



boof

infos

Bulletin des Orthopédistes Francophones
organe de liaison édité par la SOFCOT

éditorial

Développement Professionnel, Innovation et Recherche

Par **Bernard AUGEREAU**, Président de la SOFCOT
et **Philippe MERLOZ**, Président de l'AOT



Chers Collègues,
Chers Amis,
Bernard Augereau,
président de la SOFCOT et
moi-même, écrivons dans le Bulletin des Orthopédistes Francophones de mars 2013, que notre société était à la veille d'un nouvel élan tant au niveau de ses structures internes que de l'évolution de sa manifestation phare que représente le congrès. Désormais, ce nouvel élan a pris forme et avec lui trois de ces multiples facettes :

sommaire

éditorial	1-2
sinistralité La sinistralité en chirurgie orthopédique et traumatologique. Quel état des lieux ?	3-4
orthogériatrie L'orthogériatrie, une nouvelle organisation des soins ?	5-7
expertise Expert SOFCOT	7
conseil scientifique Le Conseil Scientifique de l'AOT et de la SOFCOT	8-9
recherche Equipes de recherches et services d'orthopédie	9
comptes rendus Journal d'un clinical fellowship au Center for Sports Medicine and Orthopaedics, Johannesburg	10-11
Six mois de fellowship au Cape Shoulder Institute, Cape Town	12-15
diu DIU de pathologie de l'épaule et du coude	11
réunions scientifiques	16-18
88^e congrès Programme préliminaire du 88 ^e congrès de la SOFCOT	19

www.sofcot.fr



- 1°/ Le CNP-SOFCOT** (Conseil National Professionnel de la SOFCOT) est officiellement né. La SOFCOT est donc devenue une société professionnelle qui dispose de forces vives :
- L'Académie d'Orthopédie Traumatologie (AOT), véritable carrefour scientifique de notre société et organisatrice du congrès annuel.
 - L'ODPC-SOFCOT (Organisme de Développement Professionnel Continu de la SOFCOT). Il devra préparer l'évaluation professionnelle dans le domaine cognitif.
 - ORTHORISQ, qui participe à l'ODPC-SOFCOT et qui continuera à assurer l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).
 - Le Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes Traumatologues (CFCOT).
 - Le SNCO (Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes).
 - Les Sociétés Associées ainsi que les Sociétés Partenaires qui sont complètement intégrées dans le fonctionnement du CNP-SOFCOT.



**1000 bonnes raisons de soutenir l'action de la
Fondation pour l'Innovation en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique dont la vôtre !**

La Fondation pour l'Innovation en Chirurgie Orthopédique et

Traumatologique est heureuse de vous accueillir sur son site : www.ficot.org

Vous trouverez, dans les différentes rubriques, des informations relatives à la Fondation (mission, fonctionnement, gouvernance..) mais aussi sur les pathologies traitées par la chirurgie orthopédique et traumatologique.

En cas d'interrogations sur les modalités de votre don, toute l'équipe de la Fondation se tient naturellement à votre disposition pour vous renseigner et vous accompagner dans votre démarche. À bientôt !



Au sein de cette famille, le CNU (Conseil National des Universités) pour la promotion des jeunes chirurgiens et l'organisme de publication RCOT/OTSR, vont participer très activement au développement de notre société. Le comité exécutif de l'APCORT (Association des Publications de Chirurgie Orthopédique Réparatrice et Traumatologique), en accord avec les comités de rédaction de RCOT/OTSR et des Cahiers d'Enseignement de la SOFCOT ont prévu dès cette année la parution d'un numéro spécial d'OTSR qui regroupera les **vingt conférences d'enseignement**. L'Impact Factor de RCOT/OTSR (désormais **supérieur à 1** depuis quelques jours), devrait continuer à progresser.

Ce nouvel élan transforme profondément l'organisation et la vie de notre société. En effet, une politique de gestion des conflits d'intérêts basée sur l'indépendance scientifique et la transparence financière devra être menée. Les statuts ont été revus afin d'être mis en conformité avec les engagements pris avec le CNP (Conseil National Professionnel). Ils seront soumis au vote lors de l'assemblée générale extraordinaire du 14 novembre prochain.

2°/ Le nouvel élan est perceptible également dans le **travail des commissions** :

- La commission de matéro-vigilance et des registres va collaborer étroitement avec l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM). Dans ce but, une convention SOFCOT-ANSM a été signée entre B. Augereau et D. Marininchi, ce qui va permettre d'ouvrir la voie à la création de registres nationaux concer-

nant les arthroplasties totales de hanches et de genoux gérés par un organisme national indépendant des industriels (avec le concours de la Fédération des Spécialités Médicales et de l'ANSM).

- La commission éthique, sous la direction de Jean Puget a démarré ses travaux avec un premier document de travail.
- La commission informatique est à la base de la rénovation du site internet du congrès en ligne depuis la mi-juin 2013 (cliquer sur le lien congrès du site actuel). Le nouveau site de la SOFCOT quant à lui, sera en ligne dès la mi-octobre 2013.
- La commission orthogériatrie regroupe désormais non seulement des chirurgiens mais aussi des gériatres, des anesthésistes et des médecins de médecine physique et rééducation. Des recommandations en matière d'orthogériatrie seront disponibles courant 2014.
- Le conseil scientifique a accordé son soutien (scientifique et financier) au projet de recherche multicentrique ADELIC qui porte sur la « prise en charge des patients sous Anticoagulant à Dose Efficace au Long Cours lors de la réalisation d'une prothèse totale de hanche ou de genou de première intention ».
- La première séance d'e-learning (*les lambeaux de réparation des parties molles au membre inférieur*) a eu lieu le 29 juin dernier et a été un grand succès avec plus de 500 participants inscrits.

Il faut remercier tous les acteurs de ces commissions, ainsi que ceux de la séance

d'e-learning pour la qualité des travaux réalisés.

3°/ Sans fébrilité, mais de façon progressive, le 88^{ème} congrès se met en place. Une place particulière sera réservée à l'**innovation** avec notamment l'intervention lors de la séance inaugurale de Jean-Paul Laumond, spécialiste en robotique humanoïde et Professeur au Collège de France. Notre confrère Philippe Cinquin (prix CNRS 2013 de l'innovation) interviendra lors de la séance du cercle Nicolas Andry consacrée à « l'innovation en chirurgie ».

Nous laisserons également une place importante à la **recherche**. En plus des séances de communications particulières « recherche » habituelles, une séance SOFROT sera réservée à l'exposé de 6 thèses récentes d'université par nos jeunes collègues (séance du mardi 12 novembre de 14h-16h).

Enfin, la SOFCOT a décidé en collaboration avec l'AOT de réserver un thème spécifique chaque année pour exposer des travaux cliniques touchant un domaine particulier de l'orthopédie. Cette année c'est l'**orthopédie gériatrique** qui est au premier plan et une séance de communications particulières lui sera réservée le jeudi 14 novembre 2013.

Enfin n'oubliez pas les **vingt conférences d'enseignement** du lundi 11 novembre après-midi. Elles serviront de support (avec les séances d'e-learning) à la validation de l'aspect cognitif de votre DPC. Très bonne reprise à toutes et à tous.

Bernard AUGEREAU

Président de la SOFCOT

Philippe MERLOZ

Président de l'AOT



AAOS 2014 (11 au 15 mars 2014) : la France Guest Nation

Participation de la SOFCOT à la cérémonie d'ouverture, instructional courses, posters, déjeuner des Présidents, Private Guest Nation Reception.

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 : sofcot@sofcot.fr - www.sofcot.fr

La sinistralité en chirurgie orthopédique et traumatologique. Quel état des lieux ?

Par **Jacques CATON**, ancien Président d'Orthorisq et Chirurgien Orthopédiste à Lyon
et **Richard DEVIDAL**, Médecin Conseil Sham

INTRODUCTION

Le quatrième rapport de l'Observatoire des risques médicaux (ORM) 2012, concernant les années 2006 à 2011, dresse le tableau de plus de 7 300 dossiers d'accidents médicaux dont le montant global de préjudice (indemnités versées à la victime plus prise en charge des tiers-payeurs) a été égal ou supérieur à 15 000 € et clôturés durant une période de six ans allant de 2006 à 2011. Ces dossiers ont donné lieu à une indemnisation par les assureurs ou par l'Office National d'Indemnisation des Actes Médicaux (ONIAM) par l'une des trois procédures suivantes : amiable, contentieuse (devant le Tribunal Administratif pour les établissements publics ou devant le Tribunal de Grande Instance pour les établissements privés et les professionnels de santé libéraux) ou Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales (CCI). Ce rapport ne permet pas de répondre à une question récurrente que se posent les chirurgiens : *la sinistralité et son coût diminuent-ils ?*

Nous avons souhaité en parallèle faire une étude portant également sur une période de cinq ans (2008-2012) sur les données de Sham.

PRÉAMBULE

Une remarque s'impose pour Sham comme pour l'ORM : il existe toujours un décalage dans le temps entre la réclamation émanant d'un patient ou de ses ayants droit, et le paiement de l'indemnisation du préjudice, si cette réclamation est juridiquement fondée. Un délai est nécessaire pour déterminer la responsabilité de l'établissement ou du professionnel de santé et évaluer l'étendue des

préjudices subis. Même lorsque la responsabilité de l'établissement de santé ou du praticien est établie, le montant de l'indemnisation ne peut être déterminé tant que l'état de la victime n'est pas consolidé. Les provisions sont une estimation du coût définitif des réclamations. Le coût de chaque réclamation est estimé dès l'enregistrement du dossier et connaît une évaluation de plus en plus exacte au fur et à mesure que les données médico-légales liées à cette réclamation (étendue de la responsabilité de l'établissement et/ou du professionnel de santé, gravité du dommage) sont connues de la mutuelle. Sham, qui enregistre plusieurs milliers de réclamations chaque année, pallie l'imprécision de l'évaluation initiale de chaque dossier pris séparément par une mutualisation de l'ensemble des réclamations. Pour 100 réclamations en responsabilité civile médicale présentées à Sham, 20 à 30 font l'objet d'une indemnisation alors que toutes ont été initialement évaluées. En revanche, les 20 à 30 % des réclamations qui, après instruction, donneront finalement lieu à indemnisation, auront un coût très supérieur à celui qui avait été initialement prévu.

PRÉSENTATION DE SHAM

Sham est le 1^{er} assureur de Responsabilité Civile Médicale en France (50 % de parts de marché) avec plus de 60 % des lits de MCO (80 % des établissements publics et 27 % des établissements privés), 50 % des maisons de retraite et 50 % des obstétriciens libéraux (600). Sham couvre 2 accouchements sur 3 en France. Le portefeuille de Sham est composé de 7 509 sociétaires dont 4 027 établissements et 3 482 professionnels de santé dont 200 chirurgiens orthopédistes libéraux.

CONCLUSIONS DU RAPPORT DE L'ORM 2012

Le nombre de dossiers indemnisés est globalement en augmentation depuis 2006 et semble se stabiliser sur 2011. Les actes de soins restent la première cause d'accidents (84 % des cas). Les actes non fautifs (aléas) restent encore les plus nombreux (31 % des dossiers), devant les actes techniques fautifs (29 % des dossiers). Les infections nosocomiales représentent 18 % des dossiers indemnisés.

a) Les délais entre acte, réclamation et règlement

Un peu plus du quart des dossiers sont réglés en moins de deux ans. 35% des dossiers clos ont été traités en plus de 5 ans sur l'ensemble des années 2006-2011. Il est à noter que cet écart entre l'année de l'acte et l'année de paiement des dernières indemnités peut toujours être très long. Ainsi environ 17 % des dossiers présentent un écart supérieur à 10 ans.

b) Les montants indemnitaires

Les montants indemnitaires les plus importants concernent les disciplines chirurgicales hors obstétrique et chirurgie esthétique avec un montant global de 489 millions d'euros. Cela est dû au nombre très important de dossiers liés à ces spécialités (près de 60 % des dossiers). Le montant moyen de ces dossiers est d'un peu plus de 113 000 €. On dénombre 8 dossiers concernant les disciplines chirurgicales hors obstétrique et chirurgie esthétique parmi les 20 dossiers de plus de 2 millions d'euros. Le rapport ne permet pas d'individualiser la chirurgie orthopédique et traumatologique.





ETUDE DES DONNÉES SHAM SUR LA PÉRIODE 2008-2012

a) Délai de règlement moyen par type de procédure

- Procédure amiable à l'initiative de l'assureur : le délai médian de règlement, à compter de l'ouverture du dossier est de 11 mois.
- Procédure où la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales est saisie : le délai médian de règlement, à compter de l'ouverture du dossier, est de 18 mois.
- Procédure contentieuse devant le Tribunal Administratif ou le Tribunal de Grande Instance. Le délai médian de règlement, à compter de l'ouverture du dossier, est de 4 ans.

b) Nombre de réclamations en orthopédie y compris chirurgie du rachis

Sur la période, 23 000 réclamations pour sinistre corporel de cause médicale ont été reçues par Sham : 25 % de ces dossiers concernent l'orthopédie. La répartition des déclarations en orthopédie, sur la période de l'étude, montre que 3 921 dossiers proviennent des établissements publics, 1 310 dossiers des établissements privés, et 278 dossiers des professionnels de santé libéraux.

c) Typologie des réclamations en orthopédie

- **Les infections nosocomiales** restent les plus nombreuses : 1 362 (35 %) pour les établissements publics, 624 (48 %) pour les établissements privés et 75 (30 %) pour les professionnels de santé libéraux.
- **Les erreurs de côté**, de personne ou de niveau ne sont pas anecdotiques avec 13 dossiers pour les établissements publics, 7 dossiers pour les établisse-

ments privés et 7 dossiers pour les professionnels de santé libéraux.

- Il en est de même pour **les oublis de corps étranger** avec 37 dossiers pour les établissements publics, 6 dossiers pour les établissements privés et 3 dossiers pour les professionnels de santé libéraux.
- **Les erreurs de technique opératoire ou les résultats insuffisants** représentent une part non négligeable avec 1 130 (29 %) dossiers pour les établissements publics, 450 (34 %) dossiers pour les établissements privés et 149 (54 %) dossiers pour les professionnels de santé libéraux.
- **Les défauts de prise en charge du patient en péri-opératoire** (prescription, erreur de diagnostic, retard de prise en charge...) sont fréquents avec 1 201 dossiers pour les établissements publics, 185 dossiers pour les établissements privés et 40 dossiers pour les professionnels de santé libéraux.
- A noter 12 dossiers de réclamation pour **défaut d'information**.

d) Condamnations en orthopédie sur la période 2008-2012

Sham a recensé sur cette période 553 décisions des juridictions administratives et judiciaires retenant la responsabilité de ses sociétaires. 442 décisions retenant la responsabilité des établissements publics, 102 décisions retenant la responsabilité des établissements privés et 9 décisions retenant la responsabilité d'un professionnel de santé libéral.

A noter sur la période, 5 décisions retenant la responsabilité d'un sociétaire Sham pour défaut d'information.

e) Coût moyen des condamnations en orthopédie sur la période

Le coût moyen d'un dossier en Orthopédie ayant fait l'objet d'une condam-

nation est de 81 279 €, qui ne peut être comparé au coût moyen évoqué par le rapport de l'ORM d'un montant de 113 000 € dans la mesure où ce coût moyen concerne toute les disciplines chirurgicales hors obstétrique et chirurgie esthétique. Sur cette période 2008-2012, 1 dossier a fait l'objet d'une condamnation pour un montant supérieur à 2 M €, 7 dossiers ont fait l'objet d'une condamnation pour un montant supérieur ou égal à 500 000 €, 75 dossiers ont fait l'objet d'une condamnation pour un montant supérieur ou égal à 150 000 €, 156 dossiers ont fait l'objet d'une condamnation pour un montant supérieur ou égal à 50 000 €, 212 dossiers ont fait l'objet d'une condamnation pour un montant supérieur ou égal à 15 000 € et le reste des dossiers a fait l'objet d'une condamnation pour un montant inférieur.

CONCLUSIONS

La chirurgie orthopédique et traumatologique est la discipline chirurgicale qui est à l'origine du plus grand nombre de réclamations. Les infections nosocomiales sont le motif le plus fréquent de mise en cause (37,4 %), suivi par les erreurs de technique opératoire ou les résultats insuffisants. A noter toutefois deux motifs de mise en cause qui ne sont pas anecdotiques : les oublis de corps étrangers (0,83 %) et les erreurs de côté, de personne ou de niveau (0,49 %).

Si le coût moyen de condamnations en Orthopédie sur cette période est de 81 279 €, 239 (43 %) dossiers ont un coût supérieur à 50 000 € et 83 (15 %) dossiers ont un coût supérieur à 100 000 €. Inversement, 102 dossiers (18,4 %) ont eu un coût inférieur à 15 000 €.

Jacques CATON, Richard DEVIDAL



Le site internet du congrès est ouvert !

www.sofcot-congres.fr

L'orthogériatrie, une nouvelle organisation des soins ?

Par **Philippe MERLOZ**, Président de l'AOT

La population française vieillit, comme la plupart des populations occidentales. De ce fait, les patients que nous prenons en charge sont âgés, fragiles, souffrent de polyopathologies et sont polymédicamentés. Leur autonomie et leur qualité de vie sont parfois sommaires.

Sous le terme d'orthogériatrie, on peut regrouper tout ce qui concerne directement les soins péri-opératoires, le traitement chirurgical, la réhabilitation, la prévention secondaire, la recherche clinique et préclinique ainsi que les axes nouveaux d'accompagnement de la personne âgée lorsque cette dernière vient à être hospitalisée pour fracture ou une autre affection relevant de l'orthopédie. L'orthogériatrie implique non seulement les chirurgiens orthopédistes, les rhumatologues, les médecins anesthésistes, les radiologues, les gériatres et les spécialistes de médecine physique et rééducation, mais encore les médecins traitants (en cabinet ou en EHPAD) les personnels soignants paramédicaux et les services sociaux locaux ou départementaux. La finalité de cette activité se doit d'être multimodale et multiprofessionnelle, le but ultime à atteindre étant la remise en condition sociale du patient âgé. La fracture du col du fémur et plus généralement celle de l'extrémité supérieure du fémur représente probablement le type même de pathologie qui est au cœur du dispositif de l'orthogériatrie. Près de 70 000 cas sont traités chaque année en France et probablement plus de 150 000 à l'horizon 2050. La cause principale des fractures de l'extrémité supérieure du fémur est la **fragilité osseuse** présente dans plus de 85 % des cas. Le risque de mortalité chez une personne avec fracture per-trochantérienne sur os ostéoporotique est supérieur de 25 % à celui d'une personne de même âge et sans fracture.

Enfin, il faut encore garder à l'esprit que la mortalité des fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez le sujet âgé reste élevée, comprise entre 20 et 30 % à deux ans de recul [Fig. 1].

Un ennemi tout désigné : la fragilité osseuse

Dans certains centres (France, Espagne, Allemagne, Hong-Kong, Grande Bretagne, Etats-Unis) où l'on a pu organiser une prise en charge précoce, multimodale et multiprofessionnelle des fractures de l'extrémité supérieure du fémur du sujet âgé, on arrive pratiquement toujours aux mêmes conclusions :

Dans certains pays et dans certains centres, un partenariat orthopédie-gériatrie est organisé : le patient est admis dans une « fast track emergency unit » (véritable unité d'orthogériatrie). Il est ensuite évalué sur le plan orthopédique, gériatrique et anesthésique. La prise en charge au bloc est faite précocement avant 48 h. Au troisième jour le patient est idéalement placé en unité de réhabilitation. On constate que moins de 20 % des fractures sont prises en charge sur le plan du traitement de l'ostéoporose.

Il existe une corrélation forte entre ostéoporose et comorbidités multiples : cardiovasculaires (55 % des cas), neurologiques (15 % des cas), pulmonaires (15 % des cas), diabète (25 % des cas), ostéoarticulaires (85 % des cas), anémie préopératoire (45 % des cas), ainsi que l'isolement et la dénutrition.

La prise en charge de l'ostéoporose pour les fractures du col du fémur a permis de multiplier par deux la connaissance précise de l'état cognitif des patients (on a observé des états de démence associés dans 30 % à 50 % des cas où l'âge des patients était supérieur à 70 ans). Le taux d'anesthésies générales ne dépassant pas 60 minutes a été multiplié par deux. Une bonne et courte phase préopératoire diminue le taux des complications. Avec une intervention précoce, on réduit de façon notoire la mortalité péri-opératoire et on observe une baisse de la durée moyenne de séjour, ainsi que du taux de réadmission pour raison médicale. Enfin, il a été mis en évidence que l'on pouvait obtenir en routine une bonne estimation prédictive de la mortalité avec la créatininémie.

En France on recense quatre types d'organisation : le service conventionnel d'orthopédie avec appel si nécessaire à une équipe locale mobile de gériatrie (Unité Mobile de Gériatrie) ; l'hospitalisation en gériatrie des patients fracturés de hanche ; l'unité d'orthogériatrie au sein d'un service d'orthopédie ; la gestion des fractures de la hanche du sujet âgé par l'intermédiaire

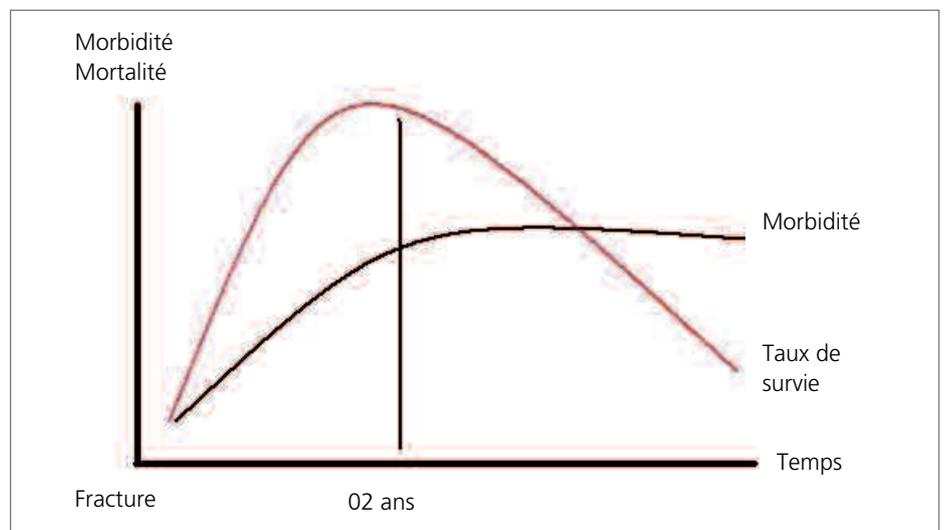


Figure 1 : Mortalité et morbidité restent fortes pendant les deux ans qui suivent la fracture de l'extrémité supérieure du fémur.



d'une RCP. A l'heure actuelle, il est difficile de dire formellement quelle est la meilleure organisation.

D'une façon globale, on peut dire qu'il y a très peu d'unité d'orthogériatrie à travers le monde pour la prise en charge des fractures de la hanche chez les sujets âgés ou très âgés avec comorbidités.

Les premiers éléments prospectifs dont nous disposons doivent bien être mesurés : le nombre de fractures par fragilité osseuse va augmenter dans les années à venir. On estime qu'à travers le monde, il y avait en 1990 près de 3 millions de fractures ostéoporotiques. Ce chiffre devrait atteindre 6,5 millions en 2050. Le coût des traitements risque d'être multiplié par 3 en Europe comme en Amérique du Nord. L'intérêt d'une meilleure prise en charge thérapeutique et d'une meilleure prévention devient progressivement évident, avec des conséquences déjà connues via un certain nombre d'expériences en France comme à l'étranger : on peut réduire la mortalité tout en diminuant la durée moyenne de séjour. De ce fait, le coût global peut être abaissé et si un traitement préventif de l'ostéoporose est entrepris, le risque de survenue d'une nouvelle fracture peut être diminué de l'ordre de 20 %.

Une réhabilitation longue après fracture

La **sarcopénie** est un réel problème. Il a été calculé que les personnes fracturées au niveau de la hanche perdaient environ 500 g de masse musculaire et gagnaient 300 g de masse graisseuse au cours des six mois qui suivent la survenue de la fracture. Par rapport à un sujet non fracturé, la **densité minérale osseuse** régresse de 40 % au cours des 180 premiers jours.

Il a été noté que les sujets fracturés de hanche ont dans les suites opératoires (et ceci pendant une durée comprise entre 6 et 24 mois) plus de difficultés à faire les gestes de la vie courante (toilette, marche 500 m, escaliers, courses, facultés intellectuelles et facultés d'adaptation à la vie sociale) par rapport aux sujets du même âge et qui ne sont pas fracturés. Le phénomène est très long et s'étale sur 24 mois, parfois au-delà, d'où la nécessité d'un traitement médical (vitaminothérapie, anti-ostéoclastes, protéines), d'un traitement par rééducation pour supprimer la fonte de la masse musculaire, et d'une gestion des fonctions cognitives et affectives de façon

à ce qu'il n'y ait pas de décrochage intellectuel et social [Fig. 2].

Sur le plan clinique, la perte de poids, la faiblesse générale, la sensation d'épuisement, la marche lente, les activités physiques lentes sont bien corrélées avec le mot décès.

La prise en charge de la fragilité osseuse ; prévention des chutes et des refractures

La question que l'on doit se poser est la suivante : existe-t-il dans votre centre hospitalier un processus pour le diagnostic, la prise en charge et le traitement de l'ostéoporose ? De cette interrogation est née en Grande Bretagne le concept de FLS (« Fracture Liaison Service »).

Le but d'une FLS est de prévenir la survenue d'une deuxième fracture par fragilité osseuse avec pour objectif de réduire de 20 % la survenue de ce deuxième évènement. Le processus d'une FLS est le suivant : diagnostic et traitement de la fracture, puis bilan clinique et radiographique de l'ostéoporose (établissement de la densité minérale osseuse grâce à l'examen DXA) et enfin traitement de la fragilité osseuse. Il existe un consensus sur ce sujet entre le bureau de la FLS britannique et la British Orthopaedic Association.

Au Canada, l'expérience de FLS a été menée par un organisme qui s'appelle *Osteoporosis Canada*. Ce groupe (limité à l'Ontario pour l'instant) recense les fractures du poignet, du coup de pied, de l'épaule,

de la hanche et du rachis. Il observe qu'actuellement 47 % des fractures sont sous traitement anti-ostéoporose un an après la première fracture. L'objectif est de dépasser 60 % dans les cinq ans.

En Ecosse, 66 % des centres hospitaliers ont une FLS. Avant l'instauration des FLS, 11 % des patients étaient pris en charge pour ostéoporose après fracture du poignet et aucun pour les fractures du rachis. Après instauration des FLS, c'est près de 100 % des patients qui sont pris en charge pour le traitement de l'ostéoporose après fracture du poignet et un peu moins de 90 % pour les fractures du rachis.

Si l'on veut effectuer une réelle prévention du risque de deuxième fracture il faut créer une FLS dotée d'un système de coordination pour les soins postopératoires et en particulier les soins médicaux.

Il apparaît qu'une des meilleures **préventions des chutes** consiste à faire des exercices de mobilité pour lutter contre l'enraidissement et pour acquérir l'équilibre lors de la marche. Vingt à trente minutes de rééducation par jour sont suffisantes. L'idéal est de les faire à domicile. Ceci permettrait de réduire de 25 % les réhospitalisations pour chute.

Les exercices que nous venons de décrire associés à la thérapie anti-ostéoporotique (Vit D : 25 OH à 2000 unités internationales/jour) réduiraient de 30 % la possibilité de refracture comme le montrent les études menées en Suisse par M^{me} Bischoff-Ferrari (*N Engl J Med* 2012; 367:40-49 July 5, 2012 DOI: 10.1056/NEJMoa1109617).

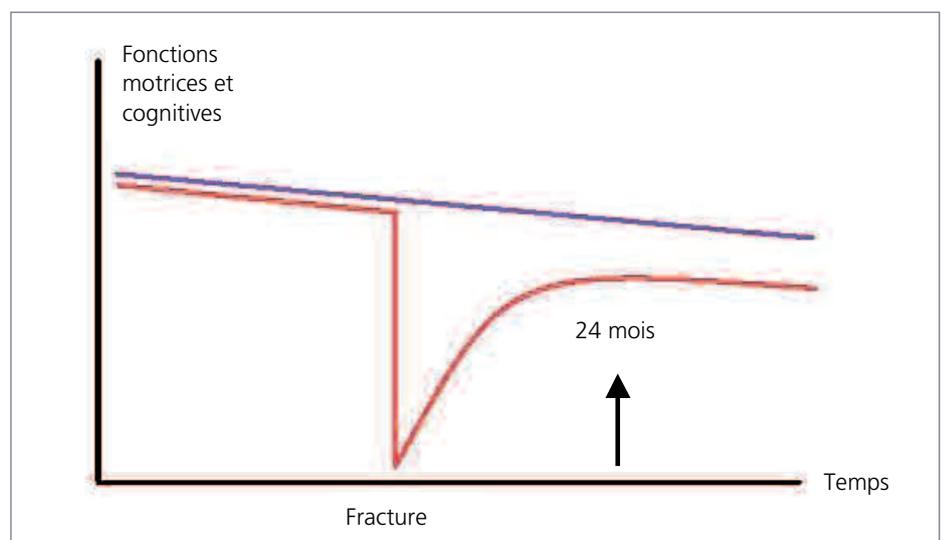


Figure 2 : Le phénomène de réhabilitation après fracture de l'extrémité supérieure du fémur est très long et s'étale sur 24 mois, parfois au-delà, d'où la nécessité d'un traitement médical.

Prise de conscience en Europe

L'idée de créer un registre Européen des fractures de l'extrémité supérieure du fémur est née très récemment lors du congrès EFORT 2013 à Istanbul dans le but de mettre en place une stratégie de lutte contre la fragilité osseuse et ses conséquences (initiative : David Marsh et Peter Giannoudis). Sur le plan européen, seuls trois pays ont institué un véritable registre des fractures de l'extrémité supérieure du fémur : l'Allemagne, la Géorgie et la Suède. Les autres pays n'ont pas de registre.

Le problème de la création de ces registres concernant la fragilité osseuse et, notamment, au niveau du fémur n'est pas nouveau et revient à Rikshoft en 1988. Sous sa direction, un premier audit a eu lieu en Ecosse sur les fractures de hanche entre 1988 et 1990, puis un deuxième entre 1993 et 2000. Ces audits étaient faits conformément aux directives européennes du système ITC (Information Technology and Communication ; CEE). Actuellement, la Grande Bretagne essaie de mettre au point pour un registre national des fractures de l'extrémité supérieure du fémur. D'autres pays se préparent à faire de même à Hong Kong, en Irlande, en Australie, en Nouvelle Zélande ainsi qu'au Canada. Pour l'instant, la SOFCOT envisage de créer un registre français et les travaux préliminaires ont débuté en juillet 2013.

La devise qui semble être de mise actuellement est donc la suivante : « *Keep moving forward, stagnation can be fatal* ».

Références

1°) Le groupe FFN (*Fragility Fracture Network*) est né en suisse en 2011 à l'initiative de quelques uns dont David Marsh et sous les auspices du *Bone and Joint Decade*. Après une première réunion destinée à réunir tous les experts du domaine, le groupe FFN a tenu son premier congrès mondial à Berlin (6-8 septembre 2012). Ce premier congrès du genre est une porte ouverte sur la prise en charge du traitement des fractures par fragilité ou déficience osseuse.

www.ffn-network.org

2°) Deux sites Internet à visiter :

UK Hip fracture data base: www.nhfd.co.uk
International Osteoporosis Foundation: www.capture-the-fracture.org

Philippe MERLOZ

Président de l'AOT

Expert SOFCOT

Par **Patrice PAPIN**, Membre du Bureau de la SOFCOT et Président du SNCO

La SOFCOT est aujourd'hui un partenaire incontournable des tutelles ou des agences de l'Etat. Son expertise est reconnue. Elle est de plus en plus sollicitée.

Depuis quelques années, la SOFCOT s'est réorganisée pour passer d'une société savante centrée sur l'organisation d'un congrès annuel à une société professionnelle, indépendante, paritaire et fédérative. Cette évolution reste encore peu connue de la majorité des chirurgiens orthopédistes.

Dans ce cadre professionnel, la SOFCOT souhaite créer un **pool d'experts SOFCOT** choisis pour répondre aux sollicitations des différentes institutions comme la Haute Autorité de Santé (HAS) afin d'élaborer des recommandations.

Vous, futurs experts SOFCOT-HAS, vous devez être membre français de la SOFCOT et ne pas avoir de conflit d'intérêt (remplir une déclaration publique d'intérêt). Vous devez préciser vos domaines de compétences, votre lieu d'exercice, ainsi que votre cursus (Université de formation dans la spécialité, publications). Il suffit d'envoyer ces informations au secrétariat de la SOFCOT.

Le point qui interpelle est l'**absence de conflit d'intérêt**. Être considéré comme un expert, c'est dans le langage commun avoir acquis à la fois une compétence et une reconnaissance. Cette expertise pouvant être valorisée auprès d'industriels. Ainsi, depuis des années, il est souvent soutenu qu'elle ne peut exister sans conflit d'intérêt.

La loi du 4 mars 2012, article L 4113-13 du code de santé publique, précise les devoirs des médecins ayant des liens d'intérêt avec les industriels : les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et des établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits sont tenus de les faire connaître au public lorsqu'ils s'expriment lors d'une manifestation publique ou dans la presse écrite et audiovisuelle.

En 2007, la HAS a publié un guide de déclarations d'intérêts et de prévention des conflits qui fait la distinction entre un intérêt direct et indirect. L'élaboration de recommandation nécessite une certaine transparence avec déclaration des conflits d'intérêt. La HAS, mise en cause par le conseil d'Etat, a annulé une recommandation au motif d'une non déclaration d'intérêt. En effet, conformément à l'article 5323-4, « *les personnes collaborant occasionnellement aux travaux de l'agence et les autres personnes non membres apportant leur concours aux conseils, commissions, comités et groupes de travail siégeant auprès d'elle, à l'exception des membres de ces conseils, commissions, comités et groupes de travail, ne peuvent, article 432-12 du code pénal, traiter une question dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect* ».

En fait, ce que l'on demande à l'expert, c'est sa capacité à analyser la littérature sur un sujet précis et à donner un avis en toute indépendance.

Patrice PAPIN

Le Conseil Scientifique de l'AOT et de la SOFCOT

Par **Didier MAINARD**, Coordonnateur

Le Conseil Scientifique de l'AOT et de la SOFCOT a été initié en 2010 par Jacques CATON et Jean-Pierre COURPIED. Ils en ont défini les missions qui ont évolué par la suite.

A ses débuts, le Conseil Scientifique était constitué d'un groupe informel désigné consensuellement par les bureaux de l'AOT et de la SOFCOT, la direction en étant assurée par le Président en exercice de l'AOT. Le Secrétaire était plus particulièrement chargé d'animer et d'organiser le Conseil dont l'officialisation s'est faite lors de l'Assemblée Générale de la SOFCOT en 2011.

La composition de ce conseil a été formalisée par Bernard AUGEREAU en 2012. En effet, les membres de ce conseil siègent maintenant *ès qualité* et non plus *intuitu personae*. La composition et les attributions du Conseil Scientifique sont définies à l'article 13 (...) des nouveaux statuts de la SOFCOT. Les statuts de l'AOT ne font pas référence au Conseil Scientifique, mais il est admis que le Conseil Scientifique de la SOFCOT est aussi celui de l'AOT.

Article 13 : le Conseil Scientifique

13.1. Les membres du Conseil Scientifique sont désignés par le Bureau dans le respect de la parité des modes d'exercice. Ils élisent un Coordonnateur en leur sein.

13.2. Le Conseil est compétent pour formuler auprès du Bureau tout avis, proposition ou préconisation relatif d'une manière générale à l'activité scientifique de « la Société ».

13.3. Le Président de « la Société », les Vice-présidents de l'Académie d'Orthopédie et de Traumatologie, le Secrétaire Général-adjoint de « la Société », le Président du Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes et Traumatologues, le Président du Conseil National des Universités, le Président de la SOFROT et le méthodologiste de « la Société » sont membres *ex officio* du Conseil Scientifique.

13.4. L'organisation et le fonctionnement du Conseil Scientifique sont définis dans le règlement intérieur de « la Société ».

La première réunion du Conseil Scientifique a eu lieu le 16 décembre 2010. Depuis lors, ce Conseil se réunit le jeudi soir précédant la réunion de bureau de l'AOT et de la SOFCOT sauf en novembre, compte tenu du congrès. Cependant, le Conseil Scientifique peut également se réunir en tant que de besoin. L'ordre du jour est proposé par le Président dénommé coordonnateur du Conseil. Les sujets de l'ordre du jour sont proposés par les Présidents et Secrétaires généraux de la SOFCOT et de l'AOT. Les membres du Conseil peuvent, également, s'autosaisir de dossiers ou questions dans le cadre des missions définies par les statuts et le règlement intérieur. Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu rédigé par le Président qui rend compte des travaux du Conseil lors de chaque Bureau de la SOFCOT.

D'une manière générale, le Conseil Scientifique de la SOFCOT est une force de propositions, d'évaluations, de conseils et de réflexions au service aussi bien de la SOFCOT que de l'AOT.

Il est également chargé de toute expertise scientifique que pourrait justifier les problèmes d'actualité et les conflits d'intérêt.

De façon plus spécifique, ce Conseil doit répondre à de nombreuses missions.

Le Conseil Scientifique, en collaboration avec le bureau de la SOFCOT, gère les communications dites « recherche » du congrès c'est-à-dire qu'il assure la notation et l'organisation de ces communications lors de la séance recherche.

Il est par ailleurs, chargé d'organiser une table ronde recherche lors de chaque congrès de l'AOT. Il en définit le thème, après approbation par le bureau de l'AOT, et détermine un responsable qui organise la séance proprement dite. Ainsi en 2011, Didier MAINARD a dirigé une table ronde sur les PRP et en 2012 Alain Charles MASQUELET une table ronde sur la technique de la membrane induite. La même année, une session biomécanique a également eu lieu montée par Norbert PASSUTI et Patricia THOREUX en collaboration avec la Société Française de Biomécanique. En 2013 c'est Philippe MERLOZ qui est chargé d'une session sur l'imagerie. Enfin, en 2014 Norbert PASSUTI et Patricia THOREUX organiseront une nouvelle session Biomécanique. Il est convenu, dans la mesure du possible, d'alterner une année sur deux des sessions de nature biologique et biomécanique.

Le Conseil Scientifique est également chargé d'effectuer des propositions de thèmes ciblés pour le congrès permettant de mettre en avant un sujet particulier. Une communication retenu sur ce thème est hors quota, c'est-à-dire qu'elle peut s'ajouter aux trois communications autorisées par service ou département. En 2012, ce thème était consacré à la chirurgie ambulatoire. En 2013, il sera dévolu à l'orthotraumatogérontologie. En 2014 la qualité de vie sera mise en avant.

Le Conseil Scientifique gère également, l'appel d'offre de recherche clinique qui a été récemment proposé par la SOFCOT et l'AOT.

Composition du Conseil Scientifique de l'AOT et de la SOFCOT

- **Président de la SOFCOT :** Bernard AUGEREAU
- **Président de l'AOT :** Philippe MERLOZ
- **Les 2 vice-Présidents de l'AOT :** Remy KHOLER, Henry COUDANE
- **Président du CFCOT :** Dominique CHAUVEAUX
- **Président du CNU :** Jean-Noël ARGENSON
- **Secrétaire Général adjoint de la SOFCOT :** Charles COURT
- **Méthodologiste :** PATRICK MISMETTI
- **Coordonnateur :** Didier MAINARD
- **Experts :** Moussa HAMADOUCHE, Didier HANNOUCHE, Didier MAINARD, Norbert PASSUTI, Jérôme COTTALORDA

Equipes de recherches et services d'orthopédie

Par **Philippe ROSSET**, Président de la SOFROT

Le premier appel d'offre a été lancé en 2011. Le Conseil Scientifique en a assuré l'organisation et a mené l'évaluation et la sélection des projets ayant répondu à l'appel d'offre qui n'avait pas d'orientation thématique. Au terme de ce processus d'évaluation c'est le projet ADELIC (prise en charge des patients sous anti-coagulant à dose efficace au long cours lors de la réalisation d'une prothèse totale de hanche ou de genou de première intention), proposé par Moussa HAMMADOUCHE et David BIAU qui a été retenu. Ce projet est subventionné à hauteur de 70K euros sur deux ans. Le prochain appel d'offre sera lancé en 2014 et son thème sera défini pour le prochain congrès et annoncé lors de l'Assemblée Générale. Le Conseil Scientifique a soumis plusieurs propositions au Bureau de l'AOT qui rendra sa décision en septembre.

Le Conseil Scientifique a également été chargé de proposer des thèmes pour le troisième symposium qui s'ajoutera aux deux traditionnels du congrès. Il traitera des allogreffes en novembre 2015.

Le Conseil Scientifique est associé à la validation de demandes de bourses, en particulier de Master, qui sont examinées par la commission des bourses de la SOFCOT.

Le Conseil Scientifique est représenté au Conseil Scientifique de l'APCORT et à la Commission Ethique dirigée par Jean PUGET.

Enfin le Conseil Scientifique est chargé d'une mission de veille scientifique, au sens le plus large du terme, sur tout sujet qui pourrait avoir un intérêt pour notre discipline, permettant d'en promouvoir et développer les connaissances, ou justifiant d'études particulières dans la cadre de symposiums ou de tables rondes.

Dans le but d'améliorer et spécialiser ses missions d'expertise et d'évaluation, la SOFROT a souhaité se doter d'un Conseil Scientifique, dont l'existence est bien définie statutairement. Peu de temps après sa création, il peut déjà afficher un bilan extrêmement satisfaisant, et semble avoir trouvé naturellement sa place au sein de notre Société.

Didier MAINARD

Les services d'orthopédie, en particulier universitaires, se sont intéressés depuis toujours à la recherche. Certains services ont été impliqués directement dans la création d'équipes, d'autres se sont rapprochés d'équipes déjà existantes, mais dont les thèmes de recherche concernaient l'orthopédie. Les nombreux aspects de l'orthopédie sont autant de centres d'intérêt pour la recherche et de ce fait il est actuellement difficile d'avoir une vision d'ensemble des différentes équipes impliquées dans chaque domaine.

Pour répondre à cette question, j'ai été chargé, en tant que président de la SOFROT (Société Française de Recherche en Orthopédie et Traumatologie), par Le CNU d'Orthopédie de faire un état des lieux des équipes de recherche ayant un lien avec les services d'orthopédie.

Les résultats de cette enquête ont été présentés à la réunion des hospitalo-universitaires d'orthopédie le 30 mai 2013 à Bordeaux et seront mis prochainement à disposition sur le site de la SOFCOT.

Il y a une cinquantaine de services d'orthopédie universitaires (adulte et enfant). Le taux de réponse à l'enquête était de 85 % environ.

Pour tenter de classer les réponses, les grands thèmes de recherche ont été répartis en 7 catégories (biologie / biomatériaux / biomécanique / rachis / infection / aides à la chirurgie / évaluation des pratiques). Bien sûr il y a des recoupements importants entre ces thèmes. Les équipes comportaient 15 équipes d'accueil (EA) et 25 unités INSERM et/ou CNRS. Il n'est pas possible ici de les citer toutes, mais le détail sera disponible sur le site de la SOFCOT.

Pour la biologie : le tissu osseux est un axe important avec en particulier la régénération osseuse et la thérapie cellulaire qui est le groupe le plus important avec 7 équipes. Seulement 3 équipes s'intéressent à la structure osseuse et 2 aux tumeurs. Le cartilage et les tendons font partie des thèmes de 4 équipes.

Les biomatériaux sont un point fort de la recherche en orthopédie avec 8 équipes travaillant sur les substituts osseux et l'interface avec l'os.

La biomécanique, regroupe 7 équipes sur l'analyse du mouvement et 5 ayant un savoir-faire particulier dans la modélisation 3D. Bien sûr l'aspect biomécanique des implants d'orthopédie est important avec 6 équipes.

Le rachis comprend 11 équipes ayant déclaré ce thème.

L'infection ne regroupe actuellement que 4 équipes, mais on peut penser que la création récente des centres de référence pour le traitement des infections ostéo-articulaires va amener d'autres équipes.

Le thème "aides à la chirurgie" regroupe les 4 équipes s'intéressant à la navigation et à la chirurgie assistée par ordinateur, et aussi une équipe impliquée dans la simulation et l'enseignement. Ce dernier thème va être amené à se développer rapidement, en particulier pour la formation des internes.

L'évaluation des pratiques et les questions éthiques sont des domaines plus récents pour l'orthopédie auxquels seulement 3 équipes s'intéressent. Dans le contexte actuel, ces équipes vont jouer un rôle de plus en plus important, en particulier vis-à-vis de nos tutelles.

Plusieurs plates-formes technologiques ont aussi été identifiées, en ingénierie moléculaire et cellulaire, en chirurgie et imagerie chez l'animal, et pour l'analyse par radio-stéréométrie (RSA).

Cette enquête a permis de mettre en évidence l'implication très importante de la plupart des services hospitalo-universitaires en recherche. Il faudrait pouvoir la compléter avec les équipes d'orthopédies non universitaires qui ont établi des liens avec la recherche. Les équipes qui le souhaitent peuvent me contacter à l'adresse mail ci-dessous.

La SOFROT se propose de développer les liens entre ces différentes équipes pour rendre plus lisible la recherche en orthopédie en France.

Philippe ROSSET

Service d'orthopédie 2, hôpital Trousseau,
CHU, Tours, 37044 Tours cedex 9
Président de la SOFROT
philippe.rosset@univ-tours.fr

BOURSE SOFCOT 2012

JOURNAL D'UN CLINICAL FELLOWSHIP EN AFRIQUE DU SUD

Center for Sports Medicine and Orthopaedics,
Johannesburg, South Africa

Mai 2012 à novembre 2012

Par Erwan PANSARD

Effectuer un fellowship à l'étranger est une expérience inoubliable sur le plan professionnel et personnel. Résumer un séjour de six mois en quelques lignes est un exercice difficile. Si ces lignes achèvent de convaincre les collègues hésitants, l'objectif sera atteint.

L'opportunité de réaliser cette expérience s'est présentée dans l'intervalle entre la fin de mon Internat et le début de mon Clinicat dans le service de Monsieur le Professeur Judet. Sur ses conseils, le choix se porte sur un fellowship à l'étranger et dans un pays anglophone. Souhaitant poursuivre ma formation en arthroscopie de genou et d'épaule, Monsieur le Professeur Hardy, chez qui je devais passer comme interne m'encourage vivement à réaliser mon fellowship avec le Docteur Mark Ferguson au Center for Sports Medicine and Orthopaedics à Johannesburg et me met en contact avec lui. Il m'explique que je travaillerai avec lui et avec son associé, le Docteur Glen Vardi, spécialisé en chirurgie du genou ligamentaire et dégénératif. Les formalités administratives débutent alors (demandes de bourse et de visa notamment).

A mon arrivée, un chauffeur envoyé par Mark m'accueille et m'amène directement en consultation au Center for Sports Medicine and Orthopaedics. Ce centre dédié à la prise en charge des pathologies du sport se trouve en face de la clinique où nous opérons et de notre unité d'hospitalisation. On y trouve toutes les spécialités médicales et paramédicales nécessaires à une prise en charge multidisciplinaire : kinésithérapeutes spécialisés, biokinetics, ergothérapeutes, infirmiers, médecins du sport, radiologues et ... chirurgiens orthopédiques. L'étage consacré à la consultation de chirurgie ressemble plus à un mu-

sée du sport axé sur le rugby, le cricket et le football qu'à un hôpital. Le reste du bâtiment étant réservé aux autres spécialités avec un plateau technique dernier cri. Mark qui a tenu à s'occuper de mon logement m'amène alors dans un quartier cossu de Johannesburg où je logerai dans une villa avec piscine, une employée de maison et deux collocataires Sud-Africains (Scott et Stuart) qui se chargeront de me faire découvrir leur ville. Le rêve !!

Mon fellowship débute alors par une live surgery sur une lésion de Bankart pour me mettre dans le bain puis mes semaines s'organisaient de la façon suivante :

- lundi matin et jeudi : bloc avec Glen Vardi avec au programme du genou prothétique uniquement de première intention et arthroscopie de genou. Les PTG étaient toutes postéro-stabilisées et très peu de places étaient accordées aux ostéotomies tibiale ou fémorale. Sa technique de reconstruction du ligament croisé antérieur était un DIDD avec visée fémorale en Inside-out.
- Lundi après-midi, mercredi et vendredi matin : bloc avec Mark Ferguson avec cette fois de l'arthroscopie de genou, d'épaule et à l'occasion de la traumatologie chez des sportifs professionnels. La reconstruction du ligament croisé antérieur était réalisée à l'aide d'un semi-tendineux avec une visée fémorale en outside-in.
- Mardi : consultation avec Glen Vardi et Mark Ferguson.

Travaillant dans une structure privée et mon Afrikaner étant limité et nécessaire pour certains patients, il n'était pas possible de m'ouvrir une consultation. Mon rôle était donc d'assister les consultants. L'organisation y était très efficace et différente de celles des structures dans lesquelles j'avais travaillé auparavant :

si des examens complémentaires étaient nécessaires, ils étaient réalisés dans la journée et les patients revus le jour même. Lorsqu'une indication opératoire était posée, le patient était programmé pour la semaine suivante... et le planning était toujours plein ! Les patients venant souvent de pays frontaliers, d'Inde, parfois d'Australie ou étant des sportifs professionnels, nécessitaient une telle réactivité. Je mis à profit mon vendredi après-midi pour travailler avec d'autres spécialistes :



Center for Sports Medicine and Orthopaedics à Johannesburg



Une partie de l'équipe avec de droite à gauche : Gavin, Barry, Laurent, Mark et moi-même



Glen et moi-même

échographie d'épaule avec le Docteur Roos, rééducation de l'épaule et du genou avec Barry Gets, test isocinétique avec Janie Klingbiel. Chacun d'entre eux étant hyperspécialisé dans son domaine, avec une activité scientifique importante et appartenant au staff médical des springboks, des Lions (équipe de super rugby de Johannesburg) ou de l'équipe nationale de cricket. Il s'agit là d'une étape fondamentale de mon fellowship puisque j'ai non seulement progressé en connaissance mais surtout à appréhender la prise en charge globale de ces patients et le réseau de soins qu'ils nécessitent.

L'organisation du bloc opératoire était en tout point similaire à la notre si ce n'est que pour chaque intervention un représentant médical du laboratoire concerné était présent sans pour autant s'habiller. Le programme opératoire était d'une dizaine de patients sur une salle en commençant vers 8 heures du matin et terminant vers 18 heures. Mark Ferguson m'aida progressivement dès mon premier jour et j'assistais le Docteur Vardi. La prise en charge des lésions méniscales devait être aussi conservatrice que possible, les sutures étant réalisées en all-inside ou en inside-outside selon la lésion. Les greffons utilisés pour les lésions ligamentaires complexes du genou étaient déterminés au cas par cas. Les droit-interne et semi-tendineux du genou contro-latéral étant parfois prélevés. L'instabilité glénohumérale antérieure chronique chez les joueurs de rugby était traitée par butée osseuse systématiquement précédée d'une arthroscopie de façon à réaliser un bilan complet des lésions intra-articulaires et les réparer. Mark Ferguson réalisait également de nombreuses réinsertions proximales des ischios-jambiers. Lors de mon séjour, j'ai eu l'occasion de participer à deux réunions de qualité à Durban, l'une sur le genou et l'autre sur l'épaule avec cours sur cadavre. Ces réunions organisées par des partenaires industriels m'ont permis de rencontrer Charlie Brown et Stephen Burkhart.

Après discussion dès mon arrivée, nous avons décidé que mon sujet de travail serait la position des tunnels fémoraux lors des reconstructions du ligament croisé antérieur. J'avais l'avantage de travailler avec deux chirurgiens expérimentés utilisant chacun deux techniques différentes. Le positionnement des tunnels fémoraux est en effet en constante évolution puisque nous sommes passés en plusieurs décennies d'un positionnement « over the top » à une position plus antérieure visant à reproduire l'anatomie du patient.

Ce qui ressort de ce fellowship, en dehors des connaissances théoriques et pratiques acquises, est l'hyperspécialisation de l'acte chirurgicale et de la prise en charge de ces patients. Cela m'a également permis de me rendre compte de l'importance d'avoir un esprit ouvert sur les pratiques professionnelles utilisées en dehors de nos frontières.

Je ne peux qu'encourager mes jeunes collègues à vivre une expérience de ce type qui leur apportera énormément tant sur le plan professionnel qu'humain.

Je tiens à remercier chaleureusement Messieurs les Professeurs Judet et Hardy de m'avoir incité et aidé à réaliser ce fellowship. Je remercie Mark Ferguson et Glen Vardi pour leur accueil extraordinaire et leur humanisme. Enfin je terminerai par remercier la SOFCOT et Arthrex sans lesquels rien n'aurait été possible.

Erwan PANSARD

Diplôme inter-universitaire de pathologie de l'épaule et du coude

Année inter-universitaire 2013-2014

COORGANISATEURS

Professeur ALLAIN, Hôpital Henri MONDOR, CRÉTEIL

Professeur DUPARC, Hôpital Charles Nicolle, ROUEN

Docteur CLAVERT, Service du membre supérieur, ILIKIRCH (Strasbourg)

Professeur MANSAT, CH Purpan, TOULOUSE

VOUS ÊTES :

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

Vous vous intéressez à la pathologie de l'épaule et du coude et vous souhaitez améliorer vos connaissances dans ce domaine afin de développer votre compétence et votre activité chirurgicale.

Afin de vous proposer un enseignement encore plus performant, le Diplôme Universitaire de pathologie de l'épaule et du coude est désormais un Diplôme Inter-Universitaire.

PROGRAMME

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

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

Des démonstrations par vidéo seront présentées pour de nombreux exposés.

ORGANISATION PÉDAGOGIQUE

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

DURÉE DES ÉTUDES

1 an

OBTENTION DU D.I.U.

Un examen écrit. Un mémoire d'analyse bibliographique

INSCRIPTION

Auprès du service de la scolarité du 3^{ème} cycle d'une des 4 Facultés co-organisatrices du DIU

BOURSE SOFCOT 2012

SIX MOIS DE FELLOWSHIP AUPRÈS DE JOE DE BEER AU CAPE SHOULDER INSTITUTE

Cape Shoulder Institute, Cape Town, South Africa

Mai 2012 à novembre 2012

Par Mathieu FERRAND

C'est donc avec la thèse en poche que je m'envole pour l'Afrique du Sud en ce mois de mai 2012. La destination, je la connais depuis plus d'un an : Cape Town, lieu d'exercice du Dr Johannes Frederik de Beer, plus connu sous le nom de Joe de Beer, voire tout simplement « Joe ».

Après 24 h de voyage et une escale à Dubaï, j'atterris au milieu des townships du Cap où m'attend ma famille d'accueil. Les gens ici sont souriants, débordants de gentillesse et de générosité, et aiment beaucoup les français surtout quand ceux-ci leur offrent du champagne. Grâce à leur aide, je suis connecté à l'Afrique et au reste du monde – comprenez téléphone et internet – en un jour, propriétaire d'une voiture de location en moins de deux, et heureux locataire d'un appartement avec vue sur le stade construit pour la coupe du monde de football 2010 au bout de trois jours. L'endroit doit porter chance, car il s'agit du stade où les Français ont ramené leur seul point de toute la compétition.

Une fois installé, il était temps de contacter le Dr de Beer. Nous sommes jeudi soir, et il me propose de nous retrouver au bar du Mount Nelson Hotel, un hôtel de luxe au style anglais colonial dont il est un habitué. A peine entré dans la place - mais déjà l'air perdu – j'entends un « come on, have a beer » chaleureux mais autoritaire. Première rencontre avec le Dr de Beer, qu'il est très difficile de ne pas appeler « Joe ».

L'homme est sûr de lui, drôle, et parle avec cet accent afrikaans qui vous fait au début dire « yes yes » à tout ce qu'on vous raconte en espérant que c'est la bonne réponse. Je voulais améliorer mon anglais, je vais être servi !

Le boulot commence dès le lendemain, à la Mediclinic dans le quartier musulman de Cape Town, Boo Kaap. Il s'agit de l'endroit où Joe fait ses arthroplasties d'épaules. Chaque vendredi amène son lot de prothèses, de l'arthrose primaire à la reconstruction de glène en deux temps. La notoriété de Joe dans la région lui amène un recrutement de révisions très intéressant, et les malades sont adressés de toute l'Afrique du Sud, mais aussi de Namibie, du Mozambique, et de l'île Maurice. Il pose en moyenne deux à quatre prothèses par semaine dans cet établissement très agréable où l'on vous amène un petit déjeuner à 10 h ainsi que des tranches de fruits frais en milieu d'après-midi en plus du déjeuner. Sur l'écran de télévision de la salle de repos, le menu n'est pas désagréable non plus : rugby, rugby et rugby, parfois cricket. La culture du ballon ovale est omniprésente en Afrique du Sud, et les matchs du super fifteen (l'équivalent de notre championnat d'Europe) ont lieu à 9 h du matin ou à 19 h à cause du décalage horaire avec l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Le rugby de l'hémisphère sud est très offensif, violent et spectaculaire. Du très beau spectacle, presque tous les jours.



Homme de 78 ans, ostéolyse glénoïdienne massive à 15 ans d'une PTE. Indication de chirurgie en deux temps, par greffe iliaque première puis arthroplastie inversée à 3 mois.

Mais le plus incroyable reste de retrouver le lundi à la consultation le rugbyman que vous avez vu se luxer l'épaule sur le terrain quelques jours avant ! Joe consulte deux jours par semaine dans son cabinet à Plattekloof, à 20km à l'est de Cape Town. Sa réputation le place en premier consultant des rugbymen professionnels du Sud du pays. La consultation est un moment particulier, et une part entière du fellowship puisque Joe y réalise lui même ses échographies. Il s'est approprié il y a plus de 15 ans cette technique d'imagerie qui fait maintenant partie de son examen clinique. Il faut savoir qu'une IRM coûte entre 800 et 1200 euros en Afrique du Sud, et que les mutuelles – il n'y a pas de sécurité sociale – ne les remboursent pas lorsqu'elles sont prescrites pour une exploration d'épaule. Pour s'adapter, Joe a donc développé sa propre séméiologie échographique afin de composer sans les techniques d'imagerie moderne. En comparant ses données échographiques aux constatations préopératoires, il a pu s'affranchir presque complètement de l'IRM et de l'arthroscanner, qu'il ne réserve maintenant qu'aux situations difficiles comme les ruptures partielles de coiffe ou certaines lésions chondrales. L'utilisation de l'échographe est aussi thérapeutique, Joe réalisant systématiquement ses injections de corticoïdes ou acide hyaluronique de façon écho-guidée. En associant à ses injections un anesthésique local d'effet immédiat, il peut aussi faire la différence entre un problème articulaire et un problème sous-acromial et affiner ainsi son diagnostic. Le compagnonnage en échographie est un point très important du fellowship pour Joe, qui m'avait promis lorsque je l'ai rencontré « de m'apprendre tout sur l'échographie d'épaule en 1 mois ». Il faut en fait un peu plus de temps pour s'approprier cette technique qui nous fait voir et réfléchir l'épaule sous un jour inhabituel. Cette pratique renforce considérablement la relation entre le chirurgien et son patient et mérite probablement que nous commencions en France à nous y intéresser de près.

Le mardi et le jeudi sont les jours opératoires dédiés à l'arthroscopie et la chirurgie ouverte non-prothétique. Entre 6 et 10 cas à chaque fois, en fonction du nombre de Latarjet qui prennent un peu plus



Injection intra-articulaire de corticoïdes sous échographie en consultation.

de temps. Joe réalise entre 3 et 5 butées d'épaule par semaine, et il a développé sa propre modification de la traditionnelle butée lyonnaise. Avant l'incision, il scope systématiquement le patient pour ne pas passer à côté d'une lésion intra-articulaire associée, apprécier l'importance de l'encoche et l'absence d'anomalie sous-acromiale. L'exploration arthroscopique par « air-arthroscopy » évite de gonfler les tissus et ne pose aucune gêne pour l'intervention à suivre. La technique de Joe consiste à tourner la butée de 90° pour coucher son bord médial contre le bord

antérieur de la glène, adaptant ainsi la concavité inférieure de la coracoïde à celle de la glène. Il réattache ensuite la capsule en rotation externe au dessus de la butée sur une mini-ancre résorbable. Joe réalise 95% de ses stabilisations d'épaule par cette technique, notamment car il opère énormément de rugbymen pour lesquels il rapporte de mauvais résultats du Bankart arthroscopique. Il a également rédigé un protocole de réadaptation accélérée destiné aux joueurs de haut niveau : il n'immobilise pas ses butées, et les autorise à reprendre certains exercices de renforcement musculaire dès cicatrisation cutanée. Les résultats sont excellents, les patients très satisfaits et pour en avoir vu certains « back to the game » - en général au 4^{ème} mois - retrouvent une totale confiance en leur épaule opérée.

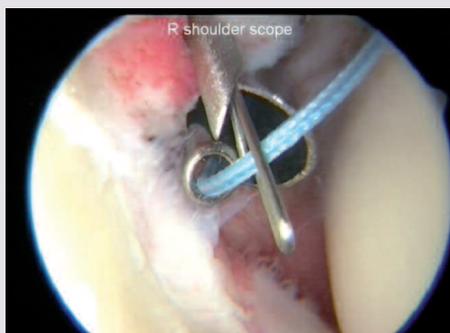
Outre sa technique qui diffère légèrement donc de celle que j'avais apprise lors de mon internat, un point crucial est d'observer tous les artifices employés par Joe pour s'exposer correctement dans cette population extrêmement musclée chez qui le Bristow-Latarjet est toujours un challenge. Les Sud-Africains, quel que soit leur sport ou leur niveau, ont facilement recours à des produits anabolisants de façon plus ou moins légale, augmentant considérablement leur masse musculaire déjà génétiquement plus importante que nous en France.

L'autre activité pour laquelle le Dr de Beer est reconnu est la réparation de coiffe des rotateurs, pour laquelle il fut l'un des pionniers du double rang arthroscopique. Sa technique de réparation est maintenant très standardisée. Il utilise un passe-fil dérivé du « suture passer » de Depuy Mitek qu'il a modifié et conçu lui-même principalement pour des raisons de coût. Il s'agit simplement d'un passe-fil contenant une boucle métallique ouvrable et dont l'inclinaison de l'aiguille est disponible sous plusieurs angulations. L'instrument est passé au travers de la coiffe par le Neviaser et la voie optique postérieure. Le premier rang est suturé sur une à deux ancres métalliques par des points en U. Le second rang est plaqué sur une ou deux ancres latérales par des points simples. Joe n'utilise pour ses réparations de coiffe que des ancres métalliques de 4.5 mm. Il possède





tout un argumentaire pour démontrer leur supériorité par rapport à des ancrés résorbables qu'il est très difficile de contredire. Sans rentrer dans le débat, cette conception fait grandement réfléchir, ne serait-ce que pour des raisons financières. Les gestes sur le biceps ne sont pratiqués qu'à la demande en cas de biceps instable ou d'aspect macroscopique pathologique. Lorsqu'ils sont réalisés, il s'agit dans la quasi-totalité des cas d'une ténodèse.



Utilisation du Suture Retriever sous arthroscopie, GLAD lesion en haut et réparation de coiffe des rotateurs en bas.

Une spécificité à la technique arthroscopique de Joe est l'utilisation de canules métalliques – restérilisables - pour chacune de ses voies d'abord. Ces canules sont extrêmement pratiques et Joe lui-même s'étonne de leur manque de popularité. Elles facilitent pourtant grandement la chirurgie, notamment en cas de procédure longue avec un gonflement important ou lors de réparation de PASTA lesion où elles permettent un contrôle simultané endo- et extra-articulaire. Joe réalise d'ailleurs parfois ce type de procédure avec une caméra dans chaque étage.

Enfin, malgré son expérience dans la chirurgie arthroscopique, Joe n'hésite pas à

ouvrir une épaule pour réparer une coiffe lorsqu'il le juge nécessaire. Principalement lors de reprises, même s'il donne toujours une chance à l'arthroscopie. Joe n'avait l'air qu'à moitié étonné quand je lui ai avoué ne jamais avoir vu de coiffe à ciel ouvert de ma vie, et l'une des conclusions de cette expérience pourrait-être qu'il est dommage de devoir aller à l'autre bout du monde pour voir une réparation de coiffe à ciel ouvert ! Pour avoir eu l'opportunité d'en voir donc quelques unes, le ciel ouvert donne une vision différente de la rupture et permet d'adapter la stratégie opératoire par rapport à une technique pure arthroscopique. En revanche, les suites semblent beaucoup plus douloureuses.

L'organisation de Joe est une autre originalité, au début déstabilisante pour le fellow. L'appellation « Cape Shoulder Institute » regroupe en fait un chirurgien, Joe, et son équipe. Joe emploie ainsi une dizaine de personnes, dont Karine Von Rooyen, médecin généraliste, qui est son aide-opérateur et qui partage aussi sa vie. Joe n'hésite pas à la qualifier de « meilleure chirurgien de l'épaule féminin au monde », et il faut avouer qu'elle a acquis auprès de Joe une technique chirurgicale impressionnante. Elle fait partie

à part entière du fellowship, auquel elle apporte fraîcheur et « french touch », puisqu'elle a vécu et étudié 2 ans en France pendant son enfance. La chirurgie est un véritable concerto à 4 mains, ces deux maestros se connaissant sur le bout des doigts. Le reste de l'équipe est composé des instrumentistes Sabs et Madeleine, et de ses 5 secrétaires qui planifient le bloc, les rendez-vous, les accords avec les mutuelles et la logistique pour les patients venant de l'étranger, ainsi que les billets d'avion et l'hôtellerie, Joe travaillant 2 week-end par mois en dehors du Cap en plus des congrès.

Joe reçoit énormément de visiteurs du monde entier pour de courtes périodes, en général une petite semaine. J'ai rencontré ainsi beaucoup de chirurgiens indiens, mais aussi australiens, chinois, belges et hollandais. Les rencontres avec ces collègues sont très enrichissantes, et les présentations sont facilitées par Joe qui met un point d'honneur à mettre tout le monde à l'aise lors de ces moments là.

La vie à Cape Town est particulière à plusieurs égards. La géographie du site en elle-même est exceptionnelle par sa situation à la fois à flanc de montagne et au bord de l'océan. Les paysages sont incroyables,



Utilisation des canules dans une réparation de PASTA lesion

les ciels magnifiques, et le climat – malheureusement – très changeant. Les habitants du Cap disent souvent qu'ils ont les « 4 seasons in a day ». L'hiver est très humide, et les tempêtes impressionnantes d'autant plus qu'elles peuvent se constituer en quelques minutes. La vision des nuages noirs descendant du haut de la montagne a un parfum d'apocalypse, et malgré les recommandations il est très difficile de ne pas aller se promener à Bantry bay pour immortaliser une mer démontée et ses rouleaux de 4 mètres qui s'écrasent sur les immeubles !



De gauche à droite au premier plan Karine, Joe et moi-même. Le reste de l'équipe au second plan, moins Elaine qui prend la photo.

L'ambiance au Cap est spéciale. Très détonnante presque insouciance dans les quartiers touristiques, elle peut changer brutalement à l'instar du climat. Malgré une criminalité en dessous de la moyenne nationale, la ville de Cape Town n'en reste pas moins dangereuse pour autant. La criminalité sud-africaine se caractérise par une extrême violence, le meurtre étant la règle pour la plupart des agressions. L'histoire de ce pays qui s'est construit dans la violence, la pauvreté dans les townships et le contraste avec la riche population des villes expliquent probablement cet état de fait. Le Western Cape, la province du Cap, était l'an passé la région la plus « sûre » d'Afrique du Sud avec un peu moins de 3700 meurtres dans l'année. Ces crimes sont particulièrement médiatisés, et si les Sud Africains y semblent habitués il règne une certaine tension dans les rues de la ville, surtout à la tombée de la nuit où il vaut mieux ne pas se retrouver à marcher seul. Les maisons sont entourées de barbelés ou clôtures électriques, les barreaux aux fenêtres et aux

portes sont la règle. Le moindre écart sécuritaire peut être fatal, et si les Sud Africains l'ont bien intégré dans leur mode de vie il est difficile pour un Français de s'habituer à cette atmosphère pesante. Les gens sont heureusement très prévenants et vous conseillent rapidement sur les habitudes à prendre.

La région du Cap est aussi mondialement connue pour son activité viticole et sa route des vins. Nos ancêtres protestants les Huguenots, fuyant le sol français suite à la révocation de l'Edit de Nantes en 1688, ont ramené dans leurs cales des pieds de vignes françaises et surtout leur savoir-faire pour faire de la région de Stellenbosch la plus grande route des vins au monde. Exilés dès leur arrivée au nord-est du Cap, à Franschoek (« coin des français »), les Huguenots ont dopé l'activité agricole sud-africaine pour en faire aujourd'hui le 10^{ème} producteur mondial, classement perturbé par les années apartheid pendant lesquels la production a considérablement chuté, les vendanges étant exclusivement réalisées par les noirs. En terme de qualité, il s'agit probablement des meilleurs vins de l'hémisphère sud avec l'Australie. L'Afrique du Sud possède son propre cépage, le pinotage, qui est issu d'une vigne croisée entre le cinsault et le pinot noir. Ce cépage étant à l'origine de leurs meilleurs vins, il s'agit d'un incontournable pour tout amateur.

Mes pérégrinations dominicales dans le vignoble sud-africain m'ont permis d'une

part de rencontrer beaucoup de Français travaillant pour des domaines sud-africains, d'autre part de rentrer en contact avec le docteur Peter « Spike » Erasmus, sommité de la chirurgie du genou locale. Spike travaille à la Mediclinic de Stellenbosch, au cœur du vignoble – les premiers pieds de vignes sont à quelques dizaines de mètres. J'ai donc pu terminer mon fellowship par un mois en sa compagnie afin de diversifier mon apprentissage chirurgical. Spike a une activité impressionnante : une vingtaine de malades par journée opératoire, environ 500 prothèses/an. Il est l'un des deux chirurgiens référents des rugbymen professionnels pour les pathologies du genou. Le reste du temps, il se retire dans sa ferme pour chasser le springbok ou l'impala, les antilopes locales.

Résumer une telle expérience en quelques lignes est difficile. Vivre à l'étranger apporte énormément sur le plan professionnel et personnel, et même si l'orthopédie française nous offre quantité de chirurgiens renommés à portée de main, partir loin permet de diversifier sa culture chirurgicale en voyant d'autres façons de faire et de réfléchir dans un système de santé souvent complètement différent. Je remercie la SOFCOT pour son support financier sans lequel ce projet n'aurait pu aboutir, et souhaite à mes jeunes collègues de pouvoir bénéficier de telles opportunités.

Mathieu FERRAND



Vue de Cape Town depuis Blouberg, de l'autre côté de la baie.

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

23-25 sept. 2013

> **Sainte-Maxime, France**

COURS DE BASE AOSPINE - Voies d'abord et techniques d'ostéosynthèse pour jeunes chirurgiens

Hôtel Les Jardins de Sainte-Maxime
Chemin des 2 Ruisseaux - 83120 Sainte-Maxime
Raphaëlle Diss - Secrétariat AO-AA France
143 avenue de Verdun - 92130 Issy-les-Moulineaux
Tél. : +33 (0)1 58 88 36 34 - Fax : +33 (0)1 58 88 36 32
raphaelle.diss@ao-courses.com
<https://aospine.aofoundation.org/Structure/Pages/default.aspx>

28 septembre 2013

> **www.sofcot.fr**

E-learning SOFCOT : "Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus"

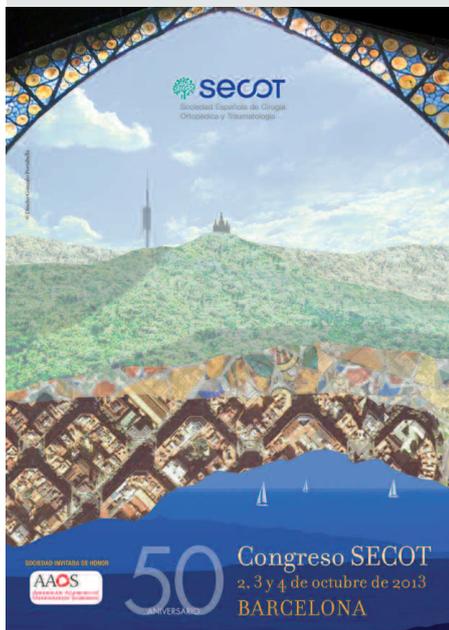
<http://www.sofcot.fr/18-E-LEARNING/presentation.asp>

2-4 octobre 2013

> **Barcelone, Espagne**

50^{ème} Congrès de la SECOT (Société Espagnole de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique)

www.secot.es



4 octobre 2013

> **Amiens, France**

Cours TALUS du GECO : chirurgie de l'Hallux Valgus, Quoi de neuf en 2013 ?

CCI Picardie - 36 rue des otages - AMIENS - FRANCE

info@geci.asso.fr - www.geco-medical.org



10-12 octobre 2013

> **Paris, France**

Cours d'arthroplastie prothétique du genou Collège / SFHG

SOFCOT - 56 rue Boissonnade
75014 PARIS
Dr Jacques TABUTIN
Centre Hospitalier
15 av des Broussailles,
CS 50008
06414 CANNES Cedex
Tél. : 04 93 69 71 30 de 14h00 à 17h00 - 04 93 69 71 31 de 18h00 à 19h00
j.tabutin@ch-cannes.fr



14-16 octobre 2013

> **Lyon, France**

COURS AVANCÉ AOTRAUMA - Traitement opératoire des fractures

Chapitre AO-AA France
143, Avenue de Verdun
92130 Issy-les-Moulineaux
Secrétariat : Raphaëlle DISS
Tél. : +33 (0)1 58 88 36 34
Fax : +33 (0)1 58 88 36 32
raphaelle.diss@ao-courses.com
<https://aotrauma.aofoundation.org/Structure/Pages/default.aspx>

17-18 octobre 2013

> **Lyon, France**

MASTER EUROPEAN - Osteotomies around the knee

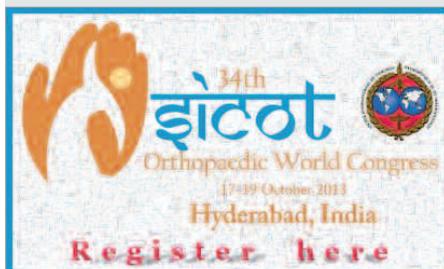
<https://aotrauma.aofoundation.org/Structure/Pages/default.aspx>

17-19 octobre 2013

> **Hyderabad, Inde**

34th SICOT Orthopaedic World Conference

www.sicot.org



18 octobre 2013

> **Lyon, France**



FUTURA 2013 : les voies d'abord antérieures

RADISSON BLU HOTEL
La Part - Dieu - LYON - FRANCE

info@geco.asso.fr - www.geco-medical.org

22-25 octobre 2013

> **Berlin, Allemagne**

German Congress of Orthopaedics and Trauma Surgery - DKOU 2013 "Moving people - experiencing success"

Messe Berlin / Suedgelaende Eingang Messe Sued
Jaffestraße 14055 - Berlin - Allemagne
carola.schroeder@intercongress.de
www.intercongress.de - www.dkou.org

26-29 octobre 2013

> **Gènes, Italie**

98th SIOT National Congress (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia)

info2013@congressosiot.it



8-9 novembre 2013

> **Strasbourg, France**

RAMSES III (robotic assisted microsurgery and endoscopic surgery society)

IRCAD, Strasbourg
Pr Philippe Liverneaux
philippe.liverneaux@chru-strasbourg.fr
www.roboticmicrosurgeons.org



11-14 novembre 2013

> Paris, France



88^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 - www.sofcot-congres.fr

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

5-7 décembre 2013

> Bordeaux, France



Congrès annuel de la Société Française d'Arthroscopie

Bureau de la SFA : Corine Bensimon
www.sofarthro.com

7 décembre 2013

> www.sofcot.fr

E-learning SOFCOT : "Déformation dégénérative déséquilibrée du rachis de l'adulte de plus de 60 ans"

Responsable : A. Blamoutier (cours de niveau 3)
Experts : Daniel Chopin, Pierre Guigui, Norbert Passuti, Jean-Paul Steib, Jean-Marc Vital
<http://www.sofcot.fr/18-E-LEARNING/presentation.asp>

13-14 décembre 2013

> Nice, France

26^e réunion annuelle multidisciplinaire du GIEDA INTER RACHIS



(Groupe international d'Etudes des approches intersomatiques du rachis)

Hôtel Negresco - 37 promenade des Anglais - Nice
Président 2013 : Docteur L. HOVORKA
hovorka@free.fr - <http://www.gieda.net>

24-25 janvier 2014

> Bruxelles, Belgique

22nd Brussels Hand / Upper Limb International Symposium

Château du Lac - Genval / Brussels
Prof. Dr. F. Schuind
info@kingconventions.be
<http://www.brusselshandsymposium.eu>

30-31 janvier 2014

> Paris, France

18th International Argospine Symposium

Maison des Arts et Métiers - Paris
Christian Mazel
argospine@clq-group.com
www.argospine.org



11-15 mars 2014

> New Orleans, USA

2014 AAOS Annual Meeting American Academy of Orthopaedic Surgeons - France pays invité

<http://www.aaos.org/education/anmeet/anmeet.asp>



26-28 mars 2014

> Lyon, France

Les journées de la SOFOP

Centre de Congrès - Lyon
MCO Congrès Marseille - Tél. : 04 95 09 38 00
chloe.paul@mcocongres.com - www.sofop.org

LES JOURNÉES DE LA SOFOP
Séminaires médical | recherche | paramédical
CITÉ | CENTRE DE CONGRÈS | LYON
Mercredi 26, jeudi 27, vendredi 28 | mars 2014
LE PIED, DE L'ENFANCE... À L'ADOLESCENCE



**Chers Collègues,
chers Amis,**

Nous aurons le plaisir d'accueillir à Lyon du 26 au 28 mars 2014 cette 38^e édition des Journées de la SOFOP, qui réunissent maintenant, au même moment et en un même lieu, tous les acteurs de notre spécialité.

Le sujet de ces journées sera le pied de l'enfant,

pour la quatrième fois (après Etretat en 1980, Vichy en 1988 et Arcachon en 2001), preuve de la place importante de cet organe en orthopédie pédiatrique.

Nous ferons tout pour que ces journées soient l'occasion d'enrichissement et surtout d'échanges, bénéficiant en outre du regard amical et critique de nos collègues adultes. Le Palais des Congrès de Lyon se prêtera idéalement à recevoir, comme nous l'espérons, plus de 300 chirurgiens orthopédistes pédiatres et autant de collaborateurs paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes, orthoprothésistes, podorthésistes...)

Notre Comité d'organisation compte sur votre présence à cette manifestation pour contribuer à la richesse des échanges dans les discussions.

Très cordialement,

Le Comité organisation
Pr Franck CHOTEL, Pr Philippe WICART et Pr Rémi KOHLER



Numéro de Formation Médicale
Continu : 11753727075
Organisme accréditant : SOFCOT
(Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique)



27 Rue du Four à Chaux 13007 - Marseille
Tél: 04 95 09 38 00 - Fax: 04 95 09 38 01
Inscription : chloe.paul@mcocongres.com
Partenaires : h.bregand@mcocongres.com

31 mars - 5 avril 2014

> La Havane, Cuba

34^{es} Journées Caribéennes d'Orthopédie et 2^{es} Journées Franco-Cubaines d'Orthopédie

Hotel National - La Havane - CUBA
Pr J.L. Rouvillain et Pr R. Alvarez Cambras
Secrétariat Scientifique : Mme C. Valbon
Tel +596 (0)596 55 21 78
Email : madinortho@chu-fortdefrance.fr
www.jofdf.org

8-9 mai 2014

> Toulon, France

GETRAUM

Journées de Printemps du GETRAUM

Hôpital Sainte Musse,
CHT de Toulon

François Loubignac et le Bureau du GETRAUM
francois.loubignac@ch-toulon.fr
thierry.begue@abc.aphp.fr
www.ch-toulon.fr

PROGRAMME

Jedi 8 mai 2014

14h00 Accueil des participants
14h30-16h00 Communications libres (Membre inférieur)
16h00-16h30 Pause et visite des stands
16h30-18h00 Communications libres (Membre supérieur)
20h00 Soirée du GETRAUM

Vendredi 9 mai 2014

8h30-10h00 Communications libres (Rachis et Enfants)
10h00 Pause et visite des stands,
11h00-13h00 Table ronde : Traumatologie et sports d'équipe
13h00-14h30 Déjeuner buffet
14h30-16h30 Conférence : Traumatologie en médecine humanitaire et OPEX
16h30 Visite du Porte-avions Charles de Gaulle
20h00 Réunion du bureau du GETRAUM

Soumission des résumés avant le 30/04/14 :
francois.loubignac@ch-toulon.fr

8-10 mai 2014

> Marrakech, Maroc

32^{ème} congrès de la SMACOT Société Marocaine d'Orthopédie Traumatologie

www.smacot.org

14-17 mai 2014

> Amsterdam, Pays-Bas

16th ESSKA Congress

www.esska.org

19-23 mai 2014

> Saint-Petersbourg, Russie

14^e congrès de l'AOLF

Hôtel Park Inn Pulkovskaya - St-Petersbourg
Dr Alexander GUBIN
interhead@ilizarov.ru
inter@ilizarov.ru
inter@aolf.ru
www.aolf.ru/st-petersbourg2014



14^e Congrès de l'AOLF * 19 - 23 mai 2014 * Saint-Petersbourg

4-6 juin 2014

> Londres, UK



15th EFORT Congress

EFORT Central Office
Tél. : +41 (44) 448 44 00
Fax : +41 (44) 448 44 11
E-mail : event@efort.org
www.efort.org/london2014/



12-13 juin 2014

> Clermont-Ferrand, France

Conseil National des Universités

25-27 juin 2014

> Saint-Gall, Suisse

Congrès annuel de la Société suisse d'Orthopédie et Traumatologie (SGOT-SSOT)

OLMA - St-Gall - SUISSE
Organizers
nicole.hintersatz@organizers.ch
www.organizers.ch

17-19 septembre 2014

> Toulouse, France

HIP Toulouse

Théâtre National de Toulouse
Pr Philippe Chiron et Pr Paul Bonneville
hiptoulouse@free.fr
www.hipnews.org/hiptoulouse

9-11 octobre 2014

> Madrid, Espagne

51^{ème} Congrès de la SECOT (Société Espagnole de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique)

www.secot.es

28-31 octobre 2014

> Berlin, Allemagne

German Congress of Orthopaedics and Trauma Surgery - DKOU 2014

France pays invité

www.dkou.org

10-13 novembre 2014

> Paris, France

89^e réunion annuelle de la SOFCOT

Palais des Congrès, Paris
www.sofcot.fr



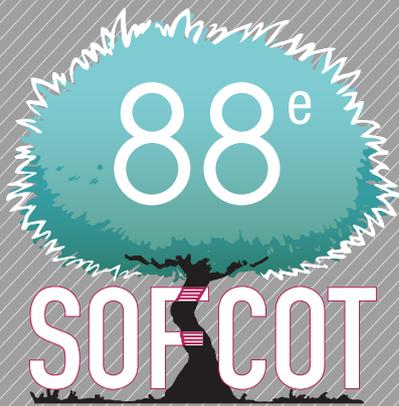
20-22 novembre 2014

> Rio de Janeiro, Brésil

35th SICOT Orthopaedic World Conference

www.sicot.org

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE



Invité : Imperial College (UK)

11-14 NOVEMBRE 2013

PARIS, PALAIS DES CONGRÈS

www.sofcot-congres.fr



Secrétariat Scientifique

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



Organisation du Congrès

COLLOQUIUM-88° 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
www.sofcot-congres.fr

MARDI 12 NOVEMBRE

- **Communications particulières** 📣
- **Communications du Cercle Nicolas Andry**
 - 📣 Frédéric Dubrana (Brest), Alain-Charles Masquelet (Paris)
- **Table ronde : Les descellements aseptiques des prothèses totales anatomiques d'épaule** - 📣 Gilles Walch (Lyon)
- **Discussion de dossiers : Pédiatrie - Epaule/Coude - Tumeurs - Traumatologie/Main**
- **Sociétés de Spécialité : SOFROT** (Société Française de Recherche Orthopédique et Traumatologique), **GSF-GETO** (Groupe Sarcome Français/ Groupe d'Etude des Tumeurs Osseuses)
- **Forum EFORT : Les fractures du pilon tibial** 📣
 - 📣 Thierry Bégue (Clamart)
- **Table ronde : Les arthroplasties totales du genou : que choisir ?**
 - 📣 Denis Hutten (Rennes)
- **Assemblées Générales du SNCO et du CFCOT**
- **Forum SICOT/SOFCOT** 📣 : **Arthrose trapézo-métacarpienne**
 - 📣 Christian Fontaine (Lille), Frédéric Schuind (Bruxelles)
- **Séance Professionnelle/CNP**
- **Table ronde : Chirurgie orthopédique assistée par ordinateur** 📣
 - 📣 Jocelyne Troccaz (Grenoble), Philippe Merloz (Grenoble)
- **Symposium** 📣 : **Traitement des fractures sus-, inter- et uni-condyliennes déplacées de l'extrémité inférieure du fémur**
 - 📣 Guy Piétu (Nantes), Eric Vandebussche (Paris)
- **Evaluation des Pratiques Professionnelles/CNP**
- **CJO, CFCOT et SOFCOT : Les lauréats du DESC**

MERCREDI 13 NOVEMBRE

- **Journée des spécialités**
 - AFCP** (Association Française de Chirurgie du Pied)
 - GETRAUM** (Groupe d'Etude en Traumatologie)
 - SFCR** (Société Française de Chirurgie Rachidienne)
 - SFHG** (Société Française de la Hanche et du Genou)
 - SOPEC** (Société Française de l'Epaule et du Coude)
- **Rédaction médicale : OTSR/RCOT/conférences d'enseignement**
 - 📣 Directeur : Philippe Beaufile (Le Chesnay)
- **Programme des infirmier(e)s de bloc opératoire**
- **Programme des kinésithérapeutes**

JEUDI 14 NOVEMBRE

- **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)
- **Quoi de neuf en imagerie en orthopédie-traumatologie ?**
 - 📣 Hervé Bard (Paris), Société d'imagerie musculo-squelettique (SIMS)
- **Discussion de dossiers : Cheville-pied/Hanche - Genou/Rachis**
- **Table ronde** 📣 : **La pathologie des tendons autour de la hanche prothésée** - 📣 Eric Vandebussche (Paris), Philippe Chiron (Toulouse)
- **Table ronde : Prothèse discale ou arthrodèse lombaire : indications respectives** - 📣 Jean-Charles Le Huec (Bordeaux), Pierre Guigui (Clichy)
- **Assemblées Générales de la SOFCOT et de l'AOT**
- **Table ronde : Tribologie des prothèses totales de hanche** 📣
 - 📣 Pascal Bizot (Angers), Moussa Hamadouche (Paris)
- **Remise des prix**
- **Symposium** 📣 : **Conflit fémoro-acétabulaire de l'enfant à l'adulte**
 - 📣 Nicolas Bonin (Lyon), Philippe Gicquel (Strasbourg)

VENDREDI 15 NOVEMBRE

- **Orthorisq- Journée d'Accréditation des Médecins**
Journée réservée aux membres d'Orthorisq

LUNDI 11 NOVEMBRE

Conférences d'enseignement

Orthopédie

- **Prothèses discales** : 📣 Jean-Marc Vital (Bordeaux)
- **L'arthrose post-traumatique du coude** : 📣 Michel Chammas (Montpellier)
- **Traitement chirurgical de l'instabilité des prothèses totales de hanche** : 📣 Jean-Louis Charissoux (Limoges)
- **Prothèses fémoro-patellaires** : 📣 Sébastien Lustig (Lyon)

Traumatologie

- **Instabilités post-traumatiques du carpe** : 📣 Christophe Chantelot (Lille)
- **Fractures articulaires de l'extrémité distale de l'humérus** : 📣 Thierry Bégue (Clamart)
- **Fractures totales du pilon tibial** : 📣 Franck Dujardin (Rouen)
- **Traitement des fractures récentes du massif trochantérien de l'adulte** : 📣 Philippe Adam (Strasbourg)

Généralités

- **Le risque neurologique en chirurgie rachidienne** : 📣 Christian Garreau de Loubresse (Garches)
- **Obésité et orthopédie traumatologie** : 📣 Sébastien Parratte (Marseille)
- **Codage et financement de l'activité d'orthopédie-traumatologie** : 📣 Sophie Baron (Bobigny)
- **Réparation osseuse par thérapie cellulaire** : 📣 Philippe Rosset (Tours)

Pédiatrie

- **Méthodes d'évaluation en orthopédie pédiatrique** : 📣 Elke Viehweger (Marseille)
- **Instabilité rotulienne** : 📣 Franck Chotel (Lyon)
- **Ostéosynthèse en orthopédie pédiatrique** : 📣 Benoît de Billy (Besançon)
- **Fractures de la ceinture scapulaire et de l'extrémité proximale de l'humérus** : 📣 Yan Lefevre (Bordeaux)

Techniques chirurgicales

- **Kyphoplastie et vertébroplastie** : 📣 Pierre Pries (Poitiers)
- **Chirurgie de l'épiphyse supérieure du fémur de l'adolescent** : 📣 Saad Abu Amara (Rouen)
- **Technique d'arthroplastie totale inversée d'épaule de première intention** : 📣 Cécile Nérot (Reims)
- **Chirurgie percutanée de l'avant-pied** : 📣 Thomas Bauer (Boulogne)

Séance inaugurale

Inscription en ligne : www.sofcot-congres.fr



Avec Sham, nous partageons bien plus que l'assurance

“ Au plus proche de mes exigences, Sham m'apporte son expertise du secteur médical et me permet d'exercer ma profession en toute sérénité, **ça fait toute la différence !** ”

Retrouvez-nous
au congrès SOFCOT
du 11 au 14
novembre

PARIS

Assureur spécialiste
des Professionnels de Santé

Sham vous propose des offres individuelles ou en groupe pour l'assurance de votre Responsabilité Civile Professionnelle. Ces solutions complètes et sur mesure ont été conçues spécialement pour vous protéger et sécuriser au mieux votre activité professionnelle.

Depuis plus de 80 ans, Sham s'adapte aux spécificités et aux évolutions de votre secteur d'activité pour vous accompagner au quotidien.

Pour en savoir plus
souscription@sham.fr
0820 34 00 00
www.sham.fr



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE