



mars 2012

n°71

bof infos

Bulletin des Orthopédistes Francophones
organe de liaison édité par la SOFCOT

sommaire

éditorial	1-2
congrès	
Statistiques et prix du 86 ^e congrès de la SOFCOT	3
Le Congrès de la SOFCOT de 1973 à 2010	4-6
chirurgie ambulatoire	
Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire en 2012	7-8
information	
Information sur les risques infectieux opératoires liés au patient	9
orthorisq	
Le bilan financier : accréditation et remboursement partiel de la RCP	10
Alerte Orthorisq sur les moteurs Stryker	10-11
efort	
Le 13 ^e Congrès de l'EFORT à Berlin	12-13
compte rendu	
Petit journal d'un Research Fellow à la Mayo Clinic, Rochester, MN USA	14-16
humanitaire	
Aide internationale médicale d'Arras	17
réunions scientifiques	18-19

www.sofcot.fr

désirent participer au futur congrès. Un laboratoire français n'a pas participé et une nouvelle disposition des stands est à l'étude pour l'année prochaine. Les symposiums satellites des laboratoires seront développés entre 12 h 30 et 13 h 30 avec des plateaux-repas pour fidéliser les congressistes et favoriser la visite des stands.

Pour mettre notre congrès aux normes des grands congrès internationaux, nous allons le raccourcir et il se déroulera à l'avenir sur 3 jours.

- Le lundi après-midi sera consacré aux conférences d'enseignement,
- Le congrès débutera le mardi matin avec le mercredi toujours consacré aux spécialités,
- Le vendredi sera consacré à orthorisq.



Les Présidents des sociétés internationales et les membres du bureau de la SOFCOT

éditorial

Bilan du congrès 2011

Par Jean-Paul LEVAI, Président 2011 de l'AOT

Le congrès SOFCOT 2011 peut se résumer à une stabilité sur le nombre de participants, une augmentation des bénéfices et, semble-t-il, une satisfaction des congressistes si l'on tient compte de la fréquentation des symposiums, des séances de communication et des tables rondes.

Le nombre de participants a été de 5275. Il y a eu 150 médecins inscrits en moins par rapport à 2010, ce qui doit nous pousser à rester vigilant sur la programmation afin de rester attractif. En fonction des nationalités, l'effet redouté « du printemps arabe » n'a pas eu de retentissement et nous retrouvons dans une proportion égale, les congressistes du Maroc (103), Algérie (96), Liban (82) et Tunisie (73). Malgré une matinée avec traduction simultanée français/anglais, nous n'avons pas de congressiste de Grande Bretagne, des Etats-Unis et même, des pays du Nord. Il faudra promouvoir notre congrès et notre société auprès de l'EFORT et de la SICOT et prévoir une publicité dans le JBJS (B). La fréquentation des IBODE est en augmentation de 20 %.

Concernant les finances, des économies ont été réalisées sur tous les postes, des symposiums ont été vendus et le bénéfice du congrès est en augmentation d'environ 10 % par rapport à l'année dernière.

Les exposants sont satisfaits dans l'ensemble avec 98 % qui

des économies ont été réalisées sur tous les postes, des symposiums ont été vendus et le bénéfice du congrès est en augmentation d'environ 10 % par rapport à l'année dernière.

Les forums, tables rondes et symposiums ont été diversement suivis et appréciés. Le forum EFORT a été un succès avec 380 participants, la table ronde SFA (700 participants) et le symposium genou (850 participants) peuvent également être considérés comme des succès.



Par contre, les forums étrangers, le forum Espagne (20 participants) et Allemagne (45 participants) sont des échecs avec pourtant des communications particulièrement intéressantes. Il est donc prévu pour les futurs forums étrangers, d'intégrer leurs communications soit au sein de la journée des spécialités, soit dans les séances de communication pour les mettre en valeur.

Il faut signaler les grandes réussites du cercle Nicolas Andry, qui s'étoffe chaque année, de la séance de rédaction médicale qui sera reconduite l'année prochaine et de la table ronde SOFCOT avec 160 participants.

Les séances de communications hanche sont plus suivies que les séances de communications genou alors que les séances de dossiers genou (120 participants) sont plus suivies que les séances de dossiers hanche (60 participants).

Ce sont des échecs et des déceptions que nous tirons le plus d'enseignement. Les applications iPhone, Androïde, BlackBerry, n'ont pas été assez promues. Nous avons relevé 12155 téléchargements dont 533 pendant le congrès. Nous proposerons dans le BOF, un article de la cellule de communication pour développer ces applications. La séance inaugurale n'a eu que 200 participants alors que le film proposé par

Thierry FREMAUX était d'une qualité remarquable sur le mouvement par les Frères Lumières.

Le forum grand public traitant d'un sujet d'actualité : le dopage, n'a eu que 80 participants.

Je laisse à Alain-Charles Masquelet le soin de tirer toutes les conclusions de ce congrès pour une plus grande réussite encore du congrès 2012, ce qu'il réalisera, j'en suis certain, compte tenu de ses compétences et de son dynamisme.

Jean-Paul LEVAI
Président 2011 de l'AOT

Aesculap® AS Advanced Surface

Systèmes de genou AS – Pour des patients Satisfaits

Les atouts du système de genou AS¹

- Prévention des réactions allergiques à long terme
- Excellente résistance à l'usure**
- Réduction du relargage des ions métalliques**



B. Braun Aesculap® Orthopédie

B. Braun Medical SAS | 204, avenue du Maréchal Juin | 92660 Boulogne-Billancourt Cedex
Tél : 01 41 10 53 00 | Fax : 01 41 10 53 99 | www.bbraun.fr
B. Braun Medical SAS au capital de 31 000 000 € | RCS NANTERRE 562 050 856

Le contenu de ce document, notamment les données, les informations, les marques et les logos sont la propriété exclusive de B. Braun Medical SAS et sont protégés par un copyright©2011, B. Braun, tous droits réservés. Toute représentation et/ou reproduction, partielle ou totale est interdite et constitue une infraction aux copyrights de B. Braun et autres droits de propriété intellectuelle. L'utilisation des produits commercialisés par B. Braun Medical SAS doit se faire exclusivement en conformité avec les instructions d'utilisation.

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

* Par rapport aux mêmes implants non revêtus
** Tests réalisés *in vitro*
¹ Rech J, Hwy I, Lindner H, Zel R, Schwaiger J, Thomas P, Grupp TM. Preliminary evaluation of coated knee implants for allergic patients. *Orthopädie*. 2010 May;29(5):485-502.

Rédacteur en chef du **bof**: Christian Garreau de Loubresse

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



Prix du congrès

PRIX SOFCOT

Meilleure communication, 2 000 €

n°79 – Benjamin Blondel (Marseille)

Evaluation combinée de paramètres spinopelviens dans la prédition du handicap chez l'adulte atteint de déformation rachidienne : résultats d'une analyse prospective

Benjamin Blondel (Marseille), Virginie Lafage, Shay Bess, Frank Schwab, Richard Hostin, Christopher Shaffrey, Justin Smith, Oheneba Boachie-Adjei, Bertrand Moal, Behrooz Akbarinia, Gregory Mundis, Christopher Ames, Kebaish Kebaish, Robert Hart, Douglas Burton, Jean-Pierre Farcy
Jury : Jean-Pierre Courpied, Didier Mainard, Alain-Charles Masquelet, Philippe Merlot

PRIX DE DESC DE L'ACADEMIE

2 500 € - Aloïs Espié (Région Sud-Ouest)

Intérêt de l'incidence radiographique F 45, 45, 30 pour le diagnostic et l'évaluation du geste chirurgical du conflit fémoro-acétabulaire antérieur

Jury : Dominique Chauveaux, Alain-Charles Masquelet, Sébastien Parratte, Jérôme Sales de Gauzy

PRIX AUDIO-VISUEL

1 500 € - A.V. Gubin (Equipe du Centre d'Illizarov, Russie)

Ostéosynthèse transosseuse d'Illizarov pour la prise en charge des complications après la pose de prothèses totales des articulations A.V. Gubin (Equipe du Centre d'Illizarov, Russie), N.M. Klushin, A.V. Kaminsky, V. Shlyakhov, A.E. Ermoakov, A.B. Stepanian
Jury APCORT : Thierry Bégué, Norbert Passuti

PRIX DU MEILLEUR E-POSTER

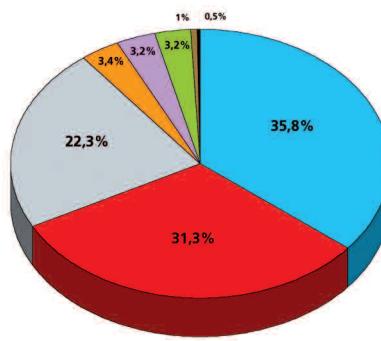
1 000 € - n°514 – Florent Valour (Lyon)

Physiopathologie des infections ostéo-articulaires (IOA) à *staphylococcus epidermidis* sur matériel : rôle de l'internalisation dans les ostéoblastes

Florent Valour (Lyon), Sophie Trouillet, Jean-Philippe Rasigade, Tristan Ferry, Sébastien Lustig, Emmanuel Chanard, Sylvestre Tigaud, François Vandenesch, Jérôme Etienne, Frédéric Laurent
Jury : David Dejour, Jérôme Grobost, Didier Mainard, Philippe Merlot

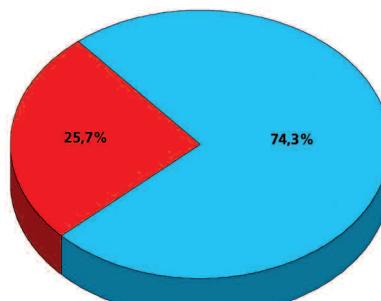
Statistiques

Participation globale



Membres de la SOFCOT	1890
Non-Membres de la SOFCOT	1653
Infirmier(e)s	1177
Visiteurs	178
Juniors	168
Kinésithérapeutes	168
Journée des spécialités uniquement	24
Journée de la SOFROT uniquement	17
Total	5275

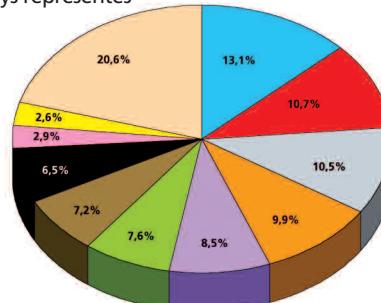
Chirurgiens



Français	2787
Étrangers	965
Total chirurgiens inscrits	3752

Chirurgiens étrangers, répartition par pays

63 pays représentés



Belgique	126
Maroc	103
Suisse	101
Algérie	96
Liban	82
Tunisie	73
Espagne	69
Portugal	63
Roumanie	28
Canada	25
Autres	199
Total	965



PRIX ELSEVIER/MASSON

n°347 – Manon Bachy (Paris)

Développement d'une matrice collagénique décellularisée pour la réparation du ligament croisé antérieur

Manon Bachy (Paris), Ines Sherifi, Raphaël Bardonnat, Thierry Hoc, Hervé Petite, Didier Hannouche

Jury : Denis Huten, Philippe Beaufils, Alain Sautet, Bernard Augereau

PRIX SHAM de gestion des risques en orthopédie : 2 500 €

n°281 – François Fazilleau (Brest)

Efficacité de l'acide tranexamique sur la déplétion sanguine dans les arthroplasties de hanche de première intention bénéficiant d'une anticoagulation par rivaroxaban

François Fazilleau (Brest), Arnad Clavé, Didier Dumser, Jérôme Lacroix

Jury : Jacques Caton, Gérard Bollini, Patrice Papin, Olivier Charrois, Jacques-Yves Nordin

Le congrès de la SOFCOT de 1973 à 2010

Évolution sur la durée d'une carrière¹

Par Gérard LECERF, Saint-Malo

■ La carrière d'un chirurgien orthopédiste dure environ 35 ans pendant lesquels la spécialité et les techniques évoluent. Le chirurgien doit progresser pour offrir au patient le meilleur traitement, conforme à l'état de la science, le jour où il est effectué.

■ La SOFCOT est la référence Française de la spécialité. Le Congrès annuel doit en être la vitrine.

■ L'analyse des programmes des congrès de la SOFCOT de 1973 à 2010 a permis d'étudier la quantité et la diversité de l'enseignement délivré, ainsi que les différents aspects de leur contenu scientifique. Nous avons mesuré la durée d'enseignement engendrée par chaque type de présentation, hormis les posters et les films, qui ne sont pas statistiquement différents des communications particulières. Seuls les travaux scientifiques ont été retenus. Les résultats sont

exprimés en temps et en pourcentage du temps total.

■ Le temps d'enseignement a été multiplié par 5,9 en 37 ans passant de 25 à plus de 147 heures. Le nombre de congressistes a triplé en 30 ans.

■ Le mode de présentation a évolué : Les séances magistrales et les conférences d'enseignement occupaient 80% du temps dans les années 70. Actuellement, les communications particulières et la journée des spécialités (intégrée dans le programme depuis 2003) occupent les 2/3 du temps de travail du congrès. On constate l'importante augmentation du

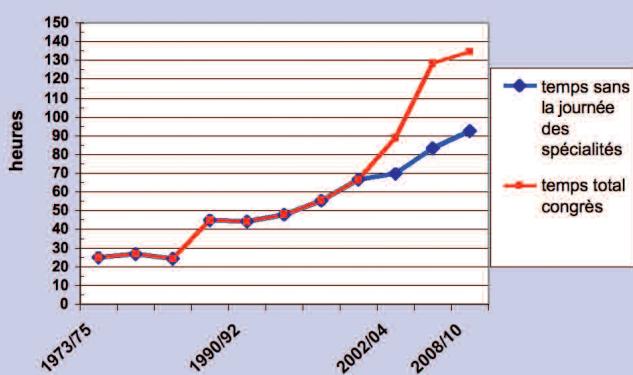
temps consacré aux communications particulières (multiplié par 8,7) qui émanent des praticiens, relatent leurs travaux et traduisent leurs préoccupations.

■ Les travaux du congrès ont été classés en 4 groupes : orthopédie, traumatologie, thèmes généraux, tumeurs. Leur répartition est remarquablement stable dans le temps. Quelques thèmes spécifiques ont été mesurés : chirurgie infantile, infectiologie, recherche... On constate une diminution du temps consacré à l'enfant, régulière mais non significative, compensée partiellement ces dernières années par la journée de la SOFOP.

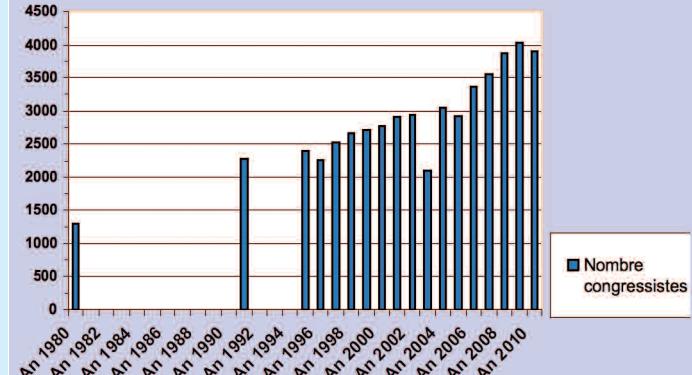
Durée d'enseignement du congrès.

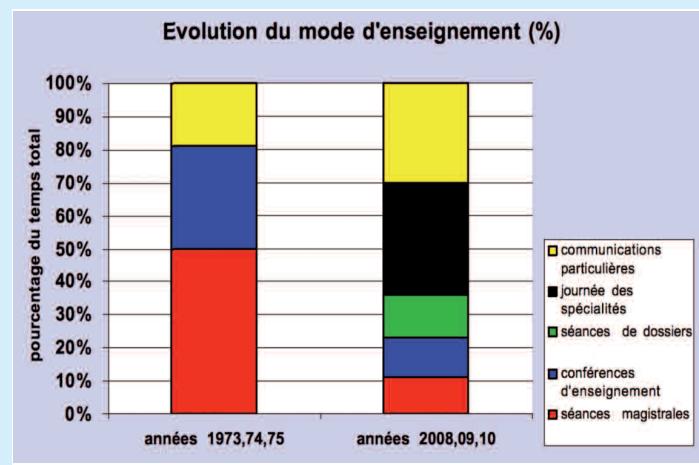
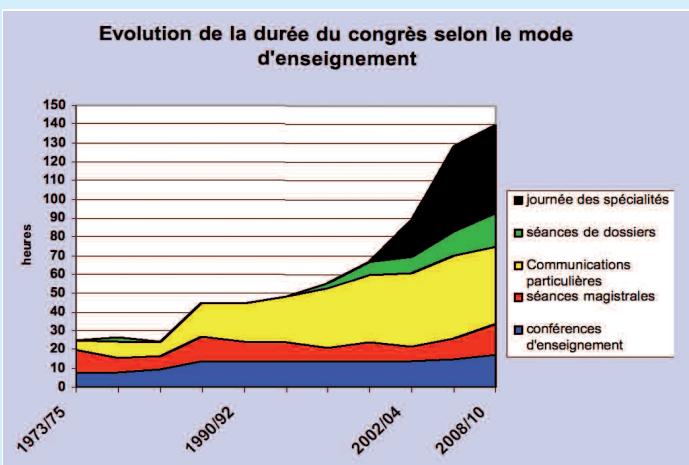
Nombre de chirurgiens congressistes.

Evolution de la durée d'enseignement du congrès

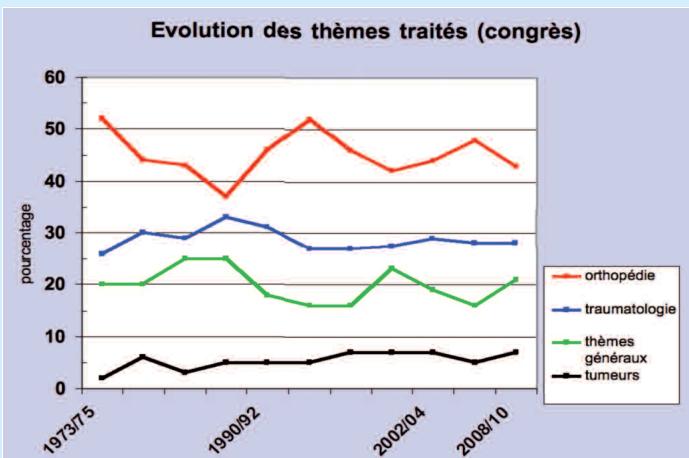


Nombre congressistes (Source SoFCOT)





Evolution de la durée et du mode d'enseignement, en temps et en pourcentage.



Stabilité de la répartition des grands thèmes.

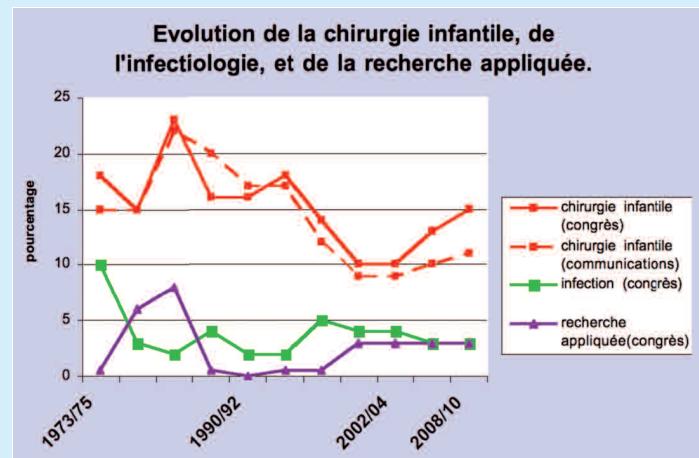
■ Temps d'enseignement en fonction de la localisation anatomique.

Cinq localisations dominent : la hanche et le genou ont été et restent les plus étudiés, occupant ensemble environ un tiers du temps de travail total du congrès, mais dépassant 40% des seules communications particulières depuis 2002. Le temps consacré au rachis a diminué progressivement depuis une quinzaine

d'années, pour se stabiliser à 10% depuis 8 ans grâce en particulier à la journée de la SFCR. L'épaule a beaucoup progressé depuis 1988, ainsi que l'ensemble cheville-pied. Ils atteignent maintenant chacun environ 10% du temps d'enseignement. Le total des autres localisations (main, coude, bassin, diaphyses des membres inférieur et supérieur), varie peu autour de 15% (12 à 18%). On constate une

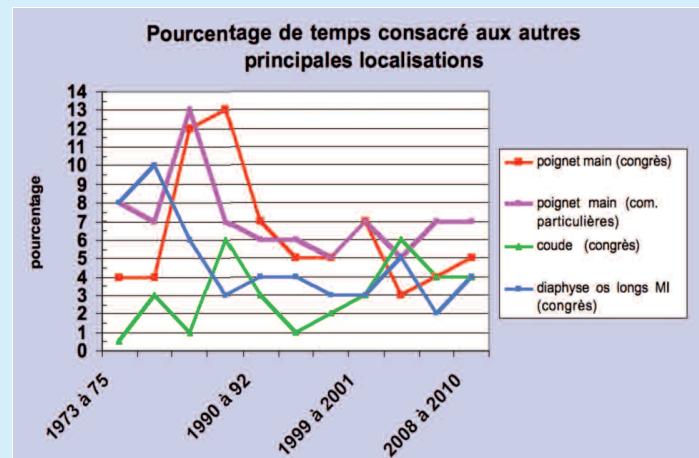
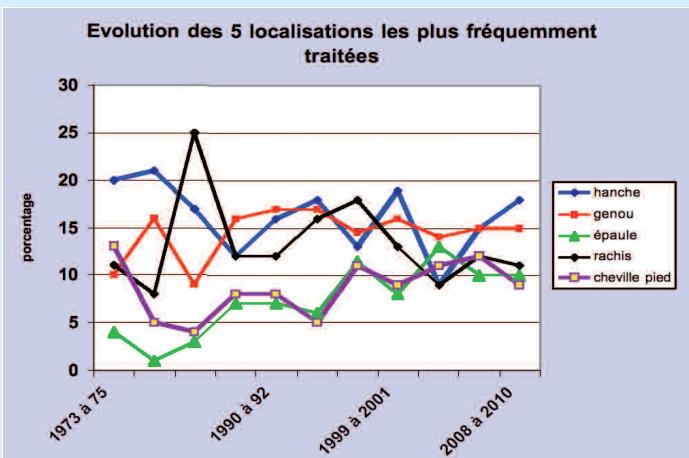
baisse des travaux consacrés à la main, régulière, non significative, dont l'impact est un peu atténué par les communications particulières en l'absence du GEM dans la journée des spécialités.

Les présentations sans localisation ou à localisations multiples diminuent progressivement et occupent le temps restant.



La baisse de la chirurgie infantile n'est pas statistiquement significative.

Temps d'enseignement en fonction de la localisation.



■ La chirurgie prothétique qui occupait 10% en moyenne du temps des congrès des années 70 atteint 25% en 2010. Au sein des communications particulières leur temps d'étude a progressé de 15 % à 36% pendant la même période.

■ Analyse des résultats

- Aucune des variations observées hormis le développement de la chirurgie prothétique n'est statistiquement significative, même si on constate une baisse progressive du temps consacré au rachis, à la main et à l'orthopédie infantile.

- Ces variations témoignent de l'évolution progressive de nos centres d'intérêt et du nombre de praticiens spécialisés et publiant dans chaque domaine.

- Les communications particulières, issues des praticiens, amplifient les variations observées, favorisant plutôt l'orthopédie, la chirurgie prothétique, le membre inférieur et en particulier la hanche. L'étude comparée de la composition du congrès et de celle des communications particulières fait apparaître le caractère régulateur du bureau de la SOFCOT, qui rééquilibre ou modère les variations que les seules communications particulières auraient tendance à induire.

■ En 37 ans la spécialité s'est transformée (Voir tableau).

Ces quelques exemples et toutes les évolutions de notre spécialité montrent à

quel point les bases mêmes de notre métier évoluent pendant la durée d'une carrière. Le jeune chirurgien qui s'installe doit savoir qu'il travaillera totalement différemment au moment de prendre sa retraite, ce qui impose une formation continue effective tout au long de sa vie professionnelle.

■ Le congrès de la SOFCOT, au moment où il se tient, est la « photographie instantanée » de l'état de la spécialité.

■ Il est toujours resté « généraliste » traitant de l'ensemble de l'orthopédie-traumatologie, en permettant à chacun de délivrer ou de bénéficier de l'enseignement dans le domaine de son choix. En 37 ans, les grands équilibres entre toutes les facettes de la spécialité ne se sont pas significativement modifiés, tout en suivant précisément l'évolution des connaissances.

■ Le congrès annuel de la SOFCOT, dans sa forme actuelle, est une référence incontournable et la base de la formation continue du chirurgien orthopédiste Français, qui doit toutefois être complétée par des formations spécifiques en fonction des orientations de chacun.

Gérard LECERF

1. Travail d'inspiration personnelle réalisé et conclu indépendamment du bureau de la SOFCOT.

Quelques nouveautés entre autres qui ont changé nos habitudes

1973 Boutin présente l'alumine et les cupules en titane non scellées

1974 Judet rapporte les résultats de 500 PTH sans ciment posées depuis 1971

1975 Imbert évoque sa récente expérience d'arthroscopie diagnostique du genou

1977 Roy-Camille présente le remplacement du disque vertébral chez l'animal

1977 Grosse et Kempf rapportent leur 1^{ère} série d'enclouages verrouillés

1980 Evrard expose les premiers résultats de l'antibiothérapie prophylactique

1982 Sugioka présente son ostéotomie

1986 Ilizarov expose sa méthode et son matériel

1987 Présentation de l'échographie dans la maladie luxante de hanche

1990 Kempf présente le clou « gamma »

1991 On parle à la SOFCOT de chirurgie ambulatoire ... au Canada

1992 Barouk expose les principes du « SCARF »

1993 Merloz évoque la navigation

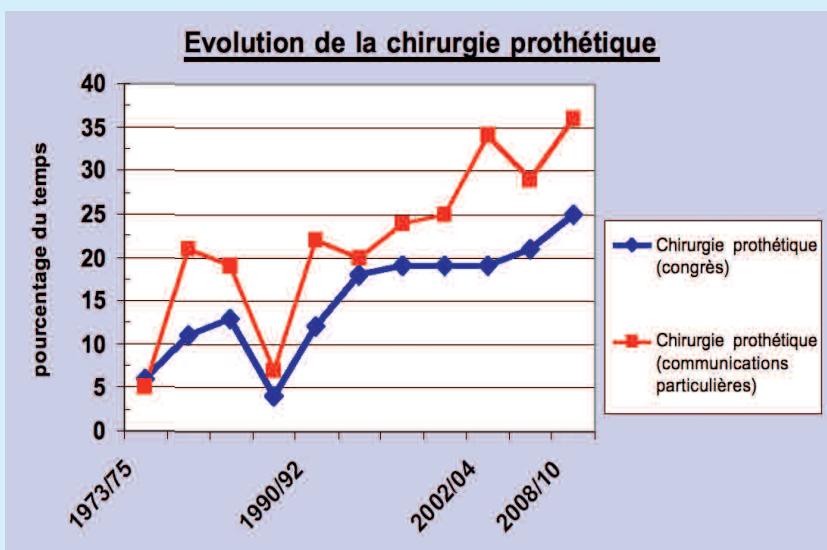
1995 Clou rétrograde, tiges verrouillées de reprise fémorale et plaques à vis verrouillées sont présentés au congrès

1997 Saragaglia rapporte 7 PTG « naviguées » sur le cadavre

1998 Grammont présente sa prothèse inversée

2001-2002
Début du mini-invasif et des mini-abords

2003-2010
Que deviendront les nouveautés récentes avec le recul ?...
Resurfacage, têtes de grand diamètre, polyéthylène à haute densité, etc.



Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire pour l'orthopédie-traumatologie en 2012

Par **Christophe HULET** (Caen) pour la Commission ambulatoire de la SOFCOT



La chirurgie ambulatoire se développe et est devenue un mode de prise en charge qui devient incontournable en France en 2012. Le pourcentage de chirurgie ambulatoire sur le territoire national était pour la DGOS de 36,2 % en 2009 avec une progression de 1,5 % pour atteindre 37,7 % en 2010. La croissance a été de +3 % pour l'orthopédie. Par ailleurs, les différents organismes institutionnels ont montré qu'il existait une disparité importante entre les différentes régions de France. De même, il existe une disparité au sein de chaque région entre les établissements publics et privés. Un des buts affichés par la DGOS est d'atteindre un objectif de 50 % de chirurgie ambulatoire pour 2016 pour l'ensemble des spécialités chirurgicales. Cet objectif est-il réalisable pour notre spécialité ?

Le déploiement de la chirurgie ambulatoire pour initier ce nouveau paradigme repose sur un tryptique avec 3 actions bien différentes : développer la chirurgie ambulatoire en termes d'actes réalisés, organiser la chirurgie ambulatoire pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients, inciter financièrement ce développement.

Pour le développement du nombre d'actes réalisés par les chirurgiens orthopédistes et traumatologues, trois réflexions ont été menées.

Initialement, la chirurgie ambulatoire a été mise en place avec 17 gestes marqueurs dont seulement 4 actes chirurgicaux qui concernaient la chirurgie orthopédique.

Il s'agissait de :

- l'arthroscopie du genou hors ligamentoplastie (140 228 séjours) 77%,
- la chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (169 519 séjours) 87%,
- la chirurgie de la maladie de Dupuytren (19 159 séjours) 69%,
- l'exérèse des kystes synoviaux (21 341 séjours) 92%.

Le nombre de séjours pour ces 5 interventions était de 370 106 séjours en 2009.

L'objectif affiché par la tutelle est d'obtenir lors des 5 prochaines années un taux de 95 % pour ces gestes marqueurs. Il nous reste un potentiel de progression non négligeable en fonction des différentes interventions. Plusieurs moyens ou mesures ont été mis en place pour développer cette action.

En 2006, la MSAP (mise sous accord préalable) est une des actions menée. C'est une procédure contraignante qui a été mise en place par un article du code de sécurité sociale. Elle consiste à repérer les établissements de santé qui réalisent beaucoup de séjours en hospitalisation complète pour des actes qui relèvent de la chirurgie ambulatoire pour un patient « standard ».

Ensuite, l'ARS après présentation d'observations par les établissements sur les éléments du ciblage, détermine les actes et les établissements qui seront soumis à cette mesure. Pendant le temps de mise sous accord préalable, toutes les demandes de séjour avec hospitalisation complète pour un acte choisi sont soumis à l'avis préalable des médecins conseils de l'assurance maladie. Les critères de jugement reposent sur ceux émis par les sociétés savantes SFAR/AFCA. Si tous les critères classiques ne sont pas réunis, il y a échange entre le chirurgien et le médecin de l'assurance maladie. Une réponse est alors assurée sous 48 heures.

Ainsi, la part d'ambulatoire a progressé. Pour 17 gestes, elle était de 59 %, et pour les cibles marquées grâce à la MSAP, elle est passée à 74 %, soit un gain moyen en 3 ans de 15 points. Cette mesure a un impact immédiat important mais il semblerait qu'au bout de 3 à 6 mois, l'effet s'estompe.

A partir des actes codés par les chirurgiens, une reflexion a été menée avec la CNAMTS qui nous a proposé une liste de nouveaux actes qui pourraient être assujettis à la même mesure. La SOFCOT, en collaboration avec toutes les sociétés partenaires et filles, a accepté une liste réduite d'actes

chirurgicaux qui représente un volume de séjours relativement modeste.

Les propositions de mise sous MSAP concernent 10 actes pour la chirurgie de la main, 3 actes pour la chirurgie du genou, 7 actes pour la chirurgie du pied et 1 acte pour la chirurgie du coude. Il s'agit d'actes simples comme l'ablation de matériel d'ostéosynthèse du pied à foyer ouvert, l'exérèse d'un hygroma du coude ou bien encore de l'exérèse de lésion fasciale et/ou sous fasciale des tissus mous de la paume de la main. La CNAMTS a reçu notre proposition et la réflexion continue.

Plus récemment, la DGOS a entamé une réflexion plus importante avec la SOFCOT et tous ses partenaires (AFCP, CAOS, GETRAUM, GSF-GETO, SFCR, SFHG, SOFEC, SOFROP, SFA, SFCM, SOO, SOTEST, Grand Sud, SNCO) pour proposer et valider une liste d'actes et des GHM pouvant évoluer vers une prise en charge en ambulatoire. Une liste exhaustive de 40 GHM qui représente l'ensemble des actes a été analysée et discutée au cas par cas.

Il est ressorti de cette réflexion et de cette analyse les points suivants :

- Premier élément important de ce travail, toute notion de seuil quantitatif quel qu'il soit ne devait pas être accepté ni retenu.
- La notion de liste ne nous semblait pas souhaitable non plus, c'est pourquoi nous avons préféré classer les actes et les GHM en plusieurs sous-catégories :
 - **catégorie A** : les actes facilement réalisables dans la plupart des cas en chirurgie ambulatoire,



- **catégorie B** : les actes pouvant éventuellement être réalisés en chirurgie ambulatoire,
- **catégorie D** : les actes non réalisables en chirurgie ambulatoire,
- pour la chirurgie innovante, il a été défini des actes de **catégorie C** qui étaient en devenir sous réserve des particularités et spécificités de chaque établissement de soin.
- Enfin, il y a avait aussi une problématique particulière pour les actes d'urgence avec ceux qui pouvaient être réalisés en ambulatoire ou en urgence différée (**catégorie E**) et les vraies urgences.

Dans tous les cas, tout cela sous réserve d'éligibilité des patients.

- La disparition de la borne basse pour beaucoup d'interventions est une mesure indispensable pour permettre de réduire la DMS ou d'inciter ceux qui ont une organisation adaptée à devenir innovants.
- L'ensemble des membres des sociétés savantes préconisait une réévaluation dans un délai de 2 à 3 ans pour adapter la liste et analyser quelle était l'évolution de nos pratiques.
- Nous souhaitons que tous ces efforts soient associés obligatoirement à une analyse des moyens humains et techniques et qu'en terme d'organisation, la qualité, l'efficacité et l'efficience de ces soins soient prises en compte.

Par exemple, il a été demandé de lever la borne basse pour la chirurgie de reconstruction du LCA car sinon les conséquences économiques pour les établissements de soins sont déraisonnables.

Voici quelques autres exemples :

- Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main par abord direct : catégorie A
- Acromioplastie sans prothèse par arthroscopie : catégorie A
- Arthroplastie par résection de l'articulation ou arthrodèse interphalangienne d'un orteil latéral : catégorie A
- Incisions axiales [peignage] du ligament patellaire [tendon rotulien] sans plastie : catégorie B
- Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule par arthroscopie : catégorie C (innovation)
- Exploration de l'articulation coxofémorale par arthroscopie : catégorie C (innovation)

- Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt par suture sur un rayon de la main par abord direct : catégorie E (urgence différée)
- Prothèse totale de hanche et de genou : catégorie D (non réalisable)

Pour permettre le développement de la chirurgie ambulatoire, deux autres volets du dossier doivent être au rendez-vous : l'organisation des unités de chirurgie ambulatoire et l'incitation financière. **Lors des réunions de concertation organisées par la DGOS où sont présents les ARS, les patients, les fédérations hospitalières, la CNAM, l'ANAP ainsi que quelques représentants des différentes spécialités, des propositions ont été faites.**

Pour l'organisation des unités de chirurgie ambulatoire, le code de santé publique pourrait être modifié pour au moins 5 points :

- La possibilité d'étendre leur durée d'ouverture, la durée de séjour des patients demeurant limitée à 12 heures maximum.
- La possibilité de mutualiser le personnel des unités de soins à temps complet avec celui des unités de soins à temps partiel.
- Suppression de la norme générale d'un infirmier pour cinq patients présents dans la structure mais maintien du principe d'une présence permanente minimale médicale et infirmière dans la structure.
- Identification des coordonnées des correspondants assurant la continuité des soins et transmission au patient dans son bulletin de sortie de la structure.
- Précision des indicateurs de qualité notamment sur le suivi de la douleur.

Ces mesures ont pour but d'uniformiser la structure des unités de chirurgie ambulatoire quelle que soit la discipline : médecine, chirurgie ou SSR ou bien encore psychiatrie. Il faudra rester vigilant sur cette mise en place d'unités de chirurgie ambulatoire générique qui pourraient ne pas tenir compte suffisamment de la spécificité de la chirurgie avec une obligation de moyens et aussi un risque medico-légal plus important que dans beaucoup d'autres domaines de la médecine...

Que disent nos compagnies d'assurance sur la gestion du risque dans les unités de chirurgie ambulatoire avec tous les aspects médico-légaux ?

Pour l'incitation financière, les mesures 2012 « proposées » par la DGOS sont :

1. l'extension à d'autres GHM (en plus des 18-19 GHM) en J pouvant passer en tarif unique entre ambulatoire (J) et le niveau 1 hospitalisation complète (HC) avec 3 GHM. Exemple GHM 08C40 : arthroscopies d'autres localisations,
2. d'analyser de nouveaux rapprochements tarifaires entre le J et le niveau 1 d'HC pour les GHM en J ne passant pas en tarif unique pour 7 GHM nouveaux,
3. de supprimer la borne basse pour certains GHM soit 4 GHM dont le GHM des reconstructions du LCA pour les patients de niveau 1,
4. de poursuivre une politique de revalorisation (nb en fait mixage) avec une réflexion plus globale pour une meilleure adaptation de la classification à la problématique ambulatoire afin d'analyser l'hétérogénéité des GHM et de prendre en compte la lourdeur des séjours ambulatoires.

L'ensemble de ces mesures concerne désormais les GHM et non plus les actes. Initialement en 2004, ce sont seulement 4 actes qui étaient ciblés. Avec ces nouvelles mesures, le nombre théorique de GHM intéressés est de 14 GHM soit 502 nouveaux actes au maximum et un potentiel théorique de plus de 250 000 séjours. Il faut donc connaître maintenant le contenu de chaque GHM afin de pouvoir comprendre les propositions.

Bien sûr, tous ces actes ne seront pas éligibles mais c'est une dynamique importante qui est mise en place pour définir une nouveau modèle économique qui ne prendra plus comme référence l'hospitalisation complète mais la chirurgie ambulatoire. De même, qui dit nouveau modèle économique dit nouvelle tarification, afin de pouvoir rester dans l'enveloppe fermée du budget de la santé dans notre pays.

Nous restons dans l'attente de nouvelles informations car il ressort de l'ensemble de ces réunions que les possibilités de négociation pour les chirurgiens sont assez faibles. Le développement de la chirurgie ambulatoire est en route et nous continuerons à vous informer des nouvelles mesures « préconisées »....

Christophe HULET

Afin d'obtenir le maximum d'informations concernant l'état de santé et les antécédents, en particulier sur le plan infectieux, des patients que vous êtes appelé(e) à prendre en charge, vous avez la possibilité de leur demander de remplir un questionnaire qu'ils vous remettront en début de consultation après l'avoir complété et signé et que vous archiverez dans leur dossier.

Ce questionnaire rédigé par la SOFCOT, le LIEN, association de défense des patients, et ORTHORISQ, organisme de gestion des risques

en orthopédie traumatologie, vous sera utile pour compléter l'ensemble des informations que vous devez donner à vos patients, notamment en ce qui concerne le rapport bénéfices / risques de l'intervention envisagée et ses suites ; il constituera une source d'échange d'informations entre votre patient et vous-même.

Il facilitera ainsi la compréhension par vos patients de leur situation vis-à-vis notamment du risque infectieux afin que leur décision d'être opéré soit correctement éclairée tant en ce qui concerne les risques généraux que

de ce problème particulier.

Ce questionnaire remis à vos patients, rempli par eux et archivé dans leur dossier sera suivi d'une évaluation de cette pratique que nous vous proposons.

Veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, Cher Collègue, l'expression de nos sentiments dévoués.

J.P. COURPIED, Président de la Sofcot

C. RAMBAUD, Présidente du LIEN

J.Y. NORDIN, Past-président de la SOFCOT et d'Orthorisq

Information sur les risques infectieux opératoires liés au patient avant une chirurgie des os et des articulations et plus particulièrement avant une prothèse articulaire

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous venez en consultation, dans le but d'envisager ou d'organiser avec le chirurgien que vous avez choisi, un traitement chirurgical susceptible d'améliorer votre état de santé ou vos conditions de vie.

Afin de prendre votre décision en étant bien informé(e), il est important que vous en connaissiez tant les bénéfices que les risques.

Parmi les risques, qui ne seront jamais nuls quelle que soient toutes les précautions prises, celui d'une infection est le plus redouté car il peut avoir des conséquences très graves. Ce risque varie en fonction du type d'intervention mais aussi en fonction de votre état de santé car certaines de ces infections peuvent être dues à des bactéries dont vous êtes déjà porteur sans le savoir.

Les principaux facteurs de risque infectieux communément admis à l'heure actuelle sont le fait, soit de votre état de santé, maladies créant un risque par elles-mêmes ou à cause des traitements qu'elles obligent à suivre, soit du fait de votre mode de vie ou de vos antécédents.

Sachez que certains des facteurs de risque décrits peuvent être prévenus mais nécessitent pour leur prévention que vous les signaliez. Leur prise en charge pourra nécessiter un avis médical spécialisé et/ou la réalisation d'examens complémentaires qui vous seront indiqués par votre chirurgien, votre anesthésiste ou votre médecin.

Les principaux facteurs de risque infectieux communément admis à l'heure actuelle sont :

Cochez les cases si vous êtes concerné(e) :

- Hygiène corporelle** : une mauvaise hygiène, permet aux nombreux germes présents habituellement sur notre corps de se multiplier. Ces germes qui ne sont pas dangereux en temps normal peuvent pénétrer dans le corps lors de l'intervention et causer une infection. Il est fondamental de respecter le protocole d'hygiène préopératoire qui vous sera remis mais aussi de veiller à votre hygiène après l'intervention.
- Tabagisme** : un tabagisme même modéré est à l'origine de troubles de la vascularisation des tissus pouvant entraîner des difficultés de cicatrisation, portes ouvertes aux germes responsables des infections. L'interruption du tabagisme 1 mois avant une intervention réduit ce risque.
- Obésité** : en dehors de troubles métaboliques qu'elle peut entraîner, l'obésité est un facteur de risque car elle rend l'intervention plus difficile et plus longue. Elle facilite la nécrose des tissus graisseux mal vascularisés qui peut favoriser l'infection.
- Mauvais état général** (alcoolisme, dénutrition...) il diminue la résistance de votre organisme aux infections.
- Diabète déséquilibré** : un diabète mal équilibré est un facteur de risque susceptible d'augmenter le risque infectieux. Son équilibration avant, pendant et après votre intervention limite ce risque. Durant votre hospitalisation, une attention particulière sera portée au contrôle de votre glycémie afin de la maintenir à une valeur acceptable.
- Lésions cutanées** : certaines lésions cutanées aigues ou chroniques (ulcères variqueux, érysipèle...) sont le siège d'une prolifération de germes susceptibles de vous infecter. Les lésions aigües peuvent contre indiquer momentanément une intervention. Lorsqu'aucun traitement ne peut vous débarrasser définitivement d'une lésion cutanée chronique, la décision opératoire doit être prise en concertation avec votre chirurgien en fonction des bénéfices attendus de l'intervention.
- Infection urinaire** : elle peut être à l'origine de migration dans votre organisme de germes qui peuvent vous infecter. Leur dépistage et leur traitement doivent être envisagés avant une intervention.
- Mauvais état dentaire** : un mauvais état dentaire s'associe souvent à des foyers infectieux qui peuvent être le point de départ de migration de germes qui viendront se fixer au niveau de matériel mis en place. La consultation d'un spécialiste permet une prise en charge adaptée qui réduit voire fait disparaître ce risque.
- Antécédent d'infection des os et des articulations** : si vous avez déjà eu une telle infection, il est impossible d'affirmer si les germes qui l'ont causée ont été définitivement éliminés de votre organisme ou bien s'ils restent présents sans se manifester et peuvent redevenir actifs à l'occasion d'une intervention. Tout antécédent d'une telle infection doit être signalé.
- Traitement médicamenteux** :
 - Certains peuvent diminuer vos défenses immunitaires (par exemple : corticoïdes, chimiothérapie anti cancéreuse...) et peuvent être à l'origine d'une diminution de votre résistance aux infections.
 - Certains peuvent entraîner des complications hémorragiques (plavix, aspirine, préviscan, sintrom...) à l'origine d'hématomes postopératoires, zones favorables à la prolifération de germes. L'adaptation de ces traitements est indispensable avant une intervention.

Merci de remettre ce document signé à votre chirurgien lors de la consultation préopératoire. Lors de cette consultation, n'hésitez pas à lui demander des explications complémentaires. Ce document sera archivé dans votre dossier.

Nom :

Document renseigné en vue de (type d'intervention) :

Date :

Signature du patient :

Signature du chirurgien :

Le bilan financier : accréditation et remboursement partiel de la RCP

Un gain de 8 millions d'euros par an

Par Jacques CATON, Past-Président fondateur d'ORTHORISQ

La caisse nationale d'assurance maladie a publié le 30 juin 2011 des informations concernant la prise en charge de la RCP pour 2009. Comme vous le savez, la règle que nous avions obtenue après les décrets concernant l'accréditation est la suivante : taux de prise en charge de la prime pour les secteurs I et secteur II avec option de coordination de 66,7% et pour le secteur II sans option de coordination de 50%. Etant donné qu'il n'y avait pas de seuil minimum et que le plafond par remboursement est actuellement de 15 000 euros, l'aide maximale pour notre spécialité était pour le secteur I et le secteur II avec option de coordination de 9 500 euros et pour le secteur II sans option de coordination de

7 750 euros. En 2009, 1 277 chirurgiens orthopédistes libéraux ou publics avec secteur libéral ont pu bénéficier de cette prise en charge. Selon les statistiques de l'assurance maladie, la prime moyenne payée par médecin en 2009 était de 11 739 euros, l'aide moyenne versée aux chirurgiens orthopédistes était donc de 5 755 euros avec un taux de prise en charge de 49%, c'est donc globalement une aide totale versée aux médecins et aux organismes agréés de près de 8 millions d'euros (7 980 131 euros).

Il faut savoir que sur ce versement, une somme de 500 euros est versée à l'organisme agréé (ORTHORISQ pour les ortho-

pédistes), ce qui fait une aide moyenne pour la RCP, par chirurgien orthopédiste et par médecin, quel que soit son secteur d'exercice, de 5 255 euros. A noter qu'en 2008, seulement 1 106 chirurgiens orthopédistes étaient éligibles à cette prise en charge, avec une aide moyenne de 5 543 euros. Nous avons, avec les gynécologues obstétriciens, la deuxième aide la plus importante puisque celle des gynécologues est globalement de 10 391 413 euros et celle des orthopédistes de 7 388 131 euros. Il s'agit d'une somme importante qu'il faut bien évidemment conserver voire amplifier, il reste aux différents syndicats professionnels et au syndicat national des chirurgiens orthopédistes de faire en sorte que les praticiens ayant une prime de RCP supérieure à 15 000 euros, puissent bénéficier d'une prise en charge plus importante en faisant remonter par leurs actions ce plafond. Il est évident que les primes d'assurance ne devraient pas être au dessus de la moyenne payée par les médecins en 2009.

Jacques CATON

Alerte Orthorisq

A L'attention des membres d'Orthorisq et de la SOFCOT utilisateurs de moteurs STRYKER

Grâce à vos déclarations, Orthorisq a pu mettre en évidence une défaillance des moteurs à batterie Stryker série 6, sous la forme d'une ouverture inopinée du compartiment à batterie et risque de chute de celle-ci dans le champ opératoire.

Orthorisq a saisi l'AFSSAPS de ce dysfonctionnement et une enquête a été diligentée avec le fabricant en collaboration avec Orthorisq.

L'origine du dysfonctionnement a peut-être été identifiée, il s'agit de l'absence d'une bille en Delrin au niveau du dispositif de verrouillage.

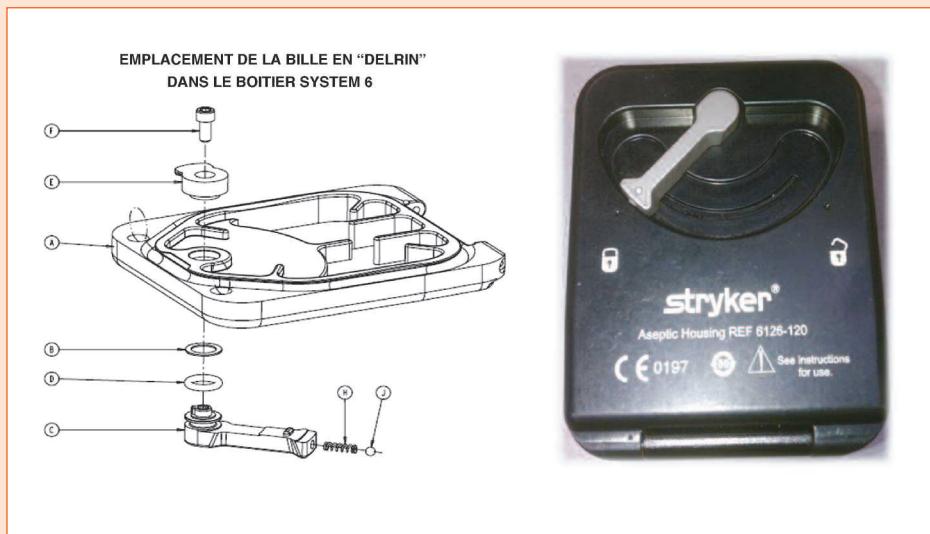
Vous trouverez ci-contre un courrier du responsable qualité de Stryker ainsi qu'une photo explicative vous permettant d'identifier la bille et vous donnant la marche à suivre en cas d'absence de celle-ci.

Vous trouverez également de plus amples renseignements en suivant ce lien de l'AFSSAPS :

<http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Autres-mesures-de-securite/Boitier-de-batterie-Aseptique-System-6-pour-moteurs-chirurgicaux-Stryker-Information-de-securite>

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires

Philippe TRACOL pour Orthorisq
Alain SAUTET pour la SOFCOT





ZAC – Avenue de Satolas Green - 69330 Pusignan - France
t: +33 (0) 472 45 36 00 f: +33 (0) 472 45 36 99
www.stryker.fr

Pusignan, le 6 janvier 2012

stryker®

A l'attention du Directeur d'établissement

Pour diffusion :

- au Correspondant Matériovigilance
- au Responsable de Stérilisation
- à l'Ingénieur Biomédical

Objet : Boîtier de batterie aseptique System 6 - Réf. Produit 6126120000

Lots concernés : Tous les lots

Cher client,

Nous avons reçu des réclamations de clients indiquant que les boîtiers de batterie aseptiques System 6 s'étaient ouverts pendant des interventions. Les premiers signalements ont été enregistrés sur le site web de l'association « ORTHORISQ », destinée aux professionnels de santé. Depuis, Stryker travaille étroitement avec l'AFSSAPS, afin d'identifier exactement quels sont les produits concernés et la cause exacte de ces signalements.

Des tests ont alors révélé que l'ouverture du boîtier ne peut se produire que dans le cas où il manque dans les boîtiers aseptiques une bille en « delrin ». Il s'agit d'un petit composant en plastique qui se trouve dans le mécanisme de verrouillage du boîtier aseptique. Ces études internes ont totalement mis hors de cause d'éventuels problèmes de fabrication ou de conception qui pourraient expliquer l'absence de ce composant.

Il a été suspecté que les méthodes de retraitement strictes appliquées en France, telles qu'établies dans la circulaire française référence DGS/5C/DHOS/E2/2001/138 datée du 14 mars 2001, pouvaient être un facteur essentiel ayant pu influencer cette problématique. De juillet à septembre 2011, une enquête supplémentaire a été réalisée auprès d'un échantillon de vingt utilisateurs du System 6. Des visites sur site ont été effectuées avec ces utilisateurs afin de déterminer leurs méthodes d'utilisation et de retraitement. Les résultats de cette enquête ont permis de progresser considérablement dans le cadre de l'investigation menée et nous remercions sincèrement les clients qui nous ont aidé et apporté leur support dans cette démarche.

Les tests ont confirmé que la cause à l'origine de l'ouverture des boîtiers est bien liée aux méthodes de retraitement utilisées. Il a été constaté qu'après environ vingt cycles, en utilisant des méthodes de retraitement telles que pratiquées en France, la bille en « delrin » commence visiblement à se détériorer.

Stryker Instruments travaille désormais à déterminer les actions correctives nécessaires qui peuvent être mises en œuvre pour résoudre ce problème. Tous les utilisateurs seront informés de ces mesures une fois qu'elles seront finalisées.

Par ailleurs, nous vous informons que des instructions de retraitement permettant de conserver les performances de ce dispositif sont disponibles dans les instructions d'utilisation.

Comme pour tous les dispositifs réutilisables, nous vous recommandons fortement de toujours inspecter les dispositifs conformément aux recommandations du fabricant (dont une copie est jointe pour votre information) qui indiquent :

Lors de la réception initiale et avant chaque utilisation, vérifiez chaque pièce afin de vous assurer qu'elle n'est pas endommagée. Les dommages peuvent inclure, notamment, des contacts pliés et des fissures dans le boîtier. NE chargez PAS et N'utilisez PAS l'appareil en cas de dommage apparent. Le non-respect de cette consigne peut provoquer une lésion au patient et/ou au personnel de santé.

Si vous constatez qu'une bille en « delrin » est manquante, merci d'en informer Stryker France et l'AFSSAPS.

A ce jour, nous tenons à vous confirmer que les dispositifs peuvent continuer à être utilisés et, au nom de Stryker Instruments, nous vous remercions pour votre support et votre patience sur ce dossier.

Nous travaillons avec diligence afin de trouver une solution définitive à ce problème. Nous vous contacterons dès que de nouvelles informations seront disponibles.

Cordialement,
Stryker Instruments

JBJS (A) et (B) abonnement en ligne à tarif préférentiel – 15 %

L'abonnement au JBJS (American or British) par OVID n'est plus possible. Le Bureau de la SOFCOT a négocié un abonnement à -15 % :

- JBJS (A) pour les membres. Le code à utiliser est **ASSN15**. Pour vous abonner, aller sur : <https://store.jbjs.org/>
- JBJS (B) : l'adresse est la suivante <http://www.jbjs.org.uk/sofcot>
- JBJS (B) gratuit pour les juniors <https://www.surveymonkey.com/s/jbjsresident>

Une prise en charge de 100 € par abonnement sera directement remboursée aux membres : 50 € pour JBJS (B) + 50 € pour JBJS (A)



13^e Congrès de l'EFORT

Berlin, 23-25 mai 2012

Interview du Pr **Pierre Hoffmeyer** (Suisse), Président de l'EFORT 2012-2013

L'Europe a les yeux rivés sur Berlin



Berlin accueillera du 23 au 25 mai 2012 le 13^e Congrès de l'EFORT, le plus important événement scientifique en Europe pour l'orthopédie et la traumatologie. La manifestation met l'accent cette année sur la décennie d'actions pour la sécurité routière lancée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'année européenne pour le vieillissement actif. Parmi les temps forts figurent également deux discours de pionniers de la discipline, ainsi qu'un nouveau format de discussion qui fera la part belle à la confrontation de points de vue controversés défendus par des experts reconnus. Avec un nouveau record de contributions et une multitude de formats, le congrès de l'EFORT, reconnu pour sa qualité, permet aux généralistes, aux spécialistes ou aux médecins en formation de se mettre au courant des nouveaux savoirs dans la capitale la plus vivante du continent.

Pour son édition 2012, l'EFORT, le congrès de la Fédération européenne des sociétés nationales d'orthopédie et de traumatologie, a choisi de s'associer à deux campagnes internationales de santé publique : la décennie pour la sécurité routière initiée par l'OMS et l'année européenne pour le vieillissement actif.

Il y a cinq piliers dans cette campagne pour la sécurité routière. L'un d'entre eux concerne ce qui se passe après l'accident : la prise en charge initiale, la prise en charge à l'hôpital, la rééducation et le retour au travail. On va essayer de faire un état des lieux en Europe. Comment les gens sont pris en charge, existe-t-il des disparités et

comment faire pour y remédier pour que les gens aient droit aux mêmes soins », explique Pierre Hoffmeyer, président de l'EFORT. Des experts de l'OMS sont invités pour dialoguer avec les participants.

Pour ce qui est du vieillissement actif, l'accent sera mis sur la prévention de l'ostéoporose « avec la prévention des fractures avec les médicaments, des régimes. Et une fois que la fracture est arrivée, les nouveaux implants » (implants avec vis hélicoïdales, implants avec vis à stabilité angulaire et orientables, vis creuses permettant l'injection de ciment), relève le spécialiste genevois.

Parmi les autres temps forts de l'EFORT 2012, organisé en partenariat avec les sociétés d'orthopédie et de traumatologie allemandes, Pierre Hoffmeyer signale les conférences plénières que deux vedettes de la discipline donneront au cours du congrès pour faire part de leurs dernières recherches. Le Pr Reinhold Ganz, expert de la chirurgie conservatrice de la hanche, abordera la problématique chez les adolescents et les jeunes adultes, tandis que le Pr Bernard Morrey parlera notamment de la biomécanique et de la prothétique du coude.



Partenaire de la Sofcot
à travers ses sociétés filles



GÉRUM



Et toute la littérature orthopédique
française et anglosaxonne
sur notre site : www.livres-medicaux.com

Sarl Dominique TORREILLES - 11, Boulevard Henri IV - CS 79525 - 34960 Montpellier Cedex 2
Tél : 04.67.63.68.80 - Fax : 04.67.52.59.05 - Mail : sauramps.medical@wanadoo.fr



Le programme du congrès consacre aussi une large place aux nouveaux savoirs concernant la rééducation et le traitement de la douleur, les techniques multimodales de traitement du mal de dos, tout comme le management de l'ostéoporose. Les progrès en tribologie seront abordés, mais également les réactions aux couples métal-métal.

Des formats originaux pour confronter les points de vue

Comme à son habitude, le Congrès propose de multiples formats à ses participants. Plusieurs feront la part belle à la confrontation de points de vue d'experts, comme la discussion de cas complexes (CDC) ou les sessions tirs croisés (CFS), nouveauté de l'édition 2012. Les débats porteront par exemple sur « *la mise en place ou pas de clou pour les plaques en cas de fracture de l'extrémité proximale de l'humérus et du fémur. On aura des débats sur la tribologie, quel choix : métal-métal, céramique-céramique, polyéthylène-métal ou polyéthylène-céramique ? Il y a eu des nouveautés dans le passé qui ne se sont pas révélées aussi prometteuses que nous le pensions* », détaille le Pr Hoffmeyer. Des sessions interactives permettront aussi aux participants d'apporter leur contribution aux débats.

Les organisateurs ont veillé particulièrement à établir un équilibre entre les présentations d'experts reconnus et celles de jeunes chercheuses et chercheurs, qui bien souvent font découvrir même aux spécialistes des méthodes nouvelles ou non conventionnelles.

Un Congrès qui éveille l'intérêt au-delà des frontières de l'Europe

L'engouement pour le Congrès, principal événement dans le domaine en Europe, ne se dément pas. « *Nous avons reçu près de 4000 contributions scientifiques. Nous allons en choisir entre 550 et 600 pour des présentations orales* », souligne le Pr Hoffmeyer. L'an passé, l'EFORT avait accueilli 7000 participants à Copenhague. « *Notre qualité est reconnue* », remarque le spécialiste suisse.

Les impulsions données historiquement en Europe à la recherche en orthopédie et traumatologie font en sorte que le Congrès de l'EFORT éveille de l'intérêt bien au-delà des frontières du continent. « *Nous avons une densité que des événements limités à des régions ou des aires linguistiques ou culturelles ne peuvent pas offrir. Nous*

13th EFORT Congress 2012

Preliminary Programme online
01 March 2012
Pre-registration deadline
04 May 2012



Pre-registration deadline:
4 MAY 2012

13th EFORT Congress Berlin, Germany: 23 - 25 May 2012

Congress highlights

- **Hip:** Peri-prosthetic fractures and revision arthroplasty
- **Trauma:** Multiple fracture patient / intraoperative imaging
- **Sports / knee soft-tissue:** Navigation and soft-tissue balancing in TKA
- **Knee osseous:** Indications, techniques and rehabilitation
- **Shoulder:** Complex shoulder problems
- **Foot / ankle:** Flatfoot, from childhood to the adult
- **Hand / wrist:** Arthroscopy in hand surgery
- **Paediatrics:** Early care for the hip in children
- **Spine:** The ageing spine
- **Pain:** Orthopaedic responsibility in pain treatment
- **Osteoporosis:** New solutions for an old problem
- **Basic Science:** Evaluation in stem cells therapy
- **Infection:** Treatment options in difficult cases
- **Bone & joint tumours:** Metastasis

Info More updates available on: www.efort.org/berlin2012

attendons des participants issus de 90 pays », précise un des organisateurs, le Pr Karsten Dreinhöfer, chef du service d'orthopédie et de chirurgie traumatologique de la clinique Medical Park Berlin Humboldtmühle. Le choix de l'anglais comme langue de la manifestation renforce l'attractivité internationale de l'évènement.

En raison de la position géographique de la capitale allemande, d'importantes délégations d'Europe de l'Est devraient être présentes cette année à l'EFORT. « *Cela intéresse beaucoup les régions qui nous entourent et même jusqu'en Amérique latine et en Asie. Certains pays veulent voir comment l'Europe s'organise. Nous avons la force de l'échange. Car mettre d'accord des gens du Nord, du Sud, de l'Est et de l'Ouest, ce n'est pas toujours évident. Il y a des pratiques différentes. Aux Etats-Unis les pratiques sont plus uniformes par exemple* », note le Pr Hoffmeyer.

La Chine invitée d'honneur

Le Congrès veut continuer dans cette démarche d'ouverture en invitant une nation à chaque édition. Pour cette première, c'est la Chine qui sera à l'honneur. « *Ce pays se développe extrêmement vite dans le domaine de la chirurgie orthopédique avec près de 40000 chirurgiens. Ils vont venir avec des idées novatrices qui nécessitent encore de*

passer le test de la pratique occidentale », explique le président de l'EFORT.

Atmosphère unique

Les organisateurs ont laissé libre cours à leur imagination pour les animations et divertissements, en particulier pour la soirée du Congrès. « *Berlin est actuellement l'une des villes les plus fascinantes, vivantes au monde* » insiste le Pr Dreinhöfer. « *Un pan de l'histoire de la médecine a été écrit dans cette ville, en particulier à l'hôpital de la Charité et il serait difficile d'être exhaustif sur la richesse architecturale, urbanistique ou culturelle de Berlin* ». Les participants pourront découvrir quelques facettes de la capitale lors de la soirée « Berlin Night » organisée dans l'enceinte du légendaire KaDeWe, le plus vaste grand magasin d'Europe. « *Nous espérons que les divertissements et les plaisirs de la table nous permettront de mieux nous connaître et, qu'en marge des discussions scientifiques, des amitiés se noueront entre l'Est et l'Ouest du continent* », conclut le Pr Dreinhöfer.

Pour de plus amples informations, consultez le site du congrès :

<http://www.efort.org/berlin2012>



"The glory of medicine is that it is constantly moving forward, that there is always more to learn. The ills of today do not cloud the horizon of tomorrow, but act as a spur to greater effort."

Dr William J. Mayo, 1928.

"The internist, the surgeon, and the specialist must join with the physiologists, the pathologists, and the laboratory workers to form the clinical group which must also include men learned in the abstract sciences..."

Dr William J. Mayo, 1921.

Résumer cette année en quelques pages, en voilà un nouveau challenge ! Nous sommes fin novembre 2011 à Lyon... Je me sens autant dépayssé en écrivant ces lignes que lorsque je suis arrivé, l'an dernier, à Rochester Minnesota... Rochester, une ville d'un peu plus de 110 000 habitants, un centre ville se résumant à des hôtels et des restaurants entourant, tels les remparts d'une forteresse, le lieu sacré de la Mayo Clinic ; la W.F.M.C. comme la présentent fièrement en bombant le torse ses employés (entendez par là « World Famous Mayo Clinic »).

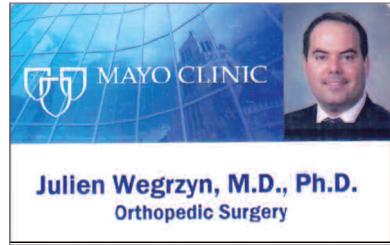
Nous voilà revenus au 1^{er} novembre 2010, aéroport de Lyon-Saint Exupéry. Je suis avec Marie, mon épouse, à attendre notre avion devant notre porte d'embarquement. La veille, nous célébrions juste la fin de notre internat. Marie est Médecin Légiste et ancienne interne des Hôpitaux de Montpellier. Pour ma part, j'avais choisi, pour ce dernier semestre tant attendu, de fuir Lyon pour un été dans le Sud, sur la presqu'île de Giens,

BOURSE SOFCOT 2010/2011

PETIT JOURNAL D'UN RESEARCH FELLOW À LA MAYO CLINIC

Department of Orthopedic Surgery
Biomechanics and Motion Analysis Laboratory
Mayo Clinic, Rochester, MN USA
Novembre 2010 à novembre 2011

Par Julien WEGRZYN



dans le mythique service de Chirurgie Orthopédique de l'Hôpital Renée Sabran, si cher au Crocodile de l'Internat de Lyon. Mes prédecesseurs à la Mayo Clinic m'avaient prévenu : profite bien du soleil et de la chaleur, tu verras dans quelques mois « t'es cuit... Enfin plutôt congelé... ! ». Pendant cette attente nous réalisons qu'il nous aura fallu plus d'un an et demi de préparation pour concrétiser cette aventure dont nous rêvions depuis si longtemps. La Vie Américaine. La première étape fut celle du choix du lieu et notre premier choix s'était porté sur Boston. En effet, ma thèse de science a constitué ma première expérience de travail avec une équipe Américaine. Mes travaux, qui portaient sur la qualité osseuse et la biomécanique des fractures ostéoporotiques, ont été l'occasion d'un travail collaboratif entre l'unité INSERM U1033 à laquelle j'appartiens et le Center for Advanced Orthopaedic Studies – Harvard Medical School, Boston Massachusetts, dirigées par le Dr Mary L. Bouxsein, Ph.D. (<http://bouxseinlab.org/>). D'autre part, qui a vécu à Rochester comprendra immédiatement que la criminalité est loin (de l'ordre de quelques années-lumière) d'être le problème de la ville ! Ce qui, bien évidemment, n'arrangeait pas mon épouse... Toutefois, la Mayo Clinic offre l'avantage d'une unité de lieu, de fonctionnement et d'encadrement entre le Laboratoire de Biomécanique, le Laboratoire d'Analyse de la Marche et le service clinique de Chirurgie Orthopédique. Les thématiques et les

projets proposés étaient donc plus diversifiés et d'un caractère plus « translationnels » à la pratique clinique de tous les jours. La deuxième étape aura été de trouver des sponsors financiers. L'argent demeure le nerf de la guerre... Les structures américaines comme la Mayo Clinic n'acceptent les fellows étrangers que s'ils peuvent justifier d'une certaine somme d'argent sur leur compte en banque (un minimum d'environ \$34 000 pour un an) et, bien sûr, sans rémunération à la clef sur place. A ce titre, je ne remercierai jamais assez la bienveillance et la générosité de la SOFCOT, de son bureau et de ses membres, tout comme l'Académie Nationale de Chirurgie et son Secrétaire Général, M. le Professeur Henri Judet, pour m'avoir apporté une aide substantielle et indispensable dans la réalisation et l'accomplissement de cette année. Enfin, je tiens à remercier chaleureusement les membres du comité du Prix Antonin Poncet pour son attribution (Prix de Recherche en Chirurgie décerné par l'Université de Lyon) ainsi que le Service de Formation Permanente des Médecins des Hospices Civils de Lyon.

Nous voilà donc le 2 novembre 2010, Rochester International Airport... ou plutôt « aérodrome » international, propriété de la Mayo Clinic, lui offrant des pistes pour ses 2 jets ambulances ainsi que pour les vols commerciaux et privés assurant l'arrivée de patients du monde entier. L'histoire de la Mayo est avant tout celle d'une tornade –

qui dévasta Rochester en 1883 (Fig. 1) – et celle de deux frères chirurgiens – les Drs William J. and Charles H. Mayo (Fig. 2). Dès sa création, la Mayo Clinic est avant tout une clinique chirurgicale. Les spécialités médicales ne s'y sont greffées que secondairement devant l'immense renommée de l'art chirurgical pratiqué au sein de cette institution. Dès sa création, les activités de recherche et d'enseignement ont été systématiquement menées en parallèle avec la pratique clinique et l'ont fécondée à une époque où tout ou presque était à découvrir. Ces trois piliers, indissociables pour les frères Mayo, constituent la signification des 3 blasons entrelacés du logo de la Mayo Clinic, représentant « la Clinique », « la Recherche » et « l'Enseignement ». Cette tradition de recherche et son excellence a notamment été reconnue par l'attribution du Prix Nobel de Médecine et de Physiologie aux Drs Edward C. Kendall, Ph.D., et Philip S. Hench, M.D., en 1950 pour leur découverte sur les hormones du cortex surrénalien, l'extraction de la cortisone et l'introduction de son usage en thérapeutique courante chez des patients atteint d'arthrites inflammatoires.

Le Dr William Mayo fût le premier chirurgien américain à se consacrer exclusivement à la Chirurgie Orthopédique. Il en développa une pratique totalement séparée et autonome de la Chirurgie Générale, exercée alors par son frère. La Mayo Clinic fit ainsi figure de précurseur en matière de prise en charge et de traitement des affections ostéo-articulaires, notamment avec la création du premier Service de Chirurgie Orthopédique des USA en 1910 par le Dr Melvin S. Henderson, M.D. La Mayo Clinic est donc le berceau de la chirurgie orthopédique nord-américaine avec la plus longue tradition d'une pratique exercée par des chirurgiens dédiés. Le Dr Henderson sera également l'un des 7 membres fondateurs de l'American Academy of Orthopaedic Surgeons le 11 octobre 1931 à Chicago. L'AAOS demeure la plus importante association de chirurgiens orthopédistes dans le monde avec plus de 32 000 membres. Plus de cent ans après sa création, les chiffres parlent d'eux-mêmes. La première prothèse totale de hanche approuvée par la FDA (Food and Drug Administration) a été implantée à la Mayo Clinic en mars 1969, inaugurant par là-même le premier registre des prothèses des USA. En 2010, plus de 46 000 PTH et plus de 33 000 PTG ont été implantées à la



Fig. 1 : Rochester après la tornade de 1883.

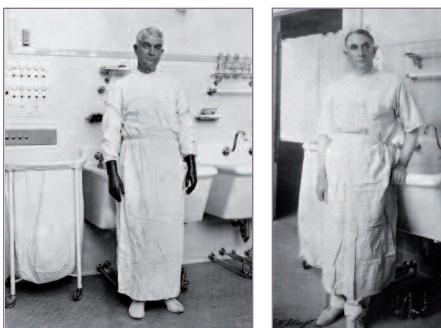


Fig. 2 : Dr. William J. Mayo et Dr. Charles H. Mayo au Saint Mary's Hospital en 1922.



Fig. 3 : En compagnie de mes 2 superviseurs. A ma droite : Dr. David G. Lewallen et à ma gauche : Dr. Kenton R. Kaufman

Mayo Clinic. La célébration du centenaire du service en octobre 2010 a également été l'occasion de la célébration de la 100 000^{ème} prothèse implantée.

Ce n'est qu'après un baptême d'entrée administratif à « l'américaine » de deux jours incluant des formations sur le harcèlement sexuel et moral, les codes vestimentaires, les règles de bonnes conduites et de bonnes moeurs dans

l'enceinte de l'institution que j'ai été accueilli par mes deux superviseurs : le Dr David G. Lewallen, M.D. – Chairman du département de la hanche et du genou – et le Dr Kenton R. Kaufman, Ph.D. – Directeur du Laboratoire d'Analyse de la Marche (Fig. 3).

Les présentations faites, ma première semaine de « Mayo Clinicien » fut consacrée à la visite des deux laboratoires, du Service de Chirurgie Orthopédique en lui-même et du Service de Radiologie Ostéo-Articulaire. J'ai été frappé par l'accueil extrêmement chaleureux qui m'a été réservé et j'ai pu sentir à quel point chaque employé rencontré, du professeur à la secrétaire, est fier d'appartenir à cette institution. J'ai donc pu choisir mes thématiques de recherche librement après un exposé complet des projets en cours et à venir. Mes principales thématiques de recherche se sont donc réparties en quatre grandes catégories :

- Clinique : étude prospective et randomisée portant sur l'évaluation des implants cotyloïdiens en Trabecular Metal (cotyles Hedrocel vs. Elliptical, Implex®, Allendale, NJ) avec 10 ans de recul minimum,
- Evaluation de « l'outcome » après remplacement prothétique de la hanche et du genou :
- Evaluation prospective par analyse de la marche du résultat obtenu après resurfacage de hanche chez des patients présentant une arthrose de hanche unilatérale et isolée,
- Evaluation prospective, randomisée, en double aveugle de la chirurgie prothétique mini-invasive du genou,
- Evaluation prospective du résultat obtenu après prothèse totale de hanche mesuré par des accéléromètres chez des patients dans leur environnement personnel et professionnel habituel. Le but est d'évaluer ces patients sur des critères objectifs mais sans influence d'une présence médicale ou d'une structure telle qu'un laboratoire d'analyse de la marche par exemple.

- Physiopathologie de la gonarthrose : étude observationnelle portant sur 306 patients présentant une gonarthrose bilatérale. Pour chaque patient, une IRM a été réalisée sur le genou le plus atteint et analysée de façon systématique selon le score WORMS (Whole-Organ Magnetic Resonance Imaging Score). Chaque lésion anatomique au décours de l'arthrose a été corrélée à un item du WOMAC, du KOOS



ou du SF-36 afin de déterminer quelle lésion anatomique liée à la gonarthrose explique le mieux un symptôme ou une perte de fonction.

■ Biomécanique : validation biomécanique de la cimentation d'un cotyle double-mobilité à cimenter dans un metal-back bien fixé dans la chirurgie de reprise prothétique de hanche (Fig. 4).

En plus de mes travaux de recherche, j'ai eu la chance de pouvoir introduire une collaboration entre le Laboratoire de Biomécanique, le Département d'Engineering et mon unité INSERM en France. Après avoir été invité à présenter mes travaux de thèse de science aux « Grand rounds » scientifiques du service, j'ai été sollicité pour que l'ensemble de mes travaux de thèse puisse être utilisé comme base scientifique à de nouvelles recherches sur l'effet de la résolution spatiale dans les modélisations en éléments-finis dans l'évaluation du risque fracturaire lié à l'ostéoporose. A terme, cela aboutira non seulement à des publications mais aussi à la possibilité d'attirer des post-doctorants de la Mayo Clinic dans notre unité INSERM et ainsi de pérenniser les échanges et les liens entre nos services et laboratoires respectifs.

Même si je suis très satisfait du bilan scientifique de cette année de mobilité post-doctorale en termes d'approfondissement de mes connaissances en science fondamentale, d'acquisition de nouvelles techniques d'investigation, de publications (8 articles au total) et de communications issues de ces travaux de recherche, tout n'a pas toujours été rose et certains « points noirs » ont été difficiles à gérer. Le principal est lié à l'impossibilité d'accéder librement au bloc opératoire pour observer la pratique chirurgicale tant réputée des chirurgiens orthopédistes de la Mayo Clinic. En effet, mon contrat de Research Fellow stipulait clairement « NO PATIENT CONTACT ». Le règlement intérieur impose que chaque personne présente en salle d'opération soit notée sur l'ordinateur de salle et, en fonction du statut, l'accès est autorisé ou refusé. Je n'ai donc pu aller au bloc opératoire que deux journées pendant cette année au prix d'un incroyable nombre de demandes d'autorisation de la part de mon hôte à l'administration afin de respecter le règlement. Le deuxième « point noir » a été climatique. En effet, le premier jour de neige a été le 24 novembre 2010 et le dernier le



Fig. 4 : Équipe du Laboratoire de Biomécanique. A ma droite le Dr Kai-Nan An, Directeur du Laboratoire de Biomécanique.

26 avril 2011... et de la neige, il y en a bien plus qu'à Lyon (Fig. 5). Coté température, pas mieux : de -35°F (~ -37°C) pour les extrêmes des mois de janvier et février à 0°F (~ -18°C) de température maximale pendant des semaines entières... Dur, très dur et très long, d'autant qu'à Rochester, il n'y a ni musée, ni salle d'exposition, ni monument à visiter... On était bien loin des mégapoles Américaines !

Au total, même si certains moments ont été plus difficiles que d'autres, cette année reste une expérience extraordinaire tant sur le plan professionnel qu'humain. L'atmosphère du Mid-West Américain est palpable en tout lieu et, s'il est dur de se faire admettre dans le sérial, une fois ses preuves faites, la Mayo Clinic est un lieu et un outil de travail exceptionnel et unique. En une année, ma femme et moi avons eu l'immense chance de découvrir non seulement un pays fabuleux et une culture bien différente de la nôtre mais aussi une nouvelle approche de notre profession et de tisser des liens profonds d'amitié avec nos collègues Américains. Je ne saurai que trop encourager mes plus jeunes collègues à partir hors de France même pendant quelques semaines afin de voir ce qui se passe et se fait ailleurs. Une des plus grandes leçons de cette année est que finalement, même si les pratiques chirurgicales et de recherches clinique et fondamentale deviennent de plus en plus standardisées à travers le monde, il existera toujours différents chemins pour trouver une même solution à un même problème...



Fig. 5 : Rochester cet hiver. Le cliché du bas, pris dans un couloir du rez-de-chaussée, montre la hauteur de la couche de neige au mois de janvier.

Julien WEGRZYN

Aide internationale médicale d'Arras



Confrontés à la situation d'urgence en Haïti et ayant participé à plusieurs autres missions humanitaires, nous avons expérimenté les limites de nos possibilités d'aide, en particulier du fait d'un manque de matériel. Devant ce constat est née l'association A.I.M.A, constituée de bénévoles médicaux et non médicaux, avec 3 objectifs :

1. Créer un bloc opératoire mobile, comportant l'ensemble du matériel médico-chirurgical nécessaire en situation de crise et autonome.
2. Aider sur le plan matériel des régions du monde qui souffrent d'insuffisance sanitaire. Les secteurs géographiques actuellement concernés par notre action sont le nord-est de Madagascar et le nord-ouest de l'Afghanistan ainsi qu'Haïti.
3. Aider à la formation sur place ou en France de divers praticiens médecins et chirurgiens.

Pour répondre à ces 3 points, il nous faut récupérer du gros matériel, des instruments de chirurgie, des implants d'ostéosynthèse et même des prothèses.

Comment pouvez-vous nous aider ?

I. Sur le plan matériel

A. Les gros matériels : si dans votre établissement vous assistez à un renouvellement d'appareil d'anesthésie, d'amplificateur de brillance, de générateur d'oxygène et même de tables d'instrumentation ou d'étagères, tout cela fait partie de nos besoins. L'infrastructure du « Bloc Opératoire Mobile » demande également des tentes, un groupe électrogène...

B. Les instruments de chirurgie : vous possédez peut-être des boîtes de chirurgie non opérationnelles, des moteurs, vous prévoyez peut-être de suspendre prochainement vos activités professionnelles ; vos instruments pourront avoir une seconde vie !

C. Les implants d'ostéosynthèse et les prothèses : vous avez modifié vos modes d'ostéosynthèse, vous disposez d'implants anciens qui ne vous sont plus utiles. Fixateurs externes, plaques et vis, voire même leurs ancillaires ; clous, plaque-staca, lame-plaques, anciens clous ; sachez que dans nombre de pays, le matériel d'ostéosynthèse sert à plusieurs reprises et les explants de bonne qualité peuvent donc également avoir une deuxième vie.

La chirurgie prothétique n'est que rarement pratiquée du fait de nombreux problèmes : sanitaires, formation, coût ; les besoins existent cependant dans les pathologies dégénératives, mais aussi post-traumatiques comme en Haïti.

L'A.I.M.A n'a pas pour ambition de devenir une nouvelle ONG, mais plutôt d'aider celles déjà existantes dans leurs actions, ainsi lorsque l'ensemble des éléments nécessaires à la création du « Bloc Opératoire Mobile » sera rassemblé, celui-ci sera confié en gestion à l'ONG ALIMA avec laquelle nous sommes partis en Haïti lors de 4 missions. Il est prévu par cette ONG de stocker ce matériel en zone aéroportuaire dédouanée pour être immédiatement disponible en cas de catastrophe naturelle.

De même L'AIMA a envoyé un premier container de matériel sur Madagascar, il est arrivé en novembre 2011, un second est programmé pour cette année et nous finançons la construction sur 1800 m² :



d'un bloc opératoire, d'une stérilisation, d'une unité d'hospitalisation et de consultation. Une fois finalisé, ce projet ambitieux sera cédé à une autre ONG pour sa gestion.

II. Sur le volet « Formation »

L'association A.I.M.A établit actuellement un listing de médecins spécialistes désireux de participer aux actions humanitaires que ce soit dans le domaine de la formation ou l'exécution de missions spécifiques ou encore d'urgence. Si cela vous intéresse, vous pouvez nous envoyer vos coordonnées.

Notre association recueille des dons et a pour éthique de n'avoir aucun frais de gestion.

Vous pouvez suivre notre démarche et nos avancées sur le site : www.aima-asso.fr

III. En adhérant à notre association

Toutes les informations sont sur le site ; vous pouvez également nous contacter :

Docteur Bruno TILLIE :
Hôpital privé des Bonnettes
2 rue du docteur Forgeois
62000 ARRAS
bruno.tillie-fremaux@wanadoo.fr

Docteur François QUANDALLE :
Clinique de Bois Bernard
62320 BOIS BERNARD
francois.quandalle2@wanadoo.fr

réunions scientifiques

Toutes les annonces de congrès ainsi que les offres et demandes d'emploi actualisées sont consultables sur le site de la SOFCOT : www.sofcot.fr

4 avril 2012

> Paris, France



**28^{ème} Journée de Rhumatologie
8^{ème} Journée du pôle ostéoarticulaire
Hôpital Cochin**

Environnement, infections et rhumatismes

- Pr B. AMOR, Pr M. DOUGADOS, Pr C. ROUX, Pr C.J. MENKES, Pr A. KAHAN, Pr. A. ALLANORE, service de rhumatologie
 - Pr M. REVEL, Pr S. POIRAUDEAU, Pr F. RANNOU, service de rééducation
 - Pr M. BREBAN, Dr. G. CHIOCCHIA, Institut Cochin
 - Pr J.L. DRAPE, Dr A. FEYDY, service de radiologie ostéoarticulaire
 - Pr Ph. ANRACT, Pr J.P. COURPIED, services d'orthopédie
 - et la société Robert Versypck
- Amphithéâtre Florent Coste, Hôpital Cochin
27 rue du Faubourg Saint-Jacques - PARIS 14e
Magali Vallet-Amor - Tél : 01 58 41 25 76
magali.amor@cch.aphp.fr

5-7 avril 2012

> Paris, France

11th congress of the European Federation of Societies of Microsurgery EFSM

Palais de Congrès
Ph. VALENTI - www.micro2012.fr - www.istria.fr

20-21 avril 2012

> Athènes, Grèce
EFORT ExMex Forum Hip

Efort - Michaela Hofer
www.efort.org

23-26 mai 2012

> Berlin, Allemagne
13th EFORT Congress
www.efort.org

25 mai 2012

> Paris, France

Cours VENUS du GECO Chirurgie du Poignet

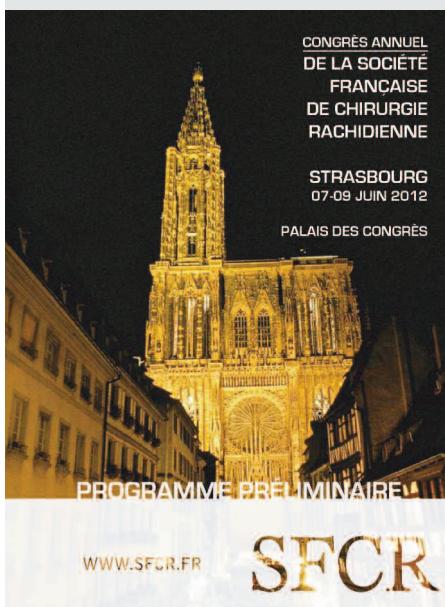
Ecole de Chirurgie du Fer à Moulin
info@geco.asso.fr - www.geco-medical.org

7-9 juin 2012

> Strasbourg, France

7^{ème} Congrès de la SFCR - Société Française de Chirurgie du Rachis

Centre des Congrès de Strasbourg
Organisation générale : MCO Congrès
27, rue du Four à Chaux - 13007 Marseille
Tél. : +33 (0)4 95 09 38 00 - Fax : +33 (0)4 95 09 38 01
Administratif : viviane.barbarisi@mcocongres.com
Industrie : camille.voisin@mcocongres.com
www.sfcr.fr



7-9 juin 2012

> Nice, France

Nice Shoulder Course 2012

Hôtel Palais de la Méditerranée
Pr Pascal Boileau - AERCOT IMPACT EVENTS
christina@impact-events.net
chir-orthopedique@chu-nice.fr
www.nice-shoulder-course.com

13-16 juin 2012

> Gand, Belgique

5th Advanced HIP Resurfacing Course

Handelsbeurs, Ghent, Belgium
E-HIMS BVBA
Kristof Willems - <http://resurfacing-congress.com/>

14-15 juin 2012

> Kourgan, Fédération de Russie

Lectures d'ILIZAROV 2012

FGBU Centre Scientifique de Russie "Orthopédie et Traumatologie Réparatrice" - Académicien G.A. Ilizarov
6, rue de M.Oulianova, Kourgan, 640014 Russie
Pr Alexander DIACHKOV - interhead@ilizarov.ru
inter@ilizarov.ru - inter@aolf.ru - www.ilizarov.ru

15-16 juin 2012

> Paris La Défense, France

Les urgences en pathologie musculo-squelettique

CNIT La Défense - Amphithéâtre Goethe
Société d'Imagerie Musculo-Squelettique - SIMS
en partenariat avec la Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU
Frédérique MIOT - www.sims-asso.org

21-23 juin 2012

> Nantes, France

45^{ème} Congrès de la Société d'Orthopédie et de Traumatologie de l'Ouest (S.O.O.)

Jocelyne CORMIER - SOO - Tél : 06 08 34 46 48
jocelyne.cormier@wanadoo.fr - www.soo.com.fr



21-22 juin 2012

> Amsterdam, Pays-Bas

Amsterdam Foot and Ankle Course 2012

Prof. Dr. C.N. van Dijk
Dr. I.C.M. van Eekeren - www.ankleplatform.org

25-29 juin 2012

> Tours, France

Cours de Traitement des Fractures

Service de Chirurgie Orthopédique, hôpital Trousseau
Pour tout renseignement, s'adresser à :
Mme G. Arnault Thimel - Secrétariat Universitaire - Services de Chirurgie Orthopédique I & II
Hôpital Trousseau - 37044 Tours Cedex
Tél. : 02 47 47 85 32
thimel@med.univ-tours.fr

27-30 juin 2012

> Pise, Italie

**26th International Congress CARS 2012
Computer Assisted Radiology & Surgery**

Congress Palace
CARS Conference Office - Mrs. Franziska Schweikert
www.cars-int.org

29 juin -3 juillet 2012

> Barcelone, Espagne

**4th International Foot & Ankle
Minimally Invasive Surgery Course**

GRCMIP - Céline Bancheraud - contact@grcmip.com
Tél. : +33 (0)6 71 33 81 52 - www.grcmip.eu

5-7 juillet 2012

> Yaoundé, Cameroun

**9^{ème} congrès de la Société Africaine
d'Orthopédie - SAFO**

Palais des Congrès, Yaoundé
Societe Camerounaise de Chirurgie Orthopedique et
Traumatologique - Pr Jean BAHEBECK
jbahebeck@yahoo.fr - www.socot.org

20-22 septembre 2012

> Lyon, France

**15^{èmes} Journées Lyonnaises de Chirurgie
du Genou - La Patella**

ALRM - Secrétariat Scientifique : Florence BONDoux
flo.bondoux@orange.fr
Organisation : MCO Congrès
27, rue du Four à Chaux - 13007 Marseille
Tél. : +33 (0)4 95 09 38 00 - Fax : +33 (0)4 95 09 38 01
Inscription : viviane.barbarisi@mcocongres.com
Partenaires : fabrice.guez@mcocongres.com
www.lyon-genou.com

**15^{èmes} JOURNEES LYONNAISES
DE CHIRURGIE DU GENOU**

SIMULTANEOUS TRANSLATION
FRENCH/ENGLISH



Scientific Committee: ALRM

**La
Patella**

LYON 2012
September 20th-22nd

Convention Centre

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE / PRELIMINARY PROGRAM
www.lyon-genou.com

24-29 septembre 2012

> La Havane, Cuba

**23rd Cuban International Congress of
Orthopedics and Traumatology**

Center of Events from "Frank País" International
Scientific Orthopedic Complex
Cuban Society of Orthopedics and Traumatology (SCOT)
cambras@fpais.sld.cu

12-16 novembre 2012

> Paris, France

**87^e réunion annuelle
de la SOFCOT**

Paris - Palais des Congrès
Renseignement / Inscription :
COLLOQUIUM -
13-15 rue de Nancy - 75010 Paris
Tél : +33 (0)1 44 64 15 15 - Fax : +33 (0)1 44 64 15 16
e-mail : sofcot@clq-group.com



27-28 septembre 2012

> Gènes, Italie

**International Congress on Bone
Involvement in Arthritis**

LT3 Suisse SAGL
Maria Rubina, Matoso, Via Bossi 50 Chiasso
rubina.matoso@lt3suisse.ch - www.osteorheumatology.it

6 octobre 2012

> Monaco

**2^{ème} Congrès Monégasque de Chirurgie
du Pied**

Hotel Novotel de Monte Carlo
Pied et Biomatériaux, Déformation des orteils
latéraux et leurs traitements
Emilie CAVERNES - Tél. : +33 (0)6 16 70 28 68
contact@congres-pied-monaco.com
www.congres-pied-monaco.com

30 novembre 2012

> Lyon, France

Journées Lyonnaises de la Hanche

Centre des Congrès de Lyon, Cité internationale
Boulevard Charles de Gaulle, LYON
ALCOT : J-P. CARRET & O. GUYEN
jacqueline.monnin@univ-lyon1.fr
Tél. : 04 26 23 59 32
www.chu-lyon.fr/web/1946

12-13 octobre 2012

> Genève, Suisse

**EPOS-EFORT BAT
Instructional Course I -
Basics 2 in childrens
orthopaedics**

Efort - Michaela Hofer - www.efort.org

6-8 décembre 2012

> Lille, France

**Congrès annuel de la Société Française
d'Arthroscopie**

Grand palais
corine.bensimon@bch.aphp.fr - www.sofarthro.org

13-14 décembre 2012

> Paris, France

**25^e réunion annuelle
multidisciplinaire
du GIEDA INTER RACHIS**

UICP- 16 rue Jean Rey, Paris 15^e

- Problème du multi-étage dans la colonne cervicale
 - Pathologie foraminale
 - Les grandes déformités du sujet âgé
- Sous la Présidence du Dr Patrick MOULIN (Nottwil)



Secrétariat Général :
Dr Emmanuel FAVREUL,
Clinique Saint Charles, Lyon
emmanuel.favreul@wanadoo.fr
Organisation du Congrès :
Bérénice LACAN
400 rue Jean-Jacques
Rousseau, 12100 Millau
Tél. : 06 50 05 06 13
berenice.lacan.gieda@gmail.com
www.gieda.net

23-26 octobre 2012

> Berlin, Allemagne

**German Congress on Orthopaedics and
Trauma Surgery**

Messe Berlin Hammarskjöldplatz 14055 Berlin
Intercongress GmbH Karlsruher Str. 3
DE-79108 Freiburg - anne.roetsch@intercongress.de
tél. +49 (0) 761 696 99-0 - fax +49 (0) 761 696 99-11
dkou@intercongress.de - www.dkou.org/dkou2012



Italie : Invitée d'honneur

87^e SOFCOT

12-16 novembre 2012 • Paris, Palais des Congrès

www.sofcot.fr

Lundi 12 novembre

■ Conférences d'enseignement

■ Traumatologie adulte

- Rupture du ligament croisé antérieur (LCA) - *Pierre Chambat (Lyon)*
- Les fractures de la tête fémorale - *Philippe Chiron (Toulouse)*
- Ruptures récentes et anciennes de l'appareil extenseur du genou (hors prothèses) - *Dominique Saragaglia (Grenoble)*
- Stratégies thérapeutiques dans les fractures récentes instables de l'anneau pelvien - *Gilbert Taglang (Strasbourg)*

■ Orthopédie adulte

- Cals vicieux de l'extrémité supérieure de l'humérus - *Fabrice Duparc (Rouen)*
- Reprise des prothèses totales d'épaule - *Luc Favard (Tours)*
- Traitement des pertes de substances osseuses après reprise des prothèses totales du genou - *Denis Huten (Rennes)*
- Prothèses totales de hanche de première intention difficiles - *Stéphane Boigard (Clermont-Ferrand)*

■ Orthopédie pédiatrique

- Scolioses d'origine neuromusculaire - *Raphaël Vialle (Paris)*
- Cyphoses angulaires et régulières - *Loïfi Miladi (Bourg-la-Reine)*
- Pied bot varus équin - *François Bergerault (Tours)*
- Fractures du petit enfant de moins de 18 mois (fracture obstétricale sans la paralysie obstétricale, fragilité osseuse, maltraitance) - *Alice Fassier (Lyon)*

■ Généralités

- Troubles musculo-squelettiques du membre supérieur d'origine professionnelle - *Patrick Houvet (Paris)*
- La radioprotection des patients et des soignants - *Luc Mertz (Strasbourg)*
- Nouveautés en imagerie des tumeurs osseuses ou de l'appareil locomoteur - *Jean-Luc Drapé (Paris)*
- L'équilibre lombo-pelvi-fémoral en vue de profil - *Jean-Yves Lazenec (Paris)*

■ Techniques chirurgicales

- Discectomie chirurgicale pour hernie discale lombaire - *Arnaud Blamoutier (Rennes)*
- Techniques d'ostéosynthèse des fractures récentes à 3 et 4 fragments de l'humérus proximal - *Thomas Grégoiry (Paris)*
- Technique arthroscopique des fractures des plateaux tibiaux - *Gilles Burdin (Caen)*
- Ostéotomies de l'extrémité supérieure du fémur chez l'enfant - *Djamel Louahem (Montpellier)*

■ Séance inaugurale

- Cocktail de bienvenue (Palais des Congrès)

Secrétariats

Scientifique

SOFCOT

56 rue Boissonade
75014 PARIS
Tél. : +33 (0)1 43 22 47 54
E-mail : sofcot@sofcot.fr
www.sofcot.fr

Administratif

COLLOQUIUM - 87^e SOFCOT
13-15 rue de Nancy
75010 PARIS
Tél. : +33 (0)1 44 64 15 15
Fax : +33 (0)1 44 64 15 16
E-mail : sofcot@clq-group.com

Mardi 13 novembre

- Communications particulières
- Communications du Cercle Nicolas Andry
Frédéric Dubrana (Brest), Alain-Charles Masquelet (Paris)
- Sociétés de Spécialité
 - SOFROT (Société Française de Recherche Orthopédique et Traumatologique)
 - GSF-GETO (Groupe Sarcome Français / Groupe d'Etude des Tumeurs Osseuses)
- Table Ronde - Trauma damage control / chirurgie réparatrice
Thierry Bégué (Clamart), Sylvain Rigal (Clamart)
- Table Ronde du GEM-SFCM - Lésions du ligament scapholunaire
Christian Dumontier (Paris)
- Table Ronde - La version pelvienne cette inconnue
Norbert Passuti, Waguih El Sissi, Jean-Yves Lazenec, Daniel Noyer, Pierre Roussouly
- Table Ronde Biomécanique / SOFAMEA - Sport et sécurité
Patricia Thoreux (Paris)
- Forum EFORT - Overuse Syndrome - *Michel Merle (Luxembourg)*
- Discussion de dossiers
 - Epaule / Coude • Pédiatrie • Tumeurs • Traumatologie / Main
- Séance Professionnelle
- Symposium - Fracture de la palette humérale du sujet âgé
Thierry Fabre (Bordeaux), Pierre Mansat (Toulouse)
- CJO, CFCOT et SOFCOT - Les lauréats du DESC
- Evaluation des Pratiques Professionnelle (EPP)
- Soirée du Congrès

Mercredi 14 novembre

- Journée des Spécialités
 - AFCP (Association Française de Chirurgie du Pied)
 - GETRAUM (Groupe d'Etude en Traumatologie)
 - SFCR (Société Française de Chirurgie du Rachis)
 - SFHG (Société Française de la Hanche et du Genou)
 - SOFEC (Société Française de l'Epaule et du Coude)
- Rédaction médicale - OTSR / RCOT / Conférences d'enseignement
Directeur : Philippe Beaufils (Le Chesnay)
- Programme des infirmier(e)s de Bloc Opératoire

Jeudi 15 novembre

- Communications particulières
- Table ronde sciences fondamentales - La membrane induite
Laurent Obert (Besançon)
- 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 • Genou / Rachis
- Forum SICOT - Facteurs de croissance (BMP)
Philippe Hernigou (Créteil), Maurice Hinsenkamp (Bruxelles, Belgique)
- Best of de la SOO (Société Orthopédique de l'Ouest)
- Journée des kinésithérapeutes
- Remise des prix
- Symposium - Cause d'échec des prothèses totales de hanches
Christian Delaunay (Longjumeau), Moussa Hamadouche (Paris)

Vendredi 16 novembre

- ORTHORISQ - Journée Accréditation des Médecins
Réservée aux membres d'ORTHRISQ

Inscriptions en ligne : www.sofcot.fr