



éditorial

Venez nombreux au 91^e congrès de la SOFCOT !

Par **Philippe HERNIGOU**, Président du CNP-SOFCOT
et **Jean-Michel CLAVERT**, Président de l'Académie SOFCOT



Nous avons reçu 1071 propositions de communications dont 270 ont été retenues... Et c'est sans compter les communications de la journée des spécialités. La sélection des communications est un mo-

ment difficile, nous faisons appel à des groupes de trois relecteurs par thème ce qui permet à chacun de lire attentivement chaque abstract. Des réunions de synthèse permettent de partager les difficultés, d'arbitrer et d'établir un programme définitif.

Il y aura 3 symposiums (résultats des prothèses inversées dans les fractures récentes de l'extrémité supérieure de l'humérus, la gonarthrose post-traumatique, les fractures des membres inférieurs de l'adolescent) et 9 tables rondes, certaines très pointues, d'autres très pratiques et actuelles. Le squelette du congrès reste par ailleurs semblable aux années précédentes mais avec un ordre différent en raison d'un 11 novembre qui est un vendredi.

Le congrès commence donc le mardi 8 avec un symposium, des tables rondes et la séance inaugurale. Le mercredi 9 sera la journée des spécialités. Les conférences d'enseignement auront lieu le vendredi 11, de même qu'Orthorisq (journée du DPC).

La journée des IBODES aura lieu le mercredi et celle des kinésithérapeutes le jeudi.

C'est le Portugal qui est la nation invitée. Nous avons depuis des décennies des relations très étroites avec le Portugal. Les orthopédistes portugais sont très nombreux à participer à notre congrès et volontiers francophones. Nous leur avons proposé de soumettre des communications et ils participeront à la modération des séances en ajoutant leur point de vue sur le sujet.

Le thème du congrès regroupe toutes les applications du numérique au service de notre métier. Il va changer, dans un avenir plus ou moins proche, notre environnement opératoire avec le concept de salle hybride qui réunit, en un même lieu, la salle d'opération et la salle d'imagerie, permettant ainsi, durant l'acte opératoire, de disposer d'une imagerie (scanner, IRM ou échographie 4D) et de l'aide des ordinateurs. **Le Professeur Luc Soler**, Directeur Scientifique de l'IHU de Strasbourg, fondateur de la start-up "Visible Patient" fera une



Bulletin des Orthopédistes Francophones
organe de liaison édité par la SOFCOT

sommaire

éditorial	1
ateliers	
Ateliers d'échographie du membre supérieur.....	2
loi de santé	
La Loi de santé "pour les nuls" !	3-6
Une nouvelle "gouvernance territoriale" : les groupements hospitaliers de territoire	6-7
Les tribulations du développement professionnel continu (DPC)	8-9
application smartphone	
Application d'aide au diagnostic des fractures du cotyle.....	9
snco	
54 % de risque d'être mis en cause sur un an pour un chirurgien orthopédiste.....	10
site internet sofcot	
La version 2 du site internet	12
histoire	
François Humbert, un orthopédiste méconnu	13-14
comptes rendus	
Un an de fellowship post-doctoral - Anthony Viste	15-17
Spinal fellowship : mon expérience de l'Angleterre à l'Australie - Charlie Bouthors.....	18-20
élections	
L'année 2017 sera marquée par deux grands rendez-vous électoraux	17
formation	
E-learning SOFCOT	20
réunions scientifiques	21-23

www.sofcot.fr

91^e
SOFCOT

Il est encore temps de vous inscrire !
www.sofcot-congres.fr

conférence sur le sujet "la chirurgie mini-invasive guidée par l'image, le concept de salle hybride, le patient virtuel, la réalité augmentée, le robot chirurgical". Le numérique va également changer notre métier par les possibilités qu'il ouvre sur l'organisation du travail, la collecte et l'utilisation des informations, les implants personnalisés avec imprimante 3D, les logiciels d'aide à la décision, le contrôle qualité avec la tenue de registres, l'utilisation de big data etc. Il y aura sur les applications du numérique une session de communications, une session des jeunes orthopédistes et une séance professionnelle. Il y aura aussi, et c'est une nouveauté, la possibilité de rencontrer des start-ups innovantes sur le sujet et qui seront regroupées parmi les stands des fabricants de matériel orthopédiques.

La France a subi depuis le dernier congrès une série d'attentats qui a fait appel au savoir-faire et au dévouement de notre profession. Il s'agit pour nous d'une situation nouvelle où des blessures d'armes

de guerre se retrouvent massivement et subitement dans nos urgences. Nous avons donc prévu lors de ce 91^e congrès d'ajouter une table ronde avec un premier bilan des blessés de novembre dernier en collaboration étroite avec nos collègues militaires qui ont toujours été des membres très actifs de la SOFCOT. Il s'agit de proposer des règles nouvelles de prise en charge tenant compte des lésions qui sont celles des champs de bataille mais qui se déroulent à quelques centaines de mètres d'hôpitaux très équipés.

Le repas de gala se déroulera à l'Abbaye de Royaumont. C'est un lieu extraordinaire qui nous sera ouvert exceptionnellement pour une soirée de visite et de convivialité.

Le programme de ce congrès montre combien notre société sait s'adapter aux changements. De purement scientifique, la SOFCOT est devenue Conseil National Professionnel. Née de la guerre 14-18, elle recherche aujourd'hui les meilleurs

traitements pour une nouvelle guerre inédite faite d'attentats et de traumatismes infligés massivement à des civils innocents. Elle relève aussi le défi d'appivoiser les possibilités nouvelles du numérique et de devenir l'interlocuteur unique des pouvoirs publics pour la profession. Et malgré tout cela, elle conserve précieusement sa motivation initiale fondatrice : le savoir qui se partage tout au long de l'année avec un temps fort au moment du congrès.

Le congrès est également l'instant de transmettre le témoin, en toute amitié, aux Présidents suivants : Christian Delaunay pour le CNP-SOFCOT et Paul Bonnevalle pour l'Académie SOFCOT. Longue vie à notre SOFCOT, bientôt centenaire et dynamique à souhait.

Philippe HERNIGOU

Président du CNP-SOFCOT

Jean-Michel CLAVERT

Président de l'Académie SOFCOT



ATELIERS D'ÉCHOGRAPHIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

> Avec la participation de GE, Siemens, Sonoscaner et Vinno

NOMBRE
DE PLACES
LIMITÉ!!!



FRAIS D'INSCRIPTION PAR ATELIER : 50 €

- Inscription sur le site www.sofcot-congres.fr/fr/inscription-sofcot.
- L'inscription aux ateliers n'est disponible que pour les participants inscrits au congrès SOFCOT (chirurgiens uniquement).

> ATELIER PRATIQUE D'ÉCHOGRAPHIE DE LA MAIN

Mercredi 9 novembre - Salle 341

14:00-16:00

Organisé par la SFCM avec la participation de la SIMS

Coordinateurs Chirurgiens : Drs Thomas Aparid et Gilles Candelier, Centre de la Main (Caen)

Programme :

- 14:00** L'échographie de la main pour l'orthopédiste
Démonstration Poignet/Main / Valérie Vuillemin (Paris), Agnès Lhoste (Clermont-Ferrand)
- 15:00** Atelier pratique sur main (3 participants par machine)
- 16:00** Fin

> ATELIER PRATIQUE D'ÉCHOGRAPHIE DE L'ÉPAULE

Jeudi 10 novembre - Salle 341

09:00-11:00

Organisé par la SOFEC avec la participation de la SIMS

Coordinateurs : Drs Richard ASWAD (Marseille) et Christel CONSO (Paris)

Programme :

- 09:00** L'échographie de l'épaule pour l'orthopédiste
Démonstration Épaule / Paul Michelin (Rouen)
- 10:00** Atelier pratique sur épaule (4 participants par machine)
- 11:00** Fin

Rédacteur en chef du **bof** : Franck Fitoussi

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 Loi de santé "pour les nuls" !

Par **Rémi KOHLER**, Rédacteur en chef de la Newsletter
et **Bernard LLAGONNE**, Président du SNCO

La récente loi de modernisation de notre système de santé (N° 2016-41 du 26-01-2016), dite loi Touraine, a fait l'objet de nombreuses discussions pendant son élaboration en 2015 (grèves et manifestations des médecins déclenchées par les syndicats de libéraux, nombreuses navettes entre l'Assemblée et le Sénat, avis de comités de "sages", prises de position du CNOM, de l'Académie de médecine..) avant d'être finalement adoptée 18 mois après sa première présentation par la ministre de la Santé.

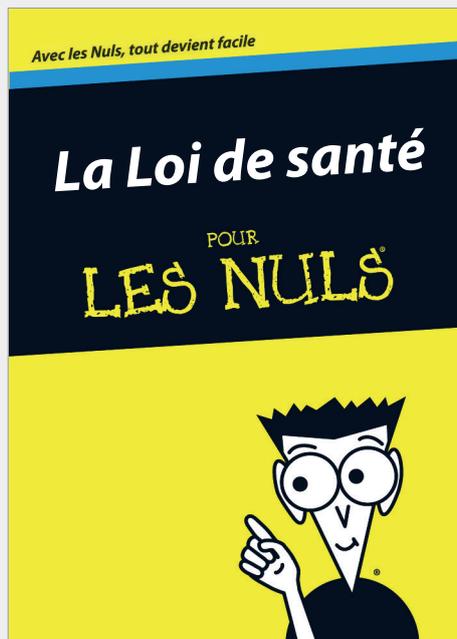
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

Une longue épopée, moins "dure" cependant que celle du premier semestre 2016 marqué par le projet sur la déchéance de nationalité et la loi modifiant le code du travail, car moins "sensible" sans doute pour la majorité des Français. Cette loi s'inscrit dans le sillage de la loi "HPST" d'août 2004 (loi Bachelot) avec comme fil conducteur la volonté de moderniser notre système de santé et défendre les intérêts des usagers : renforcer la place du système public, simplifier et réorganiser l'organisation territoriale, prévenir les risques sanitaires, associer l'usager à l'élaboration de la politique de santé et défendre ses droits. Sa lecture donne parfois l'impression d'un patchwork de mesures très diverses et sans lien, allant du "paquet de tabac neutre" et des cabines de bronzage au GHT, en passant par le DPC, les liens d'intérêt, le tiers payant. La structure d'ensemble de cette loi permet de mieux comprendre son esprit et la relative cohérence de ses 227 articles, en s'appuyant sur l'association des usagers NILE :

<http://www.nile-consulting.eu/drop/1-650.pdf>

Nous présenterons et commenterons quelques articles de cette loi (et son cortège de nouveaux acronymes !) avec toutefois deux bémols :

- si certains articles ont déjà vu paraître leurs décrets d'application (DPC, GHT...), beaucoup d'autres sont encore dans l'attente de ceux-ci (liens d'intérêt, tiers payant...)



et rendent donc leur analyse encore floue (l'échéancier annoncé de leur publication prend d'ailleurs du retard++) :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?sessionId=114BBE11BBE3EF9F8B5FAF1248D861B2.tpdila21v_1?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=echeancier&typeLoi=&legislature=14

- en outre, il n'a échappé à personne que l'élection présidentielle, qui se déroulera dans moins de 6 mois, risque de changer la donne : certes, les enjeux de politique de santé n'ont jamais été une préoccupation prioritaire de nos candidats (on le voit dans les programmes qui se dessinent), mais certains ont indiqué qu'ils reviendraient sur certains articles voire les abrogeraient, en particulier celui sur le TPG.

Principaux articles concernant l'orthopédiste, libéral ou hospitalier

La loi est organisée en *titres, chapitres et articles* : 5 titres + un titre liminaire, important, relatif à la définition d'une politique de santé et au rôle de l'État. Les 227 articles de cette loi innovent ou modifient ceux existants déjà dans le Code de la santé (essentiellement) ou dans d'autres codes.

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf>

Voici une sélection des articles qui nous semblent particulièrement intéressants : **en bleu les articles stabilisés** (avec décrets d'application) et **en rouge ceux qui, à ce jour, sont en attente de ceux-ci**. Deux articles seront plus largement commentés : les GHT (article 107) et le DPC (article 114).

Nous tenons à remercier *Joël Moret-Bailly*, professeur et avocat spécialisé dans le droit de la santé, pour avoir relu cet article et s'être assuré qu'il n'y avait ni contresens ni approximation dans cette exégèse !

Titre liminaire : rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée

Article 1. Cet article généraliste est essentiel dans l'évolution de notre système de soins. Il concerne tout citoyen français, lui octroyant un "Droit à la protection de la Santé". La "politique de Santé relève de la responsabilité de l'État" qui "organise les parcours de Santé", ainsi que "la prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap" ! C'est dans le cadre "d'une stratégie nationale de santé" que le "gouvernement conduit la politique de Santé".

Commentaire : est-ce une évolution vers une étatisation de la santé ? même si une place est créée pour une "Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, composée des associations d'usagers du système de santé agréées"... on se souvient de la démission bruyante du secrétaire général de l'ex-Conférence Nationale de Santé CNS, M. Thomas Dietrich, et de son rapport-testament lapidaire du 19 février 2016 : "Démocratie en Santé : les illusions perdues" ... La place du politique est clairement définie, et sans positionnement du professionnel de santé. L'avenir jugera.

<http://media.lepharmacienfrance.fr/doc/ThomasDietrich.pdf>

Titre I : renforcer la prévention et la promotion de la santé

Il s'agit dans les articles qui suivent (articles 3 à 63) d'un véritable patchwork de mesures de santé publique, pas inintéressantes mais sans lien direct avec la chirurgie orthopédique :

- soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé : parcours éducatif, contraception, alcoolisation excessive, information nutritionnelle, mannequinat, bronzage artificiel, lutte contre le tabagisme ;
- soutenir les services de santé au travail, CHSCT ;
- faciliter l'accès à la prévention et à la promotion de la santé : don du sang des homosexuels, salles de shoot...
- informer et protéger face aux risques sanitaires environnementaux...

Titre II : faciliter au quotidien le parcours de santé des Français

La volonté politique de "structuration des parcours de santé" voit la création de nombre d'instances :

- "équipes de soins primaires", organisées autour du médecin généraliste de 1^{er} recours, pouvant prendre la forme de centre de santé ou de maison de santé ;
- "communautés professionnelles territoriales de santé" et "contrat territorial de santé".

Les médecins spécialistes ont reconnaissance de leurs missions, soigner en 1^{er} ou 2^e recours, mais leur coopération avec les établissements de santé "contribue à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables". Ils sont aidés pour la coordination des parcours de santé complexes par des missions d'appui, avec création de "plateformes territoriales d'appui". Les ARS mettent en œuvre un "pacte territoire-santé" dont le but est de "lutter contre les déserts médicaux".

Commentaire : autant de structures à fort relent administratif, dont seul le futur de "la vraie vie" permettra de faire le bilan... Quant à la lutte contre les déserts médicaux confiée aux ARS, les décrets d'application seront surveillés de près... : liberté d'installation sournoisement encadrée ?

Faciliter l'accès aux soins de 1^{er} recours se décline en plusieurs points, notamment :

- la régulation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA ; aucun lien avec l'ambulatoire des chirurgiens ; il ne s'agit que

des "urgences des MG"), avec la création d'un numéro téléphonique unique déterminé par l'ARS (art. 75) ;

- extension aux moins de 16 ans du forfait "médecin traitant" (art. 76) ;
- amélioration de l'accès à l'IVG (en centre de santé ; art. 77) ;
- meilleure accessibilité à la vaccination (art. 80) ;
- facilitation du recours à l'IVG et suppression du délai de réflexion entre les consultations (art. 82).

Commentaire : sans jugement de valeur aucun, on peut néanmoins être surpris de la suppression de tout délai de réflexion pour la réalisation d'un acte médico-chirurgical comme l'IVG, alors que les jurisprudences pour tout acte chirurgical sont tout l'inverse... et le défaut de "délai de réflexion" retenu à charge contre l'opérateur !

• Article 83. Tiers payant généralisé (TPG).

Cet article "généralisation du tiers payant" (TPG) a fait couler beaucoup d'encre et mobilisé l'ensemble des syndicats de libéraux contre lui. Le CNOM ne s'est pas montré plus amène envers cet article phare de la loi santé, marqueur politique fort. Sa mise en œuvre se décline en 3 temps :

- 1^{er} juillet 2016 pour les patients pris en charge à 100 % par la sécurité sociale (femmes enceintes et ALD) ;
- 1^{er} janvier 2017 pour tous les assurés ; il ne s'agit jusqu'alors que d'une "possibilité" pour les praticiens libéraux ;
- elle devient "obligatoire au 30 novembre 2017", mais pour la seule partie remboursée par la sécurité sociale.

Commentaire : soulignons que si les médecins généralistes sont fortement impactés par ce TPG dans leur pratique quotidienne, les chirurgiens libéraux ne le sont que sur la part consultations et non sur les actes CCAM, qui, eux, sont depuis toujours transmis aux caisses par les établissements de soins, et donc en "TPG" de facto ! Mais les "présidentiables" de l'opposition gouvernementale se positionnent tous sur l'abrogation de ce TPG, jugé inflationniste et déresponsabilisant. Gageons que ce débat n'est pas clos, d'autant que le Conseil Constitutionnel a retoqué en partie l'article, sur la part complémentaire, non S.S. ("le législateur n'a pas suffisamment encadré ce dispositif et a ainsi méconnu l'étendue de sa propre compétence"). Envisager que les patients ne fassent un chèque que de la part non remboursée par la S.S.

paraît compliqué... : 6,90 €... Ces décrets étaient attendus pour avril 2016...

• **Article 85. Décret du 21 Juillet concernant la création d'une nouvelle structure : "l'observatoire de refus de soins"**, avec possibilité de testing anonyme, en lien avec les associations de patients agréées : "... Il lui revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés".

• **Article 94. Remise systématique au patient après hospitalisation "d'une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge"**, incluant le montant couvert par l'assurance maladie obligatoire (AMO), les organismes complémentaires et le reste à charge du patient".

• **Article 95. Décret du 20 juillet "mise en place obligatoire d'une lettre de liaison entre les services de soins en ville et à l'hôpital"** : il s'agit d'un document complémentaire au CRO, visant à permettre la continuité des soins hors hospitalisation, et pouvant être dématérialisé (messagerie sécurisée, DMP).

• **Article 96. Dossier médical partagé (décret du 4 juillet 2016) "refondation du dispositif du dossier médical partagé (DMP)"** : véritable arlésienne, le DMP, pourtant louable dans son idée, a déjà englouti plusieurs centaines de millions d'euros (500 en 2014, pour un coût de 1300 € par dossier, soit plus de 10 fois le prévisionnel ; très controversé dans le rapport 2013 de la cour des comptes, sa refondation et sa mise en œuvre confiée à la CNAM dans la loi santé ne semblent pas garantir son déploiement prochain...

• Article 99. Service public hospitalier.

La loi souhaite "ancrer l'hôpital dans son territoire", au travers de ses articles 98 à ... 113 et, pour ce faire, instaure le service public hospitalier, en remplacement des missions de service public de la précédente loi HPST, dite Bachelot ; et crée aussi les GHT ...

Le long article 99 définit ce qu'est le "service public hospitalier" : permanence des soins, accès égal aux activités de soin et de prévention, absence de dépassement de tarifs et honoraires ... Il définit ce que sont les établissements assurant ce service public hospitalier : établissements publics de soins (EPS), hôpitaux des armées et établissements de santé privés habilités que sont les "établissements privés d'intérêt collectif" (ESPIC).

Commentaire : cet article, en attente de décret, suscite beaucoup de discussions en particulier sur la tarification dans le cadre des urgences ; la FHP a été vent debout, considérant qu'il s'agissait de rayer les cliniques de l'échiquier "missions au Public" et de ne les considérer comme acceptées en SPH que quand l'hôpital est insuffisant, outre les problèmes de compléments d'honoraires...

- **Article 107 (décret du 27 avril). Les groupements hospitaliers de territoire (GHT).** Voir l'analyse de R. Kohler dans l'article qui suit, pages 6 et 7.

Titre III : innover pour garantir la pérennité de notre système de santé

- **Article 114 (décret du 8 Juillet) sur les CNP et le DPC.** Voir l'analyse de A.C. Masquelet en pages 8 et 9.

- **Article 115. Transparence sur les liens d'intérêt lors d'activités d'enseignement ou de communication au grand public.** C'est un renforcement de la transparence des liens des praticiens avec des entreprises fabricant des produits : ils sont tenus de faire connaître ces liens lorsqu'ils s'expriment sur ces produits lors d'activités d'enseignement (universitaire ou de formation continue ou d'éducation thérapeutique) ou dans la presse écrite ou audiovisuelle ou par toute publication écrite ou en ligne.

Commentaire : cet article impose cette même transparence à l'enseignement et à la communication auprès du grand public (elle était prévue jusqu'ici pour les publications dans des revues médicales et les communications audiovisuelles). Il est à rapprocher des articles 178, 179 et 180 de cette même loi (voir infra), dont les décrets sont en attente.

- **Article 119. Notion de "pratique avancée des paramédicaux" (délégation de tâches).** L'exercice dit "en pratique avancée" permet aux **auxiliaires médicaux**, sous coordination (responsabilité ?...) du médecin traitant, ou d'une équipe de soins en établissement de santé, d'effectuer des actes d'évaluation, mais aussi des actes techniques et de surveillance. Le décret sera pris en CE, après avis de l'Académie de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés.

Commentaire : faut-il rappeler que la démographie en berne des médecins, du fait d'un numerus clausus sévère pendant de nombreuses années, est à l'origine de ces "pratiques avancées" confiées aux paramédicaux aujourd'hui... ?

- **Article 138. Amélioration de l'encadrement de l'activité libérale à l'hôpital.**

Cette activité est subordonnée à l'adhésion du praticien aux conventions (et suspendue en cas de déconventionnement). La commission nationale de l'activité libérale est supprimée et remplacée par une commission régionale, dont la présidence est nommée par le directeur général de l'ARS. Sa composition et son fonctionnement seront fixés par décret ...

Titre IV : renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire

- **Article 158. Projet régional de santé (décret 26 juillet 2016).** Cet article renforce le pouvoir des ARS dans les régions. Le PRS entre en vigueur au plus tard au 1^{er} janvier 2018, mais d'ores et déjà les ARS définissent des "territoires de santé" dans chaque nouvelle grande région.

Le "schéma régional de santé", établi pour 5 ans, indique les besoins en implantations de médecins de 1^{er} et 2^e recours, "dans le respect de la liberté d'installation", fixe pour chaque territoire les créations et suppressions d'activités de soins, d'équipements matériels lourds, les transformations, regroupements et coopérations entre les établissements de santé.

Commentaire : il s'agit bien là que les orientations stratégiques seront prises, tous les 5 ans, et le DG-ARS agira par décret, "en concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés"...

- **Article 166. Création par ordonnance d'une nouvelle "Agence nationale de santé publique".** Cette agence résulte de la fusion de l'Institut de veille sanitaire (INVS), de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Cette nouvelle agence s'appellera "Santé publique France". Par ailleurs, renforcement de la coordination entre agences, possibilité de modifications de la gouvernance de la HAS, simplification et accélération des procédures mises en œuvre par l'ANSM ou l'EFS.

- **Article 178. Renforcement de la transparence des rémunérations versés par les industriels aux professionnels de santé.**

- **Article 179. Décret du 10 juin 2016 sur la présence d'un déontologue dans les agences de santé.**

- **Article 180. Ordonnance "anti-cadeaux et anti-corrupcion".**

Commentaire : ces 3 articles 178, 179, 180 complètent (et durcissent) la loi de décembre 2011 (loi Bertrand) ; celle-ci prévoyait que les entreprises du secteur sanitaire déclarent tous les avantages en nature ("cadeaux") ou espèces, directement ou indirectement, accordés aux professionnels ; et en créant un site unique répertoriant ces liens d'intérêts dit "sunshine act à la française".

L'article 178 (en attente de décret) prévoit d'étendre cette mesure aux rémunérations (conventions), assorties d'une déclaration sur le site précisant l'objet, les montants et les noms des bénéficiaires.

L'article 179 prévoit que les agences sanitaires (HAS, ANSM...) intègrent un déontologue qui s'assurera que les déclarations ont été déposées ; il les étudiera et présentera un rapport annuel sur les conditions d'application des dispositions relatives à la transparence et aux liens d'intérêt.

L'article 180, enfin, prévoit dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi (donc en janvier 2017) que le gouvernement pourra étendre par ordonnances le champ des entreprises et des bénéficiaires et mettre en cohérence Code pénal, CSP, et Code de la sécurité sociale...

- **Article 193. Accès aux données de santé.**

Cet article instaure un "système national des données médico-administratives de santé" qui centralise les données des bases existantes (santé et médico-sociales) et les met à disposition soit en open data utilisables par tous, si aucune identification n'est possible, soit après autorisation délivrée par la CNIL, si une identification est possible, aux fins de recherche ou d'études dans le domaine de la santé. Une gouvernance s'appuiera sur un Institut national des données de santé, groupement d'intérêt public (GIP) réunissant les parties prenantes. La gestion opérationnelle sera confiée pour l'essentiel à la CNAM.

Commentaire : cet article ouvre la porte à des études en orthopédie portant sur des cohortes importantes (épidémiologiques, techniques...) mais devront faire l'objet de dossiers solidement construits avant d'être présentés à la CNIL ; ce sera vraisemblablement un nouveau rôle du CNP-SOFCOT (et de sa commission juridique-éthique) d'en être les porte-paroles et garants... Mais cet article inquiète aussi les syndicats de médecins,

car sous couvert d'un "open data", n'est-on pas en train de transférer aux assurances complémentaires des données de santé très sensibles ! À ce jour, seule la CNAM disposait de ces données (SNIIRAM).

Titre V : mesures de simplification et d'harmonisation

Les articles 198 à 227, qui constituent ce titre, sont un patchwork de mesures dites

de simplification et d'harmonisation, techniques ou administratives, qui n'a pas d'intérêt pour nous : protocoles ALD, certificat sports, service de santé des armées, place des centres de santé dans la permanence des soins, droit des GCS, victimes de l'amiante...

Rémi KOHLER, Rédacteur en chef de la Newsletter, et **Bernard LLAGONNE**, Président du SNCO

Une nouvelle "gouvernance territoriale" : les groupements hospitaliers de territoire

Par **Rémi KOHLER**, Rédacteur en chef de la Newsletter

La loi de santé du 26 janvier 2016 (voir ci-dessus) comporte un article important relatif à la création de **groupements hospitaliers de territoire (GHT) (article 107)**. Un décret d'application qui précise le périmètre de ceux-ci et leurs modalités d'installation et de fonctionnement a été publié à peine 3 mois après (**Décret 2016-524 du 27 avril 2016**) : ceci témoigne de l'importance accordée par le législateur à cette organisation territoriale ; elle aura un impact sur nos collègues exerçant certaines sur-spécialités en CH (lors d'éventuels transferts d'activité ou mise en place de pratiques avancées...), et tous les présidents de CME et directeurs d'établissement travaillent activement sur la mise en place à marche forcée de cette nouvelle "gouvernance" ; développons les principes, les grandes lignes et le calendrier de cette réforme qui bouscule significativement les modes d'organisation techniques ... et humains !

Un peu de sémantique

Cette organisation s'inscrit pleinement dans le titre liminaire de la loi : rassembler les acteurs autour d'une stratégie partagée ; et dans le titre 2 : faciliter le parcours de santé des français (notion d'équipe de soins primaires : le médecin généraliste qui est au cœur du dispositif, rôle du médecin spécialiste en 1^{er} ou 2^e recours et enfin des CPT (communautés professionnelles de territoire) qui travaillent tous en synergie avec les établissements de santé pour "prévenir les hospi-



Cartographie des 135 GHT nés au 1^{er} juillet 2016

talisations longues et inutiles" ; c'est la notion de "contrat territorial de soins".

Pour cela, des établissements de santé d'un même territoire se réunissent selon un mode conventionnel, volontariste, approuvé par l'ARS : les GHT (groupements hospitaliers de territoire).

Ce nouveau dispositif de gouvernance rem-

place d'anciens regroupements qui en étaient le prélude : les CHT (communautés hospitalières de territoire) ou les GCS (groupements de coopération sanitaire).

Composition et structure d'un GHT

Les nouvelles grandes régions (mises en place en 2016) supervisent au travers des ARS correspondantes la mise en place de

ces GHT par des conventions constitutives : tout établissement public de santé a l'obligation de faire partie d'un GHT (et d'un seul).

Le bassin que constitue ce GHT ne se superpose pas forcément à la découpe administrative en départements, ni toujours aux anciens "territoires de région de l'ARS".

Ainsi par exemple, en région Auvergne-Rhône Alpes, 15 GHT ont été tout nouvellement créés, regroupant 122 établissements ; parmi ceux-ci, le GHT "Sud Drôme Ardèche" réunit 12 établissements "parties" autour d'un "établissement support", Montélimar. La fonction d'un tel établissement est plus un rôle de coordination que de direction (gardant seulement quelques fonctions centralisées, comme on le verra plus loin).

Quels établissements sont concernés ?

Tous les établissements publics de santé sont concernés, y compris en psychiatrie, et doivent adhérer à un GHT (et un seul) ; les établissements médico-sociaux peuvent adhérer ainsi que les hôpitaux des armées (membres associés) ; enfin les établissements peuvent adhérer par voie conventionnelle (établissements partenaires). Enfin, un GHT doit être rattaché à un CHU (établissement de recours).

Rôles respectifs de l'établissement support et des établissements parties du GHT

La création des GHT procède d'une double volonté :

- faire en sorte que les établissements d'un même territoire définissent une stratégie de prise en charge, autour d'un projet médical commun ; ainsi seront affirmées les filières sanitaires, sociales et médico-sociales en mettant les acteurs en synergie ; et, par ailleurs, une offre de soins "graduée, lisible et sécurisée" sera proposée avec toujours une égalité d'accès à des soins de qualité. Des transferts d'activité entre établissements pourront en découler ;
- assurer la rationalisation des modes de gestion : gérer ensemble certaines fonctions transversales, en cohérence avec le PMP (système d'information par exemple) et également mutualiser des fonctions (achats, formation continue) ; avec à la clé des économies !

Ce dispositif s'articule autour d'un établissement "support" qui assure certaines fonctions pour le compte des établissements parties. Un principe de coopération entre les parties du GHT devra s'instaurer (qui n'est pas sans susciter des réactions de certains établissements, qui voient là une perte d'autonomie) et seront appliquées la règle de spécialisation (il faut raisonner en parcours de soins, coordonné et non pas hiérarchisé) et celle de subsidiarité (ne pas faire en central ce qui peut être fait sur le terrain).

Fonctions mutualisées : les fonctions d'achat (appels d'offres et choix des marchés), les programmes de formation continue médicale et des personnels seront centralisés. Enfin, le système d'information sera harmonisé au sein du groupement selon un schéma directeur élaboré par l'établissement support en conformité avec le PMP et en lien avec les SI et les DIM des établissements

Un projet médical partagé (PMP)

C'est un élément nouveau et essentiel du dispositif (qui va demander beaucoup de travail... et de doigté). Les projets médicaux d'établissement "classiques" sont remplacés par un projet médical commun à l'ensemble du groupement, mettant en place les synergies entre établissements ; ceci donne toute sa légitimité au GHT, qui n'est pas une simple juxtaposition d'établissements ; cela pourra déboucher sur des transferts d'activité (avec possible suppression de doublons) ; en corollaire une mobilité des praticiens pourra faciliter le parcours des patients (consultations avancées).

Des pôles inter-établissements d'activité, clinique ou médico-technique, permettront de piloter une activité par spécialité selon une vision globale.

La communication entre les médecins (inter-établissements et avec la médecine de ville (libéraux, centres de santé) sera facilitée par le DMP et un système d'information régional.

Relations avec le CHU et le secteur privé

Le parcours gradué de soins peut s'achever dans un CHU, en bout de chaîne, dit établissement de recours (sans que soit encore précisé lequel, lorsqu'un GHT a déjà des relations établies vers plusieurs d'entre eux). Le type de relations GHT/CHU doit être encore précisé ; le CHU apportera son expertise dans les pathologies lourdes nécessi-

tant des plateaux complexes par l'accueil de patients mais aussi en s'appuyant sur des techniques innovantes (comme la télémédecine) en développant et optimisant les collaborations existantes (installation de praticiens, formés dans le CHU, dans les hôpitaux de proximité, emploi de praticiens hospitaliers à temps partagé entre CH et CHU (sans méconnaître les problèmes de démographie médicale dans certaines spécialités), développement de pratiques avancées (consultations ou actes techniques), mise en place de formations communes (avec le "nouveau DPC"). Autant de thèmes d'une réflexion nécessaire sur la répartition des activités qui devra se faire en concertation bien comprise... Sans oublier la coopération public/privé, sans suspicion ni exclusion.

Au total une "culture de collaboration" GHT/CHU complétera la "culture de coopération" entre établissements parties du GHT !

Calendrier de mise en place

- Convention constitutive des GHT et envoi aux ARS : juillet 2016.
- PMP en 2 étapes : janvier et juillet 2017.

Rémi KOHLER,
Rédacteur en chef de la Newsletter

RETENIR

Priorité est donnée au parcours de soins et les filières sont organisées autour de ce principe de coopération territoriale.

À cet effet, les EPS se réunissent en GHT constitué d'un établissement "support" des établissements parties ; il assure quelques fonctions transversales et coordonne le groupement (mais n'a pas de rôle de direction *stricto sensu*).

Un projet médical partagé (PMP) est le substratum de ce groupement et les projets d'établissement ne viennent qu'en cohérence avec celui-ci.

Les GHT se mettent en place ce deuxième trimestre 2016, et le PMP devra être bouclé en juillet 2017.

Les relations GHT/CHU doivent être précisées et générer de nouveaux modèles de coopération.

Les tribulations du développement professionnel continu (DPC)

Par **Alain Charles MASQUELET**, Président de l'ODPC-COT

Malgré sa création récente, le DPC a déjà une longue histoire : mis en place par la loi HPST 2009 (loi Bachelot) et rendu obligatoire à partir de janvier 2013, le DPC avait, à l'origine, vocation à faire la synthèse entre formation médicale continue (FMC) et évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Les nombreux dysfonctionnements qui entachèrent ses débuts déclenchèrent un rapport de l'IGAS remis au ministre en avril 2014 et qui inspirera la nouvelle version du DPC dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (loi Touraine). Les contours de ce "DPC nouveau" (**article 114 de cette loi**) ont été précisés (**décret 2016-942 du 8 juillet 2016**).

Quel en est l'esprit ?

La démarche globale comporte désormais 3 volets qui sont i) les actions de formation continue axées sur l'acquisition et l'actualisation des savoirs, ii) l'analyse, l'évaluation et l'amélioration des pratiques et iii) la gestion des risques.

Tout praticien a une obligation triennale qui s'appuie sur des programmes dont le contenu s'aligne selon des orientations pluriannuelles prioritaires. Ces orientations sont de trois ordres : des orientations nationales définies par la puissance publique, des orientations issues du dialogue conventionnel et surtout, grande nouveauté, des orientations spécifiques à des professions ou à des spécialités, émises par les CNP et fixées, après accord, par arrêté.

Cette importante disposition est une façon de redonner la main aux spécialités afin qu'elles puissent instituer elles-mêmes leurs programmes de développement professionnel. Le rôle du CNP est très précis : il n'a aucune activité en tant que structure de DPC, qui reste l'apanage de l'ODPC-COT pour notre spécialité, mais il intervient pour définir les orientations prioritaires, pour veiller à la cohérence des parcours professionnels et pour garantir la tenue

d'un document de traçabilité électronique des actions, propre à chaque praticien.

Les actions qui sont, rappelons-le, de trois types (formation continue, évaluation des pratiques, gestion des risques) peuvent être intégrées dans un programme, ce qui signifie qu'elles ont trait à un même thème ou restent indépendantes.



La notion centrale est celle de **parcours professionnel** qui peut recouvrir trois réalités :

- le parcours proposé par le CNP, dans le cadre des orientations prioritaires définies par la spécialité, parcours dans lequel s'enchaînent les trois types d'action. Ce parcours vaut recommandation pour le chirurgien qui, en se conformant à la règle, remplit son obligation de DPC ;
- un parcours comportant 2 types d'actions indépendantes non liées aux orientations prioritaires de la spécialité et une action s'inscrivant dans ce cadre d'orientations prioritaires ;
- enfin, et c'est une autre grande nouveauté, l'inscription dans une démarche d'accréditation vaut DPC. L'accréditation est donc l'équivalent d'un parcours professionnel validant le DPC.

Que devient l'OGDPC dans cet important remaniement ?

Il disparaît corps et biens (sa directrice est partie le 30 juin 2016) et il est remplacé par une **agence nationale du développement professionnel (ANDPC)**. L'ANDPC, comme jadis l'OGDPC, est un groupement d'intérêt public (GIP) associant principalement l'État et l'UNCAM. Elle a pour missions d'évaluer les organismes de DPC, les méthodes de DPC quant à

leur qualité scientifique et pédagogique et l'impact du DPC.

Elle contribue surtout au financement des actions sous réserve que celles-ci s'inscrivent dans les orientations prioritaires. L'ANDPC regroupe cinq grandes instances : Le haut conseil du DPC, un comité d'éthique (chargé notamment de vérifier l'absence de conflit d'intérêt), la commission scientifique indépendante (CSI), qui existait déjà), un conseil de gestion et des sections professionnelles.

- La CSI voit son rôle étendu à l'évaluation scientifique et pédagogique des actions dans le cadre des orientations prioritaires. Elle ne faisait, jadis, qu'évaluer les organismes de DPC.
- Le conseil de gestion répartit l'argent entre les sections professionnelles. Il existe une seule section pour les médecins. Rappelons que les sections professionnelles incluent plus d'une vingtaine de professions de santé (médecins, podologues, kinésithérapeutes...).
- Les sections professionnelles gèrent les enveloppes financières.

L'ANDPC détient le financement mais d'où vient l'argent ?

Il vient d'une contribution annuelle de l'UNCAM et des contributions volontaires d'organismes publics ou privés autres que les établissements de santé. À noter qu'on ne retrouve pas, du moins dans le texte, la ponction obligatoire de l'industrie pharmaceutique... Enfin, l'article R. 4021-22 du CSP est très clair en ce que l'ANDPC concourt (et concourt seulement) au financement des actions DPC inscrites dans le cadre des orientations prioritaires pluriannuelles.

La question du contrôle a-t-elle été renforcée ?

Comment au-delà du livret électronique s'assurer que le praticien a rempli son

obligation de DPC ? C'est le CNP qui sera responsable en premier lieu des praticiens de sa spécialité, puisqu'il devra soumettre la liste des praticiens, sur la foi du document de traçabilité, au Conseil National de l'Ordre des Médecins qui, seul, aura pouvoir de sanction en cas de manquement à l'obligation. Quelle forme de sanction ? Disciplinaire, par l'Ordre, dans la mesure où un "manquement à cette obligation" constituerait une faute déontologique.

Enfin, la dernière disposition, d'importance également, concerne la mise en place d'organismes de DPC. Alors que le rapport de l'IGAS avait dénoncé une expansion sauvage d'organismes en

tout genre, l'article R. 4021-24 du CSP restreint considérablement la possibilité de créer des organismes en stipulant que la demande doit être faite à l'ANDPC pour élaborer et mettre en œuvre des actions dans le cadre des orientations prioritaires, sur des critères de capacité à le faire et d'indépendance par rapport aux entreprises.

Une preuve, s'il en est besoin, que le contrôle financier s'est durci : l'arrêt du financement du DPC 2016 pour les inscriptions enregistrées après le 12 août 2016.

Alain Charles MASQUELET,
Président de l'ODPC-COT

RETENIR

- Obligation triennale et non plus annuelle.
- Le CNP décide les orientations prioritaires à l'intérieur desquelles l'ODPC-COT propose des programmes de DPC.
- La démarche d'accréditation vaut DPC.
- Le financement des actions sera limité à celles qui s'inscrivent dans les orientations prioritaires de la spécialité ou dans les orientations nationales.
- Un praticien peut très bien réaliser plusieurs programmes en trois ans, mais un seul sera financé.

application smartphone

Application d'aide au diagnostic des fractures du cotyle

Par **Guillaume RIOUALLON, Pomme JOUFFROY**, Groupe hospitalier Saint-Joseph, Paris

Nous sommes heureux de vous faire part de la mise en ligne sur les stores de l'application que nous avons développée, destinée à aider le diagnostic des fractures du cotyle.

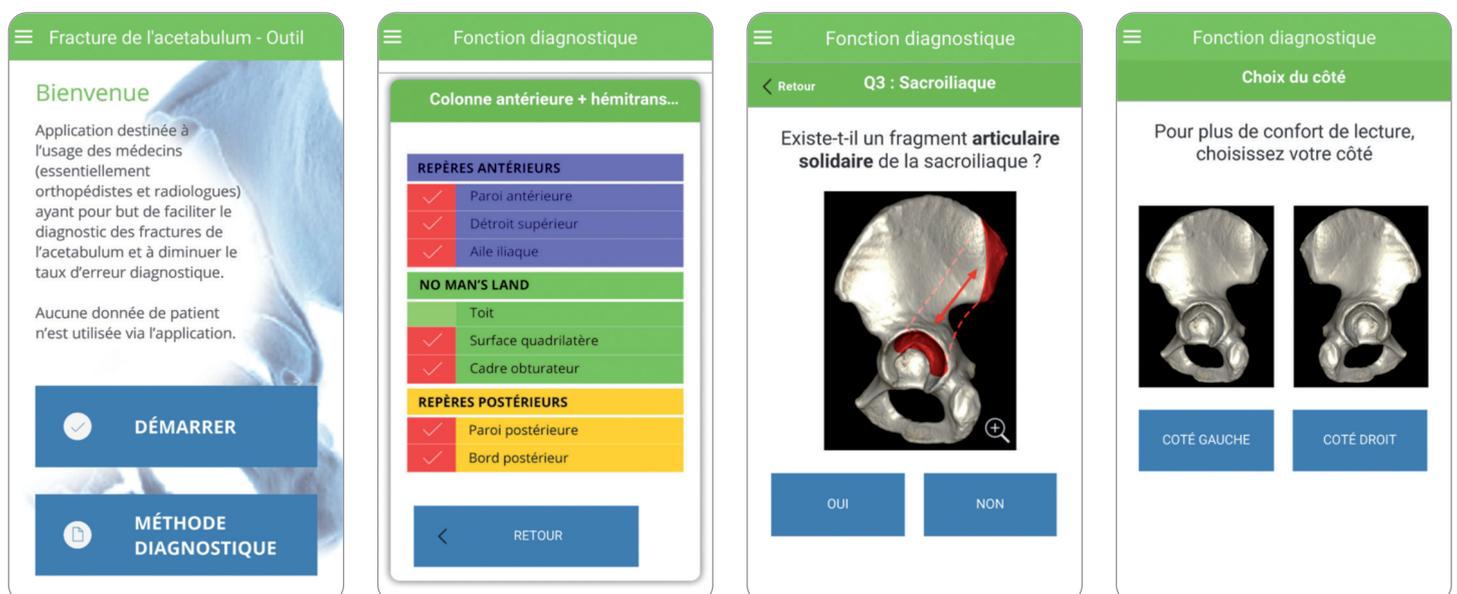
C'est une idée que nous avons depuis longtemps et qui voit enfin le jour. Cette application a fait l'objet d'une étude afin de tester son

efficacité. Les résultats seront présentés lors du prochain congrès de la SOFCOT.

Vous pouvez d'ores et déjà vous connecter gratuitement pour télécharger l'application bilingue : Fractures de l'acétabulum-Outil diagnostique/Acetabular fractures-Diagnosis tool :
Android : <http://bit.ly/appacetabularandroid>
iOS : <http://bit.ly/appacetabularios>

Application destinée à l'usage des médecins (essentiellement orthopédistes, radiologues et urgentistes), ayant pour but de faciliter le diagnostic des fractures de l'acétabulum et de diminuer le taux d'erreurs diagnostiques.

À noter qu'aucune donnée de patient n'est utilisée via l'application.



54 % de risque d'être mis en cause sur un an pour un chirurgien orthopédiste

Bilan à un an du partenariat CNP de chirurgie orthopédique/assureurs (MACSF-Sou Médical, Sham)

Par **Patrice PAPIN**, Secrétaire général du SNCO

Il y a un an, dans le cadre des activités professionnelles du CNP de chirurgie orthopédique et traumatologique, sous l'impulsion de son président Gilles Walch, le CNP signait deux partenariats avec deux assureurs principaux du marché de la RCP médicale, MACSF-Sou Médical et Sham.

Nous connaissons tous le courtier Branchet-Vespieren, surtout depuis 2002. Avec le temps, il s'était constitué un véritable monopole de RCP en chirurgie orthopédique et l'on pouvait dire "qui n'est pas chez Branchet n'est pas chirurgien libéral".

Les temps ont changé car les assureurs ont plus d'obligations. Les contrôles ont été renforcés. La période de 2002 à 2007 de la loi About, dont l'interprétation était différente entre le courtier Branchet et les autres assureurs, est bien terminée. Le montant de la garantie de prise en charge des sinistres a aussi été relevé. Branchet ne pouvait plus être rentable en cumulant les risques d'une majorité de chirurgiens, surtout sans le filtre classique d'une gestion de portefeuille assurantiel.

Sous l'impulsion du SNCO depuis mi-2013, nous avons aidé les chirurgiens du rachis, laissés sans assurance ou à des tarifs monstrueux, à retrouver une assurance RCP : avec la SFCR et Henri Parent, tout a été fait pour conclure en un minimum de temps un partenariat avec la MACSF-Sou Médical. Il y avait urgence. De nombreux chirurgiens en arrivaient presque à exercer sans assurance. Il y a aussi un peu de négligence des chirurgiens, parfois beaucoup.

Restait le problème du dégraissage de portefeuille du courtier d'assurance sur certains chirurgiens sinistrés ou les plus de 60 ans : nous avons saisi l'occasion pour prospecter le marché et deux assureurs ont répondu à l'appel, l'un des critères étant la pérennité, un autre la possibilité d'aider nos collègues ayant subi un refus, le but étant d'assurer tous les chirurgiens, ce critère étant accepté par MACSF-Sou médical. Des appels en urgence à nos partenaires ont permis d'assurer certains collègues qui s'étaient retrouvés sans assurance, sans pouvoir opérer

ou consulter. D'autres chirurgiens ont subi de faramineuses augmentations passant subitement à 45 000 euros, n'ayant pas compris le sens des courriers ou étant dépassés.

Deux partenariats ont été conclus, différents, l'un par exemple avec Sham proposant un bonus si la sinistralité était contenue, ce qui a été constaté après la première année. La moyenne de la prime d'assurance RCP est aujourd'hui entre 12 et 16 000 euros hors rachis, la limite étant le seuil des 21 000 euros fixé par le décret sur l'accréditation. Les jeunes chirurgiens, vierges de tout sinistre, peuvent avoir des tarifs préférentiels très intéressants et les préretraités des surprimes. Négocier le montant de vos primes avec nos partenaires ! En restant groupé, nous sommes plus forts.

Grâce à ces partenariats, nous avons aussi acté le fait d'avoir un peu plus d'informations sur notre sinistralité. Le mot sinistre devrait d'ailleurs être mieux défini, sinistre étant pour un assureur le fait d'ouvrir un dossier suite à une plainte suivie ou non d'indemnisation.

Si environ 950 chirurgiens, pur libéraux, enfin libéraux exclusifs, sont toujours assurés par l'intermédiaire du courtier Branchet en Angleterre (quid du Brexit ?), tout autant sont assurés chez Sham ou MACSF-Sou médical. Presque tous les autres chirurgiens avec activité libérale, non exclusifs, sont chez nos deux partenaires.

Alors 54 %, c'était le risque moyen pour un chirurgien orthopédiste d'être mis en cause sur l'année 2015 en France.

Mais ce chiffre cache une véritable dispersion des profils. Dans le cadre de formations par Webinar (que nous vous engageons à suivre), la MACSF-Sou Médical nous a appris que **60 % des chirurgiens de leur portefeuille était sans sinistre**. Sham a confirmé ces chiffres : quelles sont les recettes de ces chirurgiens, leurs secrets ? Éviter la suractivité ? Choisir sa clientèle ? Choisir ses indications ? Ses actes ? Une étude va être menée conjointement avec la MACSF-Sou Médical faisant suite au travail réalisé en 2010 en partenariat

avec la SOFCOT et publiée dans la RCO sur les dimensions du risque en chirurgie orthopédique en activité libérale.

Le point sur le problème de l'information a été abordé : nous avons eu des chiffres assez dissonants, le problème de l'information étant impliqué à hauteur d'environ 45 % pour Branchet et 15 % pour MACSF-Sou médical ou Sham, ce dernier chiffre correspondant d'ailleurs à ce que l'on peut constater dans la littérature. Le pourquoi de la méthode de recueil est probablement à l'origine de cet écart : dans un cas une formation était possiblement obligatoire pour le chirurgien.

Un point sur l'ambulatoire : actuellement, le risque de mise en cause est, pour MACSF-Sou médical semble t il sur les premières tendances, un peu plus faible, mais il est encore difficile d'y voir clair à court terme.

Nous avons voulu aussi favoriser la formation sur les risques avec les assureurs pour réduire, si possible, les sinistres ou atténuer leurs effets. Orthorisq avait d'ailleurs une demande dans ce sens de la part de la HAS. Le courtier Branchet a voulu se joindre à cette volonté d'avoir une politique de gestion des risques plus coordonnée.

Les formations à la gestion des risques avec nos partenaires pourront valider des actions optionnelles pour Orthorisq.

Dans le cadre de la formation, Sham souhaite former des formateurs en CRM (*crew resource management*) pour aller sur le terrain. Une salle est réservée pendant la SOFCOT. MACSF-Sou Médical va continuer ses formations par Webinar : interactives, courtes, et permettant de rester chez soi. Ces formations restent accessibles sur leur site internet.

Alors, il faut continuer à développer nos partenariats : c'est le rôle du CNP que de consolider l'avenir professionnel des chirurgiens orthopédistes.

Patrice PAPIN,
Secrétaire général du SNCO



Responsabilité Civile Professionnelle

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

« Enfin un assureur qui s'engage
comme un véritable partenaire ! »

Sham confirme son implication à vos côtés avec **son offre RCP Individuelle, une solution d'assurance qui répond de façon optimale à vos besoins** de protection de responsabilité civile pour la pratique de votre activité professionnelle, quels que soient votre spécialité et votre statut d'exercice.

- Des garanties élevées
- Une défense médico-juridique performante
- Des équipes spécialisées et dédiées
- Des services de management des risques

Avec la RCP Sham, choisissez la sécurisation optimale pour exercer votre activité en toute sérénité.

**CONDITIONS AVANTAGEUSES
SI VOUS EXERCEZ DANS UN ETABLISSEMENT
ASSURE SHAM**

RENCONTREZ-NOUS SUR LE CONGRES SOFCOT
DU 8 AU 11 NOVEMBRE STAND F11

Renseignements et Souscription

Tél. : 04 72 75 57 38

Mail : souscription@sham.fr

www.sham.fr

**sham**

PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

La version 2 du site internet

Par **Henry PARENT**, Trésorier du CNP-SOFCOT et **Antoine POICHOTTE**

Le site internet de la SOFCOT évolue. Tout le monde a constaté, au quotidien, quelques dysfonctionnements. Ce que la plupart des adhérents SOFCOT ne savent pas, c'est qu'il y a en fait deux sites internet interconnectés : le site www.sofcot.fr, visible par tous, qui permet, entre autres, d'accéder à la bibliographie internationale en "full text" et ce que, rue Boissonnade, on appelle l'ERP, le programme de gestion des adhérents, qui permet, par exemple de se connecter à la banque pour les paiements en ligne.

Le site www.sofcot.fr ne bouge pas pour l'instant. Une petite mise à jour de la bibliographie vient d'être mise en place. L'onglet "A-Z" n'affiche plus que les revues auxquelles est abonnée la SOFCOT. Un widget a été aussi mis en place, dans l'onglet recherche bibliographique, permettant, en sélectionnant le sujet de votre choix dans un menu déroulant ("orthopédie" pour nous bien sûr), d'afficher les derniers articles publiés les plus consultés, chez OVID, sur le sujet et ne concernant que le mois en cours.

C'est surtout "sous le capot" que le plus gros du travail a été fait. C'est la partie immergée de l'iceberg, puisque l'internaute ne voit pas l'ERP. Cependant, un gros travail a été produit pour limiter les interactions entre les deux programmes, pour simplifier et sécuriser les processus informatiques. La base de données utilisateur est stable maintenant, son importation, à partir de l'ancienne gestion, ayant été difficile. Malheureusement quelques erreurs peuvent encore apparaître.

Pour l'utilisateur, la fiche adhérent est modifiée. Elle permet de visualiser tout ce que comporte l'adhésion au CNP-SOFCOT. Aujourd'hui, depuis la modification des statuts de notre société, il faut d'abord être adhérent au CNP-SOFCOT, avant de pouvoir s'inscrire à l'AOT, au Collège, au Syndicat, etc. Cette adhésion est simplifiée, puisqu'il suffit d'envoyer, via le site, la preuve de votre inscription en France comme orthopédiste et de payer votre cotisation. Les juniors doivent envoyer leur carte d'étudiant chaque année.

Le nouveau système va permettre cependant de payer en une seule fois toutes vos cotisations et de générer les attestations demandées par le fisc, tout comme les factures pour votre comptabilité. Cette édition de justificatifs est permanente, il n'y a plus besoin de passer par le secrétariat.

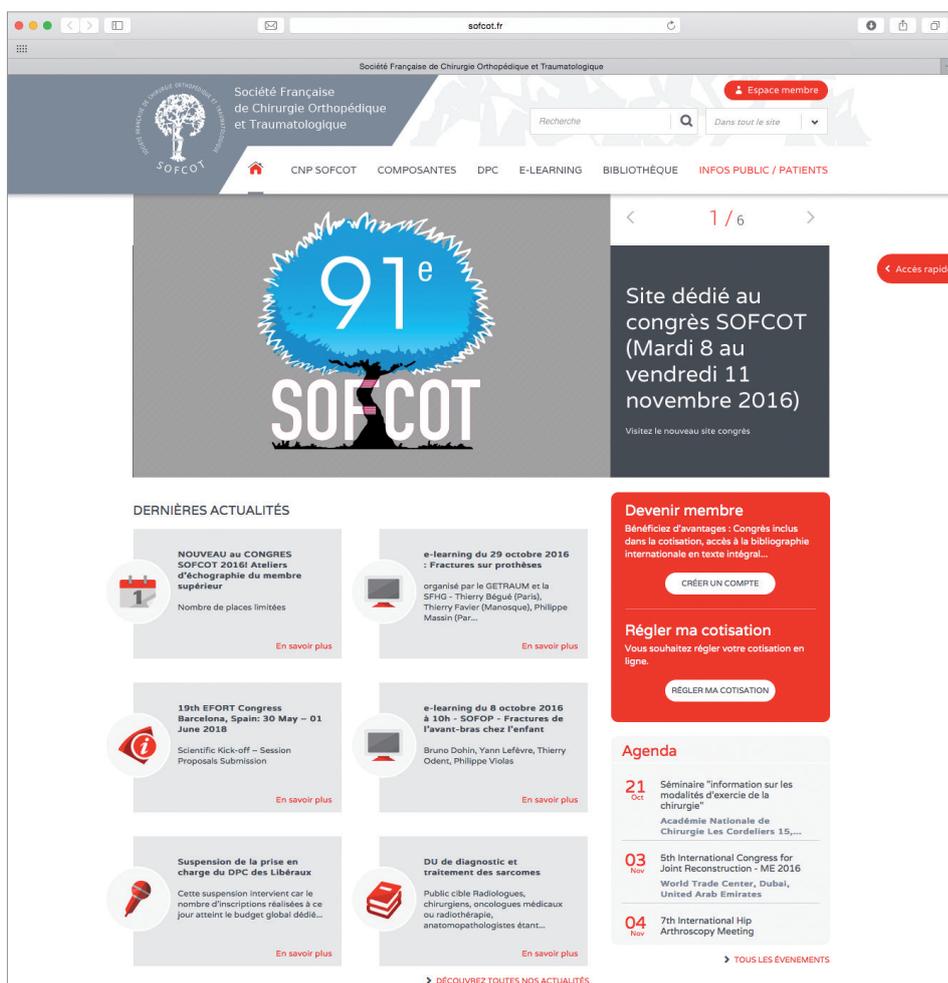
Lors des renouvellements d'adhésion, vous pourrez vous-même retirer des lignes, si vous ne souhaitez plus être membre du Collège par exemple, ou simplement étaler dans le temps votre paiement. On peut à tout moment se réinscrire.

Enfin, le système d'édition de la base de données va simplifier le travail de comptabilité

(édition et archivage). Mais, surtout, il est évolutif, permettant à la SOFCOT d'ajouter autant "d'articles" à son catalogue que nécessaire. Le système va donc permettre aux sociétés associées qui le souhaitent d'utiliser l'ERP pour leur gestion financière, leur permettant de s'affranchir du coût du système de paiement en ligne par carte bancaire.

Les tests fonctionnels sont en cours. Des adaptations sont mises en place pour aider au quotidien nos secrétaires. L'ouverture de cette nouvelle version est prévue pour le mois de janvier 2017 afin de commencer l'année le plus efficacement possible.

Henry PARENT, Trésorier du CNP-SOFCOT et **Antoine POICHOTTE**



François Humbert, un orthopédiste méconnu

Par **Antoine DESSEAUX** et **Frédéric DUBRANA**

François Humbert (1776-1850) a créé en 1817 le premier établissement orthopédique français. Passionné par les "boiteux" et les "bossus", Humbert (Figure 1) consacra l'essentiel de sa vie à la prise en charge de la luxation congénitale de la hanche et à la scoliose.

Deux livres édités en 1834 et en 1835 chez Gigault d'Olincourt, imprimeur à Bar-Le-Duc, décrivent les traitements orthopédiques qui furent employés dans l'établissement médical de Morley. Le premier est une notice¹ de 1834 qui a été publiée à l'occasion de l'exposition publique des produits de l'industrie française où Humbert présentait une partie de ses inventions, le deuxième est un traité thérapeutique de deux tomes². Ces traités sont généralement méconnus des historiens de la médecine. On peut s'interroger sur cette ignorance. Plusieurs faits peuvent l'expliquer. Premièrement, seul un petit nombre d'exemplaires a été imprimé. Deuxièmement, l'établissement orthopédique de Morley, qui était localisé dans un village de province, ne semble pas avoir survécu à son fondateur. Sans école médicale, les concepts de Humbert s'estompèrent. Troisièmement, on peut dire de Humbert, en plagiant Walter Pater³ qui écrivait en 1869 à propos de Léonard de Vinci : "Il faisait sur son entourage l'effet d'être à l'écoute d'une voix inaudible pour les autres hommes"⁴. Il est vrai que Humbert fut le premier à envisager de traiter la LCH : "Nous aimons à croire que si on a pu concevoir quelque prévention défavorable à la vue d'un titre qui semble promettre l'impossible, les développements dans lesquels nous sommes entrés, et la lecture des faits consignés dans cet ouvrage, feront bientôt revenir d'une telle impression"⁵.

Les machines étaient conçues sur place dans un atelier installé dans les dépendances du centre. Elles étaient réalisées par Damas Pionnier, mécanicien. Leur conception faisait appel, entre autres, à la menuiserie. L'une des difficultés consistait à exercer des forces mécaniques suffisantes pour obtenir une réduction de la difformité, mais tolérables pour le patient. La proximité de l'atelier permettait également de modifier ces appareils rapidement afin de les améliorer ou de les

adapter à la nouvelle morphologie du patient. Pravaz, lors de la séance du 22 janvier 1838 de la Société de médecine de Lyon, exprime également la complexité des machines : "déploiement de cordes, de poulies, de leviers dont un atlas de plusieurs planches suffit à peine à donner une idée incomplète"⁶.



Figure 1 - Portrait de François Humbert par Louis Bouchot (huile sur toile) Collection Musée Barrois (Bar-le-Duc, France)



Figure 2 - Maquette d'un lit orthorachidique pour une cyphose lombaire réalisée vers 1834 Musée Barrois, don Humbert en 1850. Numéro d'inventaire provisoire 13.10.05.25. © Musée Barrois, Bar-le-Duc, 2013.

La prise en charge des scolioses

Les fauteuils et lits orthopédiques d'Humbert étaient basés essentiellement sur le principe d'extension longitudinale (zone ovale) en y associant une compression latérale (zone rectangulaire) au niveau des gibbosités et une dérotation par l'utilisation de sangles (zone rectangulaire à bords arrondis). Le bassin était maintenu fixe par un corset. Le traitement était continu. L'extension du rachis était réalisée aux moyens des lits mécaniques la nuit (figures 2, 3 et 4). La journée, les patientes étaient installées dans des fauteuils orthopédiques (figure 5). Toutes ces machines partageaient d'une armature unique,

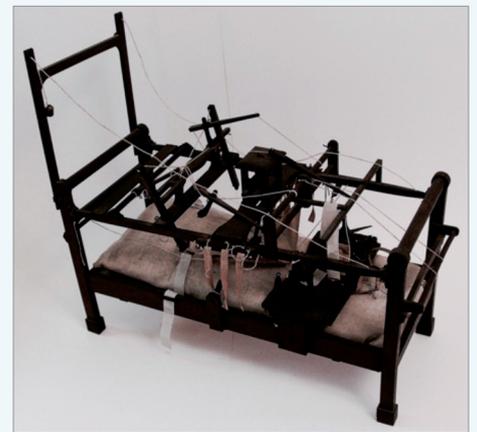


Figure 3 - Maquette d'un lit orthorachidique pour une scoliose dorsale avec incurvation à gauche, torsion très considérable du tronc, croisement des genoux, réalisée vers 1834 Musée Barrois, don Humbert en 1850. Numéro d'inventaire provisoire 13.10.05.05. © Musée Barrois, Bar-le-Duc, 2013.

1. François Humbert. Exposition publique des produits de l'industrie française. Ed. F. Gigault d'Olincourt. Bar-le-Duc, 1834.
2. François Humbert, Nicolas Jacquier. Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation ilio-fémorale. Ed. F. Gigault d'Olincourt. Bar-le-Duc, 1835. Tome 1 (Figures) : 30 planches. Tome 2 (Texte) 554 pages.
3. Walter Pater. In Frank Zöllner. Léonard de Vinci. Ed. Taschen. Cologne, 2003, p. 106.
4. Merejkovski a écrit en 1901 à propos de Léonard de Vinci : "Il était comme un homme qui s'était réveillé trop tôt dans les ténèbres, alors que tous les autres dormaient encore". Dimitri Merejkovski. (1901) In Frank Zöllner. Léonard de Vinci. Ed. Taschen. Cologne, 2003, quatrième de couverture.
5. François Humbert, Nicolas Jacquier. Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation ilio-fémorale. Op. cit., avant-propos.
6. Pravaz C. G., Rapport sur l'ouvrage de M. Humbert, présenté à la Société de médecine de Lyon, par le Dr Pravaz, le 22 janvier 1838, Barret, Lyon.

sur laquelle des accessoires étaient ajoutés en fonction de chaque patient.

Prise en charge des luxations congénitales de la hanche

Humbert a conçu plusieurs appareils permettant d'obtenir la réduction de la LCH. La prise en charge nécessitait des lits orthopédiques sur lesquels des accessoires permettaient de mettre en place une traction afin d'étirer les tissus mous au niveau de l'articulation coxofémorale. La phase d'extension dans un lit durait de quelques jours à quelques mois (figure 6). Humbert évaluait l'importance de l'allongement du membre par rapport à ce qu'il estimait nécessaire, ce qui explique que "la durée de l'extension n'a rien de déterminée". Puis la réduction à proprement parler se faisait à l'aide d'une machine appelée "appareil extenseur et réducteur", composée outre de l'appareillage d'extension, d'une planche en arc de cercle (figure 7). Il réalisait alors avec une extension continue (dont la force était majorée), une abduction de hanche associée à une pression vers le bas et le dedans du grand trochanter par manœuvres externes. Humbert confirmait la réduction par la perception d'un ressaut. Une mise en traction était poursuivie, le temps de stabiliser la réduction, avant de reprendre entre 1 et 2 mois après la marche avec l'aide de béquilles notamment.

Les maquettes des différents appareils orthopédiques, utilisés dans son établissement de Morley, de François Humbert, découvreur solitaire, isolé, constituent l'un des plus importants, si ce n'est le plus important patrimoine historique de l'orthopédie du début du XIX^e siècle.

Antoine DESSEAUX, Frédéric DUBRANA

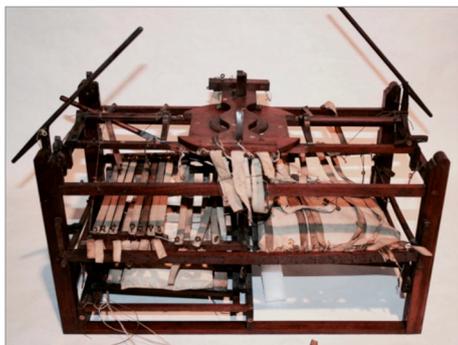


Figure 4 - Maquette d'un appareil orthopédique pour renversement latéral et torsion du bassin avec incurvation et torsion du rachis, réalisée vers 1834. Musée Barrois, don Humbert en 1850. Numéro d'inventaire provisoire 13.10.05.23. © Musée Barrois, Bar-le-Duc, 2013.



Figure 5 - Maquette d'un fauteuil orthorachidique pour une scoliose dorsale avec incurvation très forte à gauche, redressement de la tête au moyen d'un casque, réalisée vers 1834. Musée Barrois, don Humbert en 1850. Numéro d'inventaire provisoire 13.10.05.32. © Musée Barrois, Bar-le-Duc, 2013.

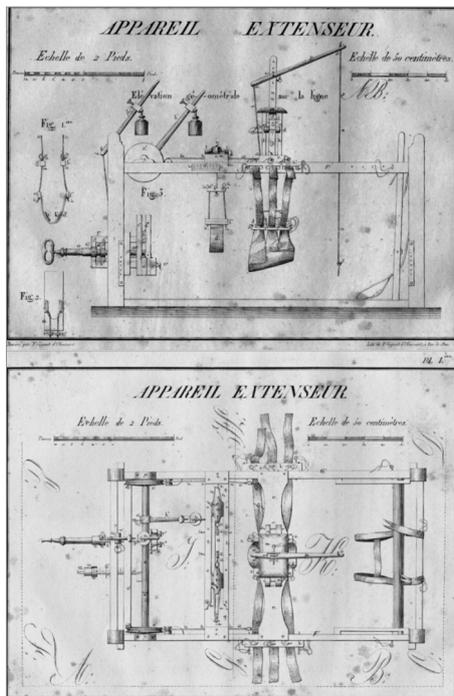


Figure 6 - Schémas d'une vue latérale et du dessus de l'"appareil extenseur", publiés dans *Essai et Observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation ilio-fémorale*, tome intitulé "planches", édition Gigault d'Olincourt et J-B Baillière, 1835.

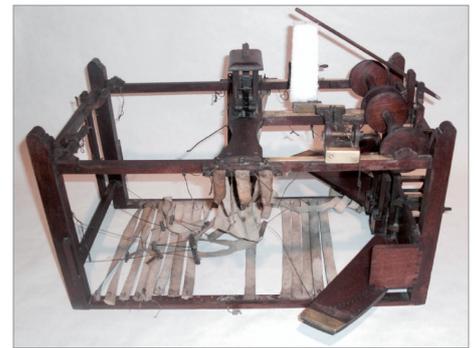


Figure 7 - Maquette de l'appareil extenseur et réducteur d'une luxation de hanche bilatérale, fabriquée vers 1834. Musée Barrois, don Humbert en 1850. Numéro d'inventaire provisoire 13.10.05.24. © Musée Barrois, Bar-le-Duc, 2013.

Devenez mécène du Musée Barrois

Soutenez la restauration des 40 maquettes médicales de François Humbert

Le mécénat se définit comme "le soutien matériel apporté, sans contrepartie directe de la part du bénéficiaire, à une œuvre ou à une personne pour l'exercice d'activités présentant un intérêt général".

Il se traduit par le versement d'un don (en numéraire, en nature ou en compétence) à un organisme pour soutenir une œuvre d'intérêt général. Si le bénéficiaire est éligible au mécénat déductible, le don ouvre droit, pour les donateurs (entreprises et particuliers), à certains avantages fiscaux.

Des avantages fiscaux

Pour les particuliers : la réduction d'impôt est égale à 66 % des sommes versées, retenues dans la limite annuelle de 20 % du revenu imposable, avec la possibilité, en cas de dépassement de ce plafond, de reporter l'excédent au titre des cinq exercices suivants.

Pour les entreprises : la réduction d'impôt est égale à 60 % du montant du don effectué en numéraire, en compétence ou en nature, et retenu dans la limite de 0,5 % du chiffre d'affaires HT, avec la possibilité, en cas de dépassement de ce plafond, de reporter l'excédent au titre des cinq exercices suivants.

<http://www.culturecommunication.gouv.fr/Politiques-ministerielles/Mecenas>

Pour télécharger le bon de souscription ou faire un don directement en ligne : www.fondation-patrimoine.org/43714

BOURSE SOFCOT 2015-2016

Un an de fellowship post-doctoral

Fellowship dans le service de reconstruction de la hanche et du genou Mayo Clinic, Rochester, MN (USA)

Par **Anthony VISTE**, Boursier SOFCOT

Introduction

Lors d'un cursus hospitalo-universitaire, il est toujours intéressant, et désormais incontournable, d'effectuer 1 an de recherche dans un pays anglophone. Cela a ses avantages (améliorer son niveau d'anglais, créer des contacts et collaborations et aussi publier plus facilement dans des revues anglophones) et ses inconvénients (éloignement familial, aspects financiers et administratifs).

En discutant avec mon maître, le Professeur Michel-Henri Fessy, Chef de Service au CHU Lyon-Sud, nous sommes tombés d'accord sur l'idée d'un séjour à la Mayo Clinic après que plusieurs chirurgiens Lyonnais y aient auparavant effectué un fellowship. Je tiens à remercier Sébastien Lustig et Sébastien Parratte pour m'avoir présenté, lors du congrès de l'AAOS 2014 à La Nouvelle-Orléans, le Dr Matthew Abdel, Associate Professor dans le Service de Chirurgie Reconstructrice Hanche & Genou du Département de Chirurgie Orthopédique à la Mayo Clinic (Rochester, MN).

Matériels et méthodes

En France

Tout d'abord, il faut obtenir un visa J-1, cette étape fut facilitée par la Mayo Clinic (formulaire DS-2019). Puis, il faut se rendre à l'ambassade des États-Unis à Paris pour un entretien rapide. Il faut également envoyer une copie de ses diplômes traduits en anglais, attester ne pas rester aux USA au-delà d'une année et posséder assez d'argent en banque pour pouvoir subvenir à ses besoins pendant un an sans être payé.

En effet, la tâche la plus complexe est de trouver des financements en France car, à la Mayo Clinic, aucun salaire n'est prévu pendant un an en tant que Research Fellow. En tant que PHU d'Anatomie/Chirurgie Orthopédique,

mon salaire universitaire a néanmoins pu être maintenu pendant 6 mois.

À Rochester, MN

Le 27 août 2015, j'arrive à l'aéroport international de Rochester dans le Minnesota, accueilli par Matthieu Ollivier (CCA de Marseille) qui était déjà installé depuis 4 mois avec sa famille. Durant les premiers jours, il faut meubler le logement, trouver une voiture ainsi que remplir les formalités administratives pour obtenir sa carte de sécurité sociale (pour travailler) et le permis de conduire (code + conduite) du Minnesota, le permis international n'étant valable que 3 mois et sans équivalence dans le Minnesota...

Dès le premier jour effectif à la Mayo Clinic, une journée d'accueil et d'orientation est organisée pour tout nouvel employé : visite des infrastructures, histoire de la Mayo Clinic, présentation de l'assurance santé, stand photo, badge d'accès... Une fois ces formalités effectuées, j'ai pu m'installer dans le laboratoire situé dans le Medical Sciences building. Il faut ensuite valider, par informatique, tous les "learnings" concernant l'expérimentation animale (allergies, infections, protocoles vétérinaires, produits dangereux), humaine (propriété intellectuelle, financements, intégrité, informations confidentielles, IRB (*Institutional Review Board*)), les mesures de sécurité incendie-tornade-radiologique, anti-phishing via e-mail...

La Mayo Clinic de Rochester est une institution répartie sur 2 campus et plusieurs buildings : St Mary's Campus et Downtown Campus (avec, entre autres, le Mayo building (depuis 1955), le Gonda building (depuis 2001) qui comprend le W. Hall Wendell Jr. Musculoskeletal Center avec 57 salles de consultation, le Plummer building (bibliothèque dans ce bâtiment classé monument historique) et le Rochester Methodist Hospital (blocs

opératoires et lits d'hospitalisation)). Il existe 2 autres campus de la Mayo Clinic situés en Arizona et Floride. Le Département de Chirurgie Orthopédique est composé des services de reconstruction Hanche et Genou, de Traumatologie niveau 1 (St Mary's Campus), Chirurgie de la Main, de l'Epaule, de la Cheville et Pied, de la Colonne Vertébrale, Pédiatrique, de Chirurgie du Sport et des Tumeurs avec près de 70 chirurgiens orthopédistes à Rochester. Le service de Chirurgie Reconstructrice Hanche & Genou comprend 6 Professeurs (Docteurs Daniel Berry, Arlen Hanssen, David Lewallen, Mark Pagnano, Rafael Sierra et Robert Trousdale), 4 consultants (Drs. Matthew Abdel, Tad Mabry, Kevin Perry et Michael Taunton), 2 clinical fellows et les résidents. Les Drs. Sierra et Trousdale s'intéressent particulièrement à la chirurgie conservatrice de la hanche (ostéonécroses de hanche, dysplasies), le Dr Trousdale ayant effectué un fellowship de la fondation Maurice Muller à Berne en 1992. Beaucoup de patients (des États-Unis et même d'Europe ou du Moyen-Orient) sont référés à la Mayo pour reprises de cas complexes.

Il existe plusieurs réunions hebdomadaires et mensuelles auxquelles on assiste :

Lundi (hebdomadaire) : 6h-7h réunion du laboratoire de recherche, 7h-8h : Grand Round : un colloque sur des sujets très variés ayant un rapport avec la chirurgie orthopédique (membres supérieurs, colonne vertébrale, membres inférieurs, basic science), 16h-17h : présentation des études en cours dans le laboratoire par les Research Fellows.

Mardi 6h30-7h30 (hebdomadaire) : staff hebdomadaire avec briefing par un chirurgien sénior sur une thématique donnée puis présentation de cas cliniques par les assistants (clinical fellows) et internes (résidents).

Mercredi 7h30-8h (mensuelle) : réunion scientifique à propos des études cliniques en cours avec présence de la responsable du registre des prothèses et des statisticiens.

Avant de commencer mon fellowship, j'avais pris contact avec le Directeur du Laboratoire d'Anatomie de la Mayo Medical School, le Dr Pawlina Wojciech du fait de mon intérêt particulier pour l'anatomie. J'ai pu ainsi assister à des cours d'anatomie et discuter avec les enseignants de leur approche de la pédagogie (ou plutôt andragogie) de l'anatomie et de la docimologie (cas cliniques avec QCM) ainsi qu'aux séances de dissection. Les étudiants en médecine ont accès au powerpoint de l'enseignant avant la séance, le cours magistral dure au maximum 45 minutes avant de passer à la dissection correspondant au cours. Des workshops sur cadavres avaient également lieu, en présence des industriels, pour former les jeunes internes en chirurgie à la pose de prothèses et à la traumatologie.

Recherche en orthopédie

Comme partout, la première étape de tout travail scientifique à la Mayo est d'établir un protocole de recherche puis de le faire valider par l'IRB pour les patients ou l'IACUC (Institutional Animal Care and Use Committee) pour les expériences animales. Ensuite, il faut attendre l'accord de ces instances qui prend au moins 1 à 2 semaines. Pour les études cliniques, on demande à la responsable du TJR (Registre des Prothèses, figure 1) d'extraire la liste de tous les patients qui satisfont aux critères d'inclusion de l'étude. Puis vient l'important travail d'analyse à partir du PACS et du dossier clinique informatisé afin de conserver les informations utiles à l'étude en question. Enfin, l'analyse statistique est réalisée par les biostatisticiens de la Mayo Clinic. Pour les études animales (étude de la raideur du genou post-traumatique), j'ai travaillé à l'Institute Hills Farm qui héberge les animaux et permet d'y réaliser les interventions chirurgicales sous anesthésie générale ainsi que de l'imagerie et des tests biomécaniques. Finalement, lorsque le manuscrit est finalisé, il est successivement corrigé par tous les co-auteurs. Un secrétariat est affecté à l'envoi des manuscrits au journal désiré après vérification que toutes les pièces à fournir soient remplies (ICMJE, conflits d'intérêts) et que le manuscrit satisfait aux instructions du journal.

La recherche coûte chère car chaque analyse doit être payée directement au service concerné à partir des fonds propres de l'investigateur principal pour tout travail effectué (secrétariat, statisticiens, biomécaniciens, vétérinaires, hébergement et nourriture des animaux, etc.). Chaque chirurgien dispose donc d'une plus ou moins grande quantité de fonds de recherche qu'il doit obtenir puis utiliser. Chaque année, le Chairman du service (le Dr Pagnano durant cette année) réalise un entretien individuel de chaque chirurgien du service pour évaluer le nombre d'interventions et de consultations effectuées, les travaux de recherche réalisés, l'utilisation des fonds alloués, etc. C'est un moment important pour les jeunes chirurgiens et une démarche qualité intéressante.

Résultats

L'utilisation du registre permet des études à plus de 30 ans avec une exhaustivité depuis 1969 et la première prothèse Charnley posée à la Mayo Clinic (figure 2). Cela explique l'inclusion d'immenses cohortes de patients qui peut être réalisée. Les mesures radiographiques doivent bientôt être ajoutées dans le registre de façon systématique.

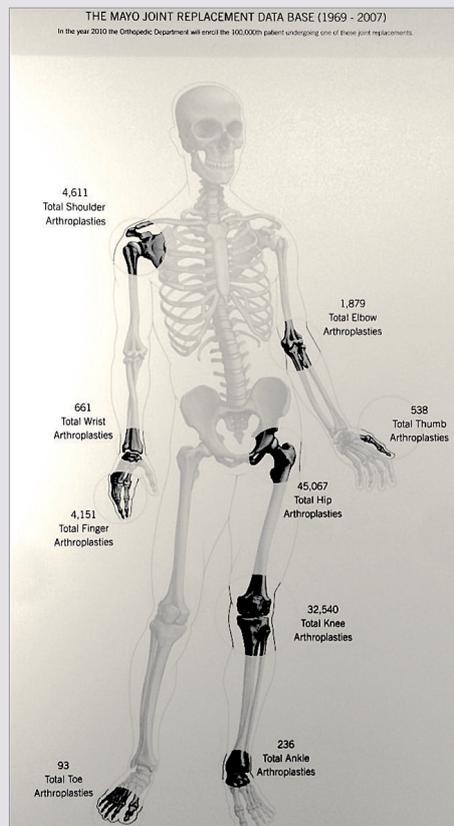


Figure 1 - TJR (Total Joint Registry, registre des prothèses)



Figure 2. Première PTH posée à la Mayo Clinic en 1969

Chirurgie

La récupération rapide après chirurgie (RRAC) est évidemment au cœur de la prise en charge péri-opératoire, les patients ne dormant qu'une voire deux nuits à l'hôpital. Des hôtels à proximité permettent d'effectuer les soins externes.

Les principaux éléments que je retiendrai concernant les techniques chirurgicales sont :

Hanche : l'utilisation de tantale dans les révisions avec défaut osseux acétabulaire majeur avec la technique du cup-cage, la technique de distraction en cas de discontinuité pelvienne chronique sur PTH, l'utilisation des tiges coniques modulaires en titane sans ciment non verrouillées pour les reprises fémorales complexes avec des taux de survie très satisfaisants, l'utilisation fréquente d'ostéotomies trochantériennes étendues lors des reprises. Les voies postérieure et latérale sont utilisées majoritairement et la voie antérieure par certains jeunes chirurgiens. En chirurgie primaire, le standard est d'utiliser une tête métal avec un insert en polyéthylène hautement réticulé. Dans les reprises, la double-mobilité est encore peu utilisée malgré des résultats satisfaisants, les inserts rétentifs restant prédominant en cas de luxations récurrentes.

Genou

Lors des reprises, l'utilisation de cônes en tantale est réalisée facilement. Le mini-invasif a montré plus de complications et donc peu utilisé. Le quadriceps snip est utilisé en 1^{re} option lors d'exposition difficile (obèses en particulier), puis l'ostéotomie de la tubérosité tibiale en 2^e option.

Travaux scientifiques effectués

- Étude prospective randomisée comparant les résultats et la survie d'un polyéthylène

hautement réticulé *versus* conventionnel pour les PTG primaires.

- Étude animale de l'effet du celecoxib intra-articulaire sur la raideur du genou, étude d'une membrane collagène pour l'absorption et la libération de celecoxib (mesure par méthode HPLC).
- Mise au point d'un système de mesure biomécanique de la raideur du genou de lapins vivants.
- Étude comparant les résultats cliniques et survie de patients avec *versus* sans arthroscopie avant PTG primaire.
- Étude des résultats des ostéotomies trochantériennes étendues dans les reprises de PTH.
- Étude à 25 ans d'une PTG à conservation du LCP (PFC).
- Étude à 30 ans d'une PTG avec 3° de varus tibial (Kinematic-I).
- Étude du quadriceps snip et des ostéotomies de la tubérosité tibiale dans les reprises de PTG.
- Survie des mégaprothèses dans les reprises complexes de PTH.
- Résultats des désarthrodèses-prothèses de la hanche avec implants sans ciment.

Climat et activités

À Rochester, MN (2^e ville la plus venteuse des USA), le climat est continental avec des hivers rigoureux (jusqu'à - 40° C) et des étés chauds et humides, mais les infrastructures permettent de vivre quasi-normalement sur le campus (réseau de subways et skyways). À 1 h au nord, les villes jumelles (Minneapolis et St Paul) et le Mall Of America, 2^e plus grand centre commercial des États-Unis en taille (> 500 magasins) mais le plus visité au monde (40 millions de visiteurs par an) avec son parc d'attractions couvert. Plus au nord,

on peut découvrir le lac Supérieur et Duluth, ville portuaire.

Conclusion

Cette année à la Mayo Clinic aura été une expérience tout à fait enrichissante tant au niveau personnel que professionnel. Je conseille vivement à tout chirurgien orthopédiste de partir à l'étranger, même quelques mois et quelle que soit la destination. Cela permet de prendre du recul sur sa pratique chirurgicale, sur ses connaissances théoriques et, bien sûr, de voir ce que l'on fait et pense ailleurs. Désormais, je pense avoir une vision

plus globale et un nouveau recul sur ma pratique et ma théorie en chirurgie orthopédique ainsi qu'en anatomie.

Remerciements

La SOFCOT et son bureau pour son indispensable aide financière. Les Hospices Civils de Lyon et l'Université Lyon 1 pour leur aide. Mon maître, le Professeur Fessy, pour son soutien. Le Dr Matthew Abdel pour son accueil, sa sympathie et son enthousiasme tout au long de cette année (figure 3).

Anthony VISTE



Figure 3. Devant le Gonda building de la Mayo Clinic (Rochester, MN), à côté des frères Mayo, avec Will Trousdale, mon voisin de laboratoire (à gauche), Dr. Matthew Abdel, mon superviseur (à droite) et moi-même (au milieu)

élections

L'année 2017 sera marquée par deux grands rendez-vous électoraux

Les élections présidentielles : le 23 avril et le 7 mai 2017.

Les élections législatives : le 11 juin et le 18 juin 2017.

Pensez à en tenir compte dans la programmation de vos séminaires ou réunions de travail afin d'éviter tout télescopage malvenu !

Rémi KOHLER

BOURSE SOFCOT 2015-2016

Spinal fellowship : mon expérience de l'Angleterre à l'Australie

Unité rachis du Royal & Devon Hospital, Exeter, UK

Unité rachis du Princess Alexandra Hospital, Brisbane, Australia

Unité rachis du Lady Cilento Children Hospital, Brisbane, Australia

Par **Charlie BOUTHORS**, Boursier SOFCOT

Tout a commencé au cours d'une année de Master en Sciences Chirurgicales. Exempté de mes obligations d'interne en chirurgie orthopédique, j'ai alors eu plus de temps pour réaliser une formation complémentaire et notamment un DU d'anglais médical à l'université Paris Est Créteil. Le goût pour l'anglais vient très vite mais l'apprentissage est long. Régularité et persévérance sont les maîtres mots. En fin d'année, je tente ma chance et envoie mon CV un peu au hasard à différents Chefs de Services en Angleterre. Agréablement surpris, je reçois un grand nombre de réponses positives mais l'une d'entre elles attire particulièrement mon attention. Il s'agit de celle du Dr Daniel Chan, Spinal Surgeon à Exeter (UK). Il a la réputation d'être le meilleur chirurgien outre-manche pour la voie antérieure du rachis. Ayant pris goût à la chirurgie par voie antérieure dans le service du Pr Ph. Hernigou (Hôpital Henri Mondor, Créteil) et formé par les Professeurs J. Allain, A. Poignard et C.H Flouzat Lachaniette, je décide de partir à Exeter approfondir ma formation pendant six mois.

Exeter Spinal Fellowship

L'inscription au conseil de l'ordre est obligatoire pour les internes. Cela n'a pas été difficile. Le diplôme du deuxième cycle des études médicales est reconnu par le conseil de l'ordre en Angleterre (General Medical Council). Une simple traduction et trois lettres de recommandations suffisent. À l'époque, aucun examen de langue n'était demandé mais cela a sans doute changé. Après un bref contrôle de mon identité et de mon diplôme à Londres, me voilà parti pour Exeter. Ce centre est situé dans le sud-ouest de l'Angleterre. Le Royal Devon &

Exeter Hospital est connu mondialement pour son grand centre de chirurgie orthopédique, le Princess Elizabeth Orthopedic Centre, ayant développé la fameuse prothèse de hanche. Je suis logé au sein de l'hôpital dans des chambres rudimentaires réservées pour le personnel tel que les infirmières et les internes. Les jeunes internes peuvent venir de toute l'Angleterre pour travailler seulement six mois et ont donc besoin d'un logement pas cher à proximité de l'hôpital.

Chaque sous-spécialité forme une équipe, les chirurgiens ne sont pas polyvalents comme en France mais se spécialisent dans un seul



Avec le Dr Daniel Chan, Spinal Surgeon, Royal Devon & Exeter Hospital



Check-list au bloc opératoire du Royal Devon & Exeter Hospital

domaine. C'est le système anglo-saxon. L'équipe rachis se compose de 5 chirurgiens séniors, 2 fellows (jeune CCA) et 2 registrars (interne sénior). Il y a des blocs tous les jours sauf le vendredi où a lieu le staff des programmés et des consultations. Ils pratiquent à la fois la chirurgie du rachis adulte et pédiatrique.

Le centre fonctionne très bien, aussi parce que le personnel paramédical est en nombre et qu'il y a probablement moins d'urgences. Le nombre de patients en consultation est également beaucoup moins important qu'en France. Et, Angleterre oblige, les infirmières préparent régulièrement le thé pour l'équipe. En revanche, les listes d'attentes pour obtenir une consultation ou une date opératoire sont impressionnantes avec des délais dépassant régulièrement une année. Des chirurgiens pensent même que certains de leurs patients sont amenés à simuler un tableau de syndrome de compression de la queue de cheval afin de se faire opérer plus rapidement.

L'organisation du bloc est très intéressante. L'ensemble de l'équipe attribuée à une salle opératoire se réunit avant l'installation du premier malade et fait le point sur la liste des patients pour la journée. Tout est passé en revue : les allergies, les implants, les risques ou les complications éventuelles. Ils attachent beaucoup d'intérêt à la "check-list" et au fait que toute l'équipe soit mise au courant du programme opératoire.

J'ai eu l'occasion d'aller au bloc tous les jours sauf le vendredi. J'ai beaucoup assisté sur les ALIF mais aussi eu la chance de développer une expérience de la chirurgie sous microscope, si bien que sur la fin du stage, j'ai pu réaliser quelques décompressions sous microscope par moi-même sans l'aide

du chirurgien sénior. Il est vrai qu'à l'inverse du système français, les internes opèrent beaucoup moins ou beaucoup plus tard au cours de leur formation. Ceci s'explique en partie par un plus grand nombre de poursuites judiciaires en cas de complications et une publication nationale des chiffres de complication par chirurgien. En revanche, leurs connaissances théoriques sont bien plus approfondies. Leur examen de fin d'internat est très complexe et demande de maîtriser toute l'orthopédie. Ils le préparent pendant trois années à un rythme intensif avec de nombreux cours et examens blancs. Il est obligatoire d'entretenir un "logbook" online listant tous leurs gestes opératoires qui est revu régulièrement. Un minimum de gestes techniques doit être effectué dans chaque sous-spécialité et ils restent internes tant que ce chiffre n'a pas été atteint. Un point important qui m'a manqué au cours de ce stage fût la traumatologie. Cette région de l'Angleterre très agréable est également très calme avec une accidentologie beaucoup plus faible qu'en région parisienne. J'ai donc effectué des gardes en traumatologie générale au cours desquelles on prenait en charge les adultes mais également la pédiatrie. À la fin de mon fellowship eut lieu le congrès de la société nationale de chirurgie du rachis (British Association of Spine Surgery). J'ai eu la chance de pouvoir communiquer sur mon travail de thèse sur l'arthrodèse intersomatique par voie latérale et mini-invasive. C'est à cette occasion que j'ai fait la rencontre du Dr Richard Williams, invité d'honneur à cette conférence et chef de l'unité rachis d'un trauma center situé à Brisbane en Australie. J'entame la conversation et lui demande à tout hasard s'il est à la recherche d'un fellow dans les mois à venir. Par chance un candidat vient juste d'annuler sa candidature à la dernière minute. C'est alors que démarre pour moi l'aventure australienne.

Brisbane Spinal Fellowship

À l'inverse de l'Angleterre, l'inscription au conseil de l'ordre s'est avérée très compliquée. Un examen d'anglais, l'IELTS, est indispensable pour pratiquer en Australie. Il faut très bien maîtriser l'anglais pour pouvoir l'obtenir. J'ai pour ma part dû passer l'examen au moins quatre fois. Ensuite, vient la reconnaissance de nos diplômes et de notre cursus. Un nombre impressionnant de documents est à fournir, tous doivent être traduits et certifiés. Très souvent j'ai frôlé l'abandon, mais finalement avec un mois de retard sur la date

prévue, j'ai obtenu mon inscription à l'ordre et débuté un fellowship d'un an en Australie.

Je passe les six premiers mois avec le Dr Williams connu mondialement pour son fort tempérament. "A hard man to please". Il ne fait que de la chirurgie adulte mais il opère vite et bien. Son geste est précis, il ne perd pas de temps. Son équipe connaît parfaitement ses habitudes et ses préférences. Je vois beaucoup de rachis dégénératifs et quelques cas de tumeurs primitives car il est le chirurgien référent de cette région d'Australie.



Princess Alexandra Hospital, Brisbane, Australie



Lady Cilento Children Hospital, Brisbane, Australie

Pour ma part, je suis de garde une semaine sur deux, couvrant le rachis pour un hôpital pédiatrique (Lady Cilento Children Hospital) et un trauma center adulte (Princess Alexandra Hospital), ces deux hôpitaux couvrant une population de plus de 4 millions d'habitants de l'état du Queensland. Cet état à une superficie presque trois fois supérieure à celle de la France. La plupart des transferts se font par transport aérien et les patients sont malheureusement opérés plus de 24 heures après leur traumatisme. Les semaines sont d'intensité variable mais je prends en charge beaucoup plus de traumatologie qu'en Angleterre. Très rapidement, j'opère sans la présence du chef, juste avec un externe ou un interne pour m'aider. Un nombre impressionnant de traumatismes est dû à des accidents de voiture causés par des kangourous traversant les routes ou bien des traumatismes cervicaux dus aux vagues (surfs, body boards,...).

Tous les mercredis se regroupe le staff dans l'unité des traumatisés médullaires (Spinal Cord Injury Unit). Nous y présentons tous nos cas opérés la semaine précédente et recevons bien souvent des critiques féroces sur la qualité de nos montages ou de nos indications. Cette unité possède un équipement impressionnant avec des rééducations et des kinésithérapeutes en nombre. La présence de cette unité de rééducation adjacente au service d'hospitalisation assure la continuité des soins sur la longue route de la réhabilitation. Je fus régulièrement amené à revoir des patients et leurs imageries post-opératoires afin d'anticiper les suites et parfois programmer des reprises chirurgicales.

Le nombre de personnel médical et paramédical est encore un cran au dessus de celui de l'Angleterre. Les sources de financement des hôpitaux sont multiples et nombreuses. L'hôpital est à la pointe de la technologie, la plupart des blocs sont équipés de l'O-arm par exemple. En revanche, je pense que techniquement, ils n'ont pas encore égalé l'école rachidienne française. Pour une raison que j'ignore, ils n'aiment pas du tout l'équilibre sagittal. Par ailleurs, je n'ai pas ressenti cette notion de confraternité que l'on peut avoir en France. Notre profession est difficile mais on se soutient entre confrères. La compétition est très rude en Australie certainement car le système de santé privé y est très développé. Les chirurgiens y gagnent très bien leur vie. À l'identique de l'Angleterre les délais pour obtenir une consultation à l'hôpital public sont impressionnants et d'en moyenne un an et demi.

J'effectue le deuxième semestre aux côtés du Dr Geoff Askin qui possède à la fois une activité adulte et pédiatrique. J'apprends quelque chose de tout à fait nouveau pour moi, la correction de scoliose par voie antérieure endoscopique. C'est une chirurgie élégante mais techniquement difficile, il a effectué le plus grand nombre de cas en Australie. Je passe davantage de temps à l'hôpital pédiatrique dans lequel j'y ai même ma propre consultation. C'est tout un vocabulaire à apprendre mais en quelques mois je me sens vite à l'aise. Je m'implique dans un travail de recherche sur un nouveau système de tige de croissance qui permettrait théoriquement de prévenir l'auto-fusion.

J'ai l'occasion de communiquer à la Société Australienne de Chirurgie du Rachis (Australian Spinal Society) à Melbourne sur un travail réalisé dans le cadre de mon DIU du

rachis. J'y rencontre un grand nombre de chirurgiens dont j'avais fait la connaissance en Angleterre et prends conscience de l'importance d'entretenir le contact avec notre communauté de chirurgiens du rachis. Chacun a une vision des choses différentes mais nous avons tous à apprendre continuellement de l'expérience de nos pairs.

Conclusion

Le système anglo-saxon est sans doute plus juste pour les médecins, en termes de répartition de la charge de travail. Le personnel est en nombre et l'organisation bien réglée. Les internes ont du temps dédié à leur formation théorique avec un contrôle continu rigoureux de leur formation pratique et sanctionné par un examen approfondi de leurs connaissances chirurgicales. En revanche, les patients souffrent de délais de prise en charge trop longs. Aussi, l'esprit confraternel auquel j'attache une grande importance n'a pas la même valeur qu'en France. Je n'ai pas été surpris par leurs capacités en termes de gestes techniques et reste fidèle à l'école française de chirurgie rachidienne. Je suis content d'avoir pu faire l'expérience de deux systèmes de santé différents qui peuvent facilement s'avérer être attrayant dans les conditions actuelles difficiles auxquelles nous faisons face. Je me suis impliqué activement si bien que je peux désormais communiquer, opérer et consulter en anglais. J'ai observé différentes techniques y compris les plus récentes mais surtout travaillé avec des opérateurs aux habitudes très variées, enrichissant toujours plus mon expérience. J'encourage



Dr Geoff Askin, Chirurgien du rachis adulte et pédiatrique



Dr Geoff Askin, Chirurgien du rachis adulte et pédiatrique

tous les jeunes chirurgiens à se réaliser lors d'une expérience professionnelle à l'étranger. Cependant, j'ai désormais fait mon choix de rester en France pour y terminer ma formation et débiter mon activité chirurgicale. J'ai hâte de remettre ma blouse blanche et de récupérer mon badge rouge, l'herbe n'est effectivement pas toujours plus verte ailleurs. J'ai pris encore plus conscience des valeurs transmises par les différents maîtres de chirurgie que j'ai rencontrés au cours de mon Internat. Je tiens à remercier mes chefs : les Prs Ph. Hernigou, Ph. Massin, P. Guigui, J. Allain, A. Poignard, CH. Flouzat-Lachaniette, P. Boyer, les Drs Dauzac, T. Le Noir, M. Ould Slimane, S. Queinec mais également tous mes Chefs de Cliniques et co-internes, la liste étant non exhaustive.

Remerciements

- Je remercie l'unité rachis du Royal & Devon Hospital (Exeter, UK) et son Chef le Dr Daniel Chan.
- Je remercie l'unité rachis du Princess Alexandra Hospital (Brisbane, Australia) et son Chef le Dr Richard Williams.
- Je remercie l'unité rachis du Lady Cilento Children Hospital (Brisbane, Australia) et son Chef le Dr Geoff Askin.
- Je remercie mes Maîtres d'Internat pour leur soutien infaillible et leurs conseils malgré la distance.
- Je remercie la SOFCOT et tous ses membres ayant permis la réalisation de cette grande expérience.

Charlie BOUTHORS

formation

E-learning SOFCOT (cours validant DPC)

Inscription sur notre site : <http://www.sofcot.fr/E-learning/Programme>

GETRAUM/SFHG	29-10 2016	Fractures sur prothèses	Thierry Bégué (Paris), Thierry Favier (Manosque), Philippe Massin (Paris), Dominique Saragaglia (Grenoble)
SFCR	03-12 2016	Rachis et ambulatoire	Bertrand Debono (Blagnac), Jean-Charles Le Huec (Bordeaux)
SOO	17-12 2016	Reprise de prothèse totale de genou	Frédéric Dubrana (Brest), Paul Bonnevalle (Toulouse), Christian Mabit (Limoges), Thomas Goulven (Brest), Patrice Mertl (Amiens), Thierry Musset (Lorient)

Samedi 29 octobre 2016
Rejoignez-nous EN DIRECT de la Sofcot de 10h à 11h

FRACTURES SUR PROTHESES
Modérateur : Thierry Bégué (Paris) / Intervenants : Thierry Favier (Manosque), Philippe Massin (Paris) et Dominique Saragaglia (Grenoble)

Pour assister à ce cours, merci de vous inscrire sur www.sofcot.fr/E-learning

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

21 octobre 2016

> Paris, France

Séminaire "information sur les modalités d'exercice de la chirurgie"

Formation permanente transversale destinée aux jeunes chirurgiens PH, CCA, Internes
50 participants maximum
Académie Nationale de Chirurgie - Les Cordeliers
15, rue de L'Ecole de Médecine - 75006 Paris
Inscription par mail sur : administration@academie-chirurgie.fr

3-5 novembre 2016

> Dubai, Émirats arabes unis

5th International Congress for Joint Reconstruction – Middle East 2016

World Trade Center
sardor.rafikov@medorg.ae
<https://icjr.net/meeting/overview.144.htm?validated>



4-5 novembre 2016

> Munich, Allemagne

7th International Hip Arthroscopy Meeting

marana.mueller@intercongress.de
<http://hipmeeting.de>



8-11 novembre 2016

> Paris, France



91^e réunion annuelle de la SOFCOT

Paris, Palais des Congrès
SOFCOT - 56 rue Boissonnade
75014 Paris

91^{ème} congrès de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique sous la Présidence des Professeurs Philippe Hernigou (SOFCOT) et Jean-Michel Clavert (AOT)
Organisation : EVENTIME
Caroline.metais@eventime-group.com
[sofcot@sofcot.fr](http://www.sofcot-fr.com)
<http://www.sofcot-congres.fr/fr>



9 novembre 2016

> Paris, France

Séance commune SOFCOT-ANM : Prise en charge médico-chirurgicale des suites opératoires

Académie Nationale de Chirurgie - Les Cordeliers
15, rue de L'Ecole de Médecine - 75006 Paris
Sans inscription - Ouvert au public
http://www2.academie-chirurgie.fr/sean/?cle_seance=677

10-11 novembre 2016

> Heidelberg, Allemagne

10th Heidelberg Castle Live Surgery Meeting

Königsaal und Ottheinrichsbau, Heidelberg Castle, Heidelberg, Germany
Topics: Knee surgery, arthroscopy, replacement
anne.roetsch@intercongress.de
<https://www.intercongress.de/deutsch/Kongresse/KongressFactsheet.php?ID=806660.1&Jahr=16&start=1>

Chairmen:
Prof. Rainer Siebold
Priv.-Doz. Christoph Becher
Prof. Fritz Thony
Prof. Hajo Thermann

10th International Heidelberg Castle-Meeting

17-18 novembre 2016

> Lille, France

XX^e Congrès National Scientifique ISPO-France

Congrès placé sous la Présidence du Pr F. GENÉT.
Programme scientifique placé sous le signe des techniques d'appareillage et des aspects très concrets de la pratique de l'orthopédie externe.
<http://www.ispo-france2016.com>

26 novembre 2016

> Le Mans, France



GECO SPINE Course - Update on Artificial Disc Replacement

Porsche Expérience Center - Le Mans
info@geco.asso.fr

30 nov. - 3 déc. 2016

> Paris, France

Congrès de la Société Francophone d'Arthroscopie 2016

Paris - Porte de Versailles
<http://congres.sofarthro.com/fr/>



9 décembre 2016

> Paris, France

Journée de la clinique chirurgicale 2016

Destinée aux jeunes PH, CCA, Internes (candidats aux Prix cliniques 2016 et nominés)
Académie Nationale de Chirurgie - Les Cordeliers
15, rue de L'Ecole de Médecine - 75006 Paris
Inscription par mail sur : administration@academie-chirurgie.fr

14 décembre 2016

> Paris, France

Séance commune SOFCOT-ANC

Académie Nationale de Chirurgie - Les Cordeliers
15, rue de L'Ecole de Médecine - 75006 Paris
Organisateur/Modérateur : Jean-Michel CLAVERT
Sans inscription - Ouvert au public
http://www2.academie-chirurgie.fr/sean/?cle_seance=683

15-17 décembre 2016

> Paris, France

52^e Congrès annuel de la Société Française de Chirurgie de la Main

Palais des Congrès, Paris
EVENTIME
alexandra.boband@eventime-group.com
<http://gemcongres.com>



16 décembre 2016

> Paris, France

Journée du forum de recherche chirurgical ANC 2016

Destinée aux jeunes PH, CCA, Internes (candidats au Prix 2016)
Académie Nationale de Chirurgie - Les Cordeliers
15, rue de L'Ecole de Médecine - 75006 Paris
Organisateur/Modérateur : Jean-Michel CLAVERT
Inscription par mail sur : administration@academie-chirurgie.fr

15-17 janvier 2017

> Paris, France

Journées cicatrisations 2017
Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations (SFFPC)

Palais des Congrès, Paris
MCI France
inscriptions@cicatrisations2017.org
<http://www.cicatrisations2017.org/inscriptions-hebergement/9>

21-24 janvier 2017

> Les Arcs 1800, France

 XXXXI^e Réunion Elargie du GECO
Hôtel du Golf - info@geco.asso.fr

25 janvier 2017

> Paris, France

Chirurgie orthopédique : colonne vertébrale

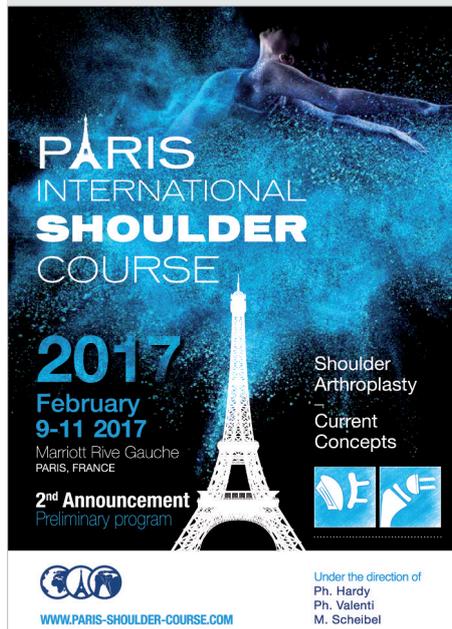
Académie Nationale de Chirurgie - Les Cordeliers
15, rue de L'Ecole de Médecine - 75006 Paris
Sans inscription - Ouvert au public
http://www2.academie-chirurgie.fr/sean/?cle_seance=688

9-11 février 2017

> Paris, France

Paris International Shoulder Course

Marriott Rive Gauche - 17 bd Saint-Jacques - 75014 Paris
EVENTIME
alexandra.boband@eventime-group.com
<http://www.paris-shoulder-course.com/en/>



10-11 mars 2017

> Strasbourg, France

48^e réunion du Groupe d'étude de la Scoliose

IRCAD Strasbourg
siham.guandourro@mcocongres.com
<http://www.ges.plus>

14-18 mars 2017

> San Diego, USA

American Academy Orthopaedic Surgeons Meeting 2017

meeting@aaos.org
<https://www.aaos-igd.com/Home.aspx>

16-18 mars 2017

> Monaco, Monaco

IOC World Conference on prevention of injury and illness in sport

Grimaldi Forum
info@ioc-preventionconference.org
<http://www.ioc-preventionconference.org>



22-24 mars 2017

> Rouen, France

Journées de la SOFOP 2017
<http://www.sofop.org>



27 mars - 1 avril 2017

> Romana, République Dominicaine

37^{es} Journées Caraïbiennes d'Orthopédie (JCO)

1^{res} Journées Franco-Dominicaine d'Orthopédie et de Traumatologie

Pr JL Rouvillain et
Docteur Julio César Landron De La Rosa, Président de la SDOT
Mme Christine VALBON
CHU de Martinique - Hôpital P. Zobda-Quitman
Secrétariat Scientifique d'Orthopédie 2C
CS 90632 - 97261 Fort-de-France Cedex
madinortho@chu-fortdefrance.fr
<http://www.meetingoutremer.com/37emes-journees-dorthopedie-doutremer/>

13-14 avril 2017

> **Lyon, France**

Lyon Hip Arthroplasty

registration@lyon-hip-arthroplasty.com

http://www.lyon-hip-arthroplasty.com/welcome-address/1

20-22 avril 2017

> **Agadir, Maroc**

**35^e congrès de la SMACOT
Société Marocaine d'Orthopédie-
Traumatologie**

aminasmacot@yahoo.fr

http://www.smacot.org

12-13 mai 2017

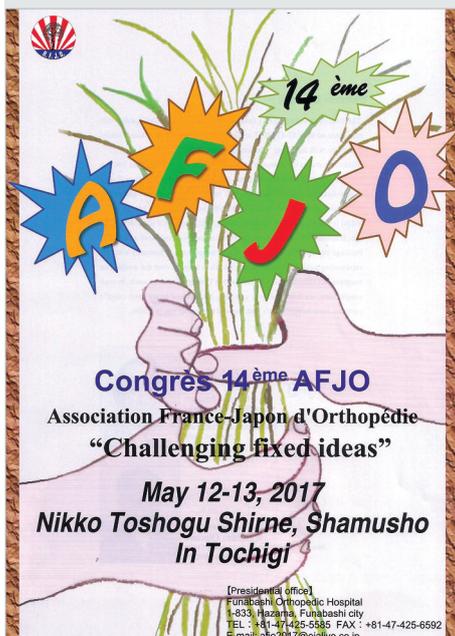
> **Nikko, Japon**

**14^e congrès de l'Association France-
Japon d'Orthopédie (AFJO)
"Challenging fixed ideas"**

Nikko Toshogu, Parc national de Nikko, Tochigi
Presidential Office Funabashi,
Orthopaedic Hospital 1-833, Hazama
Funabashi City

afjo2017@oialive.co.jp

http://www.afjo2017nikko.com/greeting/index_eng.html



Congrès 14^{ème} AFJO
Association France-Japon d'Orthopédie
"Challenging fixed ideas"
May 12-13, 2017
Nikko Toshogu Shirne, Shamusho
In Tochigi

[Presidential office]
Funabashi Orthopaedic Hospital
1-833, Hazama, Funabashi city
TEL : +81-47-425-5335 FAX : +81-47-425-6592
E-mail: afjo2017@oialive.co.jp

31 mai - 2 juin 2017

> **Vienne, Autriche**

18th EFORT Congress

Messe Reed Vienna Messepl. 1,

1020 Vienna, Austria

EFORTRegistration@
mci-group.com



https://www.efort.org/vienna2017/

24-27 octobre 2017

> **Berlin, Allemagne**

DKOU 2017

dkou@intercongress.de

http://2017.dkou.org



Join us for the 18th EFORT Congress

18th EFORT Congress: 31 May-02 June 2017 | Vienna, Austria

Main theme: Sports Activities and Orthopaedic Practice



- Abstract Submission deadline: 13 November 2016, 23:59 CET
- Early Registration deadline: 27 February 2017
- Online Advance Programme: 15 March 2017

More information: www.efort.org/vienna2017

1-3 juin 2017

> **Lille, France**

**Congrès annuel de la Société Française
de Chirurgie Rachidienne (SFCR)**

Lille Grand Palais

congres.sfcr@gmail.com

http://www.sfcr.fr

4-8 juin 2017

> **Shanghai, Chine**

ISAKOS

isakos@isakos.com

https://www.isakos.com/2017Congress

29 juin - 1 juillet 2017

> **Tours, France**



**Société d'Ortho-
pédie de l'Ouest
(SOO) 2017**

jocelyne.cormier@orange.fr

http://soo.com.fr/congres/



SFCR
Société Française de Chirurgie Rachidienne
Congrès annuel
2017

Lille
1^{er} - 3 juin

GRAND PALAIS
Président du congrès
Richard Assaker (Lille)

www.sfcr.fr