

REMISE DES MÉDAILLES
aux membres d'honneur
de la SOFCOT

RETROUVEZ-LES p.16

LUNDI À 16^H30, GRAND
AMPHITHÉÂTRE, NIVEAU 1/2

**SÉANCE
PROFESSIONNELLE**

Chirurgien orthopédiste : mais qui est-il vraiment ?

Au menu de la séance professionnelle : passé, présent et avenir de notre profession. Ces trois temps sont abordés au travers de thèmes précis permettant de mieux saisir les enjeux actuels en chirurgie orthopédique en particulier pour les plus jeunes d'entre nous.

Le passé est étudié par les résultats de deux enquêtes, l'une sur la démographie, l'autre sur l'état ostéo-articulaire de la population française. Ces études ont été financées par la SOFCOT. Le Pr Gérard Bollini et le Dr Jacques Caton présenteront les résultats de ces études édifiantes. En effet les chiffres sont très dispersés en France, variables selon les administrations, souvent contradictoires et de toute façon peu accessibles : étions-nous 2500 ou 3600 chirurgiens orthopédistes en exercice en 2010 ? Qu'avons-nous réalisé comme interventions, comme consultations ?

Le présent est focalisé sur l'installation : Où s'installer ? En privé, à l'hôpital, dans quelles structures ? C'est souvent au grès des rencontres, lors de stages, de remplacement que se forge la conviction de l'apprenti chirurgien. Peut-être avec des a priori, mais sûrement avec de grandes zones d'ombre. Trois témoins, le Dr Beaudoin Redreau pour l'installation en privé, le Dr François Loubignac pour l'exercice en centre hospitalier et le Pr Dominique Chauveaux pour la carrière universitaire exposeront plus que les avantages et les inconvénients : leurs vécus.

La troisième partie est un des thèmes de la réorganisation des

ÉDITO « Une année prolifique »



Pr Bernard MOYEN
Président de la SOFCOT

La SOFCOT a quitté son seul habit de société savante et est devenue une société professionnelle. Elle apporte son soutien logistique au Syndicat et au Collège.

Le Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes est une structure très active d'analyse et de propositions professionnelles. C'est une vigie intelligente qui joue un rôle indispensable à l'équilibre de notre société.

Le Collège National des Chirurgiens Orthopédistes organise l'enseignement et le contrôle du DESC des internes. Le Collège est à

l'origine de la création de séminaires et cours : ostéosynthèse, épaule, arthroscopie, sciences fondamentales, orthopédie pédiatrique.

Des actions essentielles ont été entreprises cette année :

- **Les liens renforcés avec les sociétés associées et partenaires :** à travers l'organisation du congrès, et ses rapports avec les tutelles, la SOFCOT garde une cohésion forte avec les sociétés Associées et Partenaires. Les directeurs des symposiums et les modérateurs de séances sont désignés par moitié par la ou les sociétés associées ou partenaires en fonction du sujet avec un équilibre entre secteur public et privé.
- **La remise en action du registre des prothèses :** c'est une préoccupation internationale. Notre performance du registre français des prothèses totales de hanche est médiocre. Nous avons un savoir-faire apprécié. Notre registre est indexé au numéro de Sécurité sociale, ce qui est unique au monde. Nous avons un centre Suisse d'analyse et une connexion plus rapide avec Orthowave. Il ne manque donc plus qu'une bonne exhaustivité. Celle-ci pourrait venir à travers l'accréditation des établissements de santé. Un grand remerciement à Christian Delaunay qui s'est investi intensément dans ce combat.
- **La chirurgie ambulatoire :** le développement de la chirurgie ambulatoire constitue une priorité nationale pour 2020. Il nous est proposé de changer de paradigme : la chirurgie ambulatoire devenant la référence. Son bénéfice réel reste à analyser pour notre spécialité : la commission de la chirurgie ambulatoire dirigée activement par le Pr Christophe Hulet s'occupe de ce problème.
- **La prévention du risque :** l'enquête de la DRESS 2009 sur les événements indésirables graves associés aux soins indique que 900 accidents médicaux surviennent chaque jour dans les hôpitaux et cliniques français, dont 400 seraient évitables. La culture de la prévention du risque, notre société professionnelle la doit à Orthorisq qui a été le premier organisme agréé en 2007 pour la gestion des risques. Il a pris une part importante dans la prévention des infections du site opératoire, dans l'analyse de divers incidents dont il fait une alerte professionnelle, et dans la mise en œuvre de la "check list".
- **Le problème assurantiel :** c'est un problème essentiel pour un grand nombre d'entre nous. Les primes d'assurance augmentent, notre sinistralité n'est pas clairement connue. Il existait un trou de garantie limité à 3 millions d'euros et un autre limité à 10 ans après le fait générateur ou déclaratif. Le vote définitif au Parlement et du Sénat a été favorable, pour de saines propositions. Malheureusement cette loi a été retoquée

(Suite p. 2)

soins en cours souhaité par le ministre qui va impacter notre exercice professionnel dans le futur : la rupture souhaitée au profit de la chirurgie ambulatoire va changer nos prises en charge et probablement notre métier. Serons-nous simplement des techniciens ? Le chiffre de 80 % des actes en chirurgie ambulatoire est avancé, suivi du retour à domicile du patient. Est-ce réaliste en chirurgie orthopédique ? Est-ce

une fiction financière portée par des illusionnistes ou une opportunité d'amélioration ? Comment gérer le flux de patient, comment s'organiser, se former ? Travailler en équipe ? Améliorer la communication ?... Et bien d'autres questions. Venez écouter le Pr Charles Court, le Dr Pierre Devallet, le Dr Claude Reboul et le Pr Alain Sautet débattre sur le sujet et apporter leur éclairage ■

Dr Patrice Papin

14^H00 – 16^H00 – SALLE 353, NIVEAU 3

**124 EXPOSANTS
présents cette année**



ÉDITO « Restons unis »

Le principal message que nous voulons adresser aux orthopédistes est d'adhérer à la SOFCOT, votre société. Il faut arrêter de critiquer cette institution qui n'existe que dans l'intérêt de toute la profession. La SOFCOT a besoin de la bonne volonté des plus jeunes et des plus anciens qui hésiteraient encore à la rejoindre. Donner du temps à sa profession est toujours valorisant et permettra de mieux nous défendre par rapport à nos partenaires institutionnels, toujours ravis de nos discordes.

La majorité des orthopédistes rechigne à s'engager dans les différentes procédures du type EPP, FMC, certification et recommandations, les jugeant compliquées, chronophages et sans intérêt. Il ne faut pas attendre des mesures coercitives de l'HAS. L'objectif de la SOFCOT est de simplifier au maximum ces contraintes pour les faire accepter car l'évaluation de nos pratiques deviendra obligatoire.

L'un des principaux rôles de l'Académie est d'organiser le congrès. Le Président et l'ensemble du bureau doivent veiller à ce que le congrès reste généraliste avec un temps de parole équilibré entre toutes les spécialités de l'orthopédie traumatologique. Cette année, chaque société fille ou partenaire a été sollicitée pour un symposium ou une table ronde. Les symposiums et les conférences d'enseignement sont choisis dorénavant par tous les membres de la société par un vote en ligne et non plus lors du congrès par une assemblée habituellement peu nombreuse. Les symposiums sont au nombre de 2 choisis trois ans avant leur présentation. Il s'agit donc de travaux prospectifs. Cette année seront présentés les résultats à dix ans de recul des prothèses totales du genou et les infections précoces du site opératoire en traumatologie. Les sujets des tables rondes sont choisis par le Président du congrès et les Directeurs de ces tables rondes sont nommés en accord avec le bureau de la société fille ou partenaire de la spécialité concernée. Le Président doit également garder un équilibre entre les nouveautés et la présentation de résultats à moyen et long terme. La Société Française de la Hanche et du Genou (SFHG) présentera deux controverses : la modularité du col prothétique dans la prothèse totale de hanche et les ancillaires personnalisés dans les prothèses du genou. La SOFROT présentera l'apport des concentrés plaquettaires dans les lésions osseuses et musculo-tendineuses. Une séance sera consacrée à la thérapie à pression négative des plaies. Des sujets plus classiques seront également traités : actualité sur la prise en charge des métastases osseuses diaphyso-épiphysaires et rachidiennes et traitement de l'arthrose du poignet en 2011. La société de l'épaule et du coude traitera les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus : prothèse ou ostéosynthèse ? Les actualités en chirurgie du ligament croisé antérieur termineront les différents sujets des tables rondes. Les résultats des symposiums et tables rondes doivent servir à améliorer nos indications et nos techniques mais aussi à établir des recommandations et



Pr Jean-Paul LEVAI
Président de l'AOT

(Suite p. 2)

ÉDITO du Pr Bernard MOYEN (Suite de la p. 1)

par le Conseil Constitutionnel. Le ministre Xavier Bertrand promet une solution pour janvier 2012.

- **Les axes de la politique internationale de la SOFCOT**: nous mettrons en tout premier notre plus étroite collaboration avec l'EFORT. Nos relations privilégiées avec la SICOT, l'AOLF seront activement maintenues. Des relations privilégiées existent déjà avec le Japon et l'Allemagne. Nous allons développer des relations suivies avec l'Argentine, la Chine et l'Europe du Sud.
- **Le délégué**: sous le contrôle du Président et du Secrétaire général il sera chargé de la préparation des dossiers dans nos rapports avec nos tutelles, de rechercher des financements (régionaux, européens et privés).
- **La Fondation**: cette structure nouvelle et indépendante de la SOFCOT a pour but de réunir des fonds privés afin de soutenir les efforts de formation, d'éducation et de recherche de notre communauté. Elle sera créée en janvier 2012. Je fonde beaucoup d'espoir dans cette structure afin d'augmenter notre soutien pour nos jeunes collègues.
- **Un troisième symposium**: les symposiums sont une caractéristique unique de la SOFCOT. Ils mobilisent beaucoup de savoir et d'énergie de la part de toute la communauté. OTSR publie des articles scientifiques à partir des points forts du symposium. Sa reconnaissance internationale est acquise. Le premier encourageant impact factor est de 0,52. Il nous paraît donc important d'imaginer un troisième symposium (2014) dont la forme précise reste à définir.
- **La création du Conseil National Professionnel (CNP) d'orthopédie**: lors du congrès seront mises en place ses structures paritaires. Il s'agira, entre autre, de participer au développement professionnel continu (DCP) et d'assurer aussi la promotion de référentiels, recommandations estampillées CNP et SOFCOT.
- **La création d'un nouveau site Internet**: la commission de la communication dirigée par Charles Msika aura cette mission. Elle commencera en 2012, une fois le budget alloué.
- **L'inauguration des nouveaux locaux de la SOFCOT**: elle se fera début 2012. Ce sera un large espace de 600 m² qui permettra de faire des réunions dans 3 salles bien aménagées. Grâce aux efforts soutenus d'Alain Sautet (secrétaire général), de Charles Court (secrétaire général adjoint) et de Bernard Tomeno une maison des orthopédistes va naître. Le Président, avec son bureau, a l'honneur d'être au service de notre profession ■

Pr Bernard Moyen,
Président de la SOFCOT

ÉDITO du Pr Jean-Paul LEVAI (Suite de la p. 1)

à répondre à l'HAS sur l'opportunité de nouvelles techniques : leur intérêt médical, leur coût et les conséquences sur l'hospitalisation. Nous devons prouver la qualité des nouvelles techniques en tenant compte dorénavant de l'environnement financier et économique.

Il faut rester vigilant et objectif pour éviter les querelles d'école et les avis trop tranchés. Il existe toujours des techniques différentes permettant d'obtenir un bon résultat pour une intervention donnée. La technique dépend de la sensibilité et de la formation de chacun. Ainsi, lors du congrès de l'EFORT, la médaille de bronze de la meilleure publication a été obtenue par une équipe qui a rapporté que les résultats de 1 465 prothèses totales du genou naviguées étaient inférieurs à ceux obtenus avec une instrumentation traditionnelle, résultat basé sur le registre norvégien. Le rôle de l'Académie est également de pousser certaines équipes à publier. Nous avons tous en mémoire les difficultés rencontrées pour inscrire sur la liste des produits remboursables les cupules de hanches à double mobilité par manque de publication.

L'ouverture vers les pays européens est nécessaire. Cette année, trois forums seront proposés : le forum EFORT sur les ruptures du tendon d'Achille et deux pays invités. L'Espagne et l'Allemagne nous présenteront leur axe de recherche.

Les temps des communications particulières et d'évaluation de nos pratiques professionnelles sont maintenant classiques et maintenus à deux heures pour chaque séance.

Le cercle Nicolas Andry traitera, toujours avec originalité, du thème de la connaissance et de l'éthique. La discussion de dossiers et les communications particulières garderont le même temps de parole.

Concernant l'organisation, le congrès va rester très classique cette année. Il évoluera l'année prochaine avec un début non plus le lundi matin mais l'après-midi par les conférences d'enseignement. Dans les années à venir, l'objectif est de réduire le temps du congrès pour le ramener à trois jours suivi le vendredi de la journée d'Orthorisk. La séance inaugurale et le forum grand public seront probablement écourtés. Les symposiums satellites par les laboratoires seront proposés entre 12 h 30 et 13 h 30.

La SOFCOT et l'AOT évoluent pour mieux vous satisfaire ■

Pr Jean-Paul Levai,
Président de l'AOT

SÉANCE INAUGURALE**LA SOFCOT fait son cinéma**

La SOFCOT a le plaisir de recevoir cette année, pour sa séance inaugurale, Thierry Frémaux, Directeur de l'Institut des Frères Lumière à Lyon, Délégué Général du Festival du cinéma de Cannes et Directeur du festival Lumière du cinéma pour tous de Lyon. C'est l'occasion de rendre un hommage aux Frères Lumière, pionniers du cinéma, dans une ode au cinéma du mouvement, notion fondamentale pour nous tous orthopédistes.

Thierry Frémaux est un ami de longue date qui nous fait l'honneur et la grande amitié de venir montrer et commenter avec sa passion et son immense talent une série de films des Frères Lumière. Initié au cinéma par son père, il enseigne le judo dont il est ceinture noire, et étudie l'histoire sociale, obtenant sa maîtrise avec un mémoire consacré aux débuts de *Positif*, revue mensuelle du cinéma. Il débute un DEA sur l'histoire sociale du cinéma.

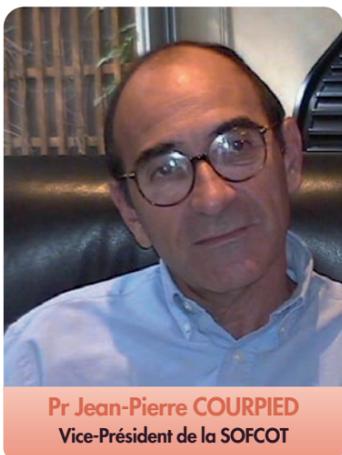
En 1997, il est nommé directeur artistique de l'Institut Lumière aux côtés du président Bertrand Tavernier, et ensemble ils organisent le centenaire du cinéma en 1995 et la restauration des films des Frères Lumière. Après avoir décliné la direction de la Cinémathèque française en 1999, il devient délégué artistique du festival de Cannes pour succéder à Gilles Jacob. À la tête de la sélection cannoise, il marque le retour des studios américains sur le tapis rouge, ouvre le Palais des festivals aux films de genre et au cinéma d'animation, poursuit l'ouverture aux cinématographies exotiques, prend des risques avec des films engagés, et institue la diffusion de films classiques restaurés. Il organisa en 2009 le premier Festival Lumière du cinéma pour tous à Lyon.



Les Frères Lumière: Auguste Lumière (1862-1954) et Louis Lumière (1864-1948) sont deux ingénieurs français considérés comme les inventeurs du cinéma. Ils ont joué un rôle primordial dans l'histoire du cinéma et de la photographie.

À la différence d'autres appareils de projection, le cinématographe Lumière, à la fois caméra, tireuse et visionneuse, supplante les autres procédés de reproduction du mouvement utilisés jusqu'alors. Son originalité est de comporter un mécanisme d'entraînement qui permet une plus grande fluidité de l'image animée et une projection élargie.

On date généralement la naissance du cinéma à la première projection privée

ÉDITO « L'union fait la force »

Pr Jean-Pierre COURPIED
Vice-Président de la SOFCOT

Vous avez tous noté que maintenant la SOFCOT est devenue ce qu'on appelle une société professionnelle. Evidemment elle l'était déjà avant en ce sens que la fédération d'orthopédie réunissait, mais de façon moins formelle, les aspects scientifiques, syndicaux et formateurs de notre profession. Une grande clarification, nécessaire, a été faite ces dernières années avec un organigramme un peu complexe

mais solide et bien adapté. La vraie nouveauté a été la fondation d'Orthorisk qui représente la prise en compte des risques entourant l'exercice de la chirurgie orthopédique. Sous l'impulsion de nos tutelles, de la loi ou de certaines conventions, beaucoup de structures ou de concepts ont vu le jour, certains assez éphémères, d'autres toujours en gestation. À chaque fois la SOFCOT, sollicitée, a répondu « présent » pour participer.

Ceci demande du temps et des efforts, fournis en règle par les membres du bureau. Il faudrait ouvrir plus ces commissions et groupes de réflexion à d'autres membres compétents de notre Société. Il nous faut effectivement continuer de participer, même si le rapport temps/efficacité est discutable, aux grands projets de nos tutelles (CNP, DPC, etc.) mais ne pas perdre de vue que c'est en nous qu'existent les res-

sources intellectuelles, morales et techniques pour progresser. La SOFCOT est l'enveloppe de nombreuses sociétés associées ou partenaires. Ce n'est pas un système impérialiste mais une façon de présenter un front uni et unique au monde extérieur. Ce rôle d'information, de conseil, parfois de tampon est primordial devant tous ces organismes qui aiment bien régler le travail des autres. C'est bien connu, l'union fait la force et la fragmentation, parfois tentante aux yeux de certains, nous rendrait très fragiles. La SOFCOT est donc une grande famille et nous devons développer encore plus les échanges en son sein. Dans les projets de l'année à venir il y a une refonte du site Internet afin qu'il devienne plus pratique, plus agréable et plus utile pour chacun de nous. L'évolution vers une sorte de réseau social des orthopédistes est souhaitable.

La cellule de communication va s'attaquer à ce problème et toutes les suggestions seront les bienvenues.

Comme vous le savez le siège de la SOFCOT est en cours de rénovation afin de pouvoir mieux accueillir les réunions des diverses commissions et des sociétés associées. L'argent étant comme toujours le nerf de la guerre nous allons développer la Fondation SOFCOT, créée par Bernard Moyen et Alain Sautet, afin de nous aider à recueillir des fonds.

Ainsi pour l'année à venir il y aura trois axes principaux de travail: la participation aux diverses instances réglant la vie professionnelle, le développement de notre communication interne et le fonctionnement de notre Fondation SOFCOT. Je souhaite que tous se reconnaissent dans ce projet ■

Pr Jean-Pierre Courpied,
Vice-Président de la SOFCOT

(Suite de la p. 2, article ci-contre)

qui se déroula dans la résidence des Frères Lumière, à La Ciotat en septembre 1895, et à la première projection publique au Salon indien du Grand Café à Paris, le 28 décembre 1895. Ce 28 décembre, alors que la salle est peuplée d'une trentaine de personnes, l'engouement qui naît fait date et le bouche à oreille aidant, le Salon indien ne devait plus par la suite désemplir. Cette séance historique comprenait 10 films tous réalisés par Louis et Auguste Lumière en 1895, dont *La Sortie des Usines Lumière*, le tout premier film de l'histoire du cinéma.

Elle a cependant été précédée de plusieurs répétitions. C'est en effet le 22 mars 1894 dans les locaux de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale à Paris qu'a lieu la première représentation de ce qui devait être le premier film des deux inventeurs : *La Sortie de l'usine Lumière à Lyon*. Les Frères Lumière déposent le brevet de leur cinématographe le 13 février 1895. Ils ont mis au point et commercialisé le premier procédé industriel de photographie couleur : l'autochrome.

Touche-à-tout

Les Lumière étaient des touche-à-tout. Ils inventèrent également la plaque photographique sèche, la photographie en couleur (1896), la photostéréosynthèse (procédé de photographie en relief, en 1920) et le cinéma en relief en 1935, par le procédé des anaglyphes. Ils ont également perfectionné la croix de Malte, système qui permet à une bobine d'avancer par intermittence. Cette invention est toujours utilisée de nos jours.

Ils sont à la source de bien d'autres inventions ou théories, notamment dans l'univers médical. Auguste Lumière tenta en particulier - sans succès, et sa rancœur envers ses collègues apparaît dans ses ouvrages - de diffuser une théorie des phénomènes colloïdes en biologie, théorie qui malgré ses approximations et ses nombreux postulats, développe une idée avant-gardiste de ce que sera l'immunologie moderne. Il a été recensé 196 brevets. Ils sont à la source de médicaments tels que le « *Tulle gras* » pour soigner les brûlés ou le traitement de la tuberculose grâce aux sels d'or et à la Cryogénie.

Les Frères Lumière forment et envoient des opérateurs de part le monde pour faire la promotion de leur cinématographe. Dans les pays qu'ils traversent, ils tournent et projettent leurs réalisations devant un public médusé.

Ils ont réalisé plus de 1425 petits films ou court métrages. Pour des raisons techniques ces films étaient courts. Ils représentent des scènes de la vie. Il y a beaucoup d'humour et de mouvement dans ces films et cela va certainement être pour vous une découverte qui vous enchantera ■

Pr Bernard Moyen

Source documentaire Wikipedia



Manufacturing Excellence for Life Technologies

Dental



Extremities



Instruments



Orthopaedics



Spine



Trauma



LISI MEDICAL is committed to excellence in the manufacture of medical devices related to human life improvement

Quality - Technology - Efficiency - Project Management
Passion - Relationship - Accountability - Continuous Improvement

www.lisi-medical.com
contact@lisi-medical.com
EU: + 33 4 78 55 80 00
USA: + 1 760 432 9785

LINK SOLUTIONS FOR INDUSTRY

lisi MEDICAL

➔ Nous serons ravis de vous accueillir pendant la SOFCOT sur notre stand F20.

JOURNÉE DE SPÉCIALITÉS La SOFROT : un interlocuteur privilégié pour la recherche en orthopédie

Les préoccupations des chercheurs et des chirurgiens ne convergent pas nécessairement. Mais ils doivent collaborer ensemble pour faire progresser notre spécialité. Cette quatrième édition de la journée de la SOFROT au sein du congrès de la SOFCOT permet de tels échanges.

Fondée en 2008 à l'initiative du Pr Philippe Rosset la Société française de recherche en chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFROT) est le fruit du rapprochement entre le GRECO (Groupe de recherche en chirurgie orthopédique) et le GESTO (Groupe pour l'étude des substituts tissulaires et osseux en orthopédie), pour faire de la SOFROT l'interlocuteur unique de la recherche en orthopédie, « à l'instar des autres pays européens qui n'ont qu'une société de recherche ». Deux réunions sont organisées par la SOFROT. La première, au printemps, se déroule en comité restreint. Y sont présentés six à huit travaux de master 2 par des jeunes chirurgiens, chercheurs ou ingénieurs en biomécanique. Le meilleur reçoit un prix de 1500 € notamment pour encourager le lauréat à publier sa thèse. La seconde se déroule dans le cadre du congrès de la SOFCOT. Le caractère transversal de la spécialité explique sa programmation hors de la journée des spécialités. Cela permet aux chirurgiens intéressés par la recherche de participer aux séances de la SOFROT.

Programme

Comme pour les autres sociétés « filles », la séance de communications particulières (8 h 30-10 h 30) est ouverte aux communications de recherche spécialisées, moins adaptées à la session « recherche » de la SOFCOT, plus généraliste.

A 11 heures, deux conférences font le point sur la microarchitecture osseuse. Le Pr Daniel Chappard (U 922 Angers) fera le point sur la microarchitecture osseuse et ses implications en orthopédie. Le Pr Thierry Hoc (Ecole Centrale de Lyon) abordera l'aspect de la micromécanique du tissu osseux et sa fragilité. Le but de ces conférences est de sensibiliser les orthopédistes à la physiologie du tissu osseux à une échelle micrométrique, qui n'est pas celle à laquelle ils ont l'habitude de travailler, mais à laquelle se situent beaucoup de clés assurant le succès des prothèses qu'ils posent.

Cette approche de l'os à une échelle millimétrique et en dessous concerne nos seulement l'architecture mais aussi les cellules. La thérapie cellulaire et l'étude de l'interface entre

cellules et biomatériaux et/ou implants sont des sujets de recherche actuels qui vont avoir un impact dans les années à venir sur la composition et l'état de surface des implants.

Le but de la SOFROT est d'offrir aux chirurgiens des sujets accessibles, ayant un lien concret avec leur pratique. C'est tout l'intérêt de cette session de la SOFROT : mettre en relation chercheurs et chirurgiens, ces derniers pouvant les conseiller et les orienter en fonction de leurs préoccupations pratiques. Ces contacts peuvent aussi inciter les internes à s'impliquer dans les équipes de recherche. Actuellement les grands organismes de recherche et en particulier l'INSERM cherchent à développer la recherche translationnelle entre recherche fondamentale et recherche clinique. De plus en plus d'équipes de recherche accueillent ainsi des cliniciens. Ce dialogue permet aux uns et aux autres de voir quelles sont les meilleures options à prendre et d'éviter ainsi de s'orienter vers des voies sans issue.

La Revue de chirurgie orthopédique (RCO) accompagne les travaux de la SOFROT en proposant la publication d'un mémoire de recherche par numéro, soumis et publié en anglais, relu et critiqué par un comité de lecteurs spécifique pour la recherche. La SOFROT édite tous les 2 ans sa monographie des substituts osseux, créée et mise à jour par le Pr Didier Mainard ■

Pr Philippe Rosset

8^h30 – 12^h30 – SALLE 343, NIVEAU 3

ENTRETIEN Recherche fondamentale : de la difficulté de motiver les chirurgiens

La science n'attire pas les chirurgiens. Pourquoi ? Que faire ? Entretien avec le Professeur Philippe Rosset, Président de la Société française de recherche en chirurgie orthopédique et traumatologique.

Les orthopédistes sont-ils suffisamment impliqués dans la recherche fondamentale ?

Pr Philippe Rosset : *Non, malheureusement la coopération avec les équipes de chercheurs demeure insuffisante. Nous voudrions parvenir à fédérer davantage ces rapprochements. C'est l'un des objectifs de la SOFROT.*

Pour quelles raisons les chirurgiens ne franchissent pas davantage la porte des laboratoires ?

Pr P.R. : *La recherche fondamentale n'a pas d'effet immédiat sur leur pratique. A leur décharge, il faut bien reconnaître que la formation initiale est trop peu tournée vers la recherche en particulier fondamentale.*

Que faire pour favoriser une coopération entre chercheurs et chirurgiens ?

Pr P.R. : *La recherche fondamentale s'intéresse aux futurs biomatériaux et à la thérapie cellulaire qui prend de plus en plus d'importance. Il faut que les chirurgiens comprennent l'importance et l'impact de cette recherche sur leurs pratiques. Il suffit par exemple de se tourner vers les Etats-Unis pour mesurer tout l'intérêt d'un engagement des chirurgiens auprès des équipes de chercheurs : là-bas, les travaux de l'Orthopaedic Research Society (ORS) se matérialisent rapidement. Seulement quelques années après les premières publications certaines innovations se concrétisent en pratique.*



Par ailleurs, il faut inciter les jeunes internes à réaliser tôt dans leur cursus un master 2 auprès des équipes de recherche. Cela permet d'établir des contacts entre cliniciens et chercheurs et de développer la recherche translationnelle. La SOFCOT subventionne chaque année plusieurs internes durant leur année de master grâce aux bourses qu'elle attribue ■

Propos recueillis par Pierre Derrouch

FORUM EFORT

Tendon d'Achille : ruptures en hausse

Le tendon calcanéen ou tendon d'Achille est le plus volumineux, le plus épais et le plus résistant des tendons de l'organisme. La diffusion des activités sportives de loisirs dans les pays industrialisés a entraîné une augmentation des pathologies traumatiques et micro-traumatiques du tendon calcanéen.



L'hypo-vascularisation au niveau de son insertion et de sa portion rétrécie, le vieillissement comme celui de tous les tendons de l'organisme mais également certaines thérapeutiques (fluoroquinolones, infiltrations de corticoïdes...) peuvent aussi expliquer la fréquence des lésions du tendon calcanéen.

La rupture aiguë du tendon d'Achille est une pathologie fréquente survenant majoritairement chez le jeune pratiquant des sports nécessitant une impulsion sur l'avant-pied (tennis, saut, basket...). La présentation clinique est évocatrice. Cependant, 20 à 30 % des ruptures fraîches ne sont pas diagnostiquées à la phase initiale que ce soit par méconnaissance des signes d'examen ou par diagnostic erroné de rupture partielle. Les indications thérapeutiques sont difficiles à formaliser et dépendent du patient, de ses attentes ainsi que des préférences du médecin ou du chirurgien. Le traitement des ruptures fraîches est très largement chirurgical, les techniques mini-invasives sont en plein développement même si le traitement conventionnel ouvert reste le *gold standard* pour les sportifs. Une suture bout à bout est généralement suffisante à obtenir une bonne cicatrisation tendineuse. Les traitements orthopédique et fonctionnel se justifient notamment chez le patient à haut risque cutané. La rupture itérative ainsi que la perte de force du triceps sural en sont les principales complications.

Cette année, la SOFCOT a choisi ce sujet pour le Forum EFORT ; Jean-Paul Levai, Bernard Moyen et les représentants français de l'EFORT m'en ont confié la direction. Dans l'esprit de l'EFORT, j'ai sélectionné des orateurs représentant des pays Européens. La plupart sont des amis très proches avec qui j'ai déjà eu l'occasion de travailler pour des tables rondes ou des cours Européens que ce soit dans le cadre de l'EFAS (European Foot Ankle Society) ou de l'EFORT. Je les remercie d'avoir accepté et de vous présenter des exposés de qualité :

- Rhys Thomas (United Kingdom) : *Biomechanic, aetiology et pathology*
- Per-Henrik Agren (Sweden) : *Epidemiology, diagnosis and radiology*
- Thibaut Leemrijse (Belgium) : *Non operative management*
- Antonio Viladot (Spain) : *Open conventional surgery and postoperative management*
- Marini Delmi (Switzerland) : *Percutaneous and mini invasive surgery*

Ils sont complétés par un exposé sur les possibilités de reconstruction chirurgicale en présence d'une rupture non diagnostiquée et vue secondairement au stade séquellaire, de rupture itérative ou en présence d'un tendon « trop long » par défaut de gestion du traitement orthopédique ou du traitement chirurgical (Jean-Luc Besse [France] : *Management of neglected or chronic rupture*). Je remercie Thierry Begué de m'épauler pour modérer ce Forum EFORT ■

Dr Jean-Luc Besse

8^h00 – 10^h00 – GRAND AMPHITHÉÂTRE, NIVEAU 1/2

Traduction simultanée

FORUM GRAND PUBLIC

Dopage hormonal des sportifs : est-ce tricher ?

Certains médecins voudraient légaliser le dopage des sportifs, au prétexte de mieux l'encadrer. Ce positionnement suscite évidemment débat. Entretien avec le Pr Martine Duclos, Chef du Service de Médecine du Sport et d'Explorations Fonctionnelles du CHU de Clermont-Ferrand.

Se doper a-t-il un intérêt ?

Pr Martine Duclos: *Oui, si l'on prend en considération les résultats obtenus. Le dopage augmente les performances ainsi que la vitesse de récupération physique, permettant au sportif de supporter des charges d'entraînement élevées. On sait de plus que les produits dopants sont efficaces en deçà des doses maximales que l'organisme peut produire. La question est de savoir si cela peut se faire sans risque pour le sportif. Clairement non et c'est toute la limite d'un projet de légalisation. Nous avons suffisamment de recul pour connaître les risques encourus par les sportifs. Ce n'est pas un hasard si l'espérance de vie des sportifs de haut niveau est diminuée dans certains sports où l'usage des produits dopants est très fréquent (football américain, par exemple). Leur hygiène de vie devrait normalement les protéger. Ce n'est pas le cas et le dopage est en cause. En outre, pour des sportifs qui n'atteindront pas le haut niveau, les risques encourus sont encore plus importants : ils prennent des produits vétérinaires, sans aucun suivi ni contrôle, et sous la coupe de soigneurs qui ne sont pas médecins. On a également du mal à savoir ce que deviennent les sportifs dopés qui arrêtent leur carrière. Seuls les plus riches auraient accès aux produits les "moins" dangereux, pouvant acheter des substances qui sont destinées normalement à un usage médical et non pas des produits à usage vétérinaire, qui ne sont pas les mêmes que ceux destinés à l'homme. Donc d'un point de vue éthique, médical et humain, le dopage et a fortiori sa légalisation sont inacceptables.*

Que faire pour lutter contre le dopage ?

Pr M. D.: *Il faudrait déjà commencer par limiter le sport spectacle. Il faut aussi garder à l'esprit qu'il existe une façon de*

pratiquer le sport proprement. Les fédérations devraient également prévoir une porte de sortie pour leurs sportifs en fin de carrière ou victimes de blessures les obligeant à cesser leur sport. Néanmoins, il demeure difficile de lutter contre le dopage, parce que certaines fédérations ne jouent pas le jeu et ne communiquent pas les données des suivis longitudinaux obligatoires. C'est le cas de certains sports où les enjeux financiers sont énormes depuis leur professionnalisation. De plus, les sportifs de haut niveau sont soumis à une telle pression de compétition que le dopage est une tentation importante. Ceux qui s'y refusent peuvent se retrouver écartés, faute de performances suffisantes. Enfin, il faut savoir également que les mafias de la drogue se reconvertissent dans le business des produits dopants, très lucratifs et aux risques judiciaires très faibles. Les laboratoires prolifèrent et se reforment rapidement après leur démantèlement par la justice. Beaucoup d'entre eux sont installés dans les pays émergents ou en Chine. Il est très difficile de lutter, mais cependant pas impossible comme en témoignent le travail et les résultats de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage.

Pourquoi parler de dopage dans un congrès de chirurgie orthopédique et traumatologique ?

Pr M. D.: *Un bon nombre d'orthopédistes méconnaissent l'ampleur du dopage et ses conséquences sur l'organisme. C'est bien qu'ils soient informés car ils peuvent cotoyer des sportifs dopés qui se blessent et subissent d'importantes atteintes musculaires, tendineuses ou articulaires avec une demande de retour très rapide à la pratique de haut niveau, en raccourcissant au maximum les délais de récupération et, parfois, par tous les moyens. Le message du chirurgien est donc très important.*

Propos recueillis par Pierre Derrouch

SYMPOSIUM Prothèses totales du genou : quelle survie à dix ans ?

Le nombre de prothèses totales du genou implantées en France ne cesse d'augmenter, comme dans d'autres pays. Le chiffre annuel se situe actuellement autour de 60 000 par an. Le choix d'une arthroplastie reste déterminé par la survie à moyen et long terme de la prothèse.

L'incidence des prothèses totales du genou a énormément augmenté dans les pays occidentaux passant de 5 pour 10 000 habitants à 8-9 pour 10 000 aujourd'hui du fait de l'augmentation de l'espérance de vie d'une part et de l'implantation chez des patients de plus en plus jeunes d'autre part. Enfin les attentes des patients vis-à-vis de l'arthroplastie sont de plus en plus nombreuses avec une demande accrue pour la pratique d'activités physiques, voire même sportives. Or seule la survie de la prothèse à moyen et long terme représente le critère principal pour le chirurgien au moment du choix et de l'indication de l'arthroplastie.

Le but de ce symposium est donc d'évaluer une série multicentrique de 750 arthroplasties totales du genou au recul minimum de 10 ans. Cela reflète la pratique des chirurgiens orthopédistes au cours de l'année 2000 aussi bien en milieu hospitalier qu'en milieu libéral avec la participation d'orateurs issus des villes suivantes : Clermont-Ferrand (S. Descamps), Grenoble (D. Sarragaglia), Lyon (E. Servien, J. Chouteau), Marseille (S. Parratte), Paris (R. Nizard, M. Bercovy), Toulouse (P. Bonnevalle), Tours (J. Brillhault), et Rouen (J.L. Briard).

Etude complète

Cette série multicentrique représente l'une des plus importantes ayant été étudiée en matière d'arthroplastie totale du genou évaluée avec un recul minimum de 10 ans. Elle représente aussi différentes techniques chirurgicales en terme de voie d'abord (parapatellaire interne pour la plupart) et de mise en place des implants faisant appel à des entretoises uniquement (« spacers ») ou à un système de tenseur. De même, la rotation donnée à l'implant fémoral était basée soit sur la mesure de repères osseux soit en fonction de l'équilibre des parties molles. Enfin les grandes catégories de dessins de prothèses étaient représentées avec conservation ou non du ligament croisé postérieur (LCP) et utilisation de plateaux en polyéthylène fixes ou mobiles. La rotule était resurfacée ou non, selon les opérateurs.

L'évaluation clinique faisait appel aux scores genou et fonction de la



« Knee Society », avec une mention particulière sur la fonction rotulienne à l'aide du score HSS. La notion de qualité de vie globale à 10 ans après l'arthroplastie a été également évaluée compte tenu de la demande actuelle des patients en utilisant le score SF 12 et en y incluant le rôle direct du genou dans cette qualité de vie lors d'activités courantes ou physiques et sportives à l'aide du score de KOOS.

Enseignements

Le bilan radiologique s'attachait à évaluer la position des implants, l'axe du membre inférieur ainsi que la présence de liserés ou de signes d'ostéolyse. A l'issue de ce bilan un certain nombre de critères d'échec ont été définis et analysés, de même que les causes de reprises avec ou sans changement des implants. L'analyse statistique s'attachait à définir les différentes courbes de survie, ainsi qu'à rechercher un certain nombre de corrélations éventuelles conditionnant ces échecs.

Les échecs, source de mauvais résultat fonctionnel, et nécessitant une reprise chirurgicale étaient essentiellement le descellement aseptique dans 40 % des cas, l'infection dans 17 % des cas, l'usure du polyéthylène dans 14 % des cas, les instabilités et les douleurs patellaires dans 12 % des cas. La courbe de survie globale correspondait à ce qui est retrouvé dans la littérature récente avec des survies globalement autour de 95 % à 10 ans. L'analyse des facteurs pronostiques s'est concentrée sur les facteurs liés au patient, à la prothèse ou à la technique opératoire. Concernant le patient, le poids

et l'âge représentaient les éléments importants, avec une corrélation entre ce dernier facteur et l'activité du patient qui peut influencer à la fois sur l'interface de fixation et l'usure du polyéthylène.

Les éléments concernant la prothèse tournent autour du mode du dessin de l'échancrure vis-à-vis du respect ou non du LCP, et en cas de substitution de celui-ci du mode de stabilisation avec système came/plot ou plateau ultra-congruent sachant que les différences sont souvent difficiles à mettre en évidence avec des taux de succès à dix ans peu différents compte tenu des effectifs dans chaque groupe.

Une utilisation assez large de plateaux en polyéthylène mobiles a permis, par rapport à d'autres séries, de situer leur place par rapport aux plateaux fixes, en particulier pour les sujets aux activités importantes en flexion afin de maintenir des surfaces de contact satisfaisantes. Le dernier point concerne la rotule sachant que toutes les études montrent qu'il n'y a pas de différence sur le plan fonctionnel, clinique et en termes de complications entre le resurfacement ou non de la rotule et le symposium s'est attaché à étudier la qualité de vie liée au genou dans ces deux catégories.

Nombreuses questions

Enfin les effets de la technique opératoire ont été analysés afin de réaliser les buts mécaniques de l'intervention : alignement satisfaisant du membre inférieur, bonne mobilité du genou, et bon équilibre ligamentaire. Cette technique a pu faire appel aux repères osseux classiques avec une instrumentation dédiée, à l'équilibre des parties molles, mais aussi à la navigation sans retrouver de différence significative. Enfin,

(Suite p. 6)

16^H30 - 17^H30 - GRAND AMPHITHÉÂTRE, NIVEAU 1/2

14^H00 - 15^H30 - GRAND AMPHITHÉÂTRE, NIVEAU 1/2

SYMPOSIUM

(Suite de la p. 5)

les effets de l'alignement obtenu au niveau du membre inférieur ont été particulièrement analysés avec ses conséquences sur le résultat fonctionnel mais aussi sur la pérennité de la fixation qu'elle ait été réalisée initialement avec ou sans ciment.

Si l'on sait que les prothèses totales de genou donnent à l'heure actuelle des résultats satisfaisants sur le plan clinique et ont un taux de survie de 95 % à dix ans, il reste de nombreuses questions.

Ce symposium est l'occasion de faire le point sur les données les plus récentes de la littérature et de comparer celles-ci à une large série française évaluée dans cette série multicentrique à 10 ans.

A la lumière de ces résultats à long terme, l'analyse des facteurs prédictifs de succès de l'arthroplastie de genou nous permet-elle de préconiser des types de prothèse et des techniques particulières pour obtenir les meilleurs résultats fonctionnels et la meilleure survie ? Tel est l'enjeu de ce symposium.

Enfin, quelles sont les voies de progression pour les années à venir afin d'accélérer la récupération, optimiser la qualité de vie et pérenniser l'ancrage de la prothèse, telles sont les portes que ce symposium se doit d'ouvrir pour l'avenir dans les domaines des matériaux, du dessin des implants et de la technique de pose ? ■

Drs Jean-Noël Argenson (Marseille) et **Stéphane Boisgard** (Clermont-Ferrand)

TABLE RONDE

Actualités dans la chirurgie de reconstruction du ligament croisé antérieur

Le nombre de reconstructions du ligament croisé antérieur, réalisé chaque année en France, ne cesse de croître. Il est estimé en France à plus de 45 000 interventions par an.

En 2011, la reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA) sous arthroscopie est devenue la technique de référence. Cette dernière permet en effet un bilan articulaire complet, un diagnostic et un traitement des lésions méniscales et ostéochondrales dans le même temps opératoire, une meilleure visualisation des zones d'insertion du transplant, une plus grande rapidité des suites opératoires, une diminution de la morbidité et une plus grande rapidité de la récupération.

Au cours des trois dernières décennies, depuis l'avènement de l'arthroscopie, les évolutions techniques et scientifiques ont été très importantes dans le domaine de la chirurgie de reconstruction du ligament croisé antérieur. Les différentes expérimentations in vitro ainsi que les résultats cliniques à moyen et long terme disponibles actuellement ont également participé à la généralisation de ces techniques.

Outre l'arthroscopie, le choix du transplant, de ses moyens de fixation et une meilleure interprétation anatomique ont permis aux techniques de reconstruction du LCA de devenir fiables, simples et reproductibles. Les indications chirurgicales sont plurielles. Elles ont très bien été définies par la conférence

de l'HAS de 2008 en fonction des âges, motivation, type de sport et autres éléments cliniques. Par conséquent, la chirurgie a su s'adapter et en fonction des nouvelles découvertes scientifiques, différentes techniques sont considérées comme étant fiables de nos jours. La rupture du LCA entraîne une instabilité rotatoire qu'il faut corriger et c'est pour cela que nous cherchons à reproduire l'anatomie native du LCA et plus particulièrement des zones d'insertions des deux faisceaux.

L'objectif de cette table ronde organisée en partenariat avec la Société Française d'arthroscopie (SFA) est de faire le point sur les actualités dans la chirurgie du ligament croisé antérieur en analysant :

- Les résultats des séries plus anciennes de reconstruction du ligament croisé antérieur sur des genoux qui avaient déjà une atteinte du capital méniscal et/ou des lésions cartilagineuses avec des résultats satisfaisants et encourageant en permettant une reprise de l'activité sportive.
- Les données actuelles scientifiques reconnues pour le choix des transplants, les types de fixation, l'importance de la navigation, les techniques dites validées pour la



© Photo-tribu

reconstruction du ligament croisé antérieur avec la technique dite mono-faisceau et la reconstruction du ligament croisé antérieur avec la technique bi-faisceaux.

Enfin, grâce à une enquête des pratiques réalisée en collaboration entre la SOFCOT et la SFA, il a été possible d'analyser avec plus d'une centaine de questionnaires les pratiques actuelles des chirurgiens tant en terme de choix technique, de rééducation, d'évaluation des patients et de suivi de ces derniers. Nous nous sommes également intéressés à l'évaluation de la laxité résiduelle qui est un problème en pratique clinique tout à fait important. En dernier lieu, nous parlerons des indications qui nous sem-

blent les plus consensuelles actuellement et qui font état d'une chirurgie à la carte en tenant compte de tous les paramètres morphologiques, âges, taille, sexe, motivation, activité sportive.

En effet, il n'existe pas une seule mais de nombreuses lésions du ligament croisé antérieur. Désormais chaque chirurgien orthopédiste se doit de connaître tous les éléments techniques qu'il doit maîtriser pour pouvoir faire face à toutes les circonstances, qu'il s'agisse d'une chirurgie primaire ou d'une chirurgie de reprise ■

Pr Christophe Hulet et **Dr Philippe Colombet**

10^h30 - 12^h00 / GRAND AMPHITHÉÂTRE, NIVEAU 3

SÉANCE EPP

Amélioration des pratiques professionnelles et sécurité des soins : une démarche indissociable

Une culture du risque prend forme chez les orthopédistes. Mais beaucoup reste encore à réaliser. La séance EPP donne l'occasion de faire un point d'étape.

La mise en place de l'accréditation des pratiques professionnelles à titre individuel a permis de mettre en avant la gestion des risques dans les pratiques quotidiennes. Il est aussi évident que le passage de la culture de faute à celle de sécurité ne se fera pas sans un changement des pratiques. Il devra intégrer l'organisation des soins en établissement de santé, et le travail d'équipe au côté de la valeur principale qu'est la compétence professionnelle.

Le risque s'analyse par la fréquence et la gravité des événements indésirables graves (EIG). Le ministère de la Santé a souhaité diffuser largement et commenter les résultats de

l'étude ENEIS 2 sur la fréquence des EIG en établissement de santé. Du constat doivent naître des objectifs visant à rendre le risque acceptable et à mettre en œuvre des actions pour réduire la fréquence ou atténuer la gravité de tels événements indésirables. Le décret sur les EIG tente d'organiser la gestion des risques médicaux autour d'un coordinateur de gestion des risques. Les différentes interventions au cours de cette séance EPP ont pour but de donner les principes de base indispensables à la mise en place de la gestion des risques. Ont pour cela été conviés de fins connaisseurs de la Haute Autorité de Santé de la gestion des risques, de l'accréditation et de la certification. Des hommes de terrain engagés dans leur établissement, public ou privé, dans la mise en place de la gestion des risques nous donneront leur point de vue. Les liens de la gestion des risques avec l'accréditation, la certification et les établissements de santé seront développés. Nous avons voulu, pour finir, ouvrir le débat sur l'accréditation des équipes, notion non encore parfaitement définie, mais bien au cœur de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ■

Patrice Papin

8^h00 - 10^h00
SALLE PASSY, NIVEAU 1



© Benji Lieu Song

FORUM

Deux pays sont à l'honneur cette année : l'Espagne et l'Allemagne

Espagne : Ce forum éclectique, placé sous la présidence de Javier Vaquero (Madrid), débutera par une communication clinique sur la subluxation rotatoire C1-C2.

L'application des facteurs de croissance plaquettaire donnera la vision d'un pays voisin sur cette thérapeutique innovante.

Le second sujet de recherche traitera de l'optimisation des systèmes poreux dans la fixation des arthroplasties.

Le forum se terminera par une présentation très originale sur l'ortho-gériatrie : mythe ou réalité ? Il existe déjà en Espagne des centres spécifiques pour les personnes du 3^e âge où sont réunis toutes les compétences médicales, chirurgicales et de soins de suite. C'est probablement un modèle à suivre ■

Pr Jean-Paul Levai

10^h30 - 12^h30 - AMPHITHÉÂTRE BORDEAUX, NIVEAU 3

Allemagne : C'est la deuxième fois que les chirurgiens allemands répondent présents, à l'invitation de l'AFACOT qui entend intensifier ces échanges. Les chirurgiens français et allemands font en effet partie des deux plus grandes sociétés européennes de chirurgie orthopédique et traumatologique et se connaissent finalement mal.

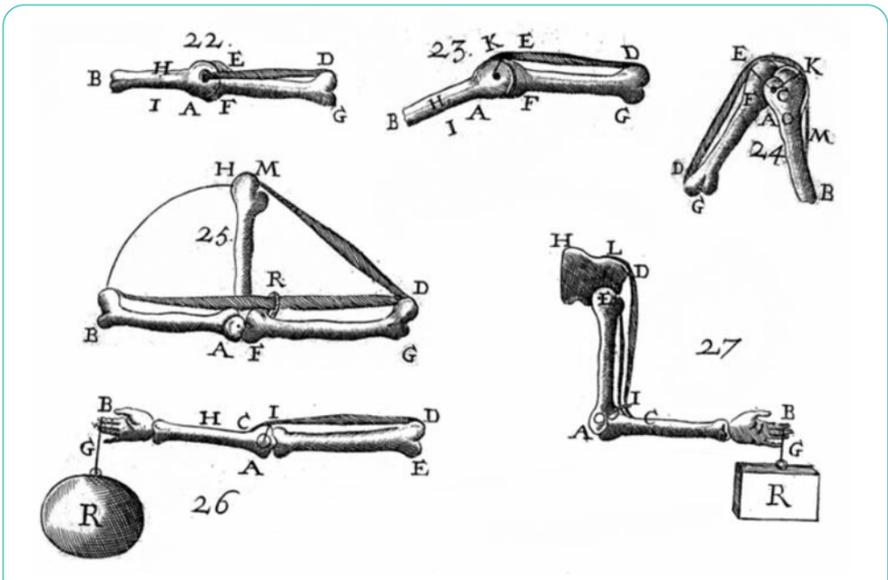
En 2012, des chefs de clinique pourront franchir mutuellement la frontière pour découvrir le fonctionnement d'un service durant trois semaines, afin d'enrichir leurs pratiques. Il suffit pour cela de s'inscrire à l'AFACOT ■

Pierre Derrouch

10^h30 - 11^h30
SALLE 352, NIVEAU 3

CERCLE ANDRY L'âme du chirurgien

Pour sa cinquième édition, le Cercle Nicolas Andry, à travers le regard d'anatomistes, de philosophes, d'épistémologistes, nous offre une vision de la chirurgie orthopédique à la fois originale et surprenante.



Concepts mécaniques des muscles autour du 17^e siècle : de l'ignorance à la révélation par Sténonis et Borelli - François BONNEL - Principe d'action d'un muscle avec augmentation de sa puissance en raison de l'hypertrophie osseuse des extrémités distales des pièces osseuses par effet levier d'après Borelli.

Le fil rouge de ce tome est, pour reprendre les termes de Pierre Devalet, « l'âme du chirurgien ». Ce praticien qui se décrit comme un chirurgien « de base, ni professeur, ni sommité médiatique, ni philosophe érudit » lance un appel à tous les chirurgiens, professionnels extra-ordinaires au sens propre, mais trop individuels, souvent impuissants dans cette société pressée et simplificatrice, pour revendiquer publiquement une pensée et des valeurs complexes. Un vrai « Save Our Souls » (SOS) (1)!

Cette réflexion tous azimuts s'enrichit de l'ancienneté. C'est naturellement que la retraite devient ici un don, de temps et de partage, de générosité dirait Bergson. François Bonnel, Jean Dubouset, Gérard Lecerf, Albert I Kapandji illustrent chacun à leur manière « L'âme du chirurgien ». Une âme qui est portée par un « devoir d'humanité » « née d'une relation originale basée sur le nécessaire recours à l'autre pour le souffrant, et l'invasion d'un autre pour le chirurgien. » Quoi de plus naturel, de plus normal que l'anatomie, ancienne science mais base de la connaissance chirurgicale, trouve ici un terreau de réflexion. Jean-Michel Rogez et Olivier Gagey s'interrogent sur son avenir. Partick Cronier, Alain-Charles Masquelet, Yves Asencio, Pascal Gleyze et Dominique Le Nen leur répondent, en miroir, que la connaissance est ubiquitaire, médicale, artistique et historique. Connaître l'anatomie, mère de toutes les sciences chirurgicales, ouvre une porte sur « l'âme du chirurgien ». Celle-ci souffre. Au travers des textes historiques de Rémi



Histoire de la luxation congénitale, Rémi KOHLER - G. DUPUYTREN, auteur d'un mémoire fameux sur la luxation de la tête du fémur.

Kohler et Jean-Louis Tricoire, elle se croit générosité et continuité historique, mais pour Jacky Laulan et Jean-Jacques Portier l'éthique rode, une éthique ou l'irrationalité économique prédomine.

Vous l'aurez compris, cette 5^e édition du cercle Nicolas Andry est plus qu'un patchwork d'idées, c'est l'une des clefs pour appréhender notre âme chirurgicale. Nous remercions une nouvelle fois Sauramps Médical pour leur confiance et la publication des Cahiers n°5 du Cercle Nicolas Andry dans la collection philosophie - épistémologie - art - chirurgie ■

Pr Frédéric Dubrana

(1) Sauvons nos âmes.

08H00 - 12H30 / SALLE 351, NIVEAU 3

JOURNÉE DE SPÉCIALITÉS

GSF-GETO : une journée transversale



Pour la première fois, la journée du GSF-GETO sera décalée par rapport à la journée traditionnellement dédiée aux spécialités et aux sociétés associées.

Nous remercions l'organisation du congrès d'avoir accédé à cette demande. En effet, la plupart des chirurgiens qui prennent en charge les tumeurs ont également des activités parfois dominantes dans d'autres domaines orthopédiques. Ils pourront ainsi participer à notre journée, destinée à tous les chirurgiens orthopédistes traumatologues et pas uniquement aux « hyper-spécialistes » (qui se retrouvent volontiers lors des Journées Annuelles du Groupe Sarcome Français-Groupe d'Etude des Tumeurs Osseuses (GSF-GETO) en juin). Le programme est construit suivant le schéma retenu les années précédentes. Une session de communications libres débutera la réunion, et abordera de nombreux problèmes techniques et tumeurs bénignes. Puis nous ferons le point sur l'organisation des réseaux cliniques qui se structurent pour les sarcomes des tissus mous en 2011 et probablement pour les sarcomes osseux en 2012. L'organisation et la formalisation de ces réseaux sont des conditions essentielles à la qualité de prise en charge des patients porteurs de tumeurs de l'appareil locomoteur. Cela passe par une plus forte implication des chirurgiens dans la multidisciplinarité propre aux tumeurs, au prix d'une réduction du nombre des acteurs. Ces réseaux se structureront autour d'appel d'offres de l'Inca, qui

soutiennent financièrement leur mise en place. Comme tous les ans, le GSF-GETO a un invité d'honneur: il s'agit cette année du Dr Mike Neel de Memphis, Université du Tennessee aux USA. Son expérience et ses travaux font références dans le domaine de la reconstruction après résection osseuse en particulier chez l'enfant: il nous parlera lors de sa conférence de son expérience et de sa technique de transport osseux pour combler les défauts osseux segmentaires des diaphyses. Fabrice Fiorenza nous fera enfin un compte rendu des réunions internationales majeures, la CCOT, l'ISOLS et l'EMSOS auxquelles peu d'entre nous peuvent participer. La journée de spécialité se clôturera par une séance de travail animée par la sous-section chirurgicale du GSF-GETO, ouverte à tous, où seront abordés les travaux multicentriques en cours, les projets de travaux multicentriques (prothèse de bassin, suivi de cohorte de patients porteurs de chondromes) et le choix des thèmes des réunions à venir. Cette demi-journée de spécialité s'adresse à tous les orthopédistes traumatologues en abordant des thématiques ne relevant pas de la sur-spécialité, mais de la culture et de la formation du chirurgien généraliste. Elle vise à faciliter les rencontres entre ceux d'entre nous qui font surtout de la tumeur et leurs collègues ■

Pr François Guoin

EN SAVOIR PLUS sur www.gsf-geto.org

14H00 - 18H00 SALLE 343, NIVEAU 3

Sephora Palais des Congrès

niveau -1 Level -1

10% de remise* jusqu'au 31/12/2011
Discount* until 12/31/2011

Venez nous rendre visite!
Come to visit us!

*Offre valable du 1^{er} juillet au 31 décembre 2011, réservée aux exposants et aux visiteurs du Palais des Congrès, sur présentation du badge ou du billet d'entrée lors du passage en caisse, uniquement dans le magasin Sephora Palais des Congrès, Atrium du Palais - niveau -1, 2, place de la Porte Maillot - 75017 Paris. Offre non cumulable avec toute autre remise ou promotion. Non valable pour retrait de produits solides, services, cartes cadeau Sephora, coffrets divers, coffrets Vivalbox et autres exclusions mentionnées en magasin. Ne pas jeter sur la voie publique. Sephora SA au capital de 78 256 500 € - RCS Nanterre B 393 712 286 - 65, avenue Edouard Vaillant 92100 Boulogne-Billancourt.

*10% discount valid from July 1st 2011 to December 31st 2011, reserved for all participants of the congress on presentation of their card. Offer valid at the cash desk exclusively in the Sephora Palais des Congrès, Atrium du Palais - niveau -1 - 2, place de la Porte Maillot - 75017 Paris. May not be combined with any other special offers or discounts. Not valid for the purchase of services, Sephora gift cards, boxed sets, Vivalbox sets and other exclusions mentioned in store. Do not throw on the public way.

@chetez 24h/24 sur sephora.fr

JOURNÉE DE SPÉCIALITÉS AFCP : un registre des prothèses de cheville

Sous l'impulsion de son président actuel, Jean-Luc Besse, l'Association française de chirurgie du pied a poursuivi et intensifié, dès l'automne 2010, un travail initié sous la présidence de Michel Maestro : la mise en place du **Registre National des Prothèses de Cheville**.

Ce registre vise à collecter d'une manière exhaustive les données relatives aux conditions de pose (indication, gestes opératoires associés, etc.), le suivi et les éventuelles complications, précoces et tardives des arthroplasties de la cheville. Son objectif est double : scientifique et réglementaire. Scientifique car il entre dans le cadre d'une évaluation de nos pratiques et de la qualité des implants disponibles sur le marché français. Réglementaire car il veut fournir à la HAS, en toute indépendance vis-à-vis de l'industrie, les éléments lui permettant de gérer les

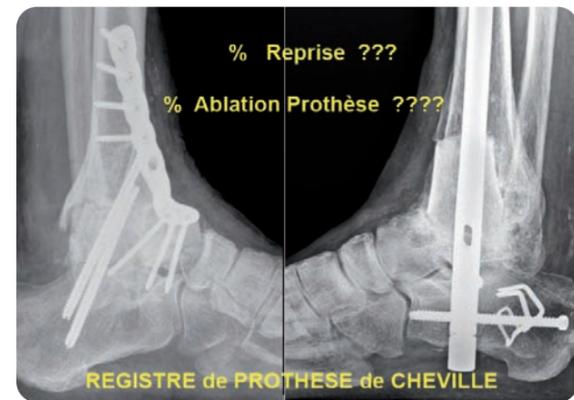
autorisations de mise sur le marché (et donc les accords et renouvellements de remboursement) des différents types de prothèses. Ainsi, pour la première fois en France, une société savante met son savoir-faire et sa motivation au service des autorités de tutelle. Il faut se rappeler que la Haute Autorité de Santé (et le CNEDIMTS) « taraude » en vain depuis 2004 les industriels distributeurs de prothèses pour obtenir des évaluations cliniques concernant le matériel distribué, indépendantes des séries des concepteurs. Cette absence de réponse a pu conduire à

un taux de complications anormalement élevé rencontré après l'implantation d'une prothèse de cheville retirée du marché en 2008. Ces complications imposent des reprises chirurgicales lourdes au pronostic très réservé.

Pas de registre sans exhaustivité!

Pour augmenter le taux de saisie des poses (et déposes), l'AFCP est à l'origine du concept de « *Carte Patient Porteur de Prothèse* », par analogie aux cartes pacemaker : tout patient bénéficiant d'une PTC se verra remettre par son chirurgien

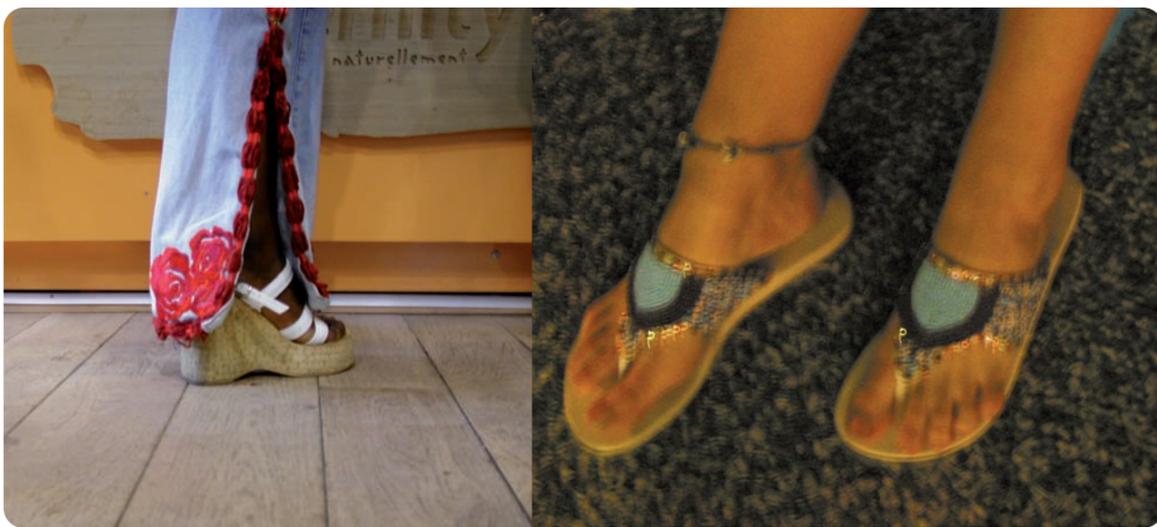
une carte mentionnant les références de son implant dans la base de données. Sensibilisé au suivi de sa prothèse (mais surtout de sa cheville !), le patient sera invité à présenter son « *Passeport Prothèse* » lors de toute consultation pour ce motif. En outre, le passeport mentionnera un numéro de téléphone et l'adresse d'un site Internet où le patient pourra lui-même signaler tout fait marquant nouveau. Un bémol demeure à la clé : plus d'un an de discussions placées sous la surveillance du SNITEM avec les trois industriels présents sur le marché français n'ont pas permis d'entériner une collaboration pourtant voulue par la HAS. Gageons que les industriels reviendront vers l'AFCP pour coucher sur le papier des accords qui avaient pu être formulés oralement...



données auprès de la CNIL. Les premières inclusions sont prévues dès le premier janvier 2012. Les testeurs sont enchantés de la convivialité de l'outil de saisie. Cet outil développé et financé par l'AFCP restera sous son entière responsabilité par souci de transparence, dans le contexte actuel d'« *affaire du Médiateur* » : l'AFCP n'a et ne veut avoir bien entendu aucun conflit d'intérêt. Son seul but est le bien de nos patients qui doivent rester au centre de ce projet. Elle sera l'unique propriétaire des données et pourra se porter garante de l'exhaustivité et par conséquent de la validité des données transmises aux autorités de tutelle ■

Drs Jean-Luc Besse, Jean-Luc Grisard et Bruno Ferre

**08H00 - 16H30
SALLE 352, NIVEAU 3**



Janvier 2012

Quoi qu'il en soit, l'AFCP a introduit les demandes d'autorisation de mise en ligne de cette base de

JOURNÉE DE SPÉCIALITÉS SFCR : des techniques moins agressives

Cette journée de la Société française du rachis dont le succès ne se dément pas fait le point sur des avancées notoires dans la chirurgie du rachis chez l'enfant et l'adulte.

Deux conférences d'enseignement ouvrent la session. La première s'intéresse au diagnostic et au traitement des malformations de type Arnold

Chiari, essentiellement prises en charge par les neurochirurgiens et méconnues des orthopédistes. La seconde s'attache à un problème

typiquement orthopédique : l'équilibre sagittal de la colonne vertébrale. « *Aujourd'hui, on ne considère plus le rachis dans ses limites. On l'étend*

au bassin et aux membres inférieurs qui participent à son équilibre » souligne le Pr Christian Mazel, organisateur du programme.

Suit un symposium sur le traitement des fractures récentes du rachis thoracolumbaire chez l'adulte. Elles bénéficient de nouveautés en imagerie permettant d'évaluer l'atteinte du disque adjacent à la fracture. Autre avancée : l'ostéosynthèse percutanée. « *Nous allons de moins en moins utiliser de chirurgie ouverte au profit de l'abord percutané pour fixer et réduire ces déformations* » souligne C. Mazel qui tempère : « *Ces techniques ont des limites et des indications précises. Des contre-indications existent aussi* ». La kyphoplastie constitue également un progrès notable. Il s'agit de « gonfler » la vertèbre par voie percutanée afin de la déplier pour permettre ensuite la réalisation d'une cimentoplastie.

Un second symposium fait le point sur les systèmes de distraction rachidienne et costale chez l'enfant. Ils sont utilisés par les chirurgiens pédiatres pour réaliser un étayage dynamique du rachis sans compromettre sa croissance.

Une session s'attarde ensuite sur deux approches innovantes concernant la réalisation d'arthrodèses lombaires basses :

- Le passage au travers du psoas, plus direct et limitant les complications liées à sa désinsertion et autorisant un abord de très petite taille. La limite en est le risque d'une atteinte du nerf crural.

- L'abord à travers le sacrum par voie para-rectale dans l'axe du rachis qui, quoique très anatomique, pose le problème de la proximité du rectum et des risques d'infections potentiels que cela peut générer. Ces abords mini-invasifs sont sans doute moins agressifs que les abords traditionnels. Ils n'ont cependant pas encore fait la preuve de leur supériorité en terme de résultat.

La journée s'achève sur six discussions de dossier qui permettent de faire partager des solutions simples ou complexes élaborées par différentes équipes orthopédiques ou neurochirurgicales dans leur pratique quotidienne de la chirurgie du rachis ■

Pierre Derrouch

**08H00 - 17H30
SALLE PASSY, NIVEAU 1**



JOURNÉE DE SPÉCIALITÉS SFHG : innover et évaluer sans compromis

L'analyse de séries multicentriques majeures et un focus sur des techniques innovantes caractériseront la journée SFHG 2011.

La journée de la SFHG comprend trois symposiums, programmés trois ans à l'avance ce qui permet de faire des études multicentriques au sein de la société :

- **Le premier porte sur deux sujets particulièrement d'actualité, les grosses têtes dans les prothèses de hanche et les cotyles à double mobilité en céramique.** Les organisateurs (Jean-Alain Epinette, Philippe Triclot et Jean-Yves Lazennec) répondront à des questions brûlantes : Doit-on avoir peur des grosses têtes ? Quelle est la limite acceptable ? Quels couples de frottement ? Le point sera également fait sur les cotyles à double mobilité - innovation française - et les perspectives offertes par la céramique.
- **Le second débattrà des prothèses de hanche et de genou bilatérales en un temps.** Les bénéfices liés à l'intervention unique compensent-ils la lourdeur accrue du geste ? Observe-t-on une morbidité réhabilitative ? Doit-on réhabiliter cette option thérapeutique ? Jean-Louis Prudhon, Claude Vielpeau et Jean-Yves Jenny feront la synthèse de l'expérience Française et des données de la littérature.

- **Le troisième fera le point sur les échecs des prothèses unicompartmentales du genou.** Quelles sont les causes des échecs et comment éviter les complications ? Comment doit-on prendre en charge la faillite d'une prothèse partielle ? La prothèse totale est-elle la réponse unique ? En s'appuyant sur une série multicentrique regroupant plus de 400 échecs de PUC, Jean-Alain Epinette et Michel Bonnin feront le point sur ce problème et tacheront de briser quelques tabous. Par ailleurs, une séance de communications particulières regroupant des communications innovantes et pointues sera modérée par Roger Badet et Jean-Charles Rollier. « *Les résumés proposés au jury de sélection étaient tous de très bon niveau* » se félicite le Dr Michel Bonnin, secrétaire général de la SFHG. Cela reflète le dynamisme de la recherche clinique en France qui se traduit d'ailleurs par une augmentation régulière du nombre d'études Françaises publiées à l'international ■

Dr Michel Bonnin

08^H00 - 16^H00 - AMPHITHÉÂTRE BORDEAUX, NIVEAU 3



La SFHG en bref

Société fille de la SOFCOT, la SFHG regroupe les chirurgiens dédiant une grande part de leur intérêt scientifique à la pathologie dégénérative de la hanche et du genou (arthrose, chirurgie prothétique et reconstructrice articulaire notamment). Il s'agit depuis 2010 d'une Société Ouverte, dont les critères d'admission sont particulièrement stricts. Tout nouveau membre doit apporter la preuve d'un engagement pour le travail scientifique. Tout membre doit s'investir dans des programmes de recherche clinique, d'évaluation de résultats ou dans l'organisation de notre spécialité. La SFHG travaille main dans la main avec la SOFCOT afin d'optimiser et rationaliser le travail quotidien des chirurgiens orthopédistes Français. Outre la journée des spécialités dans le cadre du congrès de la SOFCOT, la SFHG organise en mars une session réservée à ses seuls membres. Ils sont aujourd'hui cent sept membres actifs.

JOURNÉE DE SPÉCIALITÉS

SOFEC : reprise de prothèse d'épaule, un challenge chirurgical

A l'occasion de sa troisième journée annuelle au sein du congrès de la SOFCOT, la SOFEC fait le point sur une technique délicate : la reprise de prothèse d'épaule, dont le nombre de cas augmente sensiblement. Elle reçoit également un hôte de marque, en la personne du Dr Alexandro Castagna, un maître européen de l'arthroscopie de l'épaule.

Comme chaque année depuis trois ans, le bureau de la SOFEC a organisé le programme scientifique de la journée autour de trois axes principaux : les communications libres, une conférence d'enseignement et une table ronde.

Cette année, sur 76 communications soumises, 18 ont été retenues pour la séance des communications orales. De nombreux thèmes sont abordés au cours de cette session : les travaux anatomiques et fondamentaux, les raideurs de l'épaule, les instabilités, la chirurgie de la coiffe, les arthroplasties et les fractures.

Cette année, le bureau de la SOFEC est très fier d'accueillir un orateur prestigieux pour la conférence d'enseignement : le Dr Alexandro Castagna de Milan, un des leaders européens dans le domaine de l'arthroscopie de l'épaule. Il est actuellement vice-président de la SECEC. Il a été un des pionniers de la chirurgie de l'instabilité et de la coiffe des rotateurs sous arthroscopie et tous les chirurgiens connaissent le

modèle d'épaule qu'il a mis au point pour l'apprentissage de l'arthroscopie surnommé « *Alex model* ».

Au cours des dernières années, il s'est particulièrement intéressé aux facteurs influençant la cicatrisation tendineuse après réparation de la coiffe des rotateurs. Sa conférence intitulée « *Biologie de la coiffe des rotateurs, de la rupture à la cicatrisation* » permettra de faire le point sur l'apport des facteurs de croissance et des patches biologiques dans le but d'améliorer le taux de cicatrisation des tendons réparés.

La table ronde de la SOFEC est toujours un événement attendu au cours de la journée des spécialités. Dirigée cette année par le Dr Cécile Nérot de Reims, elle a pour thème « *la stratégie et les techniques dans les révisions de prothèse d'épaule* ». Depuis 2006, le nombre de reprises de prothèse d'épaule a progressé de 29 %, contre 10 % pour les reprises de prothèse de genou et 1 % pour celles de prothèse de hanche. La complexité de la prise en charge de

ces ré-interventions représente un challenge chirurgical qui doit être guidé par des critères précis d'indication et de technique.

Le but de cette table ronde est de préciser les éléments qui doivent être connus du chirurgien confronté à la nécessité de réaliser un changement partiel ou total de prothèse d'épaule en dehors d'un contexte septique et d'exposer les principes techniques pour réaliser cette intervention dans les meilleures conditions.

Les principaux résultats et les complications spécifiques de chaque type de reprise seront exposés. Une monographie éditée par la SOFEC sous la direction de Cécile Nérot (Sauramps medical) reprendra en détail l'ensemble des présentations et sera disponible pendant le congrès.

La journée se terminera par une session vidéo qui présentera une technique

08^H00 - 16^H30
AMPHITHÉÂTRE HAVANE,
NIVEAU 3

d'hémiarthroplastie humérale dans les fractures de l'humérus distal ou proximal du sujet âgé et le traitement endoscopique des épicondylites.

Enfin, l'assemblée générale de la SOFEC se tiendra à partir de 16 h 30 avec la prise de fonction du Pr Luc Favard comme nouveau président ■

Pr François Sirveaux

Stratégie et techniques dans les révisions de prothèse d'épaule

Sous la direction de Cécile Nérot



SOFEC, organisation et objectifs

Issue du Groupe d'étude de l'épaule et du Coude (GEEC), la Société Française de l'épaule et du coude, associée de la SOFCOT, réunit des chirurgiens impliqués dans la chirurgie de l'épaule et du coude.

La possibilité d'adhérer à la SOFEC est aussi offerte à des médecins non chirurgiens engagés dans ce domaine. Pour être membre titulaire, les candidats doivent être parrainés par deux membres et justifier d'une production scientifique nationale ou internationale.

Un statut de membre postulant est proposé, qui permet d'accéder au statut de titulaire après 4 ans. A ce jour, la société compte environ 70 membres titulaires et 20 membres postulants.

Son objectif est de promouvoir le développement, la diffusion des connaissances et la recherche dans le domaine de la chirurgie de l'épaule et du coude.

La SOFEC est la structure représentative nationale des chirurgiens de l'épaule et du coude auprès de la SOFCOT et de la Société Européenne de Chirurgie de l'Épaule et du Coude (SECEC).

FACE-A-FACE Cols modulaires dans les prothèses totales de hanche : avantages et limites ?

En France, le recours au col modulaire dans les prothèses totales de hanche est longtemps resté confidentiel. Le dispositif tend aujourd'hui à se développer avec l'arrivée à échéance des brevets. Quels en sont les avantages et inconvénients ?

Cet artifice permet de reproduire plus fidèlement l'anatomie fémorale que la prothèse monobloc. Cette dernière couvre néanmoins un grand nombre d'indications avec pas moins de 9 à 18 tailles différentes selon les systèmes. Une courbure gauche ou droite permet parfois également d'affiner la reconstruction chirurgicale selon le côté opéré. Mais, dans près de 30 % des cas, la grande diversité de l'anatomie naturelle ne peut être reproduite précisément par les implants à col non modulaires. L'augmentation homothétique des tailles de prothèses monobloc (les prothèses les plus grandes ont les cols les plus longs) peut poser des problèmes en présence d'un petit canal. Ces situations sont difficiles à gérer avec les systèmes conventionnels à moins d'augmenter au-delà du raisonnable le nombre de tailles et de forges. La multiplicité de tailles et de formes peu souvent utilisées induit un coût excessif pour les fabricants. L'utilisation des implants sur

mesure pour les cas particuliers est également complexe et coûteuse. Le col modulaire permet de s'adapter aux situations anatomiques particulières à moindre coût. Il facilite le réglage de la longueur du membre et permet de reproduire la latéralisation fémorale. Il améliore ainsi le bras de levier des muscles fessiers. « *Le col modulaire, grâce à la variabilité de l'angle avec la diaphyse fémorale, offre au chirurgien une plus grande liberté, en dissociant l'étape du calage de la tige dans le canal médullaire, et l'étape de réglage des paramètres extra-médullaires : longueur et latéralisation* » souligne Philippe Massin qui utilise cette technique depuis deux ans.

Faiblesses mécaniques

Pourquoi les orthopédistes n'adoptent-ils pas alors plus largement une technique offrant tant d'avantages ? « *Parce qu'il existe notamment des insuffisances métallurgiques avec des cas de ruptures du col modulaire* » indique Philippe Massin.

L'interface entre la prothèse et le col est un maillon mécanique critique. L'interposition de sang ou de fragments osseux peut perturber l'emboîtement et générer à long terme une corrosion. Des contraintes de cisaillement peuvent dépasser les capacités de résistance de l'alliage (moulé au niveau du col modulaire alors que les tiges sont en alliage forgé, plus résistant), notamment lorsqu'un col varus et long est implanté chez un patient lourd. Ce risque n'est pas facilement justifié par les résultats cliniques et fonctionnels. « *Beaucoup de chirurgiens considèrent que cette technique génère un risque supplémentaire sans augmentation des bénéfices. De plus, ils estiment satisfaisants le fonctionnement des prothèses monobloc* » note Philippe Massin qui ajoute : « *En outre, il est très difficile de valider cliniquement les bénéfices apportés par le col modulaire* ». En effet, les tests cliniques ne sont pas suffisamment discriminants. En rétablissant le



bras de levier des fessiers, on améliore le rendement des muscles fessiers. Mais les patients ne sont testés que sur une distance de marche limitée, et sur interrogatoire. L'amélioration fonctionnelle reste donc théorique.

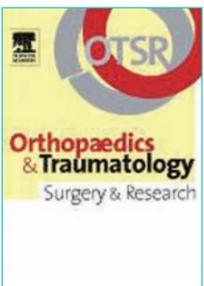
Enfin, le choix du col le plus adapté n'est pas facile et nécessite une planification préopératoire rigoureuse (si possible tridimensionnelle sur reconstruction scanographique ou à défaut sur radiographies standard mais calibrées) et un testing de véri-

fication pendant l'intervention. Les méthodes les plus reproductibles ne sont pas validées et en tout cas pas couramment utilisées : « *La chirurgie assistée par ordinateur pourrait trouver sa place mais elle nécessite d'être considérablement simplifiée* » signale Philippe Massin ■

Pierre Derrouch

09H00 - 10H00
AMPHITHÉÂTRE BORDEAUX,
NIVEAU 3

ÉDITION OTSR, c'est bien parti



Au milieu de sa troisième année d'existence, *Orthopaedics Traumatology, Surgery and Research*, version internationale en ligne de la doyenne des Revues de notre spécialité, la RCO, figure à présent honorablement dans le classement mondial des publications chirurgicales orthopédiques.

L'arrivée attendue de l'impact factor

C'est pratiquement au terme de trois années de labeur assidu que l'équipage impatient de ce qui semblait, à l'origine, une aventure quelque peu incertaine, a eu droit à son premier verdict. Au sein de cet équipage il y a certes les Membres du Comité de Rédaction en lutte permanente contre des « dates butoir » de « livraison » impitoyables, mais également tous les maillons humains d'une chaîne délicate de production au sein de laquelle interviennent les reviewers, les secrétaires, ainsi que tout le personnel de la maison d'édition, en l'occurrence Elsevier. C'est donc en juin 2011, après une navigation dans un « dense brouillard » semée de quelques turbulences, résolues au fur et à mesure, qu'a été validé le premier « *impact factor* » de notre Jeune (vielle) Revue. La surprise fut plutôt agréa-

ble puisqu'avec la RCO, l'impact factor grimpa de 2008 à 2010 de 0,253 à 0,372 alors que le tout premier impact factor d'OTSR démarrait à 0,520.

Un score de classement

« *Inventé* » il y a plus d'un demi-siècle, « *l'impact factor* » n'est en fait que le produit d'une formulation mathématique tenant compte du nombre de citations obtenues par les articles d'un journal donné, rapporté au nombre de citations susceptibles d'être récoltées sur l'ensemble des articles publiés par ce même journal.

En raison de l'importance accordée en milieu anglo-saxon aux publications soumises à « *Comité de Rédaction* » (peer-reviewed) aussi bien dans l'obtention de crédits de recherche que dans l'avancement d'une carrière académique il apparaissait indispensable de disposer d'un outil permettant de « *jouer* »

les revues scientifiques les unes par rapport aux autres. Sous l'égide de l'Institut de l'Information Scientifique (ISI) de Philadelphie, la formulation initiale a graduellement évolué en un Index de citation scientifique, produit commercial utilisé pour générer annuellement un registre des citations de chaque revue (the Journal Citation Reports).

Ces annuaires débutés il y a quarante ans recensent année après année le nombre total de citations du contenu d'un bouquet de journaux référencés. C'est à partir des données de tels registres que les institutions académiques ont fini par adopter un index quantitatif permettant en quelque sorte d'établir un palmarès des publications. L'idée fondatrice de disposer d'un outil de comparaison entre les taux respectifs de citation de différents journaux était bien respectée malgré certaines insatisfactions sur la validité absolue d'un tel mode d'extraction d'un prétendu étalon de référence.

Un indice cantonné dans le temps

Contrairement à certaines idées reçues, l'impact factor ne préjuge en rien de l'autorité scientifique d'un journal dans sa discipline. Mais, comme cela a été déjà

signalé, il n'en reste pas moins porteur d'une influence indéniable dans les milieux universitaires ou au sein des tutelles en matière de décision d'allocation de ressources budgétaires de recherche. Du fait de balises arbitraires de temps (deux ans) imposées à la période de référence analysée (délai d'ailleurs débattu), l'impact factor reflète de façon plutôt infidèle l'intérêt d'une avancée scientifique non immédiatement intégrée par le lectorat et « *digérée* » seulement quelques années plus tard (exemple de la prothèse inversée d'épaule).

Avantages et limites de cet outil

Comme toute échelle de mesure chiffrée destinée à une évaluation qualitative, l'impact factor peut se trouver, intentionnellement ou involontairement « *manipulé* ». Il peut ainsi se trouver biaisé dans sa signification (« *dopage* » par auto-citation ou par citations croisées entre Collègues). Les comités de rédaction peuvent orienter leurs acceptations d'articles en faveur de ceux les plus volontiers susceptibles de citations. De nombreuses autres possibilités d'altération de l'impact factor sont connues voire utilisables et susceptibles d'entacher encore plus sa crédibilité. Cela n'empêche pas pour autant l'impact factor de demeurer

un indicateur utile à condition, comme pour un test diagnostic ou statistique, de ne pas vouloir lui en faire dire plus qu'il n'est en mesure de le faire en réalité. Ainsi il serait abusif de porter un jugement sur la qualité d'un journal ou des auteurs publiés au travers du seul impact factor. Il serait également inapproprié d'établir des comparaisons de journaux de disciplines scientifiques distinctes sur la base de leur impact factor respectif, ce d'autant que les habitudes de référencement bibliographique peuvent totalement diverger d'une discipline à une autre.

Au total

Utilisé sans « *arrière-pensée* » et sans artifice, l'impact factor fait néanmoins figure d'outil utile de navigation sur le « *tableau de bord* » de gestion d'une revue scientifique. *Orthopaedics Traumatology, Surgery and Research* dispose à présent du sien et la disponibilité de cet indice devrait conférer à notre Journal le standing international mérité que s'efforcent de lui donner ses reviewers, ses rédacteurs et tous les maillons humains impliqués dans sa production ■

Dr Charles Msika (Rédacteur OTSR), Dr Philippe Beaufile (Rédacteur en Chef OTSR)

JOURNÉE DE SPÉCIALITÉS

CAOS : des navigateurs en pleine pétrole

La chirurgie assistée par ordinateur s'est-elle laissée emporter par l'enthousiasme de la nouveauté ? Ou bien serait-elle victime d'un retard à l'allumage des tutelles qui peinent à en valoriser les actes tout en reconnaissance son bien fondé médical ? Malgré l'actuel calme plat, les navigateurs de prothèses gardent le cap. Stéphane Plaweski, président de CAOS France, explique pourquoi.

Quoi de neuf en chirurgie assistée par ordinateur ?

Stéphane Plaweski : *Malheureusement pas grand-chose. Les instances publiques ne valorisent toujours pas l'activité. Peut-être sommes-nous fautifs ? Nous ne parvenons pas suffisamment à nous organiser pour démontrer la valeur ajoutée sur le plan socio-économique des prothèses naviguées. Il faut persévérer dans la voie de la recherche, en mettant en œuvre des protocoles permettant de valoriser les actes.*



Stéphane Plaweski : *Malheureusement pas grand-chose. Les instances publiques ne valorisent toujours pas l'activité. Peut-être sommes-nous fautifs ? Nous ne parvenons pas suffisamment à nous organiser pour démontrer la valeur ajoutée sur le plan socio-économique des prothèses naviguées. Il faut persévérer dans la voie de la recherche, en mettant en œuvre des protocoles permettant de valoriser les actes.*

La technique de prothèse naviguée est-elle en opposition avec la pose d'implants customisés ?

S. P. : *Non, et nous allons essayer de montrer dans une séance de controverse que l'une n'exclut pas l'autre.*

Les industriels vous suivent-ils ?

S. P. : *Faute d'une reconnaissance économique de la pratique, les fabricants ont pratiquement cessé toute recherche. Il faut les encourager à poursuivre leurs efforts pour développer de nouveaux outils informatiques.*

Est-ce pour cette raison que les établissements ne s'équipent pas ?

S. P. : *La période économique actuelle n'est pas propice pour les hôpitaux et cliniques à l'achat de système de navigation. L'absence de remboursement des actes ajoute un frein supplémentaire.*

Face à un tel marasme, arrivez-vous à rester optimiste ?

S. P. : *Bien sûr. Si l'on peut avoir l'impression que nous sommes en avance sur notre temps, nous avons quelques raisons de nous réjouir. Ainsi, par exemple, la HAS vient de reconnaître que la navigation de prothèses du genou permettait d'obtenir une plus grande constance dans l'obtention d'un bon axe mécanique que par un ancillaire classique et ainsi préjuger de meilleurs résultats cliniques à plus long terme. Avec le développement des biotechnologies et de la bio-ingénierie, nous sommes persuadé que la chirurgie naviguée occupera une grande place. Enfin, cette spécialité offre une plate-forme de formation unique. Elle permet de développer des outils pédagogiques, via les réseaux informatiques. L'université virtuelle va de plus en plus s'appuyer sur ces outils. Les sites de Strasbourg et Grenoble sont précurseurs en la matière ■*

Propos recueillis par Pierre Derrouch

Enquête pratique - CAOS

Utilisez-vous un système de navigation pour (même de façon occasionnelle) :

- | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Prothèse du genou | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Prothèse de hanche | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Ostéotomie du genou | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Autres | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Réponses à retourner à : sofcot@sofcot.fr

08^H00 - 16^H00 - SALLE 351, NIVEAU 3

PUBLICATION SCIENTIFIQUE La rédaction médicale : une véritable "technique", toujours plus exigeante

Des conférences d'enseignement sur ce thème avaient déjà été programmées dans le passé par le Pr J.-M. Thomine, rédacteur en chef Honoraire de la RCO, ce n'est donc pas une vraie première mais cela y ressemble malgré tout : la SOFCOT fait figurer au programme de son Congrès annuel une session consacrée à la « Rédaction médicale », au cadre de plus en strict.

L'aphorisme texan « *publish or perish* » émis il y a plus d'un demi-siècle (Wilson 1942), loin de se démentir, se trouve confirmé et renforcé depuis le début de ce millénaire avec l'immense diffusion des moyens de communication électronique. Qu'il s'agisse des tutelles des systèmes de santé ou de recherche scientifique ou encore des hiérarchies académiques, les incitations à publier les travaux expérimentaux ou non font de plus en plus partie du paysage quotidien de l'exercice d'une spécialité médicale. Mais ce partage de données d'expérience avec la communauté professionnelle a complètement modifié sa physionomie au cours du dernier quart de siècle écoulé. La publication d'un article médical ou scientifique doit de plus en plus obéir à un cahier des charges rigoureux.

Une indéniable compétition internationale

Si l'on se penche sur l'étendue du lectorat des journaux consacrés à notre discipline, quelle que soit la forme d'évaluation d'une telle donnée (nombre d'abonnements, impact factor, notoriété, crédibilité...), les publications anglophones se partagent d'évidence les premières marches du podium. Cette situation quasi monopolistique de la dynamique éducative est d'autant plus agaçante que la doyenne des publications exclusivement consacrées à la Chirurgie Orthopédique est notre sympathique Revue de Chirurgie Orthopédique (RCO) qui a littéralement « *allaité* » de nombreux jeunes Collègues, avant d'être plébiscitée, comme le Journal de référence, par ces mêmes Collègues, devenus Seniors. Pourtant, malgré ses quelque cent vingt ans d'âge et sa qualité toujours améliorée par des années d'expérience, la RCO a vu sa position dominante s'éroder au fil du temps du fait de nombreux facteurs : moindre référencement international, caractère généraliste du journal dans une profession tendant à se « *sur-spécialiser* », richesse d'offre de thématiques des revues anglophones...

La justification de la « conversion » anglophone

A l'heure de la mondialisation non seulement de l'économie mais des médias de communication, on ne pouvait qu'être interpellé par un tel état des lieux. Malgré sa créativité, souvent originale, la Chirurgie Orthopédique française rencontre de plus en plus de difficultés à faire entendre sa voix, à faire

école ou même à conserver la paternité de certaines avancées substantielles dans la spécialité.

L'aspiration d'un « *message pédagogique* » (« *take home message* » des Anglo-Saxons) quel qu'il soit, reste au minimum, à défaut d'être transmis à la postérité, de guider une génération de Collègues. Très souvent, la subtilité de ce message, aboutissement d'un effort de recherche de plusieurs mois ou années, demeure cryptique en dehors du cercle restreint de quelques initiés. Pour révéler au plus grand nombre la « *sagesse dissimulée* » (« *hidden wisdom* » de nos cousins Anglo-Saxons), il faut favoriser la « *lecture entre les lignes* » de l'article.

L'écran du langage est susceptible d'altérer la capacité du lecteur à ce décryptage inter-linéaire. L'élargissement de l'audience passe donc inévitablement par l'usage de l'anglais.

Une mutation culturelle plus que linguistique

Grâce à une congrégation acrobatique de ressources humaines et matérielles l'APCORT sous l'impulsion de ses Présidents J.-Y. Nordin puis B. Augereau, en collaboration avec les Editions Elsevier, est parvenue à mettre à la disposition des Chirurgiens Francophones (...ou non) un outil de publication de leurs travaux, digne de ce nom, c'est-à-dire référencé et actualisé. Ne nous y méprenons pas : il ne s'agit pas d'une simple aventure de transformation linguistique. Même si les milieux anglo-saxons, maîtres actuels du jeu des publications du fait de leur prépondérance, aiment bien afficher leur indulgence (...*even if the English is not so good...as long as its Science is good, ... the paper is acceptable...*) une rigueur impitoyable prévaut. La prétention d'internationalisation d'une revue scientifique ou médicale impose l'adoption de toute une culture rédactionnelle : formatage de l'article, conformité avec le développement d'une médecine à base de preuves, prévention des conflits d'intérêt, respect des principes d'éthique de recherche clinique, etc.

Le rôle crucial de reviewers

Dans cette chaîne humaine conduisant à la publication finale d'un article, les reviewers, recrutés en raison de leur expertise d'une thématique donnée, sont en quelque sorte les « *gardiens du temple* » (the gatekeepers) du corpus scientifique. Ils ne délivrent leur aval à un manuscrit que si le « *contrôle de*

qualité » est satisfaisant. C'est-à-dire avant tout si l'article candidat à publication représente une contribution « *originale* » et/ou une « *avancée* » dans notre pratique quotidienne. Ces reviewers doivent également s'assurer, par leur lecture critique d'article (LCA) que ce dernier s'inscrit bien dans une logique de médecine à base de preuves et donc que la science qui en dérive est une « *science-réalité* » et non une science-fiction. Toute la crédibilité, en particulier internationale, de la Revue en dépend. La tâche des reviewers peut paraître parfois ingrate mais elle est vitale à la perpétuation de la qualité du Journal. Leur contribution bénévole à la notoriété du Journal est essentielle et appréciée de tous.

Similarité avec la chirurgie : une technique toujours améliorable

Avec à présent à sa disposition une vitrine de publication internationale grâce à « *Orthopaedics and Traumatology, Surgery and Research* », la Chirurgie Orthopédique Française convaincue de son excellence doit à présent relever le défi de la transparence sur sa qualité et sa capacité novatrice. Elle ne peut le faire qu'avec des publications scientifiques de niveau toujours plus soutenu.

La rédaction médicale, au même titre qu'une technique chirurgicale (... notion qui nous est plus familière...), s'apprend, s'enseigne et s'améliore avec l'expérience agrémentée de critiques constructives. Les jeunes générations de nos Collègues risquent d'ailleurs d'être une dynamique supplémentaire dans cette optimisation de nos articles puisque la LCA (qui comme nous l'avons dit ne veut plus dire Ligament croisé Antérieur mais lecture critique d'article...) fait à présent partie de leur examen classant national.

Avec l'équipe d'OTSR et son heureuse initiative d'une séance éducative consacrée à la Rédaction Médicale, l'occasion nous est donnée à tous de participer activement à l'élaboration de manuscrits de qualité et de plus en plus irréprochables sur la scène internationale. La Chirurgie Orthopédique Française n'en sera que mieux servie ■

Prs et Drs Ph. Beaufilet,
B. Augereau, J.-M. Thomine,
R. Seringe, H. Migaud, J.-L. Besse,
Ph. Hardy, D. Ollat, Ch. Msika,
J. Tonetti et Ph. Massin

14^H00 - 15^H30
SALLE 353, NIVEAU 3

TABLE RONDE Actualités sur la prise en charge des métastases osseuses diaphyso-épiphysaires et du rachis

Les métastases osseuses sont fréquentes. On estime que 25 % de nouveaux de cancer, toutes localisations confondues, développeront une métastase osseuse. Tout chirurgien orthopédiste et traumatologue sera confronté plusieurs fois par an à un problème de métastase osseuse.

La prise en charge de ces métastases évolue pour deux raisons essentielles qui justifient cette table ronde :

- de nombreuses avancées thérapeutiques permettent de contrôler durablement certains cancers ostéophiles. Les indications chirurgicales devront donc intégrer la possibilité de survies prolongées.
- l'apparition de techniques alternatives ou complémentaires à la chirurgie, comme la cimentoplastie ou la radiofréquence ne doivent plus faire discuter la chirurgie comme approche exclusive au contrôle local de la maladie ou de ses conséquences.

Le Dr Julien Domont exposera les résultats des traitements médicaux préventifs et curatifs des métastases osseuses par les thérapies reposant sur la meilleure connaissance des mécanismes biologiques, la modulation du microenvironnement ou la vectorisation des agents thérapeutiques comme la radiothérapie métabolique. Ces progrès ont modifié le pronostic de la maladie métastatique osseuse ces dix dernières années et donc la place et le type de chirurgie. La chirurgie des métastases osseuses

intervient à tous les stades de la maladie, du diagnostic à la phase terminale. La grande diversité des situations imposent au chirurgien de travailler avec des contacts faciles avec les équipes oncologiques référentes du patient, d'avoir une parfaite connaissance du stade de la maladie, élément essentiel dans la décision thérapeutique et des alternatives à la chirurgie. Ces principes seront exposés par le Pr Charles Court.

Plusieurs localisations, par leur spécificité ou leur exemplarité seront abordées. C'est le cas des localisations rachidiennes avec leurs spécificités neurologiques (Dr C. Dauzac), de la hanche et du fémur (Pr F. Gouin). Malgré la diversité des localisations, les principes chirurgicaux sont les mêmes : rechercher un geste chirurgical unique et gagnant ayant pour but la qualité de vie durable des patients. Cela passe par des objectifs prioritairement mécaniques, la place grandissante des gestes peu invasifs, le recours dans certains cas à des gestes lourds et spécialisés. Dans tous les cas, la discussion multidisciplinaire en amont de l'intervention aura permis l'évaluation la plus précise possible

du pronostic de la maladie ; des scores pronostics nous aident dans cette évaluation et seront exposés. La connaissance des indications et des limites des techniques peu invasives, le plus souvent pris en charge en radiologie interventionnelle, est également nécessaire pour proposer parfois jusqu'en phase terminale un geste non invasif qui fait partie intégrante de l'arsenal thérapeutique de lutte contre la douleur.

La prise en charge chirurgicale des métastases osseuses reste le plus souvent du domaine de l'orthopédie générale. Elle impose cependant au chirurgien, plus que dans d'autres domaines, de ne pas limiter son rôle au geste technique : un contact avec les équipes oncologiques référentes s'impose avant l'intervention, le recours aux techniques percutanées radio-interventionnelles ainsi qu'aux équipes spécialisées en chirurgie tumorale doit être facile ■

Prs François Gouin
et Charles Court

08^H00 - 09^H00
SALLE 353, NIVEAU 3

TABLE RONDE Accélérateur de cicatrisation : l'efficacité troublante du concentré plaquettaire

En quelques années, la côte des concentrés plaquettaires utilisés en médecine et chirurgie du sport a explosé. Si les mécanismes intrinsèques de ces accélérateurs de cicatrisation sont connus, des interrogations demeurent sur leur surprenante capacité à agir positivement sur différents tissus.

Depuis 15 ans, les stomatologues ont adopté les PRP (*platelet rich plasma*), concentrés plaquettaires riches en facteur de croissance préparés à partir du propre sérum du patient. À leur suite, son utilisation en orthopédie a débuté en Espagne pour se répandre dans tous les milieux d'orthopédie sportive.

La rapide reprise d'activité de sportifs de haut niveau soignés par PRP a permis de médiatiser ce traitement jusque-là confidentiel. Conscient de leur fort potentiel commercial, les laboratoires n'ont pas tardé

à proposer différents concentrés plaquettaires, contribuant à leur plus large diffusion. « *Mais tout ceci s'est développé de manière empirique*, souligne le Dr François Kelberine, spécialisé en orthopédie et traumatologie sportive, à Aix-en-Provence. *Il n'y a pas d' "evidence based medicine"* ». Si la biologie a parfaitement identifié les mécanismes d'action des facteurs de croissance, personne pour l'instant ne comprend comment ces produits industriels différents les uns des autres agissent positivement, et ce quelle que soit leur cible, musculaire, cartilagineuse, ou tendineuse ?

La recherche fondamentale a montré l'efficacité des PRP, mais il manque encore des études apportant une preuve scientifique de leur efficacité clinique. La table ronde sur l'état actuel de l'apport des concentrés plaquettaires dans les lésions musculotendineuses et ostéo-articulaires fera le point sur cette réalité médicale singulière ■

Pierre Derrouch

10^H30 - 12^H00 - AMPHITHÉÂTRE BORDEAUX, NIVEAU 3

12^H15 - 13^H30 AMPHITHÉÂTRE BORDEAUX, NIVEAU 3

VOTE ÉLECTRONIQUE

Choix des futurs symposiums et conférences d'enseignement

SUJETS DES SYMPOSIUMS 2012

- Fracture de la palette humérale du sujet âgé
Directeur : Pierre Mansat (Toulouse), Thierry Fabre (Bordeaux)
- Cause d'échec des prothèses totales de hanche
Directeurs : Christian Delaunay (Longjumeau), Moussa Hamadouche (Paris)

SUJETS DES SYMPOSIUMS 2013

- Conflit fémoro-acétabulaire de l'enfant à l'adulte
Directeurs : Nicolas Bonin (Lyon), Philippe Gicquel (Strasbourg)
- Traitement des fractures sus-, inter-condyliennes et unicondyliennes déplacées de l'extrémité inférieure du fémur
Directeurs : Guy Piéti (Nantes), Eric Vandebussche (Paris)

SUJETS DES SYMPOSIUMS 2014

SUJET DES CONFÉRENCES D'ENSEIGNEMENT 2013

Tous les membres de la Société ont été invités à choisir en ligne les sujets des symposiums d'orthopédie et de traumatologie pour le Congrès de novembre 2014 ainsi que les sujets de conférences d'enseignement 2013. Les résultats seront communiqués pendant l'Assemblée générale de la SOFCOT.



Les locaux de la future Maison de l'Orthopédie, en phase pré-opératoire. Fin de chantier en vue.

FMC Congrès de la SOFCOT : évolutions sur quatre décennies

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

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

Les résultats sont exprimés en temps et en pourcentage du temps total :

■ Le temps d'enseignement a été multiplié par 5,9 en 37 ans, passant de 25 à plus de 147 heures. Le nombre de congressistes a triplé en 30 ans, passant de 1 300 en 1980 à 3 900 en 2010.

■ Le mode de présentation a évolué : Dans les années 70, les séances

magistrales occupaient 49 % du temps de congrès, les conférences d'enseignement 31 %, et les communications particulières 20 %. Le nombre de conférences d'enseignement est passé de 9 à 20 par paliers successifs, le temps consacré aux séances magistrales n'a progressé que de 12 à 16 heures, mais c'est surtout la durée des communications particulières émanant des praticiens, relatant leurs travaux, et traduisant leurs préoccupations qui a été multiplié par 8,7 passant de 4,8 à 41,8 heures. Les séances de dossiers apparues en 1998 ont duré 17 heures 30 minutes en 2010. La journée des spécialités fait partie intégrante du programme depuis 2003 ; elle dispensait près de 49 heures d'enseignement en 2010. Actuellement les communications particulières et la journée des spécialités occupent les 2/3 du temps de travail du congrès.

■ Les travaux du congrès ont été classés en 4 groupes : **orthopédie, traumatologie, thèmes généraux, tumeurs**. Leur répartition est remarquablement stable dans le temps. En moyenne, l'orthopédie occupe 45 % du temps, la traumatologie 30 % les thèmes généraux 20 % et les tumeurs 5 %.

■ Quelques thèmes spécifiques ont été mesurés : **chirurgie infantile, infectiologie, recherche...** Le temps consacré à l'enfant (entre 10 et 15 % depuis 10 ans) a diminué depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, régulièrement, mais de façon non significative, partiellement compensé ces dernières années par la journée de la SOFOP. Les travaux spécifiques consacrés à l'infection et les travaux de recherche appliquée sont stables et représentent chacun 4 % du temps de travail.

■ Temps d'enseignement en fonction de la localisation anatomique : Depuis 37 ans, le temps consacré au membre inférieur est stable autour de 45 à 50 % du temps de congrès. Pour le membre supérieur, la durée a nettement augmenté, passant de 11 à 20 % du temps total.

■ Cinq localisations dominent : Le temps consacré à la **hanche** (20 %)



majoritaire dans les années soixante-dix régresse peu (18 %) et reste légèrement prédominant. Le temps consacré au **genou** nettement inférieur à celui de la hanche dans les années 70 (10 %) l'a égalé fréquemment au fil des congrès mais reste inférieur actuellement (15 %). Dans les années 1980,90, la troisième localisation la plus traitée durant le congrès était le **rachis**. Le temps d'étude du rachis a diminué depuis 1995, passant de 16 à 11 % du congrès et même de 20 à 8 % des communications particulières. Il est stabilisé depuis la participation de la SFCR à la journée des spécialités.

La durée des présentations sur l'**épaule** a nettement augmenté après 1987 passant de 3 à 11 %, stable depuis une dizaine d'années. La durée des travaux sur la **cheville** et le **pied** a progressé passant en 3 décennies de 5 à 10 % du temps de congrès et des communications particulières.

Le total des **autres localisations** (main, coude, bassin, diaphyses des membres inférieur et supérieur), varie peu autour de 15 % (12 à 18 %). On constate une baisse des travaux consacrés à la **main**, régulière, non significative, dont l'impact est un peu atténué par les communications particulières en l'absence du GEM dans la journée des spécialités. Le temps d'étude du **coude** a progressé de 0,3 à 4 % en 37 ans.

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

■ La chirurgie prothétique qui occupait 10 % en moyenne du temps des congrès des années

soixante-dix atteint 25 % en 2010. Au sein des communications particulières leur temps d'étude a progressé de 15 % à 36 % pendant la même période.

■ Analyse des résultats :

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

• Ces variations témoignent toutefois de l'évolution progressive de nos centres d'intérêt, et du nombre

de praticiens spécialisés et publiant dans chaque domaine.

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

Dr Gérard Lecerf

37 ans de nouveautés

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

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

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

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

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

1980 : Evrard expose les 1^{ers} résultats de l'antibioprophylaxie.

1982 : Sugioka présente son ostéotomie.

1986 : Ilizarov expose sa méthode et son matériel.

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

1990 : Kempf présente le clou « gamma ».

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

1992 : Barouk expose les principes du « SCARF ».

1993 : Merloz évoque la navigation.

1995 : Clou rétrograde, tiges verrouillées de reprise fémorale, plaques à vis verrouillées sont présentés lors du congrès.

1997 : Sarraglia rapporte 7 PTG « naviguées » sur le cadavre.

1998 : Grammont présente sa prothèse inversée.

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

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

PRIX

Prix SOFCOT : 2000 €

Ce prix sera attribué à la meilleure communication.

Prix du meilleur e-poster : 1000 €

Prix ELSEVIER/MASSON :

- Un abonnement d'un an à la revue RCO.
- Un traité de l'EMC / Traité de techniques chirurgicales / orthopédie - traumatologie (4 volumes).
- Les publications 2011 des Cahiers d'enseignement de la SOFCOT.

Prix Audio-Visuel : 1500 €

Ce prix sera attribué par un jury de l'APCORT à une publication sous forme de DVD, sous réserve que son auteur accepte qu'il soit mis sur le site Internet de la SOFCOT.

Prix du DESC de l'Académie (AOT) : 2500 €

Un candidat sera désigné par chaque inter-région (2 en Île-de-France).

Prix Sham de gestion des risques en orthopédie : 2 500 €

Ce prix récompense la meilleure communication traitant de la gestion des risques en orthopédie ■

15^h00 - 16^h00 - GRAND AMPHITHÉÂTRE, NIVEAU 1/2

TABLE RONDE Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus : les personnes âgées particulièrement touchées

Avec le vieillissement de la population en Europe et particulièrement en France, l'incidence croissante des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus chez la personne âgée constitue un problème de santé publique. Des techniques chirurgicales plus adaptées devraient permettre une meilleure prise en charge de ces lésions.

L'analyse de la fracture repose sur la description des traits de fractures, sur le déplacement et la stabilité. La classification de Neer, même si elle reste controversée, est celle qui est la plus diffusée dans le monde.

Deux complications principales vont être à la base de la stratégie thérapeutique de ces fractures : le risque d'ostéonécrose de la tête humérale et la migration ou le risque de cal vicieux des tubérosités qui rend la coiffe des rotateurs non fonctionnelle. Deux notions sont importantes à connaître :

- les fractures intra-articulaires qui désolidarisent la calotte céphalique du massif tubérositaire exposent à la

nécrose de la tête car elles interrompent la vascularisation de l'épiphyse;

- les fractures des tubérosités sont toujours potentiellement instables du fait de la traction exercée par les tendons de la coiffe.

Les fractures les plus fréquentes sont les fractures sous tubérositaires qui intéressent la métaphyse (50 %). Elles sont extra-articulaires et n'exposent pas en principe à la nécrose de la tête. Les fractures isolées du trochiter représente 21 % des cas, elles sont souvent non déplacées mais présentent un risque de déplacement du fait de la traction exercée vers le haut et l'arrière par la coiffe des rotateurs.

Indications

En dehors de la luxation fracture qui sera réduite sous anesthésie, il n'y a pas d'urgence dans la prise en charge de ce type de fracture chez les patients âgés. La stratégie thérapeutique ne peut être définie qu'après une analyse précise et la plus complète possible du contexte (le patient), de l'imagerie appropriée (type de fracture) et de l'environnement (chirurgical, rééducation). Plusieurs questions vont se poser :

- Y a-t-il une indication chirurgicale ?
- Si oui, s'agit-il d'une ostéosynthèse ou d'un remplacement articulaire prothétique ?
- Si prothèse, que faire : une hémiarthroplastie ou une arthroplastie inversée ?

L'indication chirurgicale : dans plus de 85 % des cas les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus sont traitées orthopédiquement. Le traitement orthopédique est proposé de première intention dans les fractures non déplacées stables ou à défaut chez les patients à faible demande fonctionnelle ou présentant un risque opératoire majeur. Dans ces cas, l'immobilisation devra se faire coude au corps avec une surveillance clinique et radiographique régulière (2, 4 et 8 semaines). Pendant la période d'immobilisation, la perte d'autonomie est considérable pour une personne âgée et celle-ci se prolongera bien encore après la consolidation à trois mois. La restitution fonctionnelle peut se faire sur 6 à 12 mois. Il est fondamental de pouvoir appréhender correctement lors de ce traitement orthopédique l'environnement de ce patient âgé et l'adapter progressivement (Aide à domicile, Maison de convalescence,...)

Les ostéosynthèses des fractures de l'épaule : elles sont variées. Il existe de nombreuses techniques de fixation de ces fractures ; clou, plaque, vis, broches, Aucune d'entre elles n'a réellement fait la preuve de sa supériorité. Il s'agit plutôt là d'habitudes chirurgicales, de disponibilité de matériel et de modularité de celui-ci. L'ostéosynthèse requiert une parfaite réduction des tubérosités. Les résultats fonctionnels sont instants. Outre le risque d'ostéonécrose, d'appréciation délicate, chaque technique expose de façon



variable à des complications ou des suites difficiles (lésions neurologiques, cals vicieux, déplacements secondaires et effractions articulaires, ablation de matériel).

Ostéosynthèse et arthroplastie : entre les deux le choix est délicat. Il relève ici précisément du type de fracture, du patient, de ses comorbidités, du chirurgien et de son expérience. Lorsqu'une indication est à poser, il faut s'engager sur une technique qui permettra de redonner une fonction à l'épaule dans les plus brefs délais et en espérant un taux maximal de réussite. L'intervention chirurgicale est supposée être « unique ».

La chirurgie prothétique de l'épaule a été largement diffusée après les années cinquante pour des indications de fractures essentiellement. Il s'agissait alors d'hémiarthroplasties visant à remplacer la tête humérale. Charles Neer, le promoteur de cette arthroplastie a pu proposer ces indications dans les fractures déplacées à 3 ou 4 fragments.

Malheureusement, les résultats se sont avérés assez instants et quelquefois décevants, même dans les mains les plus expertes. Avec ce type de prothèse, l'objectif est d'obtenir une reconstruction la plus anatomique possible de l'épaule. Pour répondre à cet objectif, des prothèses modulaires sont utilisées et des techniques spécifiques de fixations des tubérosités ont été développées. En effet, la consolidation des tubérosités en position anatomique est le critère principal qui conditionne le résultat fonctionnel. Les facteurs de comorbidités du patient âgé ainsi que l'expérience du chirurgien sont des facteurs déterminants. Ainsi, dans les années 1990, puis plus récemment depuis 5 à 10 ans, une plus grande diffusion d'un autre type d'arthroplastie dite « inversée » a conduit à leur indication dans ces cas de fracture. Les résultats sont prometteurs avec une certaine repro-

ductibilité dans l'obtention d'une élévation à près de 100°. Toutefois, la fixation des tubérosités reste centrale. Le suivi à long terme est encore assez modeste. La prothèse inversée reste donc une proposition marginale lorsque l'âge (70 ans au moins), la comorbidité, le type de fracture ne permettent pas d'espérer mieux avec d'autres indications.

La qualité de la réduction, de la fixation et de la consolidation des tubérosités préjugent de la qualité des résultats cliniques. Ainsi, une hémiarthroplastie avec des tubérosités stabilisées offrira le meilleur résultat fonctionnel, puis l'arthroplastie inversée avec des tubérosités consolidées ensuite l'arthroplastie inversée avec tubérosités défaillantes et enfin l'hémiarthroplastie avec stabilisation insuffisante.

Si les progrès chirurgicaux et médicaux permettent certainement de mieux préciser les indications, il n'en reste pas moins que le retour à l'autonomie est difficile, long et parfois aléatoire pour les personnes âgées. La qualité de la prise en charge conditionne l'avenir fonctionnel de l'épaule. Elle doit tenir compte de paramètres intrinsèques (le patient, antécédents, type de fracture, qualité osseuse,...) et de paramètres extrinsèques (technique chirurgicale, environnement, rééducation, mode de vie,...) dont l'évaluation précise est un préalable indispensable avant de poser une indication thérapeutique. Une approche multidisciplinaire médicale (chirurgien, anesthésiste, rééducateur, gériatre, médecin généraliste,...) et paramédicale (infirmière, kinésithérapeute, assistante sociale, psychologue) est souhaitable ■

**Dr Jean-Marc Glasson
et SOFEC**

08H00 - 09H00
AMPHITHÉÂTRE BORDEAUX,
NIVEAU 3

MONOGRAPHIES Les parutions SOFCOT 2011 : deux ouvrages de qualité

Poursuivant sa tradition solidement établie d'année en année, la SOFCOT, avec les Editions Elsevier, publie pour son Congrès 2011 deux ouvrages thématiques : « *Conférences d'Enseignement* » et « *Ruptures de la coiffe des rotateurs* ».

L'inévitable manuel de référence des « *Conférences d'Enseignement* » retranscrit la quasi-intégralité des travaux présentés le premier jour du Congrès et permet donc de « récupérer » le contenu auquel on ne serait pas parvenu à assister. Il est publié sous la direction du Pr Denis Hutten. Une vingtaine de conférences offrent un point exhaustif et actualisé sur un sujet donné d'orthopédie adulte ou pédiatrique ou sur des sujets de traumatologie. Ce recueil spécialement attractif par la variété des sujets traités a, de surcroît, la particularité de porter le numéro symbolique 100 qui indique en filigrane l'ampleur de l'effort investi ces trente dernières années par l'APCORT pour mettre à la disposition des soignants de tous bords un thésaurus encyclopédique des connaissances accumulées en Chirurgie Orthopédique sous l'égide de la SOFCOT.



Un second manuel d'enseignement traitant exclusivement des « *Ruptures de la coiffe des Rotateurs* » est également proposé. Publié sous la direction des Prs Jean François Kempf et Daniel Mole, ce livre consacré à la pathologie de la coiffe est le produit d'une aventure éditoriale regroupant plus d'une cinquantaine de collaborateurs venus de tous horizons, à la fois géographiques et de sous-spécialités. Les illustrations de ce traité sont superbes et particulièrement didactiques.

Une fois de plus la date butoir du Congrès bien que sans doute redoutée par toutes les équipes rédactionnelles contribuant à ces ouvrages a toutefois le mérite de synchroniser un remarquable effort pédagogique, au meilleur bénéfice des Congressistes qui se procureront ces deux publications ■

Dr Charles Msika

TABLE RONDE Le traitement de l'arthrose du poignet en 2011

L'articulation du poignet est composée de plusieurs os courts dont l'ensemble adopte normalement une position de cohérence et de stabilité lors des mouvements. Pour des raisons biomécaniques de situation et de transmission des forces, l'os scaphoïde est le plus vulnérable vis-à-vis de l'arthrose.

L'arthrose péri-scaphoïdienne représente 80 % des formes d'arthrose du poignet. Si l'on excepte l'arthrose essentielle distale scapho-trapézo-trapézoïdienne qui se rapproche plus de l'arthrose du pouce, celle du poignet fait suite le plus souvent à une faillite des moyens d'union du scaphoïde au lunatum, ou à une fracture du scaphoïde non consolidée (pseudarthrose). Dans les deux cas, l'évolution naturelle de l'arthrose péri-scaphoïdienne est connue et similaire. Elle se fait vers un tassement progressif du carpe (collapsus) aboutissant en une dizaine d'années à la destruction complète de ses surfaces articulaires. Ceci se fait le plus souvent dans un cortège de douleurs accompagnant toutes les prises ou appuis mais parfois la bonne tolérance clinique est étonnante. D'où l'importance d'une bonne approche sémiologique clinique. Plusieurs stades évolutifs sont individualisables. Les symptômes sont le plus souvent très gênants pour la vie courante, professionnelle et sportive. Le nombre de présentations cliniques de l'arthrose du poignet est très important, depuis les formes de début jusqu'aux destructions avancées. Les traitements chirurgicaux sont donc variés puisqu'ils doivent s'adapter aux stades évolutifs. Selon que la cause initiale est une dissociation scapho-lunaire ou une pseudarthrose du scaphoïde, le traitement de l'arthrose dans les stades de début est différent. En revanche, dans les stades avancés, les traitements se rejoignent. Quel que soit le stade, il existe deux grands principes thérapeutiques pour soulager un patient présentant une arthrose du poignet invalidante : soustraire les surfaces articulaires arthrosiques aux pressions ou supprimer les afférences nerveuses sensitives. Le premier principe est un traitement étiologique. Il peut faire appel soit à un simple fraisage du cartilage arthrosique, soit à un implant, soit à une fusion interosseuse, chaque méthode pouvant se décliner en plusieurs variantes selon le stade d'arthrose. Le second principe est appelé dénervation du poignet.

Nous ne décrivons que les méthodes classiques ayant fait leurs preuves :

Traitement étiologique de l'arthrose du poignet

• **Arthrose débutante limitée à l'interligne radio-carpien latéral**
Les douleurs s'expliquent par la perturbation de la mécanique du scaphoïde, dont la partie latérale vient en conflit avec la pointe du radius ou styloïde radiale.

Si l'arthrose est limitée, une styloïdectomie radiale est une intervention mini-invasive réalisée sous arthroscopie qui permet normalement une reprise des activités dans les jours qui suivent sous couvert d'une simple attelle. Isolée, elle ne traite pas l'arthrose mais peut soulager temporairement. Sa technique doit être adaptée à la cause, soit dissociation scapho-lunaire soit pseudarthrose du scaphoïde. Elle peut aussi être associée au traitement de la cause de l'arthrose, dissociation scapho-lunaire ou pseudarthrose du scaphoïde, ce qui modifie les suites opératoires en conséquence. La styloïdectomie devra être suffisante pour soustraire la zone arthrosique à la pression du scaphoïde corrigé mais non excessive pour ne pas fragiliser l'insertion des ligaments tout proches. Si l'arthrose atteint tout l'interligne radio-carpien latéral, avec fissures ou exposition de l'os sous-chondral du scaphoïde, le scaphoïde est « non conservable » et une résection de toute la première rangée du carpe peut être discutée. Il s'agit d'une intervention arthroplastique non prothétique majeure et la décision ne doit pas être prise sans une complète information du patient. Cette intervention par définition palliative donne au final un poignet à environ 50 % de ses possibilités normales en termes de mobilité et de force mais le bon effet sur la douleur et la simplicité des suites sont très appréciés par les patients. La rééducation peut être commencée au cours de la première semaine mais la reprise des activités demande au moins 2 mois.

• Arthrose évoluée touchant les interlignes radio-carpien latéral et médio-carpien

Le scaphoïde doit être réséqué. L'atteinte de l'interligne médio-carpien contre-indique une résection de la première rangée. L'exérèse du scaphoïde est complétée par la stabilisation du reste du carpe médial par fusion partielle. Cette intervention a été initialement proposée par Watson, le scaphoïde étant remplacé par un implant en silicone. Depuis, le remplacement du scaphoïde par silicone a été abandonné du fait du risque de silicose allergique. De nombreuses variantes d'arthrodèses partielles internes existent mais leur principe est commun. L'immobilisation postopératoire est en moyenne de 6 semaines. Les montages les plus solides permettent une rééducation dès la première semaine.



• Arthrose globale touchant tous les interlignes du poignet

L'arthrodèse totale du poignet dans cette indication est classique mais ses résultats ne sont pas toujours à la hauteur des espérances en termes de douleur et fonction. La position d'arthrodèse doit être reproductible (20° d'extension). L'immobilisation postopératoire est au minimum de 6 semaines.

Les progrès des prothèses totales du poignet de dernière génération autorisent depuis peu à les discuter dans cette indication avec prudence en fonction de l'âge et des besoins fonctionnels pour éviter le blocage complet du poignet. La rééducation peut commencer dès la troisième semaine.

Traitement symptomatique de l'arthrose du poignet par dénervation

Malgré un titre qui peut impressionner, il s'agit d'une intervention sans danger puisque aucune maladie de Charcot (véritable fonte des os du poignet rencontrée dans les maladies neurologiques) n'a jamais été observée dans ses suites. La technique est guidée par les études anatomiques des branches nerveuses sensitives à interrompre. Les résultats publiés ne sont pas constants mais ce choix peut être judicieux chez un patient présentant une arthrose évoluée mais ayant gardé une bonne mobilité. La tolérance clinique parfois bonne de l'arthrose du poignet séquellaire des dissociations scapho-lunaires ou des pseudarthroses

du scaphoïde doit rendre prudent dans les indications chirurgicales. Ce d'autant que les spectres lésionnels sont grands et les techniques nombreuses. Mais la gêne fonctionnelle peut être très handicapante dans la vie courante, professionnelle ou sportive. D'où la nécessité de choisir chaque indication au cas par cas. Idéalement, le patient doit participer à la discussion de l'indication et comprendre que le traitement de l'arthrose du poignet peut donner un résultat seulement temporaire. A cet égard, la discussion du rapport bénéfices/risques de chaque intervention au titre du consentement éclairé est importante ■

Pr Guillaume Herzberg

09^H00 – 10^H00
SALLE 353, NIVEAU 3

ORTHORISQ Boîtes mouillées : le cauchemar des orthopédistes

Situation récurrente au bloc opératoire, la présence d'humidité dans les emballages d'instruments pose des problèmes de sécurité pour les patients, et de décision pour le chirurgien. Faut-il ou non poursuivre l'intervention ? Alerté par le nombre important de déclarations, Orthorisq a élaboré en collaboration avec l'AFS, la SF2H ainsi que la SOFCOT une procédure de récupération.

Plus de 400 boîtes mouillées ont déjà été recensées par Orthorisq, soit 25 % des déclarations anonymisées d'événements porteurs de risques (EPR). En effet, « à l'issue de la phase de séchage en autoclave, il peut rester de l'eau dans les containers », souligne le Dr Philippe Tracol, responsable du groupe matériel au sein d'Orthorisq. Plusieurs causes existent : un chargement des autoclaves supérieur au seuil autorisé, des containers trop lourds qui ont plus de mal à sécher, la condensation générée par l'arrivée d'une boîte à 130° en sortie d'autoclave dans une salle froide ou encore l'utilisation de plateaux thermoformés en

plastique moulé dans lesquels la vapeur circule mal. Résultat : le chirurgien peut se retrouver en présence d'un emballage humide traduisant un processus de stérilisation potentiellement imparfait. Les procédures de sécurité interdisant tout contact du site opératoire avec des instruments dont la stérilisation n'est pas garantie, que faire lorsque le patient est déjà ouvert ? Interrompre l'opération, sachant qu'une seconde intervention sur un même site opératoire augmente de 2 à 3 les risques d'infection ? Prendre le risque possible d'une contamination –



même minime - avec des instruments imparfaitement sécurisés ? « Orthorisq s'est saisi du problème et a élaboré une procédure permettant au chirurgien de faire le moins mauvais choix », annonce Philippe Tracol. Ce guide d'aide à la décision a reçu l'aval de la SOFCOT, de l'association française de stérilisation (AFS) et de la société française d'hygiène hospitalière (SF2H). Pour tout savoir sur ce problème, et la gestion des risques en général, rendez-vous à la séance Orthorisq ■

Pierre Derrouch

08^H00 – 16^H15 – GRAND AMPHITHÉÂTRE, NIVEAU 1/2

VENDREDI 11

DANS LES CARTONS DE LA SOFCOT

Site internet de la SOFCOT, refonte en vue

Très prudemment encouragée et conseillée par sa Cellule de Communication, la SOFCOT caresse le projet de refondre son site Internet. Bien que de toute évidence satisfaisant si l'on en juge par le nombre de pages consultées le site actuel mérite sans doute d'être actualisé à la fois dans son contenu et ses fonctionnalités.

Dans un monde numérique évoluant à la vitesse de la lumière, le site actuel conçu il y a une demi-douzaine d'années peut probablement encore élargir la gamme des services rendus aux membres et au public.

Cahier des charges exigeant

Dans une société professionnelle comme la nôtre, le site doit pouvoir être pour les membres un utilitaire productif, c'est-à-dire optimisant le gain de temps. Le nœud gordien de l'usage des sites est le conflit quantité/qualité; en d'autres termes, les moteurs de recherche livrent de plus en plus rapidement une masse d'informations dont la pertinence ne saute pas immédiatement aux yeux et imposent de ce fait un temps de triage supplémentaire annulant le bénéfice de l'exhaustivité de la découverte des disponibilités d'information.

L'un des secteurs du site actuel les plus explorés est évidemment celui de la recherche bibliographique car à ce niveau, les membres, pour la plupart d'entre eux du fait de leur parcours universitaire, maîtrisent les modalités permettant de résoudre efficacement les éventuels défauts de pertinence rencontrés.

Interface multi-tâches

Outre les précieuses fonctionnalités actuellement présentes et à conserver pour la plupart d'entre elles, il serait intéressant de transformer le site en une plate-forme ou un forum d'échanges entre les membres permettant la mise en commun élargie de ressources scientifiques et/ou d'enseignement. Par exemple, sur le mode d'un « wiki-glossaire » pourrait se constituer un thésaurus alimenté

par les collègues de termes ou de tournures en anglais facilitant les présentations internationales ou les soumissions à notre journal OTSR. Un espace virtuel de lecture critique d'articles (LCA) pourrait également, à l'image d'un journal club permanent, améliorer la méthodologie scientifique de nos recherches cliniques pour accroître la soumission d'articles de nos juniors à l'international. Une vidéothèque encyclopédique de techniques chirurgicales pourrait aussi y trouver sa place. Bien entendu, les initiatives de développement individuel de sites par le Collège, Orthorisq, ou le Syndicat gagneraient à être regroupées afin d'éviter des redondances stérilisant de méritoires efforts.

Section Grand Public

Déjà présent sur le site, l'espace « grand public », après ségrégation sans équivoque (sous mot de passe) de l'espace professionnel réservé aux membres, pourrait s'enrichir de multiples contributions destinées à l'information des patients. En y incluant des iconographies, des

montages animés, ou des vidéos léguées à la SOFCOT, et estampillées du logo de la Société le site deviendrait la nouvelle référence d'information éclairée des patients candidats à une intervention plutôt qu'abandonner cette prérogative à des sites de contenu incontrôlé et parfois douteux. Le développement de cette section aurait de plus l'avantage de faciliter la communication extérieure de la Société en direction des médias ou des tutelles.

Phase consultative obligatoire

La refonte ou l'adoption d'un nouveau site Internet peut donner lieu à des dérives budgétaires incontrôlables et astronomiques. De telles dérives sont d'autant plus frustrantes qu'une fois l'architecture du site « figée » les charges d'entretien viennent parfois « plomber » ce qui au départ avait été conçu comme un investissement rentable. Le site

actuel avait jusqu'à présent eu la chance de pouvoir, bon an mal an, être réactualisé par l'équipe dynamique de la rue Boissonnade, conduite par M^{me} Ghislaine Patte au prix, certes, d'un travail assidu remarquable. Un nouveau site, s'il venait à voir le jour ne devrait pas être tributaire d'un entretien par trop sophistiqué et donc dépendre d'un prestataire externe inévitablement coûteux. Une étape préalable consultative paramétrant les fonctionnalités attendues du site est donc une nécessité inévitable avant tout engagement dans une démarche de transformation du site.

Participation de tous les volontaires

Durant cette phase préliminaire à l'induction de l'évolution du site vers un espace encore plus collégial il est évident que toutes les suggestions, voire les contributions bénévoles, sont les bienvenues. Pâtissant déjà d'un chantier en cours, rue Boissonnade, à savoir celui des travaux d'extension des locaux, l'équipe de collaboratrices de Madame Patte (Mesdames Plo, Brackenbury et Gérard) peut sans doute bénéficier d'un délai d'élaboration supplémentaire utile avant tout démarrage d'un nouveau chantier, fut-il, cette fois virtuel. La réflexion commune autour de ce qui pour l'instant est « l'Arlésienne » du nouveau site de la SOFCOT a toutefois le mérite de rappeler qu'aussi bien le Bureau que de nombreuses commissions sont en permanence mobilisés pour toujours améliorer les services rendus aux membres ■

Charles Msika



DISTINCTION Les médaillés d'honneur de la SOFCOT

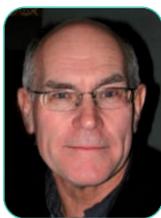
Dix chirurgiens passés maîtres dans la prise en charge des désordres de l'appareil locomoteur, et reconnus comme tels, recevront cette année une médaille d'honneur saluant leur engagement et leur savoir-faire, sources d'avancées médicales et chirurgicales majeures. L'occasion leur est donnée, dans les colonnes du JDC SOFCOT 2011, de livrer une pensée, une réflexion, un vœu pour ce que fut, est, et devra être demain la spécialité. Respectueuses salutations orthopédiques et traumatologiques.



“ Aux grandes incisions a succédé la chirurgie mini-invasive : Redresser, remplacer, reconstruire sont les buts du chirurgien orthopédiste, avec de nouvelles techniques mais en conservant toujours les mêmes principes fondamentaux de respect de l'anatomie, de la biologie osseuse, de la biomécanique. Watson Jones disait "On devient chirurgien, on naît Orthopédiste". Ce vieil aphorisme a peut-être quelque chose de vrai. ”
Dr Claude Chaix (Ramatuelle)



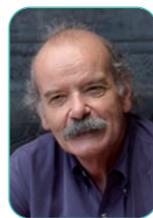
“ C'est une chance que d'avoir pour passion un métier, de la transmettre à ses élèves et au final de les voir nous dépasser. Cependant, il faut rester humble et garder en mémoire comme le pensait Montaigne que l'ignorance est au bout du savoir. ”
Pr Jean-Philippe Cahuzac (Toulouse)



“ Comme nous tous, je suis convaincu qu'être chirurgien orthopédiste est un des plus beaux métiers ! Quel bonheur aussi de faire de la recherche clinique et surtout d'enseigner ! Avec enthousiasme, j'incite les jeunes à tenter le challenge et d'essayer de porter les trois casquettes d'aplomb. ”
Pr Jean-Luc Lerat (Lyon)



“ Y a-t-il une autre profession où sont aussi intimement, aussi profondément associés le savoir, le geste et peut-être surtout l'humanité ? Y a-t-il une autre profession où dépasser ses maîtres, puis être dépassé par ses élèves est une situation souhaitable et gratifiante ? ”
Dr Michel Onimus (Gellin)



“ Il ne faut pas oublier les beaux et bons moments consacrés aux traitements de nos malades. Pas par nostalgie du passé, mais par simple gratitude. Quelles leçons de vie. ”
Pr Michel Dutoit (Romanel - Suisse)



“ La plus belle partie de l'orthopédie est bien l'orthopédie pédiatrique. Qu'y a-t-il de plus beau que de traiter des enfants et de recevoir comme récompense la gratitude qui luit dans leurs beaux yeux ? L'adage de tout médecin « primum non nocere » s'applique surtout dans ces cas parfois compliqués, dont le traitement prend souvent une bonne partie de leur jeunesse. ”
Pr Guy Fabry (Lubbek - Belgique)



“ La chirurgie orthopédique est un art scientifique et humain, qui se doit d'apporter beaucoup de bonheur aux patients. Et cela procure également aux chirurgiens, en tant qu'artistes, une grande joie malgré parfois de grandes difficultés à résoudre. ”
Pr Chiaki Tanaka (Kyoto - Japon)



“ L'orthopédie ? Une spécialité "passion" mêlant architecture, pesanteur, physique, mécanique, design, mouvement, "vista"... ”
Dr Jean-Manuel Aubaniac (Marseille)



“ La mécanique que nous tentons de réparer ne constitue qu'un des aspects du patient que nous traitons. C'est en tenant compte de tous les autres paramètres que nous pouvons espérer répondre à sa demande et améliorer la balance entre le bénéfice escompté et le risque encouru. C'est toute la différence entre l'opérateur et le chirurgien. ”
Pr Claude Vielpeau (Caen)



“ Au terme de 50 années d'exercice professionnel dans le but d'améliorer la qualité de vie de nos patients, le premier constat est celui des énormes progrès réalisés, grâce aux collaborations étroites établies avec tous nos partenaires médicaux et industriels notamment et à la formation chirurgicale ; celle-ci doit rester un apprentissage technique et éthique au sein d'équipes, fonction essentielle et combien gratifiante pour ceux qui les animent. Les efforts de tous doivent être maintenus pour poursuivre ces buts, sans que l'environnement créé autour de notre profession détourne ses aspirants d'un métier certes très exigeant mais source de grandes satisfactions. ”
Pr Jacques-Yves Nordin (Paris)

JDC Le Journal Du Congrès
 JOURNAL DU 86^e CONGRÈS DE LA SOFCOT
 Directeur de la publication : Pr Bernard MOYEN
 Comité éditorial : Dr Charles MSIKA, Dr Jean-Marie POSTEL
 Coordination et rédaction : Pierre DERROUCH
 Photos : Alexandre RESOVAGLIO
 Système graphique : C'TERRIBLE
 Impression : Imprimerie RAS
 www.sofcot.fr