrent. Les blocs locorégionaux huméraux, axillaires voire sus-scapulaires sont réalisés sous repérage échographique par les anesthésistes (Figure 3)



Figure 3 : Anesthésie locorégionale par bloc sus-scapulaire sous repérage échographique

pendant que les chirurgiens codent et tapent leurs comptes-rendus opératoires en salle sur un ordinateur prévu à cet effet.

Malheureusement, les délais d'attente entre deux interventions étant souvent longs, il arrive que les derniers patients soient reprogrammés au lendemain : l'activité opératoire réglée devant impérativement se terminer à 19 heures. L'équipe infirmière est par contre assez nombreuse mais n'est pas spécialisée dans une fonction précise (IBODE, IADE). Les infirmiers sont pluripraticiens, ils aident les anesthésistes puis brancardent et installent les malades, avant de s'habiller pour se transformer en aide opératoire.

Concernant le programme opératoire, j'ai beaucoup apprécié sa diversité mais aussi ses particularités. En effet, ce service est considéré comme un centre référent en chirurgie de la main en Italie. En chirurgie réglée, les délais d'attente sont souvent très longs, en moyenne 18 mois entre la consultation et l'intervention chirurgicale. Les pathologies courantes (comme le canal carpien) sont ainsi la plupart du temps réorientées et opérées ailleurs que dans ce service universitaire. Le service se concentre surtout sur la prise en charge chirurgicale de malformations du poignet et de la main parfois historiques, venus de toute l'Italie. Ainsi beaucoup de patients atteints de maladies

suite page 22 >>>

rhumatologiques comme le lupus érythémateux aigu disséminé ou le psoriasis (Figure 4) y sont opérés. Sans oublier les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (Figure 5), car rappelons que la ville de Florence est le berceau de la famille de Médicis, dont certains membres, comme Cosme de Médicis (Figure 6), présentaient des malformations rhumatoïdes sévères des mains. En chirurgie d'urgence, le recrutement se fait grâce à des transferts secondaires de patients accidentés. Peu d'hôpitaux italiens ont des services de chirurgie de la main. Ainsi des patients opérés ou non précédemment, avec des plaies tendineuses ou nerveuses, sont pris en



Figure 4 : Radiographie de profil d'un poignet d'un patient atteint de psoriasis articulaire



Figure 5 : Radiographie de face d'une main d'un patient atteint d'une polyarthrite rhumatoïde

charge chirurgicalement par l'équipe spécialisée de Florence (Figure 7) à distance du traumatisme initial, plusieurs jours voire plusieurs semaines après le traumatisme initial.

Quant à l'organisation de la consultation et de l'hospitalisation, si la consultation est ultramoderne, le service d'hospitalisation est resté dans l'esprit de l'époque des années de construction du bâtiment. En effet en consultation, l'ordinateur a remplacé le secrétaire. Le patient est appelé par affichage de son numéro d'ordre de passage. Le dossier médical et les examens d'imagerie sont entièrement numérisés. Tous les patients repartent avec un compte rendu de la consultation, une lettre pour le médecin traitant et bien sûr une facture. Dans le service, par contre, la chirurgie ambulatoire est très peu développée. La plupart des patients restent donc hospitalisés plusieurs jours dans le service et débutent leur rééducation dans le service avec les orthésistes et ergothérapeutes.

Enfin, j'ai également analysé la série florentine de prothèses totales de poignet (Figure 8) mises en place sans navigation, comparé, entre autres, les indications (plutôt post-traumatiques et rhumatologiques) et mesuré les angles de pose des prothèses.

Ce stage a donc été extrêmement enrichissant, me permettant d'apprécier la variété des pathologies pris en charge dans un service référent en Italie et de comparer l'organisation du système français par rapport au système italien dans la prise en charge des urgences de la main.

Je remercie la SOFCOT pour l'obtention de la bourse et le Dr Giulio Lauri pour son invitation et son accueil à Florence.

Références :

(1) Facca S, Gherissi A, Liverneaux P. Contribution of computer assisted surgery in total wrist prosthesis: a comparative study of eight cases. *Int J Med Robotics Comput Assist Surg.* 2010 Jun;6(2):136-41



Figure 6 : Portrait de Cosme de Médicis



Figure 7 : L'équipe de Florence en pleine opération



Figure 8 : Radiographie de face d'une prothèse totale de poignet

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

www.sofcot.fr

7-9 octobre 2010

> Lyon, France

14^{es} 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
Fabrice GUEZ +33 (0)4 95 09 38 00
fabrice@mcocongres.com
www.lyon-genou.com

voir page 27 >>>

8-9 octobre 2010

> Vienne, Autriche

Shoulder prosthesis cadaver course - EFORT Instructional Course

Orthopädisches Spital Wien Speising
Prim. Univ. Doz. Dr. Franz Landsiedl
Univ. Doz. Dr. Christian Wurnig
Mr. Patrick Collet - patrick.collet@efort.org
www.efort.org/ic/vienna2010

14-16 octobre 2010

> Barcelone, Espagne

IV^e 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^o 08013 Barcelona
Tél. : 93 246 35 66 - Fax : 93 231 79 72
e-mail : e.torres@torresparado.com
www.orthomarenostrum2010.com

voir page 27 >>>



15-16 octobre 2010

> Palavas les Flots, France

**3^e Rencontres de l'IMM
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 voir page 31 >>>

15-16 octobre 2010

> Lyon, France

Fractures du scapoïde et les pseudarthroses

Palais des congrès - Cité Internationale
Pr Guillaume HERZBERG
Hôpital Edouard Herriot - Pavillon M Orthopédie
5 place d'Arsonval - 69437 LYON cedex 03
mireille.orjollet@chu-lyon.fr
catherine.pruvot@ezus.univ-lyon1.fr
www.ezus-lyon1.fr/congres

26-29 octobre 2010

> Berlin, Allemagne

Congrès Allemand d'Orthopédie et de Traumatologie

e mail : dkou@intercongress.de
Phone +49 (0)761 696 99-0
Fax +49 (0)761 696 99-11
www.registratation.intercongress.de

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
www.nisc.it

5-6 novembre 2010

> Barcelone, Espagne

International Seminar on Pediatric Orthopedics

Julio de Pablos, Maite Idiazabal
brupa@ohsjd.es
www.depablos-bruguera.com

8-12 novembre 2010

> Paris, France



85^e 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@clq-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
www.sofcot.fr



www.sofcot.fr



**85^e réunion annuelle de la
sofcot**

société Française de
chirurgie orthopédique
et traumatologique

8-12 novembre 2010 Paris, palais des congrès



© Succession H. Moitte

2010
l'année
du mouvement

bouger, c'est rester libre!

Les chirurgiens orthopédistes

9-13 novembre 2010

> Faro, Portugal

2^e Réunion sur la pathologie du golfeur

Chemin des Bourrely
Bleusy.be asbl
info@bleusy.be - www.bleusy.be

16-19 novembre 2010

> Barcelone, Espagne

VIIth International course in Arthroplasties: Knowledge update in Joint Replacement

Auditorio AXA - Illa Diagonal
Active Congress
info@activecongress.es - www.artroplastias.com

21-26 novembre 2010

> **Blue Bay, Île Maurice**

JIMS 2010 - 9^{es} Journées Internationales de Médecine du Sport

Hotel Shandrani Resort
Equatour
infos@jims2010.com - www.jims2010.com

25-27 novembre 2010

> **Bruxelles, Belgique**

EFOST 2010, 6th 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 - www.efost2010.com

26-27 novembre 2010

> **Genève, Suisse**

Hallux Valgus & Ankle arthritis EFORT Instructional Course

Hôpital Universitaire de Genève
MD Mathieu Assal, PhD Dr. Xavier Crevoisier
Mr. Patrick Collet
patrick.collet@efort.org
www.efort.org/ic/geneva2010

26 novembre 2010

> **Paris, France**



3^{ème} Cours sur les lambeaux dans la chirurgie de la coiffe des rotateurs de l'épaule

Ecole de chirurgie du Fer à Moulins
7 rue du Fer à Moulins, Paris
GECO
info@geco.asso.fr
www.geco-medical.org

1-4 décembre 2010

> **Aix-en-Provence, France**



Congrès Annuel de la Société Française d'Arthroscopie

Grand Théâtre
Société Française d'Arthroscopie
Corine Bensimon - Tél : +33 (0)1 40 25 74 01
bensimon@sofarthro.com
www.sofarthro.org

voir page 29 >>>

1-3 décembre 2010

> **Pointe-à-Pitre, Guadeloupe**

Un siècle depuis la découverte de la drépanocytose (1910-2010)

Centre culturel Robert Loyson Le Moule
Guadeloupe
Recherche, prise en charge médicale et chirurgicale de la drépanocytose.
Organisé par le Service d'orthopédie traumatologie du CHU de Pointe-à-Pitre (ORTHOQUA) avec la participation de l'Unité Transversale - Centre de la Drépanocytose Guy Mérault et INSERM-UMR 763. Guadeloupe Secrétariat /congrès 2010, CHU de Pointe-à-Pitre, Service d'Orthopédie et Traumatologie (ORTHOQUA)
BP 465 - 97159 Pointe-à-Pitre cedex
Tél. : (00 590) 590 89 14 40 - Fax : 0590 89 17 44
E-mail pour inscription et soumission de communications et résumés en ligne avant le 30 octobre 2010 :
martin.mukisi@chu-guadeloupe.fr, abibccd@yahoo.fr, th.patrick@wanadoo.fr, manicomolivier@laposte.net, Beatrice.pendore@orange.fr
www.orthogua.com



10-11 décembre 2010

> **Bâle, Suisse**



LA GIEDA INTER-RACHIS 23^e Réunion Annuelle Multidisciplinaire

Hotel Hilton International
Aeschengraben 31 4051
Bâle, Suisse

Sous la Présidence du Docteur KAECH, Chur
Bérénice Lacan
lacan.berenice@neuf.fr
05 65 60 30 47 - 06 50 05 06 13
www.gieda.net

13 janvier 2011

> **Paris, France**

Association Française de Chirurgie Ambulatoire

Salons de l'Aveyron
Pr Jean-Pierre Triboulet
jp-triboulet@chru-lille.fr
www.chirambu.org

15-19 janvier 2011

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



35^e Réunion élargie du GECO

ARC 1800 - Hôtel du Golf
info@geco.asso.fr

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. Masméjan
cours.main@egp.aphp.fr
www.gem-sfcm.org/monde_main/agenda.php

27-28 janvier 2011

> **Paris, France**

15th International ArgoSpine Symposium - Evidence-Based Spine Surgery: Myth or Reality?

Pullman Paris Tour Eiffel
Colloquium - argospine@clq-group.com
www.argospine.org



29 janvier 2011

> **Paris, France**

La gonarthrose fémoro-tibiale du sujet actif de moins de 60 ans

Auditorium de la Fédération Française de Football - 87 bd de Grenelle
Institut Marcel Kerboul, 39 rue Buffon, 75005 PARIS
Anne WAGNER +33 (0) 1 43 36 66 30
(Lundi, vendredi toute la journée et mardi après-midi)
www.imk-forum.com

16-19 février 2011

> **San Diego, USA**

American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)

11-12 mars 2011

> Lyon, France



**Patello femoral disorders
EFORT Instructional
Course**

Universite Claude Bernard - Lyon 1
Faculté de Médecine et de

Pharmacie - 8 av. Rockefeller, 69373 LYON cedex 08
Prof. Philippe Neyret
Prof. Elvire Servien
Dr. David Dejour
Mr. Patrick Collet - patrick.collet@efort.org
www.efort.org/education

16-18 juin 2011

> La Baule, France



**44^e Congrès de la
Société d'Orthopédie
de l'Ouest (SOO)**

Centre ATLANTIA

Jocelyne CORMIER - SOO Organisation
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

www.sotest.org

MCO Congrès

pauline.poupard@mcocongres.com

www.mcocongres.com

voir page 32 >>>

16-18 mars 2011

> London, GB

**12th International Phillip Zorab
Symposium**

Royal College of Surgeons

Sarah Wiles c/o Hilali Noordeen (Chair), Peter Millner,
Jean Dubousset and Jeremy Fairbank

2011symposium@bsrf.co.uk

www.bsrff.co.uk

21-25 mars 2011

> Marigot, St Martin

31^{es} Journées Caraïbéennes d'Orthopédie

Hotel Radisson, Anse Marcel

J.L. Rouvillain

M^{me} Christine Valbon

Tél. : 0596 55 21 78 - Fax : 0596 75 14 92

Email : madinortho@chu-fortdefrance.fr

www.jofdf.org

voir page 26 >>>

1-4 juin 2011

> Copenhagen, Danemark



12th EFORT Congress

EFORT Central Office

Technoparkstrasse, 1
8005 Zürich, Switzerland

Tel.: +41 (44) 448 44 00

Fax: +41 (44) 448 44 11

www.efort.org

9-10 juin 2011

> Kourgan, Fédération de Russie

2^{es} 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

12th EFORT
Congress 2011

www.efort.org/copenhagen2011



Early registration deadline:
▶ 31 January 2011

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?
- **Osteoporotic fracture proximal femur:**
Burden - management - outcomes
- **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

8-11 février 2012

> San Francisco, USA

American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)



23-26 mai 2012

> Berlin, Allemagne

13th EFORT Congress



Tel.: +41 (44) 448 44 00
Fax: +41 (44) 448 44 11
www.efort.org

21-23 juin 2012

> Nantes, France

45e 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

46e 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

5 juin 2013

> Istanbul, Turquie

14th EFORT Congress



Tel.: +41 (44) 448 44 00
Fax: +41 (44) 448 44 11
www.efort.org

4-7 juin 2014

> Londres, GB

15th 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

21-25 mars 2011

> Anse Marcel, Saint Martin

31^{èmes} Journées Caraïbéennes d'Orthopédie JCO
Journées d'Orthopédie du Grand Sud JOGS
Journée Franco-Chilienne d'Orthopédie JFCO

Hôtel Radisson - Anse Marcel - Saint Martin

Programme Préliminaire

Lundi 21 mars 2011 - Monday March 21nd

- Fixations des cotyles dans les PTH primaires et les révisions
- Infection et PTH
- PTH dans les fractures du cotyle

Mardi 22 mars 2011 - Thursday March 22nd

- La fémoro patellaire dans les PTG
- PTG Septiques
- Syndrome douloureux du compartiment interne du genou après 50 ans.

Mercredi 23 mars 2011 - Wednesday March 23th

- Fractures diaphysaires de l'humérus
- Instabilité de cheville
- Prophylaxie thrombo embolique en chirurgie Orthopédique. Les nouveaux anticoagulants

Jeudi 24 mars 2011 - Thursday March 24th

- Fractures de l'Extrémité supérieur du tibia (Fraîches et séquelles)
- Traitements des pertes de substance osseuse diaphysaire
- Les techniques innovantes dans la couverture des pertes de substances tégumentaires

Vendredi 25 mars 2011 - Friday 25th March

- Ateliers des JOGS : Cas cliniques
- Journée Franco-Chilienne d'Orthopédie

Comité Scientifique

G Ascencio (Nîmes), A Benchikh-el-Fegoun (Fort de France), P Bizot (Angers), S Boigard (Clermont-Ferrand), O Borens (Lausanne, Suisse), V Casoli (Bordeaux), J Caton (Lyon), Y Catonné (Paris), Ph Chiron (Toulouse), W Daoud (Fort de France), C Delaunay (Longjumeau), H Deraumont (Amiens), L Doursounian (Paris), F Dubrana (Brest), A Durandeu (Bordeaux), M Ehlinger (Strasbourg), JA Epinette (Bruay la Buisnière), JM Feron (Paris), E Garron (Fort de France), F Gouin (Nantes), M Gottin (Fort de France), P Hernigou (Créteil), O Laffenetre (Bordeaux), Ch Lefevre (Brest), D Le Nen (Brest), M Maestro (Monaco), H Mathevon (Dunkerque), A Masquelet (Paris), Ph Merloz (Grenoble), P Merti (Amiens), H. Pascal-Moussellard (Paris), J Paulos (Santiago, Chili), D Poitout (Marseille), J Puget (Toulouse), P Robin (Genève, Suisse), N Rosencher (Paris), P Rosset (Tours), JL Rouvillain (Fort de France), A Sautet (Paris), D Saragaglia (Grenoble), L Sedel (Paris), G Taglang (Strasbourg), P Thoreux (Paris), Y Tourne (Grenoble), A Trampuz (Lausanne, Suisse), Ph Tricot (Rennes), AP Uzel (Pointe à Pitre), P Vendittoli (Montréal, Canada), C Vielpeau (Caen), C Zekhnini (Fort de France)

Coordinateur des Journées : Pr JL Rouvillain
jlrouvillain@jofdf.org
madinortho@chu-fortdefrance.fr

Secrétariat Scientifique : VALBON Christine
tél. : 0596 55 21 78 – fax : 0596 75 14 92
madinortho@chu-fortdefrance.fr

Organisation logistique : Carib Congres
3 rue Jules Guesde – 92300 Levallois Perret
tél. : 01 47 88 04 22 – fax : 01 47 89 03 24
www.caribcongres.com
jofdf@caribcongres.com

Date limite des propositions de communication avant le 15/01/2011

www.caribcongres.com





IV MEETING OF THE INTERNATIONAL
MEDITERRANEAN SOCIETY OF ORTHOPEDIC SURGERY

ORTHO MARE NOSTRUM

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



www.orthomarenostrium2010.com

Preliminary programme 

IV CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE
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^a 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 supplément
Juin 12 date limite pour l'envoi des communications

Communications
Abstracts mai ne seront envoyés via le site officiel: www.orthomarenostrium2010.com
Juin 12 date limite pour l'envoi des communications

Site
www.orthomarenostrium2010.com

**14^e JOURNÉES LYONNAISES
DE CHIRURGIE DU GENOU**
Advanced Course on Knee Arthroplasty
3-D Knee Function

LYON 2010
7 - 9 OCTOBER
Convention Centre



DESIGN

Future

Function

www.lyon-genou.com

Organisation - IMCO Congress
33, rue du Four à Chaux - 43007 Marseille
Nataly Revel - nataly.r@imcocongress.com
Phone +33 (0)4 37 44 12 90 - Mobile +33 (0)6 44 38 47 03
Aurore Davy - aurore.davy@imcocongress.com
Phone +33 (0)4 95 09 38 00 - Fax +33 (0)4 95 09 38 01



PRELIMINARY PROGRAMME

LA 1^{ère} DIMENSION : AXE ET STRATÉGIE
THE 1st 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^{ème} DIMENSION : SURFACES
THE 2nd 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^{ème} DIMENSION : FORMES ET VOLUMES
THE 3rd 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 / *IKA on deformed knees*

LA 4^{ème} DIMENSION : FONCTION
THE 4th 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

24-25 juin 2011

> **Marseille, France**

**Congrès annuel
de la Société
Française de
Chirurgie
Rachidienne**



Palais du Pharo

Organisateur

Pr Jean-Luc JOUVE

Renseignement / Inscription

MCO Congrès

- Administratif : Anne CAPELLE : anne.capelle@mcocongres.com

- Industrie : Camille VOISIN : camille.voisin@mcocongres.com

Commentaires

Tables rondes :

- Sponylolisthesis par lyse isthmique à grand déplacement -

G. Bollini, P. Roussouly

- Vertébroplasties - Ch. Court

Controverse :

Hernie discale lombaire médiane - Th. David, S. Litrico

www.sfcr.fr

Troisième journée sur
l'articulation fémoro-patellaire
"De la naissance à la sénescence"

7 octobre 2011
Lyon, Palais des Congrès

Comité Scientifique:
Groupe ACORA - Lyon

Jacques CATON - Chairman
André FERREIRA

Clinique Emille de Vialar
115 rue Antoine Charrial - 69003 Lyon
Caton.jacques@wanadoo.fr

Appel à communications:
Dossier à transmettre au Comité Scientifique

Organisation:
IOC-Med
320 avenue Berthelot
69008 Lyon
Tel: 06 07 03 01 02
Mail: ioc-med@wanadoo.fr
Site: www.ioc-med.com

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 Zuverl

Contact

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

DGU Organisation
FD Dr. med. Peter Stöckm,
Dr. med. Thorsten Hammer,
Dr. med. David Kubosch, Jan Kühle

DGU Congress Secretariat
Ulrike Küttler, Erika Winterhalter
Department of Orthopaedics & Traumatology
University Hospital, Albert Ludwig University
Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg, Germany
phone +49 761 270-2699, fax +49 761 270-2783
sekretariat.dot@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
dguntal@chirurgie.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
Märgit Henniger
Kantstr. 13, 10623 Berlin, Germany
phone +49 30 2974-4444, fax +49 30 2974-4445
bvou@bvou.net, www.bvou.net

INTERCONGRESS
Project Management, Congress Office, Exhibition
Martin Bernitt, 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 Wengenfeld,
Dr. med. Dariusch Arbab, Dr. med. Marc Kreuzt,
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
Tinja Heinlein-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.orthopen.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

klimaneutral
gedruckt



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
D'ARTHROSCOPIE

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

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 - drk@orange.fr

SECRÉTARIAT 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

COMITÉ SCIENTIFIQUE - SCIENTIFIC COMMITTEE
PHILIPPE BOISRENOULT, PHILIPPE COLOMBET, OLIVIER COURAGE, PIERRE-HENRI FLURIN,
PASCAL GLEYZE, NICOLAS GRAVELEAU, CHRISTOPHE HULET, STÉPHANE PLAWESKI,
JEAN-FRANÇOIS POTEL, HÉRVÉ 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 - www.mcocongres.com



MCO
congrès

21-23 sept. 2011

> **Toulouse, France**

**Congrès
Appareil
Locomoteur
C.A.L.**

**Centre de congrès
Pierre Baudis**



Association Loi 1901 n° W313013719
Président : Professeur Jean Puget
Trésorier : Professeur Philippe Chiron

Congrès Appareil Locomoteur
Service d'Orthopédie-Traumatologie
CHU Rangueil, 1 av. J. Poulhès - TSA50032
31059 Toulouse cedex 09

Tel : (33) 5 61 32 27 12
Tel : (33) 6 83 22 07 84
Fax : (33) 05 31 32 22 32

www.hipnews.org/hiptoulouse
associationcal@free.fr

2-4 juin 2011

> **Bordeaux, France**

**Congrès
AFJO
2011
Association
France-Japon
d'Orthopédie**



CONTACT ORGANISATION
Alain Durandeau : a.durandeau@wanadoo.fr





INSTITUT MARCEL KERBOULL
9^{ème} Forum
Paris, 29 janvier 2011

**Gonarthrose fémoro-tibiale
du sujet actif de moins de 60 ans**

www.imk-forum.com
Tel. +33 (0)1 43 36 66 30

INSTITUT MONTPELLIERAIN DE LA MAIN ET DU MEMBRE SUPERIEUR



3^{èmes} 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:
Anatomo-physiologie.
- Les fractures de la clavicle 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 BOUISSSES - 34070 - MONTPELLIER - TEL / FAX : 04 67 10 09 36



LYON
17-18 JUIN^o
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

CENTRE DE CONGRÈS DE LYON



50% de remise
OFFRE ADHÉRENTS SOFCOT

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



la revue du praticien

Pathologie locomotrice du genou

+

la revue du praticien.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**




Bulletin des Orthopédistes Francophones
organe de liaison édité par la SOFCOT



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

- 1/2 page : 400 €
- 1 page : 800 €
- Dernière de couverture : + 10 % (1 page : 880 € ; 1/2 page : 440 €)

Formats

page	1/2 page largeur	1/2 page hauteur
210 x 297	175 x 125	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



2010
l'année
du mouvement

85^e sofcot
réunion annuelle de la
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
SOFCOT - 56 rue Boissonnade - 75014 PARIS**

Le Japon, invité d'honneur du Congrès de la SOFCOT 2010. Un exemple de coopération à suivre

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

Depuis de très nombreuses années, le Japon par l'intermédiaire de l'AFJO, Association Franco-Japonaise de Chirurgie Orthopédique et de la SOFJO, Société Franco-Japonaise d'Orthopédie versant japonais, est un partenaire des orthopédistes français. Cette association créée à l'initiative de Michel POSTEL a vu se succéder tous les quatre ans un certain nombre de présidents français tandis que la SOFJO n'a eu que trois présidents en 23 ans, le plus ancien étant T. SHITIKAWA, toujours actif malgré ses 90 ans, avec à sa suite, le professeur T. ONOMURA et actuellement A. KOBAYASHI. De très nombreux chirurgiens japonais se sont formés à nos techniques et à la langue française. La SOFJO versant japonais a 170 membres et organise tous les deux ans son congrès au Japon, congrès au cours duquel elle invite 1 à 3 conférenciers français, le premier congrès ayant eu lieu en 1987 à Kobé.

L'AFJO organise également des réunions en France. Ces réunions ont lieu tous les

quatre ans, la dernière réunion avait lieu à Nice à l'hôpital Lenval en 2007 et la prochaine aura lieu à Bordeaux du 2 au 4 juin 2011 sous la présidence d'Alain DURANDEAU, aidé par Philippe MERLOZ, secrétaire général.



Les chirurgiens japonais formés sont très reconnaissants à la France et très attachés à notre chirurgie et à notre langue. Les exemples de coopération en sont nombreux, pour ne citer dans le bureau exécutif de la SOFJO que K. KANEKO membre de l'APCORT, le professeur TANAKA de Kyoto ou le secrétaire général H. OHASHI, le vice-président actuel est Y. SEMOTO chirurgien pédiatrique et chirurgien de la scoliose qui a été formé à Lyon par Pierre STAGNARA.

Le dernier congrès organisé avec les français au Japon avait eu lieu à Okinawa, il y a deux ans en 2009. Il s'agissait de la 10^{ème} réunion de l'AFJO et nous venons de nous rendre à Hiroshima, invités à la réunion réservée aux membres de la SOFJO. Pour la bonne compréhension, la SOFJO organise une réunion avec les français de l'AFJO tous les deux ans et une réunion uniquement avec les membres japonais les deux ans suivant au cours de laquelle elle invite des conférenciers. Nous avons donc participé à Hiroshima à la 14^{ème} réunion de la SOFJO du 22 au 25 septembre 2010. Trois orateurs invités, Pierre CHAMBAT avec une conférence sur la reconstruction du ligament croisé antérieur, Philippe HERNIGOU sur les concepts récents du traitement par thérapie cellulaire dans les ostéonécroses aseptiques et enfin, moi-même sur un sujet portant sur l'étude à long terme du concept des prothèses totales de hanche de type « low friction arthroplasty de Charnley ».

Ce congrès merveilleusement organisé par le professeur Y. YASUNAGA, comportait outre les conférences introductives déjà citées, une conférence en Français du Président A. KOBAYASHI sur un médecin japonais qui avait fait sa formation en France Ryoun TAKAMATSU (1837-1916), conférence intitulée, « le premier docteur japonais qui étudia la médecine moderne en France ». Ce congrès comportait également les rapports de quatre chirurgiens orthopédistes en formation ayant séjourné en France, de quelques



K. KANEKO (Représentant Japon à l'APCORT)



Y. YASUNAGA (Président du Congrès SOFJO 2010)



T. ONOMURA (Président d'honneur de la SOFJO)



*N. SUGANO (Osaka -
Chairman symposium sur FAI)*



*H. OHASHI (Secrétaire
général SOFJO)*



*A. KOBAYASHI
(Président de la SOFJO)*

semaines à quelques mois en 2008 et 2009, dans différents services de chirurgie orthopédique adulte et enfant. La vision de notre pays rapportée par ces jeunes chirurgiens était des plus intéressante tant sur le plan de la chirurgie orthopédique et de l'organisation de notre métier que sur celui de leur vision de notre pays, notamment sur le plan des habitudes culinaires ou œnologiques. Cette journée a également comporté une table ronde sur les conflits fémoro-acétabulaires (FAI) traités par arthroscopie, « mini-open » ou chirurgie par voie antérieure, remarquable symposium, animé à la fois par des chirurgiens séniors (N. SUGANO d'Osaka) et par de jeunes chirurgiens qui étaient déjà venus nous visiter comme le docteur Takuma YAMASAKI d'Hiroshima. Si les chirurgiens japonais sont très demandeurs de voyages en France, nous devons constater, malheureusement que les jeunes chirurgiens français le sont beaucoup moins, probablement par peur d'une langue qu'il ne pourrait comprendre ou d'habitudes qui ne leur sont pas familières. La plupart des chirurgiens de la SOFJO parlent parfaitement le français et le plus souvent parfaitement l'anglais, la communication étant de plus en plus facile. Tous ceux qui ont visité nos collègues japonais n'ont pu en tirer que de grands bénéfices. Cette coopération est exemplaire, car elle fonctionne depuis plus de 20 ans, à la satisfaction des français et des japonais. Il s'agit d'une véritable coopération scientifique pérenne ainsi que de véritables échanges entre praticiens. Le

retour à en attendre est toujours important puisque le professeur Y. YASUNAGA qui organisait le congrès à Hiroshima était venu, en 1995, compléter son cursus de chirurgie de la hanche, dans mon service, à Saint-Joseph Saint-Luc et à la clinique Emilie de VIALAR à Lyon ainsi que dans celui de Jean-Pierre COURPIED à Cochin. Aujourd'hui, aucune autre coopération internationale n'est organisée de façon aussi structurée que celle avec le Japon et nous pensons que toutes coopérations avec d'autres pays devraient s'inspirer de ce principe.

Il nous a donc semblé naturel, ayant été président de l'AFJO, pendant quatre ans, de 2005 à 2009, de faire du Japon, la

nation invitée de notre congrès d'orthopédie à l'instar de ce qui c'était passé en 2009 avec l'Allemagne. Les chirurgiens japonais sont extrêmement heureux de venir. Cette séance de communications France-Japon avec traduction simultanée en français et en japonais aura lieu le jeudi 11 novembre de 8h00 à 10h00, 11 communications seront présentées par les chirurgiens japonais de même que 5 e-posters. Nous vous convions à venir nombreux à cette séance et à honorer une nation qui nous honore également.



*Les Docteurs H. KANAZAWA, C. WATTANABE, T. ASADA et Mlle R. YAMAMOTO.
4 derniers programmes de visites en France en 2008 et 2009*



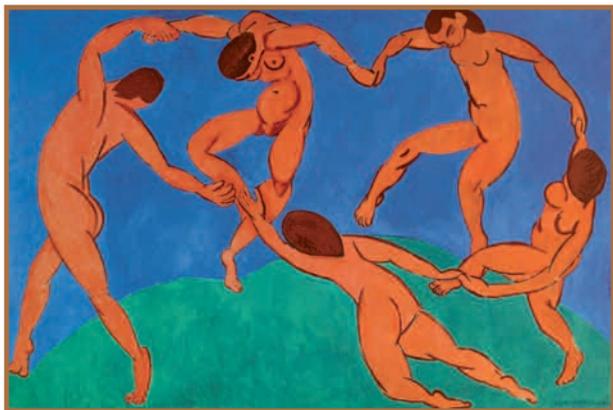
www.sofcot.fr



85^e réunion annuelle de la sofcot

société Française de
chirurgie orthopédique
et traumatologique

8-12 novembre 2010 Paris, palais des congrès



© Succession H. Matlèse

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

Lundi 8 novembre

Conférences d'enseignement

- Les luxations anciennes de l'épaulle - *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 articulaire 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^e 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** - Sports and lower extremity arthroplasties
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)**
- **Le Cercle Nicolas Andry**
Frédéric Dubrana (Brest), Alain-Charles Masquelet (Paris)
- **Forum SICOT/SFCR - 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 atteint de paralysie cérébrale ?** *Carole Bérard (Lyon), Claude Karger (Strasbourg)*
- **Symposium** - Pertes de substances osseuses diaphysaires d'origine traumatique
Directeurs : Jérôme Sales de Gauzy (Toulouse), Alain-Charles Masquelet (Paris)
- **Discussion de dossiers** - Traumatologie membre supérieur / Tumeurs - Epaulle / Coude
- **Forum Grand Public** - Football et chirurgie orthopédique

Mercredi 10 novembre

- **Journée des Spécialités**
AFCP (Association Française de Chirurgie du Pied)
GETRAUM (Groupe d'Etude en Traumatologie)
GSF-GETO (Groupe Sarcome Français/Groupe d'Etude des Tumeurs Osseuses)
SFCR (Société Française de Chirurgie du Rachis)
SFHG (Société Française de la Hanche et du Genou)
SOFEC (Société Française de l'Epaulle et du Coude)
- **Programme des infirmier(e)s** de Bloc Opératoire

Jeudi 11 novembre

- **Forum 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 / Tumeurs / Main
- **Journée des kinésithérapeutes**
- **Tables rondes** • Le genou oublié existe-t-il après une prothèse?
Jean-Noël Argenson (Marseille), Michel Bercovy (Melun)
• La géronto-ortho-traumatologie : pour un SSR spécialisé ? *Directeur : Jacques Caton (Lyon)*
- **CJO et SOFCOT** - Les lauréats du DESC
- **Symposium** - L'arthrose tibio-tarsienne - *Directeur : Thierry Judet (Paris)*
- **Quoi de neuf en rhumatologie** - Les nouvelles molécules qui redonnent de l'autonomie aux patients - *Charles Court (Le Kremlin Bicêtre), Alain Cantagrel (Toulouse), Philippe Orcel (Paris), Linda Rossi (Paris)*

Vendredi 12 novembre

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

Inscriptions en ligne : www.sofcot.fr