www.sofcot.fr

SOFCOT 2012

87E CONGRÈS ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

Le journal du Congrès

REMISE DES MÉDAILLES
aux membres d'honneur de la SOFCOT

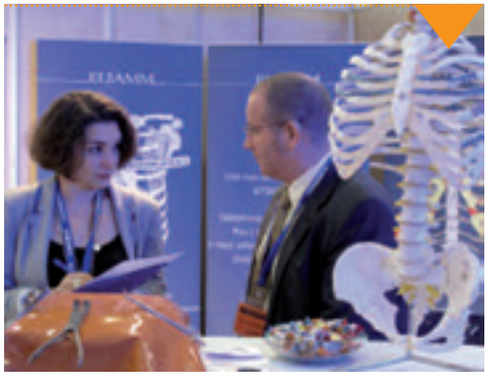


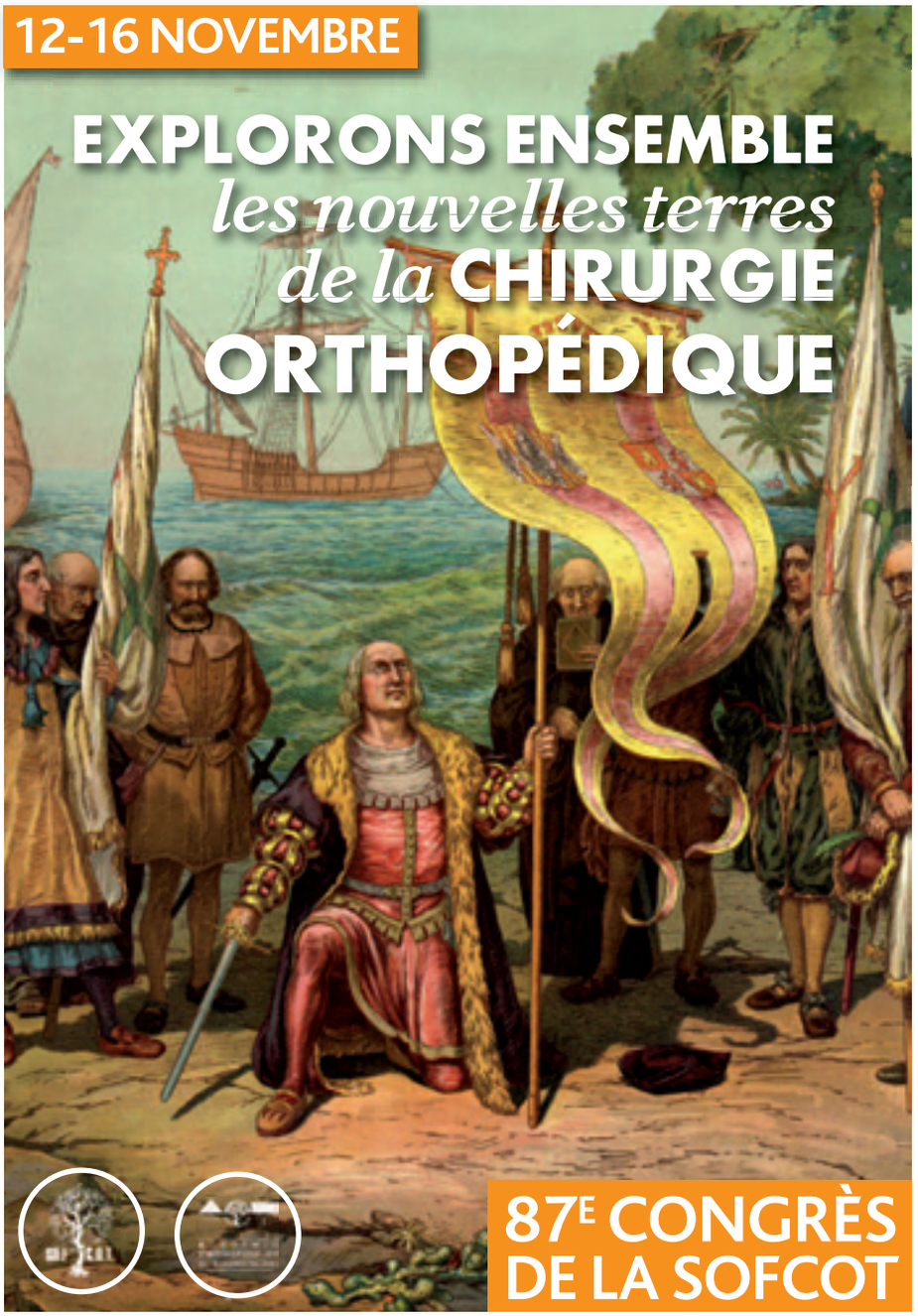
RETROUVEZ-LES en p.31

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

AVEC NOUS, CETTE ANNÉE :

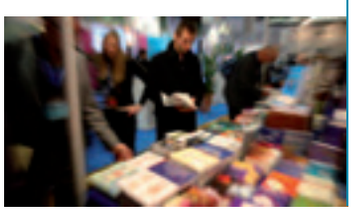
119 EXPOSANTS PRÉSENTS





AGENDA

LUNDI 12 p.2 à 5
- ÉDITOS
- SÉANCE INAUGURALE



MARDI 13
- FORUM EFORT
- JOURNÉES DE SPÉCIALITÉ
- CERCLE NICOLAS ANDRY
- MISE AU POINT
- SÉANCE PROFESSIONNELLE
- SYMPOSIUMS
- SÉANCE EPP/DPC
- TABLES RONDES

p.6 à 14

MERCREDI 14
- MONOGRAPHIES
- VIE DE LA SOFCOT
- JOURNÉES DE SPÉCIALITÉ
- PUBLICATION SCIENTIFIQUE
- DÉCRYPTAGE

p.15 à 21

JEUDI 15 p.21 à 27
- JOURNÉES DE SPÉCIALITÉ
- CONFÉRENCE
- FORUM
- ÉDITION
- BEST OF DE LA SOO
- TABLE RONDE
- SYMPOSIUM
- COMMUNICATION

VENDREDI 16 p.28 à 31
- ET AILLEURS
- NOTORIÉTÉ
- ORTHORISQ
- DISTINCTION

La Sofcot aujourd'hui

Pr Jean-Pierre COURPIED, Président de la SOFCOT



L'activité phare de la SOFCOT est bien sûr le congrès de novembre dont les grands thèmes et l'horlogerie incombent principalement au Président de l'Académie.

Alain-Charles Masquelet a mis au point un programme tout à fait remarquable par l'étendue des domaines concernés et la pertinence des sujets. Le congrès permet globalement d'apprécier la qualité de notre chirurgie avec parfois des progrès technologiques marquants, des études de grandes ampleurs avec les symposiums, et toujours des résultats fonctionnels souvent très bons. Ceci explique, avec l'augmentation de la longévité nos patients, le développement croissant de nos activités et le poids que nous représentons sur l'échiquier de la santé. Parallèlement à ce développement, marqué notamment par l'éclosion et l'épanouissement des sociétés partenaires ou associées à la SOFCOT, les contraintes se sont aussi accrues. Ces contraintes sont administratives et réglementaires, médiatiques parfois, financières toujours.

Je crois que l'année écoulée a été une année d'apaisement après des turbulences importantes :

- **Orthorisq**, notre fleuron dans la gestion et la prise en compte du risque que nous vivons tous les jours, s'est stabilisé avec une clarification du fonctionnement quotidien et un allègement du processus d'accréditation,
- **La mise en place du Conseil National Professionnel (CNP)** progresse après une grande période d'incertitude. Il existe un CNP par spécialité médicale et son rôle est d'être l'interlocuteur des pouvoirs publics et des autorités de tutelles pour l'ensemble de la discipline et de participer à la formation continue. En pratique, la SOFCOT joue ce rôle depuis des années et il ne faut ni perdre l'acquis de l'expérience ni créer une structure qui serait peu ou prou concurrentielle de notre société avec des risques sérieux de conflits. La meilleure solution semble être une certaine superposition CNP-SOFCOT au prix de quelques modifications que sont l'ouverture de la SOFCOT à tous les chirurgiens orthopédistes reconnus par l'Ordre des médecins, et la modification du Bureau de la SOFCOT pour aller vers la parité public/privé et s'ouvrir plus formellement aux représentants des différentes sociétés associées ou partenaires afin d'être représentatif de l'ensemble de la profession. Nous avons créé un CNP de transition qui va progressivement s'adapter à ces nouvelles règles qui peuvent d'ailleurs encore changer comme tout ce qui est politique…
- **L'organisation du développement professionnel continu (DPC)** est encore très floue. Il y a une part de formation qui devrait être organisée par l'Académie, le Collège et le CNU et une part d'évaluation des pratiques professionnelles pour lesquels Orthorisq a déjà une bonne expérience. Nous voulons y participer activement en proposant un « menu » de DPC efficace et réaliste, mais nous sommes encore en attente des règles du jeu.

Les relations avec les tutelles se sont aussi un peu éclaircies au cours de l'année ; d'une part en essayant d'avoir des rapports plus directs avec l'HAS par le biais de nos représentants au sein de cet organisme et d'autre part en relançant les relations entre l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament (ANSM, ancienne AFFSAPS) et la Commission Matériovigilance de la SOFCOT. Le bureau de la SOFCOT ne peut pas tout faire et il est fréquent que l'on demande à l'un de nos membres d'avoir un rôle d'expert auprès d'un de ses organismes. Il est utile de rappeler que ces experts doivent se sentir représentant de toute la communauté, et fassent part à la société de leurs réflexions en sachant faire abstraction de certains choix personnels si nécessaire.

Nous sommes toujours en action pour développer le registre des prothèses de hanche et de genou qui nous semble si important. À cause de la médiatisation des problèmes de certaines prothèses métal/métal de gros diamètre ainsi que des ennuis que connaissent certains implants mammaires, nos tutelles admettent maintenant que des registres nationaux de dispositifs implantables sont certainement très utiles. Nous avons eu des discussions avec la DGS (Direction générale de la santé), l'ANSM et la CNAM pour envisager une obligation de tenir ces registres avec la participation vraisemblable des fabricants, mais nous n'en sommes qu'au stade de la discussion…

La fondation SOFCOT a été concrétisée ; elle va s'appeler Fondation pour l'Innovation en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (FICOT). Elle est placée sous l'égide de la fondation de France, reconnue d'utilité publique, qui en est le représentant légal. Le but est de recueillir des fonds pour soutenir des efforts de formation, d'éducation et de recherche en chirurgie orthopédique. La fondation est indépendante de la SOFCOT mais l'attribution des bourses se fera par un comité de sélection dont les membres sont ceux de l'actuel comité des bourses de la SOFCOT. Avec les nouvelles dispositions réglementant les rapports entre l'industrie et les chirurgiens et qui restreignent notablement l'aide financière que peut apporter une société à la formation des plus jeunes, le concept de fondation a une place de choix puisque les industriels pourront contribuer à l'éducation en orthopédie sans que cela soit nominal et crée des situations de conflit d'intérêt. Tout est donc prêt pour que la fondation fonctionne. À nous de la faire connaître dans le milieu orthopédique et en dehors de lui.

Enfin, nous avons poursuivi au cours de l'année notre politique internationale en réaffirmant l'intérêt que nous portons à l'AOLF, l'EFFORT et la SICOT. Nous avons des rapports étroits avec le Japon, l'Allemagne et la Russie et bâtissons progressivement des rapports avec la Chine. Nous participons maintenant de façon formelle et structurée aux congrès de l'EFFORT et de la SICOT et, en échange, il y a au cours de notre congrès un forum - ou une table ronde - organisé avec la SICOT et un avec l'EFFORT. Nous avons pérennisé la notion de pays invité au congrès annuel ; cette année c'est l'Italie. Cela permet d'augmenter les liens avec les autres sociétés nationales.

Dans le même ordre d'idée, nous avons le plaisir d'avoir été choisi comme nation invitée au congrès de l'AAOS 2014. Toutes ces relations croisées sont très utiles comme tribune d'expression mais aussi pour favoriser les relations personnelles qui sont souvent la clé pour envoyer ou recevoir des jeunes en formation, meilleurs garants de toute coopération.

Je vous souhaite un très bon congrès 2012

La matière et l'esprit

Pr Alain-Charles MASQUELET,
Président de l'AOT



L'annonce du congrès annuel d'une société savante est un événement vécu dans un état de fébrilité qui croît au fur et à mesure que l'échéance de l'ouverture approche.

En l'occurrence le 87e Congrès est celui de l'Académie d'Orthopédie Traumatologie, branche scientifique de la SOFCOT elle-même devenue, par la force des choses, une authentique société professionnelle. Il est banal de déclarer que le Congrès est un lieu de rencontres et de débats ; on participe au Congrès pour guetter les nouveautés radicales, repérer les avancées décisives, évaluer les tendances, ajuster sa pratique, pour les plus chevronnés, et tenter de combler ses lacunes, pour les plus jeunes. Cette quête incessante de la perfectibilité est le propre d'une profession où l'action spectaculaire et inouïe, celle d'ouvrir le corps d'autrui, résulte d'une pensée préalable dont l'intensité n'est pas

La SOFCOT est toujours en mouvement

Pr Bernard AUGEREAU, Vice-Président de la SOFCOT



Secrétaire général en 1995, élu depuis 2010 au sein des instances décisionnelles de notre société, j'ai pu apprécier le chemin parcouru.

La SOFCOT est désormais une société professionnelle dont le but est double : "faciliter la vie" et maintenir un niveau élevé de formation de ses membres, quel que soit leur mode d'exercice : libéral, public ou mixte.

Structure fédérative, elle comprend :

- **L'Académie** : section scientifique, elle doit continuer à se structurer pour être reconnue comme telle et non plus comme simple organisatrice du congrès. La création en 2012 d'un comité scientifique décernant une bourse pour un travail de recherche clinique multicentrique et en 2013 d'un prérequis pour en devenir membre constitue une première étape. L'Académie devra définir avec l'aide de la SOFROT une méthodologie irréprochable d'évaluation de certaines techniques innovantes, éthiquement responsable, dans des structures cliniques libérales et publiques volontaires.
- **Les Sociétés Associées** : représentant pour la plupart une « surspécialité », conservant leur indépendance scientifique et bénéficiant par la SOFCOT d'avantages fonctionnels (journée des spécialités, numéro dédié d'OTSR, accès aux locaux de la Maison de l'Orthopédie) et d'une représentativité auprès des instances institutionnelles, elles doivent demander à tous leurs membres de rejoindre la société professionnelle.
- **Le Collège** : il doit poursuivre l'enseignement des jeunes collègues en concertation avec le CNU. Il devra rapidement s'orienter vers l'e-learning facilitant l'acquisition temporelle des connaissances théoriques et pratiques avec l'apport des multimédias interactifs. Ce projet innovant pourra être developpé avec le centre de documentation dont l'activité est aujourd'hui suspendue.
- **Orthorisq** : elle doit poursuivre la formation au risque et son évaluation nécessaires à l'accréditation et collaborer étroitement avec la SOFCOT dans le cadre de la matériovigilance étendue aux registres qui devront devenir rapidement obligatoires.
- **Le Syndicat :** il s'attache depuis de nombreuses années à la défense des intérêts des chirurgiens orthopédistes. Il devra s'appuyer sur la SOFCOT en cette période d'application de la loi HPST et de menaces sur le secteur 2 et l'activité libérale à l'hôpital public.
- **La Fondation (FICOT)** nouvellement créée au sein de la Fondation de France : elle devra prendre son envol en sollicitant des legs et des dons non seulement auprès des industriels de l'Orthopédie mais aussi du monde de l'automobile, du sport, etc.

Quant au Conseil National Professionnel (CNP) préfiguré par la structure fédérative de la SOFCOT, son fonctionnement n'est pas encore défini. Il devra l'être très prochainement d'après les déclarations ministérielles. Toutes ces actions à entreprendre en 2013 ne deviendront visibles qu'à travers un site de la SOFCOT totalement rénové.

Enfin, l'APCORT devra faciliter la diffusion internationale rapide des innovations et des acquis français au sein d'OTSR. La création d'un numéro des Sociétés Associées et d'un numéro des conférences d'enseignement, mises au point très prisées, devrait accroître l'Impact Factor d'OTSR aujourd'hui à 0,94.

Ce programme initié par mes prédécesseurs que je remercie pour tout le travail accompli servira de canevas à des discussions consensuelles et constructrices au sein du Directoire, du Bureau et des différentes composantes de notre société professionnelle.

Excellent congrès 2012 ◢

« La SOFCOT est désormais une société professionnelle dont le but est double : " faciliter la vie " et maintenir un niveau élevé de formation de ses membres, quel que soit leur mode d'exercice : libéral, public ou mixte. »

---

quantifiable (au grand dam de nos instances !). En un mot, on vient au Congrès pour nourrir sa réflexion personnelle. Il faut donc une matière ; elle s'offre à la lecture du programme de ce qui sera donné à voir et à entendre pendant quatre journées.

Cependant un congrès n'est pas seulement le plat alignement d'un grand nombre de discours qui peuvent prendre des tournures très diverses, du message consensuel à la geste, en passant par l'interrogation sans réponse. Un congrès est aussi une atmosphère, un air du temps, une pulsation, tous symptômes qui révèlent les préoccupations de l'instant sur le présent, et les inquiétudes de l'époque sur le devenir. Il m'apparaît que nous avons, nous chirurgiens orthopédistes et traumatologues, une position privilégiée pour observer les soubresauts de la société contemporaine. Car nous n'œuvrons pas pour sauver la vie de nos semblables, nous œuvrons pour restaurer ou améliorer l'autonomie physique qui doit permettre de retrouver une autonomie sociale. Nous sommes donc très sensibles aux fluctuations de ce qu'on nomme désormais « l'exigence sociétale », qui n'est rien d'autre que la mesure de l'élan vital d'une société à une période donnée, la somme de ses aspirations et de ses désirs mais aussi de ses possibilités matérielles et des frustrations qui peuvent en découler. Par voie d'implication, un congrès est aussi ce qui peut donner forme au « ressenti » que chacun, à travers son expérience, rapporte sur ces lieux de parole. L'esprit du Congrès, puisque tel est le nom assigné à la forme, doit à la fois transparaître dans les discours scientifiques et professionnels et traduire l'ensemble de nos subjectivités. À ce titre, j'ai choisi de placer le 87e Congrès sous le thème général du « risque ». Certes, nous pratiquons une spécialité à risques mais le risque est une composante essentielle de la vie moderne, en raison notamment de l'extraordinaire développement et de l'imbrication de multiples technologies. La notion de risque irriguera toutes les grandes manifestations du Congrès (symposiums, tables rondes, mises au point…) et trouvera son acmé dans l'alerte sur les méfaits du tabagisme péri-opératoire. Il est significatif, à cet égard, que le jugement médical s'établit désormais sur la « pesée » des bénéfices-risques qui fait référence au souci du patient, plus que sur la traditionnelle discussion avantages-inconvénients qui était du ressort de la seule dimension technique de l'acte chirurgical.

Le risque est notre inquiétude. Mais notre inquiétude, qui désigne un état de non-repos (in-quiet), est elle-même génératrice de risque. C'est que le risque est fondamentalement inscrit dans la trame de la vie. Nous ne pouvons nous défaire du risque mais nous pouvons le gérer, le cultiver, le maîtriser parfois, l'apprivoiser toujours. La question est bien entendu de savoir comment s'y prendre. L'emblème choisi pour le 87e Congrès, un détail agrandi de l'Ecole d'Athènes, est là pour nous le rappeler. L'ouvrage tenu dans la main gauche d'Aristote constitue une analyse indépassable de cette vertu intellectuelle que le philosophe appelle la prudence et dont nous avons tant besoin. Vertu communicative par l'exemple, et non par l'enseignement *ex cathedra*, ce qui redonne tout son intérêt au compagnonnage en chirurgie ; vertu également qui s'acquiert au fil de l'expérience comme *« capacité de délibérer sans limite »*, afin de déterminer l'attitude la plus juste pour toute situation singulière.

La matière sans esprit est inerte, l'esprit sans la matière est vide. Que le 87e Congrès puisse vivre sa plénitude entière ! ◢

Dominique Lecourt, un philosophe au chevet de la santé

Philosophe, professeur émérite des Universités, Dominique Lacourt dirige l'Institut Diderot, un *think thank* lancé fin 2009 qui a pour ambition de favoriser une vision prospective sur les grands thèmes préoccupant les sociétés contemporaines. Auteur de plus d'une trentaine d'ouvrages dont le *Dictionnaire de la pensée médicale*[1] et *Politique de santé et principe de précaution*[2], il a bien voulu accorder un entretien au Journal du Congrès de la SOFCOT dont il est l'invité d'honneur. Il nous fait part de son analyse sur l'état et l'évolution de notre système de santé.

Notre système de santé est-il apte à relever les défis posés par l'augmentation des pathologies chroniques et le vieillissement de la population ? Quel est votre diagnostic ? Quelles sont vos propositions pour optimiser le système de santé ?

L'Institut Diderot est une instance de libre réflexion créée au sein du groupe Covéa, groupe mutualiste qui réunit GMF, MAAF et MMA. Son champ de réflexion n'est pas circonscrit au monde des assurances, encore moins des complémentaires de santé. Nous réfléchissons sur l'avenir de l'eau aussi bien que sur celui de la cyber-criminalité ou encore de la vie privée à l'ère du numérique. Nous n'avons pas mission de faire des « propositions », mais nous produisons des analyses avec le concours des meilleurs spécialistes, libre à chacun d'en tirer les conclusions pour la pratique.

Après l'annonce, faite par le chef de l'Etat, d'une prolongation de l'actuel plan Alzheimer 2008-2012, Michèle Delaunay a confirmé le dépôt d'un projet de loi sur la dépendance à l'horizon 2014.

L'idée de faire prendre en charge par les groupes pouvant faire face à leur propre dépendance le coût de celle des autres sur le modèle de la CMU, en rendant préalablement obligatoire la souscription d'un contrat d'assurance, n'est pas acceptable en raison de la proportion des insolvables. Comme l'a récemment souligné Jean-Claude Seys, fondateur du Groupe Covéa, dans le cadre de nos activités, cette solution n'aurait comme avantage que de remplacer un prélèvement obligatoire par une obligation de même coût pour le contribuable mais non reprise dans les comptes publics, au prix d'une nouvelle injustice et d'une incohérence supplémentaire dans la gestion des prélèvements obligatoires.

Ne pourrait-on pas encourager tous ceux qui disposent de moyens à se préparer, sur la durée, à l'éventualité de leur dépendance, en créant une taxe spécifique ? Chacun aurait le droit de s'en acquitter directement ou de s'en dispenser en souscrivant un contrat d'assurance agréé ouvrant droit à un crédit d'impôt d'un même montant.

Lorsque surviendra la dépendance, ceux qui n'auraient ni moyens personnels ni garantie souscrite dans ce cadre bénéficieraient d'une prise en charge par la collectivité, mais ils seraient minoritaires et cette prise en charge serait préfinancée. Jean-Claude Seys ajoute que l'assiette de la taxe spécifique pourrait être identique à celle de la CSG, donc très large, de sorte que son taux pourrait être modéré, de l'ordre de 0,5 % parce que l'essentiel serait couvert par les cotisations volontaires. Conformément au souhait des pouvoirs publics, une faible part seulement devrait être recouvrée – et donc figurer dans les comptes publics –, en raison de la propension vraisemblable de personnes solvables à préférer la souscription de garanties au paiement d'une taxe.

Faut-il repenser la manière d'exercer la médecine, devenue très technique ?

L'image traditionnelle – et la réalité – de la pratique médicale a subi depuis le XIXe siècle un bouleversement qui semble de plus en plus éloigner le médecin du lit du malade.

Ce bouleversement affecte au premier chef le diagnostic qui, de plus en plus, fait appel à des analyses biologiques et des examens radiologiques. La part qui revient à l'interrogatoire du patient se trouve de plus en plus réduite ; celle de l'histoire de ses troubles rétrécit. Quant à l'examen clinique…

Il convient au demeurant de distinguer du point de vue de cette évolution la médecine de ville et la médecine hospitalière. Dans la première, la proximité du médecin au patient demeure, malgré l'affaiblissement de l'enseignement clinique dispensé aux étudiants en médecine ; dans la seconde, on assiste à un alourdissement croissant de l'écran technologique qui s'interpose entre le patient et le médecin.

Dans la tradition canguilhemienne, je propose que nous nous interrogions sur les motifs et le sens de ce bouleversement. Comment en tirer le meilleur et en conjurer le pire.

Pour ce qui est des motifs, ils sont certes d'ordre épistémologique : la médecine scientifique rêve d'éliminer la part d'incertitude qui affecte le recueil des observations et surtout la formulation des hypothèses au cours du diagnostic. La fortune actuelle de la médecine fondée sur les preuves (« evidence based medicine ») va dans ce sens. Les effets pratiques de son « objectivisme » nosologique méritent d'être interrogés : ils apparaissent aussi bien source de progrès que menace de déshumanisation.

Un fait massif affecte cependant la profession de médecine généraliste mais aussi celle du praticien hospitalier : le manque de temps à consacrer au dialogue avec le malade. L'ère du fameux « colloque singulier » paraît bien révolue. Mais qu'en est-il au juste ? Que faut-il attendre du transfert de compétences à des soignants non médecins ? Ce transfert en cours dans l'exécution d'actes techniques souvent standardisés représente-t-il une solution acceptable ?

À ces obstacles, il faut sans doute ajouter ceux qui relèvent de la culture : religieux ou « éthiques », ils menacent l'exercice normal de la médecine en faisant peser par exemple le soupçon sur la palpation du corps perçue comme une atteinte à la pudeur sinon à l'intégrité de la personne. Ce soupçon a pu avoir des prolongements pénaux parfois très discutables, comme on le voit aujourd'hui même.



« La part qui revient à l'interrogatoire du patient se trouve de plus en plus réduite ; celle de l'histoire de ses troubles rétrécit. »

Que recouvre la notion d'économie sociale et solidaire ?

L'économie sociale regroupe une multiplicité d'acteurs sociaux, qui présentent une grande diversité quant à leurs structures, leurs modalités de fonctionnement, leurs activités et leur taille. Ils ont cependant en commun pour répondre à des attentes sociales, de se concevoir comme des sociétés de personnes (physiques et morales) et, à ce titre, d'exclure toute recherche de profit pour ceux qui leur apportent les capitaux nécessaires. Par-delà ce socle commun, ils demeurent très différents ; et chacun d'eux tend à considérer son modèle comme le seul authentiquement représentatif.

À côté des structures d'auto-organisation, qui permettent à des groupes sociaux de mener une action collective et des structures caritatives, qui résultent de l'initiative d'une personne



Ne pourrait-on pas encourager tous ceux qui disposent de moyens à se préparer, sur la durée, à l'éventualité de leur dépendance, en créant une taxe spécifique ?

ou d'un groupe et visent à apporter une assistance à d'autres personnes, il existe des structures dites de l'économie sociale et solidaire », intermédiaires entre les deux premières familles. Les bénéficiaires de leurs actions y participent activement, mais des apports financiers extérieurs leur sont nécessaires : subventions de collectivités publiques, dons de sympathisants ou avantages divers consentis par des partenaires (acceptation d'un surcoût des prestations par exemple). Ce caractère hybride de leurs ressources leur est particulier.

Ces structures dans leur diversité reposent sur le principe de libre participation des personnes, tirent leurs ressources de leurs activités, sont gérées de manière démocratique, selon le principe « un homme, une voix », sont animées par le principe de solidarité et constituent une application des principes démocratiques à l'économie.

L'économie sociale se distingue donc de l'économie capitaliste, formée par des structures dont la création est décidée par les détenteurs du capital et la gestion orientée vers la recherche du profit en leur faveur.

La distinction est d'autant plus significative si l'on se place du point de vue du capitalisme financier tel qu'il s'est développé depuis les années 1980 et dont certaines dérives sont mises en relief par la crise financière. En particulier, les années 1980-2000 ont vu s'imposer le principe de la création de la valeur actionnariale et l'évaluation des entreprises en fonction des seuls taux de rendement des capitaux et des dividendes qu'ils dégagent, à court terme, pour les investisseurs sur les marchés financiers. Ces évolutions ont profondément transformé la gouvernance des entreprises.

Comment cette économie s'applique-t-elle à notre système de santé ?

En France, 38 millions de personnes sont couvertes par une mutuelle de santé. Beaucoup de structures de l'économie sociale ont besoin, soit pour des raisons réglementaires (comme les assurances ou les banques), soit pour des raisons pratiques, (comme les SCOP industrielles) de fonds propres dont l'origine principale est l'accumulation progressive de profits. Leur objectif n'est pas le profit, même si certaines ont vocation à permettre à leurs adhérents d'en faire. C'est le cas des coopératives d'achat du commerce associé ou des assurances mutuelles d'entreprises.

Elles sont censées être créées, gérées et contrôlées par leurs bénéficiaires. Ce n'est cependant pas le cas d'associations résultant d'une initiative particulière, qui vivent de subventions et de dons et sont gérées par des bénévoles distincts des bénéficiaires (Fondation, ONG, associations caritatives).

Je voudrais insister sur un point à mes yeux crucial : les structures de l'économie sociale qui se développent et survivent ne constituent pas un laboratoire pour la mise en œuvre d'une philosophie politique de quelque orientation qu'elle soit. Elles émergent spontanément, dans des situations concrètes, en raison de la volonté d'un groupe de personnes de répondre à une attente sociale précise. Je ne philosopherai donc pas longtemps sur leur concept.

L'activité chirurgicale étant avant tout une expression de « stratégie décisionnelle », le « principe de précaution » peut-il lui être antagoniste ?

Comme le faisait très justement remarquer en 2003 Claude Sureau, président honoraire de l'Académie nationale de médecine, membre du Comité national consultatif d'éthique, l'extension du « principe de précaution » au domaine de la santé (et de la médecine) comporte un risque majeur : celui de perdre de vue la spécificité de l'action médicale.

Le principe de précaution, tel qu'il a été (re) formulé dans la loi constitutionnelle 2005-205 du 1er mars 2005 dit : « lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertain en l'état des connaissances scientifiques, pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement, les autorités publiques veilleront par application du principe de précaution et dans leurs domaines d'attribution, à la mise en œuvre de procédures d'évaluation des risques et à l'adaptation de mesures provisoires et proportionnées afin de parer à la réalisation d'un dommage. »

On voit que la notion-clé, dans cet énoncé comme dans les précédentes versions depuis la loi Barnier de 1995, est celle d'un risque incertain. Si l'on dit principe dans le domaine de ce que Claude Sureau appelle l'action médicale, on est obligé de faire au moins deux remarques. C'est que l'action médicale est « fondamentalement associée au concept d'incertitude, aussi bien dans le cadre du diagnostic que dans celui de la thérapeutique ». *C'est toute la médecine, depuis le plus élémentaire de ces gestes, qui menace de tomber sous le coup d'un principe qui, alors, risque de devenir un principe de suspicion, d'abstention, sinon d'inhibition. D'autant que – deuxième remarque – l'état des « connaissances scientifiques » est souvent très rapidement évolutif.*

*Comment une politique de santé va-t-elle distinguer entre la reconnaissance et la prévention d'*un risque connu *et l'application d'une politique de « précaution » vis-à-vis d'*un risque hypothétique *? Cette distinction est trop souvent perdue de vue dans l'usage « populaire » du principe, ce qui est grave car en découlent des questions de responsabilité très concrètes, avec leurs incidences administratives et judiciaires, sans parler des répercussions sur les primes d'assurance*

« C'est toute la médecine qui menace alors de tomber sous le coup d'un principe de suspicion, d'abstention, sinon d'inhibition. »

(1) Dictionnaire de la pensée médicale, 2004, PUF/Quadrige.

(2) Politique de santé et principe de précaution, sous la direction de A. Aurengo, D. Couturier, D. Lecourt et M. Tubiana, 2011, PUF/Quadrige Essai.

RENDEZ-VOUS

17H00

AMPHI BORDEAUX, NIVEAU 3

FORUM EFORT Syndromes d'hyper-utilisation fonctionnelle, un mal très contemporain

Stigmates d'une société marquée par des pratiques sportives parfois excessives, conséquences douloureuses de gestes professionnels itératifs, les syndromes d'hyper-utilisation fonctionnelle ne cessent de gagner du terrain. Les corps s'usent et la médecine reste à la peine. L'EFORT fait le point sur ce mal contemporain difficile à prendre en charge.



Les premières fausses notes ont retenti en Australie et en Nouvelle-Zélande, dans les coulisses des orchestres symphoniques. *« Les fortes pressions exercées par les chefs d'orchestre se sont traduites par des traumatismes tendineux chez les musiciens »*, raconte Michel Merle, spécialiste de la pathologie. Résultat : 70 % de ces stakhanovistes de l'arpège ont dû effectuer *« un point d'orgue »* dans leur carrière pour se traiter.

RENDEZ-VOUS
10H30-12H00
SALLE 352, NIVEAU 3

Gaines et tendons au niveau des articulations des membres supérieurs (épaule, coude, poignet) sont touchées par la répétition de gestes. Les membres inférieurs (hanche, genou, cheville) peuvent également être affectés.

Les personnes atteintes d'*overuse syndrome* se plaignent de douleurs aiguës ou chroniques, exigeant du repos et parfois le port d'une orthèse. Ces douleurs résistent la plupart du temps à la physiothérapie ou aux traitements par ultrasons. Les échecs viennent en partie du défaut d'observance par les patients des recommandations d'usage comme bien sûr la suspension provisoire de la pratique en cause. *« Certaines personnes complètement accrocs vont pratiquer leur sport après une journée de travail, en dépit de leur fatigue »*, rapporte M. Merle. L'autre raison peut-être liée au refus, par un patient, de respecter un arrêt de travail, afin d'éviter des pertes économiques.

Au cours de ce forum vont être passés en revue les principaux sièges de ces désordres tendineux : l'épaule qui concentre un bon nombre de pathologies sportives ; le coude marqué par des épicondylites observées chez des personnes travaillant des journées entières derrière des ordinateurs ou sur caisses enregistreuses ; les tendons fléchisseurs des membres supérieurs des grimpeurs mais aussi la hanche, le genou, la cheville et la zone plantaire

« Les personnes atteintes d'overuse syndrome se plaignent de douleurs aiguës ou chroniques, exigeant du repos et parfois le port d'une orthèse. Ces douleurs résistent la plupart du temps à la physiothérapie. »

JOURNÉE DE SPÉCIALITÉ GSF – GETO : liposarcomes, appareillage après amputation,…

Au programme de la journée du Groupe sarcome français – Groupe d'étude des tumeurs osseuses (GSF-GETO) : une table ronde sur les liposarcomes de bas grade, une série de communications particulières et une conférence sur les actualités de l'appareillage après amputation, suivie d'une discussion des protocoles d'études cliniques, en cours et à venir, et d'un résumé des principaux congrès étrangers consacrés au traitement des tumeurs de l'appareil locomoteur.

Pourquoi avoir choisi de traiter des liposarcomes de bas grade ? *« Les liposarcomes posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques »*, explique le Pr Philippe Anract. Quelle est, par exemple, la conduite à tenir pour le diagnostic (biopsie préalable ?), pour le traitement chirurgical (résection marginale *versus* résection large) et l'indication d'un traitement adjuvant ? Des éléments de réponse seront apportés lors de la table ronde. La journée propose également une conférence consacrée à l'appareillage après amputation. *« Lorsque nous procédons à la résection d'une tumeur, nous sommes encore obligés pour 10 % des patients de réaliser une amputation. Il faut alors envisager un appareillage »*, souligne le Pr Anract.

Ce thème intéresse tous les orthopédistes, avec un focus sur les prothèses canadiennes (pour l'appareillage des amputations proximales du membre inférieur), les prothèses myoélectriques pour les membres supérieurs et les systèmes d'ostéo-intégration par vissage, permettant une meilleure fixation de la prothèse mais avec un risque infectieux à prendre en considération

RENDEZ-VOUS
8H30-13H00
SALLE 353, NIVEAU 3

Harmonies

Pr Frédéric DUBRANA

Une fois de plus, cette année, nous allons explorer ensemble des chemins en apparence éloignés et pourtant si proches de notre pratique quotidienne. Deux temps forts guideront la matinée, tout d'abord des communications diverses dont le fil rouge sera "les couloirs du temps" puis une table ronde s'intitulant *« De la gestion à la maîtrise des risques »*.



LES COULOIRS DU TEMPS

Les deux premières communications nous font remonter loin dans le temps. F. Prigent s'interroge sur l'évolution des fractures du col de la hanche de la préhistoire à nos jours. De nombreuses questions restent en suspens : maladie nouvelle, maladie émergente, maladie de civilisation… D. Michelutti remonte à nos origines en défendant l'idée que le pied, organe hyperspécialisé, est un témoin important de l'hominisation.

Ce pied, P. Cronier nous en propose une étude artistique, du tombeau d'Akhethetep (2400 av. J.-C.) à la Nymphe au Scorpion de Lorenzo Bartholini (1845).

R. Kohler et ses collaborateurs se sont intéressés à l'histoire du traitement du pied bot varus équin, en mettant en avant la contribution des travaux des orthopédistes pédiatres français et l'apport du chirurgien Jacques-Mathieu Delpech (1777-1832).

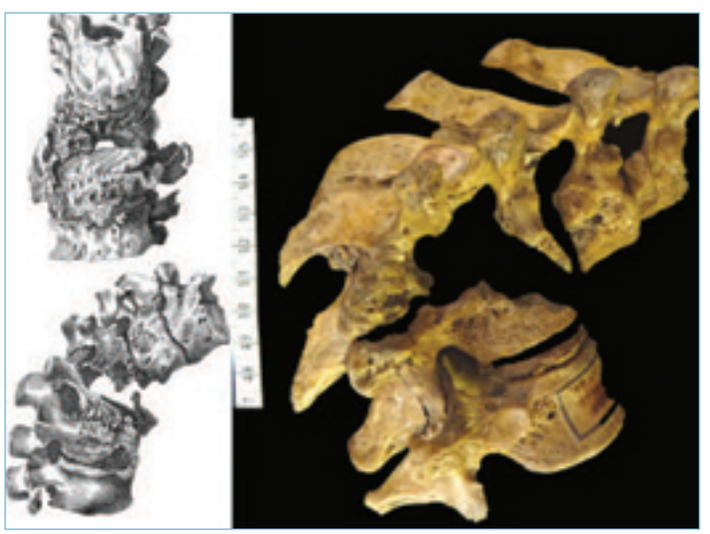
Ce médecin de génie, fondateur de l'orthomorphie, F. Bonnel et H. Palouzie nous en font une courte biographie. J.-M. Delpech traversa trop vite son temps. Toulousain de naissance, il mourut assassiné à Montpellier, le 29 octobre 1832, à l'âge de 55 ans par un malade d'origine bordelaise.

Une autre pathologie trouve ses racines dans l'histoire du temps médical, la lèpre. C'est l'un des plus vieux fléaux de l'humanité nous dit M.-Y. Grauwin. La première preuve indiscutable d'extension osseuse de la lèpre a été fournie récemment par un crâne trouvé en Inde et daté au radiocarbone de 2 000 ans av. J.-C.

Les trois dernières communications de cette première partie sont à découvrir avec délice. Leur simplicité cache une réelle émotion.

Adalbert-I Kapandji s'est intéressé au losange de Michaelis. Après une enquête familiale et historique, il nous relève les secrets anatomiques de ce « Divin Losange ». Son souhait, son cri d'homme, d'artiste, d'anatomiste et de chirurgien est le suivant : *« Que devant la mode grandissante des tatouages, les jeunes filles et les femmes, résistant à une mode stupide, respectent cette partie* "sacrée" *de leur anatomie… Que jamais leur* « Divin Losange » *ne soit* « défiguré » *par un dessin, même réussi, car il se suffit à lui-même… ! »*

Y. Alieu, dans une réflexion philosophique, défend l'idée que la main périphérique, lors de lésions, s'adapte et génère une nouvelle *« main image »* cérébrale. *« Django Reinhardt,* écrit-il, *père du jazz manouche s'est, non seulement adapté à la perte de deux doigts de la main gauche, mais a créé une nouvelle technique de jeu de la guitare. »* En ces temps de revendications professionnelles, retenons une seule phrase de la communication de F. Schuhl : *« Tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à la déconsidérer. »*



PIÈCE ANATOMIQUE D'UN SQUELETTE À LA JONCTION THORACO-LOMBAIRE D'UNE LÉSION DISCO VERTÉBRALE D'ORIGINE TUBERCULEUSE AVEC UNE CYPHOSE TRÈS ÉVOLUÉE – Extrait de l'article de F Bonnel et H Palouzié *« Jacques Mathieu Delpech (1777-1832) : chirurgien de génie, fondateur de l'orthomorphie à Montpellier ».*

DE LA GESTION À LA MAÎTRISE DES RISQUES

La deuxième partie du cercle Nicolas Andry est une table ronde consacrée au risque, un corridor entre la chirurgie orthopédique et la société civile. Le risque doit être entendu comme la probabilité d'une fausse note et de son éventuelle conséquence sur l'harmonie du déroulement de la partition.

Cette table ronde voulue et organisée par A.-C. Masquelet, Président de l'Académie d'Orthopédie et Traumatologie, l'un des pères fondateurs du Cercle Nicolas Andry, verra se succéder au pupitre :

- René Amalberti qui mérite le titre d'expert en « riscologie »,
- Bertrand Millat, chirurgien viscéral universitaire au CHU de Montpellier,
- Pierre Le Coz, philosophe universitaire à la faculté de Marseille,
- Pascal Gleyze, chirurgien orthopédiste, un des piliers fondateurs du Cercle Nicolas Andry,
- Christine Grapin, chirurgienne viscérale universitaire en pédiatrie.

Très bon Cercle Nicolas Andry dans les couloirs du temps, du risque et… du 87e congrès de la SOFCOT

« Tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à la déconsidérer. »
F. Schuhl



A. PARÉ ET SON CHAUSSON CORRECTEUR - Extrait de l'article de R. Kohler, P. Chrestian, R. Parot, F. Chotel *« Histoire du traitement du pied bot varus équin ».*

RENDEZ-VOUS

8H30-12H30

AMPHI HAVANE, NIVEAU 3

MISE AU POINT

Anesthésie locorégionale : un allié pour les orthopédistes



De plus en plus privilégiée par les anesthésistes en orthopédie car moins agressive pour les patients, l'anesthésie locorégionale permet également d'aider les chirurgiens orthopédistes à atteindre leurs objectifs thérapeutiques. Explications.

Pourquoi préférer l'anesthésie locorégionale (ALR) en chirurgie orthopédique ? *« Elle répond aux demandes des chirurgiens eux-mêmes qui veulent une rééducation et une réhabilitation précoces de leurs patients »*, explique le Dr Anissa Belbachir, Présidente des Comités de lutte contre la douleur (CLUD) de l'AP-HP. Mais, pour réduire les séjours en établissement de santé et faciliter la reprise d'activité physique d'une personne opérée, pour une prothèse de genou par exemple, une bonne analgésie est indispensable. Ce que permet l'ALR. L'âge de plus en plus avancé de certains patients nécessite également une adaptation des analgésiques afin de réduire les risques associés aux comorbidités (insuffisance rénale, troubles cognitifs, etc.). *« Il faut limiter le plus possible les morphiniques chez les sujets âgés. L'ALR offre une réponse adaptée à ces profils »*, souligne le Dr Belbachir. Enfin, la chirurgie génère une hyperalgésie – douleur supérieure à celle attendue – qui va croître sous l'effet des morphiniques destinés à la réduire… L'anesthésie locorégionale pallie les problèmes d'hyperalgésie. Reste que pour être réalisée efficacement, cette technique requiert une organisation spécifique. *« Cela implique une coopération étroite entre l'anesthésiste et le chirurgien »*, conclut A. Belbachir

RENDEZ-VOUS

8H30-12H45

SALLE 353, NIVEAU 3

JOURNÉE DE SPÉCIALITÉ

La SOFROT : moteur de recherche



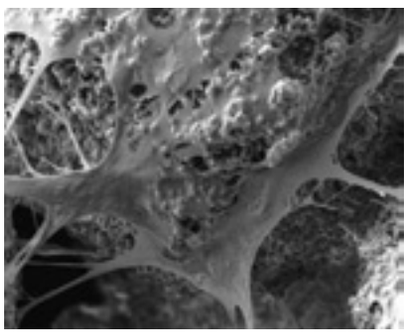
Si, pendant longtemps, la recherche fondamentale en orthopédie a pâti du manque d'intérêt des cliniciens, les choses évoluent sensiblement. De plus en plus d'orthopédistes rejoignent aujourd'hui des équipes de chercheurs, pour la plus grande satisfaction de **Philippe Rosset, président de la Société française de recherche en chirurgie orthopédique et traumatologique**.

Pouvez-vous nous rappeler la principale mission de la SOFROT ?

Elle a pour but d'établir des liens entre les chirurgiens orthopédiques et les structures de recherche qui peuvent être concernées par nos grands sujets de travail : les prothèses, la consolidation osseuse et la réparation cartilagineuse ou encore tendineuse et ligamentaire.

Quel programme attend les chirurgiens cette année ?

C'est un programme éclectique qui reflète les ambitions de la SOFROT. Il propose des communications sur l'orthopédie bien sûr, mais également sur l'imagerie notamment en 3D ou encore sur les biomatériaux.



Vous avez invité Elizaveta Kon, pourquoi ce choix ?

Notre éminente consœur de l'Institut orthopédique Rizzoli à Bologne vient présenter ses travaux de recherche sur les biomatériaux, à l'échelle nanométrique. Elle étudie les réactions à l'interface d'un implant et du receveur. Elle travaille sur la réparation osseuse et cartilagineuse, en utilisant les nanotechnologies.

Faute d'outils, ce champ en devenir de la recherche orthopédique a été jusqu'à présent délaissé. Les chercheurs se sont surtout attachés à démontrer l'efficacité des biomatériaux en orthopédie. Aujourd'hui, on dispose des instruments permettant d'analyser, à l'échelle nanométrique, les réponses des cellules de l'hôte au contact d'un biomatériau. Ce domaine de recherche va prendre de l'ampleur dans les années à venir.

Comment la France se situe-t-elle de ce point de vue ?

Des équipes se mettent en place pour travailler sur les réactions biocellulaires à l'interface d'un implant. On voit également croître le nombre d'études transversales. L'INSERM, par exemple, intègre de plus en plus d'orthopédistes au sein de ses équipes, pour faire le lien entre les problèmes que rencontrent les chirurgiens dans leur activité et les réponses des chercheurs.

Tout ceci prend du temps car l'orthopédiste ne se tourne pas spontanément vers la recherche. Mais, je me félicite de voir que les inscriptions en thèse de science se multiplient. J'observe également avec satisfaction l'arrivée croissante d'orthopédistes dans les équipes universitaires de recherche fondamentale.

Que peuvent espérer les patients de tous ces travaux ?

Tout d'abord, les découvertes vont conduire à l'amélioration de la tenue des prothèses. Ensuite, à terme, nous verrons apparaitre des thérapies cellulaires adaptées à l'os. La meilleure connaissance des mécanismes cellulaires aboutissant à la consolidation osseuse et à la cicatrisation tendineuse et ligamentaire permettra d'obtenir une réponse plus physiologique. Nous pourrons alors limiter les prélèvements d'os au niveau de la crête iliaque et préserver le stock osseux, tout en ayant des traitements moins agressifs.

Quel message voudriez-vous transmettre aux congressistes ?

La recherche fondamentale d'aujourd'hui est la réalité clinique de demain. Cela permet d'appréhender le futur. Aux Etats-Unis, par exemple, les travaux présentés lors du congrès de l'Association américaine d'orthopédie (AOA) se concrétisent dans les blocs opératoires quatre à cinq ans plus tard

SÉANCE PROFESSIONNELLE

Chirurgie orthopédique : à quel prix ?

Dr Patrice PAPIN

Prise en charge en ambulatoire, notion d'urgence en chirurgie orthopédique, registres de prothèse : plusieurs sujets seront traités lors de la séance professionnelle. La séance se terminera par un débat sur les politiques de revenu avec des leaders syndicaux privés et publics.



Le décret du 20 août 2012 a déréglementé l'organisation de la chirurgie ambulatoire au profit des fédérations d'hospitalisation alors que la pression augmente pour atteindre le chiffre impossible de 80 % de chirurgie ambulatoire, au lieu de 80 % d'acte technique en ambulatoire. Pierre Devallet tentera de nous préciser ce qu'est la notion d'urgence surtout à l'heure d'une nécessité d'information des patients. Jean-Luc Besse et Christian Delaunay exposeront le problème des registres de prothèses alors que les industriels doivent s'organiser pour faire un suivi à 5 ans de leurs implants. Un exposé sera réalisé pour faire connaissance avec les plateformes d'ancillaires. Pour clore cette session, un débat est ouvert sur le déclassement professionnel de masse – ou par petite touche comme avec le transfert de tâches déjà en marche – avec le découpage des soins et des compétences afin d'éviter un monopole et de paupériser les praticiens. Entreprendre un soin, c'est prendre des risques. Existe-t-il un partage de ces risques entre les acteurs ? Quelle est la juste valeur d'un acte ? Existe-t-il un avenir pour une médecine libérale conventionnée à l'heure ou 95 % des jeunes diplômés, dont 65 % de femmes, choisissent le salaire d'un cadre moyen ? La technique, l'informatique, la complexité des prises en charge n'amènent-elles pas à faire le choix du travail d'équipe ? Les questions sont nombreuses, les réponses restent encore à formuler…

RENDEZ-VOUS

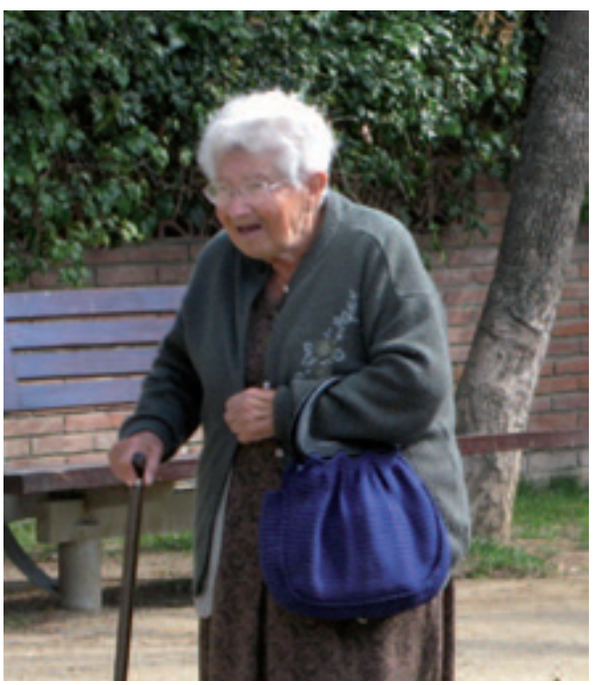
14H00-16H00

SALLE 353, NIVEAU 3

SYMPOSIUM

Fracture de la palette humérale du sujet âgé, quel traitement ?

La fracture de la palette humérale touche de nombreux patients de plus de soixante ans. Sa fréquence augmente avec le vieillissement de la population. Elle reste toujours délicate à traiter du fait notamment de l'ostéoporose. Ce symposium dresse un état des lieux des options thérapeutiques et de leur pertinence.



Le choix du traitement proposé face à une fracture de la palette humérale chez un sujet âgé dépend, pour beaucoup, de son statut : autonomie, âge, état neuropsychologique. Le degré d'ostéoporose est aussi à considérer. Le type de fracture constitue enfin un facteur déterminant. *« Il existe de nombreuses formes cliniques de cette pathologie »*, souligne le professeur Pierre Mansat qui dirige ce symposium. Selon le contexte, l'orthopédiste peut opter pour une simple immobilisation, en cas de contre-indication chirurgicale, pour une ostéosynthèse ou pour la pose d'une prothèse totale de coude. Que peut-on attendre de ces deux derniers traitements ?

Une étude multicentrique et rétrospective, réalisée entre 2000 et 2010 auprès de 410 patients, apporte des éléments de réponse. Il s'agit de la troisième étude du genre en France. La première, publiée en 1979 par Pierre Lecestre et collaborateurs qui comparait le traitement non-chirurgical et l'ostéosynthèse, avait déjà fait l'objet d'un symposium de la SOFCOT. Il en ressortait pour l'ostéosynthèse 60 % de résultats favorables. La seconde étude, publiée en 2007 sous l'égide de la Société d'orthopédie de l'Ouest (SOO) et conduite par Jean-Louis Charissoux et collaborateurs, incluait les prothèses. Ce traitement apparaissait statistiquement supérieur avec 83 % de bons résultats pour 77 % en faveur de l'ostéosynthèse. Qu'en est-il aujourd'hui ? Les nouvelles techniques d'ostéosynthèse sont-elles meilleures que celles du passé ? Permettent-elles de supplanter le traitement prothétique évalué en 2007 ? Pour le savoir, ne manquez pas ce symposium !

RENDEZ-VOUS

16H00-17H30

GRAND AMPHI, NIVEAU 1/2

SÉANCE EPP/DPC

Simuler n'est pas jouer

Dr Patrice PAPIN

La séance de développement professionnel continu s'articule autour de deux thèmes, la simulation et le tabagisme.



INSPIRÉE DES PROCÉDURES DE SÉCURITÉ DANS L'AÉRONAUTIQUE, LA SIMULATION CONSTITUE POUR LA CHIRURGIE UN FORMIDABLE OUTIL PÉDAGOGIQUE.

La simulation est une méthode de développement professionnel continu (DPC), une méthode d'apprentissage permettant d'améliorer les pratiques, les performances mais aussi la sécurité. Traditionnellement, l'apprentissage se fait par compagnonnage et par l'expérience au fil de l'eau. Oscar Wilde disait que l'expérience est le nom que chacun donne à ses erreurs. La simulation est un outil capital pour la formation initiale et continue, surtout dans des métiers à risque. L'aviation, la marine, le nucléaire, l'informatique utilisent la simulation. Un de ses intérêts est de pouvoir permettre une meilleure préparation aux situations graves ou à risques.

La simulation ne se limite pas à un apprentissage sur mannequin, elle s'applique aussi aux procédures, aux endoscopies ou encore aux arthroscopies. Une équipe asiatique a réussi à simuler la suture cutanée par l'entraînement des résidents. Le développement des logiciels nécessaires à la simulation est un véritable enjeu économique. Le patient ne souhaite plus être un cobaye. À côté des simulations de techniques chirurgicales, nous avons aussi la simulation sur patient standardisé, des simulations d'annonce pour un cancer, un dommage par exemple. Enfin, le *Médical team training* est un élément important car la simulation est surtout l'apprentissage du travail en équipe, ce qui est très peu enseigné à l'université, le facteur humain étant très peu présent - la formation initiale, basée sur des concours entraînant l'individualisme. Les orateurs, dont le président du Collège de chirurgie orthopédique, Dominique Chauveaux, Julie Ildefonse de la Haute Autorité de Santé et Philippe Merloz animeront cette cession.

PATIENT FUMEUR

Le second point de la session DPC porte sur un sujet de santé publique, de pratique professionnelle au quotidien : doit-on opérer un patient fumeur ? Si oui, sous quelles conditions ? Alain-Charles Masquelet, président de l'académie de chirurgie orthopédique et traumatologique, exposera les résultats de l'enquête AOT-SOFCOT sur la prévention

RENDEZ-VOUS

16H00-17H30

SALLE 353, NIVEAU 3

TABLE RONDE

Sport et sécurité : la recherche aux côtés des orthopédistes

Les sportifs alimentent régulièrement le contingent des consultants pour traumatismes musculo-squelettiques. Comment maîtriser les risques inhérents aux activités les plus exposées ? Comment optimiser une performance sportive sans que l'athlète ne se blesse, et comment préserver à long terme l'intégrité de son appareil locomoteur ? Telles sont les problématiques de cette table ronde orientée vers la recherche.



La pratique d'un sport, à un haut niveau ou de manière intensive, met l'appareil locomoteur à rude épreuve.

Cette table ronde proposée par la Société de Biomécanique, la SOFAMEA (Société Francophone d'Analyse du Mouvement chez l'Enfant et l'Adulte) et la SOFCOT, s'intéresse aux atteintes de différentes articulations chez les athlètes.

Reprenant une formule initiée avec succès en 2010 dans le cadre de l'année du mouvement, avec des binômes chirurgien-chercheur, la session s'adresse à tous les orthopédistes.

Chaque binôme décomposera son exposé en 3 temps :

- Exposé par le clinicien de la problématique (fréquence, gravité, conséquences fonctionnelles, particularités de la prise en charge chez le sportif de haut niveau et/ou possibilité de prévention de la pathologie concernée) ;
- Présentation par le biomécanicien des travaux de recherche réalisés ou en cours et qui permettent de répondre à certaines des questions posées ; **(Suite)**

RENDEZ-VOUS

16H00-18H00

AMPHI BORDEAUX, NIVEAU 3

A.F.I.D.E.O.

Association des Fabricants Importateurs Distributeurs Européens d'implants Orthopédiques & traumatologiques

www.afideo.eu



Depuis 2004

Une association dynamique soutenant ses entreprises adhérentes dans la défense, la pérennisation et la création d'innovations techniques et chirurgicales européennes, parmi lesquelles, les chirurgiens orthopédistes français occupent une position prépondérante, internationalement reconnue depuis plusieurs dizaines d'années.

Durant la SOFCOT, du 12 au 15 novembre 2012, l'A.F.I.D.E.O. vous accueillera sur le stand « A05 ». Exposition d'une collection de prothèses articulaires « 1960 à 2000 », et d'implants récents développés par ses adhérents.

« SPORT ET SÉCURITÉ » (suite)

- Conclusions par le clinicien pour montrer de façon pragmatique en quoi les travaux de recherche permettent l'optimisation de la prise en charge médicale et chirurgicale.

À titre d'exemple, parmi les sports mis en exergue durant la table ronde, figure le rugby dont les traumatismes du rachis cervical préoccupent les médecins et dirigeants de la fédération française de rugby (FFR). Les dégâts peuvent en effet être irréversibles. *« Sur ces dernières années, nous enregistrons plus de 10 accidents se soldant par une tétraplégie »*, souligne Patricia Thoreux, Présidente de la Société de Biomécanique.

Si la modification des règles d'entrée en mêlée a permis de réduire les risques, la recherche s'attache de son côté à déterminer des facteurs prédisposants de fragilité chez les joueurs, afin de proposer des programmes de préparation physique et de renforcement musculaire spécifiques. *« La recherche fondamentale peut être directement utile aux praticiens, de manière pragmatique, tant sur le plan de la prévention que pour le choix d'une technique chirurgicale »*, rappelle P. Thoreux

« La recherche fondamentale peut être directement utile aux praticiens, de manière pragmatique, tant sur le plan de la prévention que pour le choix d'une technique chirurgicale. »

Allogreffes bilatérales de mains : l'expérience lyonnaise

La première greffe unilatérale de mains réalisée en 1998 par Jean-Michel Dubernard a provoqué enthousiasme et… controverse. Fallait-il n'y voir qu'un exploit médiatique ? Qu'en est-il 15 ans après ? Peut-on être favorable aujourd'hui à l'allogreffe bilatérale de main ? Le point avec Aram Gazarian qui présente les résultats de cette chirurgie menée avec l'équipe lyonnaise.

Pourquoi proposer une conférence sur les résultats fonctionnels des allogreffes de mains ?

Nous commençons à avoir un peu de recul sur cette chirurgie nouvelle. La première chirurgicale de Dubernard a donné lieu à un contraste entre l'intérêt suscité auprès du grand public et les réserves du monde médical. Nombre de nos confrères ont estimé que l'opération avait été menée en dépit des trop grands risques qu'elle faisait courir au patient et annoncé que la main serait rejetée. D'autres prédisaient un mauvais pronostic fonctionnel, voire une impossibilité d'intégration cognitive de la main. Enfin, l'acceptation psychologique d'une main greffée devait nécessairement poser problème. Aujourd'hui, la polémique est retombée.

Où en est-on en 2012 ?

Nous sommes arrivés au terme du protocole de recherche clinique (PHRC) ouvert en 2000 pour 5 cas de greffes bilatérales réservées à des adultes qui ont perdu leurs 2 mains au cours d'un traumatisme. Les patients ont maintenant un recul de 3 à 12 ans. Ils ont tous survécu, et leurs mains également. Les capacités de leurs mains (mobilité, force, sensibilité) sont de l'ordre de 40 % d'une main normale. Elles permettent d'obtenir environ 60 % de la fonction d'une main normale, procurant aux patients une autonomie dans les gestes de la vie courante.

Concernant l'aspect subjectif, les patients évaluent en moyenne à 8, sur une échelle de 10, la qualité de leurs mains. Ces résultats sont meilleurs que ceux obtenus avec les prothèses actuelles.

Pourquoi alors s'interroger sur le fait d'entreprendre une allogreffe bilatérale de mains ?

À cause de la balance bénéfice-risque. D'une part, il y a des risques liés aux traitements immunosuppresseurs : cancer, infection grave, troubles métaboliques, etc.

D'autre part, le risque de rejet chronique du greffon doit aussi être pris en compte. Les mains greffées ne sont probablement pas définitives.

Dans notre série de patients, nous ne déplorons pas, à ce jour, de complications graves du traitement immunosuppresseur, et nous n'avons pas enregistré de signes de rejet chronique.

Dans ces conditions, la balance bénéfice-risque est favorable et nous considérons à ce jour cette chirurgie utile et raisonnable, mais jusqu'à quand ?

Quelle est finalement votre position, au regard de tous ces éléments ?

La greffe est un moyen remarquable d'améliorer la qualité de vie d'un patient adulte ayant perdu ses deux mains. Les complications du traitement immunosuppresseur et l'éventualité de perte du greffon sont les inconvénients majeurs de cette chirurgie.

RENDEZ-VOUS

9H30-10H00

AMPHI BORDEAUX, NIVEAU 3





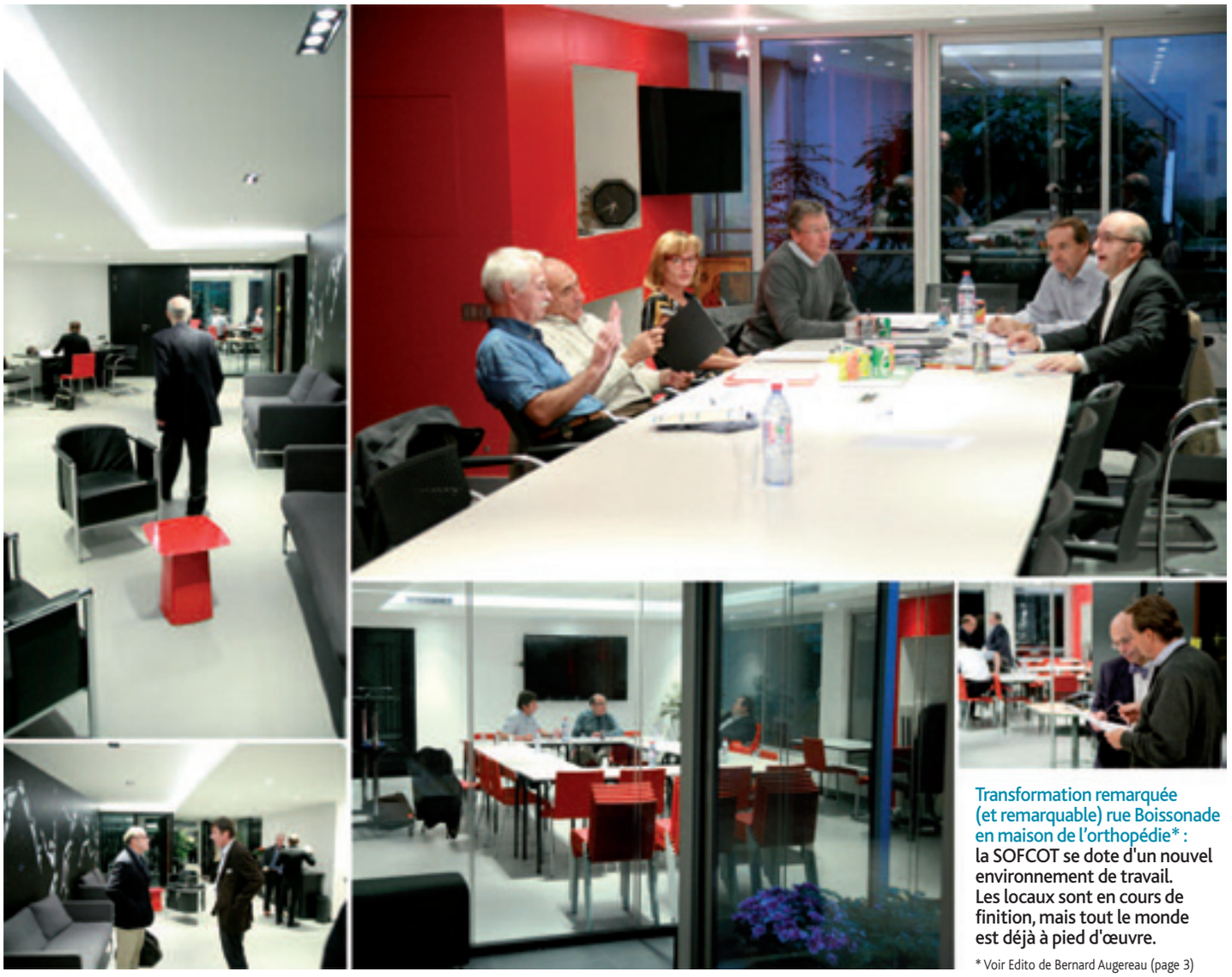
« La greffe est un moyen remarquable d'améliorer la qualité de vie d'un patient adulte ayant perdu ses deux mains. Les complications du traitement immunosuppresseur et l'éventualité de perte du greffon sont les inconvénients majeurs de cette chirurgie. »

En l'état actuel de nos résultats, nous pouvons répondre favorablement au souhait d'allogreffe bilatérale de mains sous réserve que le patient parfaitement informé soit conscient des risques encourus. Il conviendra de réévaluer cette indication dans le temps en fonction des résultats, avec un plus long recul, et de tenir compte des possibilités qu'offriront à l'avenir les prothèses de nouvelle génération et l'ingénierie tissulaire

La version pelvienne, cette inconnue

Tous les problèmes de hanche découleraient-ils en cascade des seules affections du rachis ? Longtemps l'hypothèse a prévalu. Cette construction étiologique vacille sur ses bases. La prise en compte de la version pelvienne déplace les lignes, et laisse entrevoir de nouvelles modalités de prise en charge des prothèses de hanche. Une table ronde fait le point sur cette avancée.

Depuis 10 ans, l'école française de chirurgie orthopédique s'est penchée sur l'équilibre sagittal du rachis. *« Nous avons fini par nous apercevoir qu'un des paramètres, la version pelvienne, était un élément important de l'équilibre de la hanche et du genou »*, souligne le Pr Norbert Passuti qui anime la table ronde. Ce qui amène les orthopédistes à



Transformation remarquée (et remarquable) rue Boissonade en maison de l'orthopédie* : la SOFCOT se dote d'un nouvel environnement de travail. Les locaux sont en cours de finition, mais tout le monde est déjà à pied d'œuvre.

* Voir Edito de Bernard Augereau (page 3)

« Nous avons fini par nous apercevoir qu'un des paramètres, la version pelvienne, était un élément important de l'équilibre de la hanche et du genou. »

prendre en compte la dimension sagittale autant que lombo-pelvienne dans l'indication d'une prothèse de hanche. *« Ce paramètre peut en effet générer une mauvaise position voire une luxation de la prothèse »*, note N. Passuti.

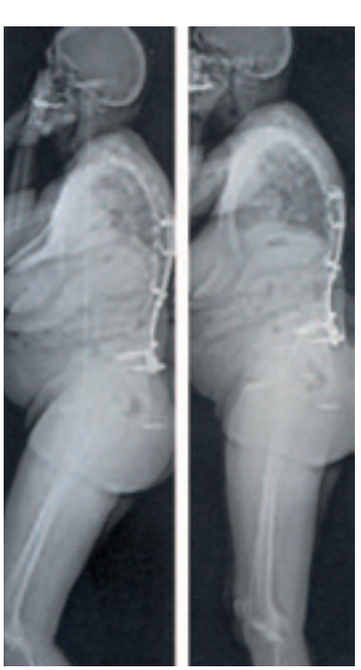
Et si, pendant longtemps, les orthopédistes ont fait peser sur le rachis la responsabilité de certains dysfonctionnements de la hanche ou du genou, ils considèrent aujourd'hui que les problèmes peuvent « remonter ». L'arthrose du genou, par exemple, peut induire un déséquilibre sagittal qui pourra ainsi modifier la version pelvienne et retentir sur le rachis.

C'est l'objet d'un focus de la table ronde proposée par le Dr Waguih Elsissi (Emirats arabes unis) qui a mené un travail très original sur le sujet.

Outre le rappel des paramètres ayant une incidence sur l'équilibre sagittal, et la présentation de cas cliniques, la table ronde propose également un focus sur le comportement de la hanche, y compris en position assise, afin d'éviter les problèmes d'usure de prothèse.

Un rendez-vous à ne pas manquer. *« Tous les orthopédistes sont un jour confrontés aux problèmes de rachis »,* rappelle N. Passuti

Exemple caractéristique montrant l'intrication entre un rachis déséquilibré avec version pelvienne élevée et compensation par les hanches et les genoux.



RENDEZ-VOUS

8H30-10H00

SALLE 352, NIVEAU 3

DCO, des champs de bataille au champ chirurgical

DCO. Ces lettres résonnent comme un code militaire. Pas faux. Elles émanent d'un process mis au point par l'armée pour stabiliser les atteintes aux soldats et engins, le *damage control*. La traumatologie orthopédique intègre de plus en plus la procédure dans sa pratique.



Avant de procéder au rapatriement hospitalier d'un soldat blessé au combat, des médecins du front stabilisent ses lésions. Il en va de même pour un navire de guerre endommagé. Les brèches sont colmatées pour ensuite permettre un retour dans le port d'attache et lancer les réparations. Les orthopédistes ont, depuis peu, adopté cette approche, particulièrement pour les polytraumatisés. C'est nouveau et cela bouleverse les pratiques. *« Il ne s'agit plus de vouloir traiter immédiatement et dans sa globalité le patient, chose à laquelle étaient formés encore récemment les orthopédistes »*, explique Thierry Bégué. Désormais, les praticiens procèdent en deux temps. Ils assurent d'abord la stabilisation de l'ensemble des lésions, thoraciques, cardiaques, abdominales et de l'appareil locomoteur. Ce n'est que dans un second temps que pourra démarrer le traitement définitif.

Pourquoi adopter cette nouvelle approche ? *« Nous nous sommes aperçus qu'elle améliorait le taux de survie de ces patients »*, souligne T. Bégué qui anime la table ronde avec Sylvain Rigal, chirurgien des armées. De plus, la multiplication des options thérapeutiques dans la phase d'urgence puis pour le traitement définitif complique la prise de décision. L'évaluation du délai de mise en œuvre de ce traitement est également une donnée fondamentale, car fluctuante. *« Le comportement biologique d'un polytraumatisé entrant dans la procédure de damage control orthopédique est très variable, avec une période de grande fragilité,* indique T. Bégué. *Nous travaillons à mieux définir cette période. »* Il convient alors de prendre le temps, collégialement, pour adopter la meilleure stratégie médico-chirurgicale. Enfin, l'hyperspécialisation de la chirurgie orthopédique ne permet plus aux praticiens de gérer l'ensemble des lésions. Cette session va permettre de faire le point, au regard de cette nouvelle procédure, sur les gestes que doit pratiquer le chirurgien en urgence et ceux qui pourront être initiés en second lieu dans le cadre d'un traitement définitif



© DR S. RIGAL



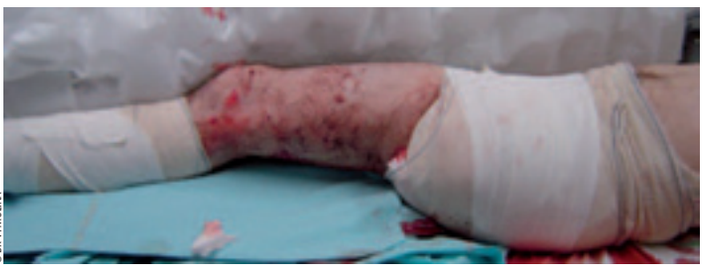
© PR T. BÉGUÉ



© DR S. RIGAL



© PR T. BÉGUÉ



© DR V. MOLINA



© DR V. MOLINA

RENDEZ-VOUS

8H00-9H30

AMPHI BORDEAUX, NIVEAU 3

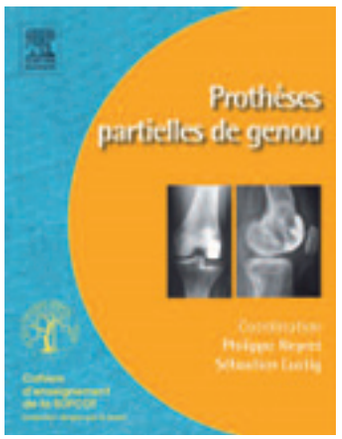
MONOGRAPHIES Les parutions SOFCOT : une production 2012 remarquable

Dr Charles MSIKA

Comme chaque année, l'ouverture du Congrès donne l'occasion à l'éditeur Elsevier de publier et distribuer des ouvrages de mise au point sur de multiples thématiques de notre spécialité, compilés par des experts sous l'égide de l'APCORT. La cuvée 2012 est riche de trois manuels remarquables de qualité et d'intérêt.







Tout d'abord, le traditionnel recueil des Conférences d'enseignement, fort de sa vingtaine de sujets disséqués avec précision. Il y a pour chacun des thèmes traités la possibilité d'un accès numérique aux diapositives de présentation. Un véritable plus pour les congressistes se plaignant de ne pas pouvoir assister à des conférences de déroulement synchrone.
Ensuite, une monographie consacrée aux *« Prothèses partielles du Genou »*, sous la direction éditoriale de Philippe Neyret et Sébastien Lustig, accompagnés d'une trentaine d'auteurs.
Enfin, une monographie dirigée par Denis Huten, assisté de près d'une trentaine de collaborateurs. Intitulée *« 13 mises au point en chirurgie de hanche »*, elle couvre à la fois l'arthroplastie primaire, ses principales complications, une par une, et les reprises d'arthroplastie. Le titre de ce dernier ouvrage aurait pu sans doute inclure le terme « arthroplastique » dans son libellé… Au total, bien que souvent livrés en dernière minute au Congrès, ces ouvrages sont un complément éducatif des plus avantageux pour tirer le meilleur parti de la 87e édition du Congrès de la SOFCOT

VIE DE LA SOFCOT Vers un statut unique des membres de la SOFCOT

Des chantiers en cours, ou en voie d'achèvement, rythment la vie de la SOFCOT depuis le début de l'année. Entre bruits de perceuse et mise en œuvre des fondations du CNP, **Alain Sautet, Secrétaire général de la SOFCOT**, fait le point.

Quel est l'événement majeur en 2012 pour les orthopédistes de la SOFCOT ?
C'est, incontestablement, la mise en œuvre du Conseil national professionnel (CNP) qui constitue pour la SOFCOT une véritable révolution, contrainte à cette occasion de modifier ses statuts. Le CNP va rendre accessible le développement professionnel continu (DPC) à l'ensemble des orthopédistes.
Pour rassembler ces derniers au sein de notre société professionnelle, nous allons en simplifier l'accès, en revoyant les modalités permettant d'être membre.
Il n'y aura désormais plus de membre associé ou titulaire, mais un statut unique de membre. Nous allons également procéder à la révision de la composition du bureau afin de donner une plus grande place aux représentants du secteur privé.
L'objectif est de parvenir à la fusion de la SOFCOT et du CNP d'orthopédie et traumatologie, sur une base fédérative.
La proposition d'un chirurgien libéral comme président de la SOFCOT en 2015 concrétise ces changements.

Quelles ont été vos relations durant l'année avec les autorités de tutelle et les agences ?
Nous n'avons eu de cesse de multiplier les contacts avec la nouvelle Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ou encore la Haute autorité de santé. Nous avons également renforcé nos relations avec la Fédération des spécialités médicales (FSM).

Qu'en est-il des travaux de la rue Boissonade ?
Ils sont en voie d'achèvement. Les nouveaux locaux, plus spacieux et contemporains, permettent déjà d'accueillir dans d'excellentes conditions les différentes composantes de la SOFCOT, pour des réunions ou l'organisation des cours par exemple



« Je tiens à remercier à cette occasion les Présidents Courpied et Masquelet pour la qualité de la relation entretenue avec eux tout au long de cette année, sans oublier mesdames Ghislaine Patte, Catherine Plo, Eléonore Brackenbury et Natacha Gérard pour leur dévouement. »

JOURNÉE DE SPÉCIALITÉ

SOFEC : place aux cas pratiques

Du nouveau à la Société française de l'épaule et du coude. Pour sa 4e journée de spécialité au sein du congrès de la SOFCOT, la SOFEC propose un exercice pratique : la lecture d'examen d'imagerie réalisée pour une rupture de la coiffe des rotateurs. D'autres temps forts ne manqueront pas de susciter l'intérêt des chirurgiens.



VENEZ NOMBREUX À LA SOFEC. **Vous saurez comment assurer aux séniors une épaule la plus fonctionnelle et la moins douloureuse possible.**

Si les chirurgiens membres de la SOFEC sont, bien entendu, attendus en nombre, la société partenaire de la SOFCOT ouvre grand ses portes aux non-adhérents. Le programme débute par une série de communications orales. Certaines d'entre elles ont pu être proposées à la SOFCOT sans être retenues, *« or, elles présentent un intérêt indéniable pour les spécialistes de l'épaule et du coude »*, souligne Luc Favard, actuel président de la SOFEC. Celle-ci a par ailleurs sélectionné des communications lui ayant été directement adressées.

Cette session précède la nouveauté de l'année : la lecture d'examen d'imagerie dans le cadre de rupture de la coiffe des rotateurs. *« Il s'agit d'un exercice très pratique durant lequel nous allons essayer d'apprendre à décrypter ce type d'image,* complète L. Favard. *C'est, en somme, une sorte de* « lecture d'imagerie complémentaire » *pour les nuls »*. Elle est animée par deux experts rouennais : Fabrice Duparc, orthopédiste et Paul Michelin, radiologue.

La journée se poursuit par un exposé d'Alain Faron, invité d'honneur en provenance de Lausanne et grand spécialiste des contraintes qui s'exercent sur les implants glénoïdiens. Il vient présenter les résultats de son travail mené conjointement avec l'Ecole polytechnique de Lausanne. Dans la version en polyéthylène et lorsqu'ils sont scellés, ces implants restent à ce jour les plus fiables. Pour autant, des problèmes demeurent. Et la question se pose de savoir s'il convient toujours, en 2012, d'y avoir recours.

L'après-midi démarre par un symposium proposant de faire le point, cinq ans après, sur le devenir de patients ayant fait l'objet d'une étude multicentrique sur l'instabilité antérieure de l'épaule. Les résultats de cette enquête avaient fait l'objet d'une première présentation en 2007 et il est intéressant de voir ce qui depuis a pu se passer chez les personnes opérées. Deux séances de vidéo dédiées à l'arthroscopie de l'épaule parachèvent ce programme scientifique, avant de laisser place à l'assemblée générale

RENDEZ-VOUS

8H00-16H30

AMPHI HAVANE, NIVEAU 3

PUBLICATION SCIENTIFIQUE

Rédaction médicale : chirurgiens, à vos plumes !

Plus enclins à manier le bistouri que le stylo, les chirurgiens ne se précipitent pas pour diffuser leur savoir dans les publications scientifiques, pourtant demandeuses. Reste que la rédaction médicale demeure une technique, qui s'apprend. C'est tout l'enjeu de cette séance, véritable atelier pratique pour devenir aussi bon rédacteur que chirurgien.

Sortir du bloc pour sortir du lot ? La nécessité de diffuser le savoir-faire orthopédique et traumatologique n'est pas qu'une affaire d'aura. Cet exercice de style, parfois perçu par certains comme rédhibitoire, bénéficie à l'ensemble de la spécialité et contribue à la vitalité des équipes universitaires, autant que des centres privés. *« Une structure universitaire qui ne publie pas peut périr, car derrière la publication il y a la reconnaissance mais aussi la valorisation. C'est vrai aussi pour certains établissements privés »*, explique Philippe Hardy. Pour les chirurgiens déjà convaincus, les motivations sont diverses : volonté de diffuser une technique ; nécessité de bâtir un cursus de publication pour développer une carrière universitaire ou simple envie d'être visible dans la communauté orthopédique. Mais, réussir l'exercice et obtenir les grâces des comités éditoriaux des revues impliquent la maîtrise de certains fondamentaux : savoir construire une recherche, savoir organiser un article et respecter des règles strictes de présentation. Ces techniques constituent en effet un des principaux critères d'évaluation.



Cette session, très pragmatique, va en outre permettre de faire le point sur les problèmes de double-publication, formellement interdite et sévèrement punie. La question des conflits d'intérêt sera également abordée. Certains auteurs considèrent, à tort, qu'il n'est pas utile de mentionner un lien avec l'industrie pharmaceutique – qu'il soit financier ou pas –, au motif que le sujet de l'article soumis à publication dans une revue scientifique n'a pas de rapport direct avec cette relation. D'autres se contentent de déclarations partielles. La règle est pourtant simple, rappelle Philippe Hardy : *« Il faut tout déclarer ! »*. Alors, pour tout connaître des subtilités et écueils de la rédaction médicale, et contribuer à faire rayonner le savoir-faire de la chirurgie orthopédique et traumatologique dans la communauté médico-scientifique internationale, rejoignez vite cette session

RENDEZ-VOUS

8H00-10H00

SALLE 351, NIVEAU 3

GETRAUM : une reconnaissance croissante de la traumatologie ostéo-articulaire

La traumatologie prend du galon. La présence du Groupe d'étude en traumatologie ostéo-articulaire au congrès de la SOFCOT, depuis 2003, a largement contribué à sa reconnaissance au-delà des frontières. Une présence intensifiée dans les congrès étrangers en atteste. Le GETRAUM franchit également une nouvelle étape : son renom s'inscrit désormais dans le marbre de publications reconnues.





L'audience de la traumatologie ostéo-articulaire française ne cesse de croître. L'EFORT et la Société européenne des urgentistes ont récemment sollicité le GETRAUM pour faire connaître les travaux de ses membres lors de leur congrès.

Thierry Bégué, nouveau président du groupe qui succède à Paul Bonnevialle, n'est pas étranger à cette côte en hausse, par sa volonté soutenue de diffuser à l'extérieur le savoir-faire des orthopédistes français. Mais cette jeune société fille, dont les membres sont très soudés, ne vise pas que la notoriété internationale.

Le GETRAUM cultive également un travail de terrain, en proposant une réunion régionale. *« Cette rencontre plus intimiste, réunissant une quarantaine de spécialistes, permet à de jeunes orthopédistes ou de petites équipes de faire connaître et diffuser leurs travaux plus facilement »*, explique Laurent Pidhorz, secrétaire général du GETRAUM. Le rendez-vous 2012 de la SOFCOT témoigne de la vitalité du GETRAUM. Ce groupe est d'ailleurs né dans l'enceinte du congrès. *« L'idée est apparue en 2002 à l'issue d'une table ronde sur une problématique chère aux traumatologues : les fractures du sujet très âgé. Paul Bonnevialle et Jean-Marc Ferron souhaitaient, à cette occasion, faire sortir la traumatologie du giron de sociétés privées liées à l'industrie comme l'AO et l'AOID »*, raconte Laurent Pidhorz.

Cette année, la matinée débute par deux conférences de mise au point : l'une, animée par Christian Garreau de Loubresse, s'attache aux traumatismes du rachis cervical chez le sujet âgé ; l'autre, proposée par Paul Bonnevialle, porte sur l'embolie graisseuse post-traumatique.

Nicolas Bonnevialle, représentant la nouvelle génération d'orthopédistes, anime ensuite une table ronde avec de jeunes confrères sur la fracture de l'humérus proximal chez le sujet de plus de 80 ans. Suivent dix communications particulières modérées par Laurent Pidhorz et Paul Bonnevialle. L'après-midi propose aux orthopédistes de tester de nouveaux matériels présentés par des sociétés commerciales. Cette année, place aux plaques et implants pour traiter les fractures des métacarpiens et des phalanges. Une retransmission vidéo permet aux chirurgiens de suivre la session et d'interroger l'opérateur.

L'année 2012 est marquée pour le GETRAUM par un accès à des publications scientifiques prisées, comme Injury ou encore la Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (RCOT). Autre nouveauté : la publication par Sauramps du résumé des principales tables rondes présentées lors du congrès de la SOFCOT. *« Un deuxième tome est déjà en préparation »*, confie Laurent Pidhorz, qui a choisi de passer la main cette année. Le bureau du groupe sera renouvelé en fin de journée, à l'issue de son assemblée générale.

« L'année 2012 est marquée pour le GETRAUM par un accès à des publications scientifiques prisées, comme Injury ou encore la Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (RCOT). »

RENDEZ-VOUS

8H00-16H00

SALLE PASSY, NIVEAU 3

AFCP : le registre enfin en place

La journée de l'Association française de chirurgie du pied s'inscrit dans un contexte bien particulier : la concrétisation de son registre de prothèses de cheville. C'est le premier du genre en orthopédie, qui pourrait bien faire des petits. Les autorités politiques et de santé envisagent en effet de l'imposer aux autres dispositifs médicaux. **Entretien avec Jean-Luc Besse, un des maîtres d'œuvre de ce registre.**

Depuis quand fonctionne le registre ?

Il est actif depuis le 18 juin 2012. Plusieurs années ont été nécessaires pour le faire aboutir. Il a fallu convaincre les chirurgiens, les autorités de tutelle et les industriels. Avec Michel Maestro, ancien président de l'AFCP, nous n'avons jamais baissé les bras. Nous avons également dû batailler pour obtenir les autorisations de la CNIL. Les scandales du médiator et des prothèses mammaires PIP ainsi que les questions soulevées par les prothèses de hanche ASR ont fait accélérer les choses en faisant prendre conscience de la nécessité de pouvoir suivre les dispositifs médicaux avec un registre de ce type.

Quel est son but ?

Il s'agit d'une expérience innovante qui vise à identifier le nombre de prothèses posées mais aussi explantées ainsi que les causes de retrait. Ce registre permet d'assurer une veille sur les éventuels effets indésirables et de prévenir les patients et médecins en cas de problème. Il fournit également à la Haute autorité de santé les données lui permettant de gérer les autorisations de mise sur le marché, les accords et renouvellements de remboursement des différents modèles de prothèse.

Le but est également d'améliorer la qualité de ces prothèses. Chaque année, quelque 500 unités sont posées. La technique est encore récente et requiert une très haute technicité chirurgicale. À terme, cela permettra également aux chirurgiens de sélectionner les implants les plus performants selon les circonstances et le profil des patients.





Comment fonctionne-t-il ?

L'AFCP a développé et financé la création et le développement du Registre National des Prothèses Totales de Chevilles. La Société Medsharing a conçu pour l'AFCP l'outil de recueil de données ainsi que le portail web sécurisé permettant le recueil des données en ligne avec un accès sécurisé. Elle assure également l'hébergement des données. L'AFCP est l'unique propriétaire de ces dernières.

Le Pôle IMER (Information Médicale Evaluation Recherche) des Hospices Civils de Lyon, en tant qu'administrateur de cette base de données, gère les droits d'accès des utilisateurs, suit les inclusions, et relance les chirurgiens poseurs le cas échéant. En tant que gestionnaire scientifique, elle développe les programmes de traitement des données et réalise les analyses statistiques.

Le chirurgien, avec l'accord du patient, inscrit au registre [1] un ensemble de données : âge et sexe du patient, côté opéré, date de l'intervention, abord, type de prothèse et matériaux utilisés, etc. Il met ensuite à jour les données du registre, au fil des révisions et reprises de prothèse.

Les fabricants de prothèses totales de cheville (Sociétés Integra Lifescience, Tornier et Small Bone Innovations) financent les frais de fonctionnement du registre. Contractuellement, ils participent au recueil des données en transmettant le nom des chirurgiens poseurs à chaque fois qu'une prothèse de leur marque est implantée. Ils ont la responsabilité de relancer les chirurgiens poseurs pour qu'ils saisissent les données, en cas de complications ou de reprise, après 3 relances infructueuses réalisées par l'administrateur.

Les patients eux-mêmes sont impliqués dans la surveillance de leur prothèse, en particulier dans le cas d'éventuelles complications : les chirurgiens les sensibilisent lors de l'intervention et leur délivrent un « Passeport Prothèse », une carte qui mentionne les références de leur implant dans la base de données. Ils sont invités à signaler à l'administrateur toute complication et/ou ré-intervention chirurgicale concernant cette prothèse. Ainsi au cas où le chirurgien poseur n'aurait pas signalé la complication, l'administrateur obtient l'information par le patient lui-même. Il peut alors contacter le chirurgien poseur pour qu'il renseigne les données relatives à cette complication et/ou à la ré-intervention.



« Les chirurgiens délivrent aux patients un "Passeport Prothèse", une carte qui mentionne les références de leur implant dans la base de données. »

Les chirurgiens poseurs de prothèses, les industriels fabricants mais également les patients implantés et les médecins traitants : tous ces protagonistes ont leur rôle à jouer dans la mise en place de ce registre. Nous comptons sur la bonne volonté de chacun pour que ce projet piloté par l'AFCP soit un succès. Le challenge qui nous attend est grand

(1) www.registre-prothesecheville.fr

LES TEMPS FORTS DU PROGRAMME

Le programme concocté cette année par l'AFCP comprend :

- **un symposium sur la maladie de Morto**, une pathologie courante qui intéresse tous les chirurgiens. Il est dirigé par Jean-Yves Coillard et Marino Delmi ;
- **une conférence d'enseignement sur les greffes osseuses et leurs substituts en chirurgie orthopédique**. Elle est présentée par Christian Delloye, des prestigieuses Cliniques universitaires de Saint-Luc en Belgique qui fournissent en tissus et substituts osseux bon nombre de centres orthopédiques d'Europe ;
- **une série de 10 communications** évaluées et sélectionnées anonymement par le conseil scientifique de l'AFCP.

Lors de cette journée sera également présentée la monographie de l'AFCP n°8, éditée par Sauramps. On y retrouve la conférence d'enseignement et les communications de l'année ainsi que le symposium de l'année précédente, les ostéotomies de réaxation de l'arrière pied.

RENDEZ-VOUS

8H00-16H30

SALLE 352, NIVEAU 3

SFCR : affections du rachis, tous concernés

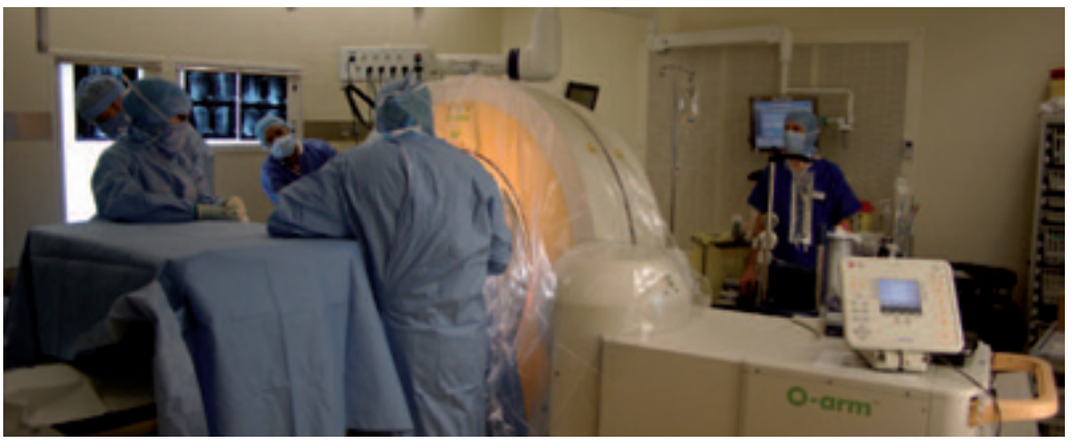
Journée dédiée à la formation et l'enseignement, le rendez-vous de la Société française de la chirurgie du rachis permet à chacun d'élargir et enrichir ses connaissances. Le programme de la session 2012 accorde une large place aux lésions vertébro-medullaires traumatiques, chez l'adulte et l'enfant.

Si les spécialistes du rachis sont familiers des lésions vertébro-medullaires traumatiques, de nombreux aspects particuliers ont pu finir par leur échapper. *« Une mise au point s'impose pour remettre à jour les connaissances, plus particulièrement sur les conséquences des traumatismes médullaires. L'intérêt pour le sujet dépasse la seule sphère des chirurgiens du rachis. Chaque orthopédiste peut en effet, dans son exercice, être confronté notamment en tant que conseil à cette problématique »*, souligne le Pr Christian Mazel, responsable de la commission « Enseignement » de la Société française de la chirurgie du rachis (SFCR), qui a façonné le programme de la journée.

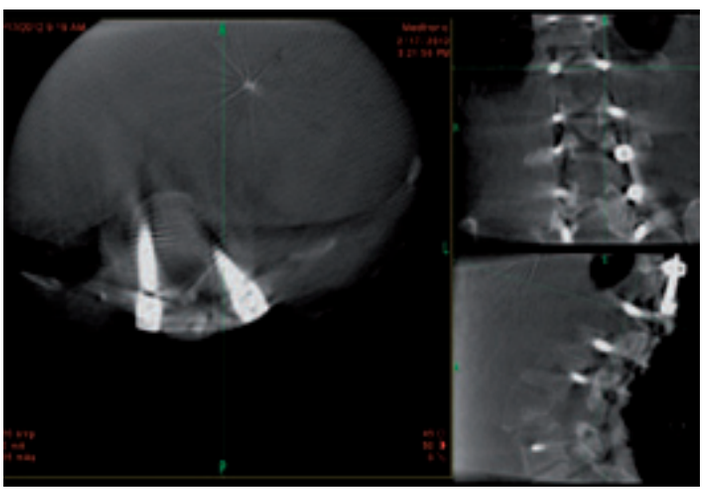
Avant de s'attacher à cette thématique, la session s'ouvre sur deux conférences d'enseignement. L'une est consacrée à la place des biphosphonates en chirurgie rachidienne. Très utilisés aujourd'hui dans le traitement des métastases osseuses et de l'ostéoporose, ils demeurent pourtant relativement méconnus des orthopédistes. L'autre se penche sur la prise en charge des tumeurs de la moelle, pathologie rare.

Viennent ensuite deux symposiums traitant des traumatismes médullaires. Le premier, dédié aux patients adultes, aborde :

- **l'aspect histologique des lésions médullaires traumatiques (conf. 1)**. *« La connaissance de cet aspect est essentielle pour prendre des décisions chirurgicales »*, souligne C. Mazel ;
- **la place des protocoles cortisoniques en urgence (conf. 2)**. Définis par les SAMU, ces protocoles sont aujourd'hui remis en question, suite notamment aux résultats de séries multicentriques réalisées aux Etats-Unis. D'autres produits en cours d'évaluation pourraient se substituer aux cortisoniques ;
- **la neuro-régénération et la neuroprotection médullaire (conf. 3)**. Il s'agit d'une approche plus fondamentale ;



- **la lésion médullaire chez un patient dans le coma (conf. 4)**. Le risque de ne pas l'identifier est d'autant plus grand que le patient ne peut pas répondre à des ordres simples ;
- **les atteintes médullaires sans lésions osseuses ou ligamentaires associées (conf. 5)**. C'est par exemple le cas d'un ébranlement du rachis responsable de la lésion médullaire dans les traumatismes balistiques. La situation peut également se présenter chez des personnes présentant un canal rachidien étroit. Un traumatisme sans fracture pourra générer chez elles une atteinte médullaire ;
- **la rupture du sac dural (conf. 6)**, et la nécessité (ou pas) de sa réparation, ainsi que les modalités de cette dernière ;
- **le devenir des lésions médullaires (conf. 7 à 9)**. Quel est leur impact sur la fonction respiratoire ? Quelles sont les perspectives de rééducation ? Et de réinsertion sociale ? La fonction sexuelle ou encore l'activité de la vessie peuvent-elles être récupérées ? Ces aspects sont traités par un urologue, le Dr Gilles Karsenty (Marseille). Le Dr Marc Révol (Paris), chirurgien plasticien du membre supérieur, fait lui le point sur les possibilités et limites d'une récupération motrice par greffe musculaire. *« Dans un souci d'approche transversale, nous faisons appel aux spécialistes de terrain »*, rapporte le Pr Mazel. Et pour renforcer la dimension pratique des exposés, un temps de discussion avec l'auditoire permet aux orthopédistes de confronter leurs expériences.



Le symposium de l'après-midi traite de la même problématique des lésions médullaires, mais dans le champ spécifique de la pédiatrie. Sont abordés les traumatismes vertébro-médullaires obstétricaux - méconnus des orthopédistes, la prise en charge en urgence des traumatismes vertébro-médullaires chez l'enfant et enfin le devenir des jeunes patients atteints de lésions médullaires traumatiques.

Enfin, la journée passe en revue trois nouveautés : la navigation sous O-Arm dans la chirurgie des déformations rachidiennes qui permet de mieux viser et s'orienter dans l'espace de la colonne vertébrale ; le robot Mazor qui matérialise ce que pourrait être l'avenir de la chirurgie rachidienne robotisée permettant d'assister le geste chirurgical en optimisant sa précision pour une plus grande sécurité d'implantation de vis dans le rachis ; la place des infiltrations rachidiennes qui ont fait la preuve de leur efficacité thérapeutique mais font l'objet d'une remise en question par l'ANAES.

Cette mise en perspective éclectique des connaissances de la chirurgie du rachis devrait, cette année encore, attirée un large public d'orthopédistes

RENDEZ-VOUS

8H00-16H00

SALLE 342, NIVEAU 3

Et la santé, *"Mister President"* ?

Dr Charles MSIKA

La réforme de santé mise sur les rails par l'élection présidentielle de 2008 aux Etats-Unis a atteint son point d'orgue, avec l'élection des jours derniers.



L'objectif annoncé de la réforme baptisée par ses détracteurs « obamacare », du nom de son promoteur, a l'ambition d'instituer une couverture de santé universelle sur les Etats-Unis. Au moment où les finances publiques sont au plus mal, il est facile de jauger le défi lancé sur la base de quelques donnes économiques simplifiées : comment intégrer le cinquième de la population ne bénéficiant pour l'instant d'aucune couverture de santé, dans un pays qui déjà consomme pour sa santé un cinquième de la richesse nationale produite, et ce sans plomber davantage l'économie des Etats-Unis.

ARBITRAGES DÉLICATS

Avant cette réforme, deux segments d'assurance-maladie relevaient déjà de l'autorité gouvernementale : celui destiné à couvrir les indigents, le Medicaid et celui destiné à couvrir les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, le Medicare. Ce dernier, généreusement doté puisqu'il coûte près de six cents milliards de dollars par an afin d'assurer une cinquantaine de millions d'individus, voit sa charge s'alourdir, d'année en année, du fait du vieillissement de la population. La réforme de santé s'étant engagée, durant sa gestation, à procéder sans aggravation du déficit budgétaire afin de passer les obstacles de ses opposants (Congrès, Sénat…), on ne voit guère comment une telle acrobatie budgétaire serait réalisable sans rationnement des programmes déjà en vigueur.

INVENTION DE NOUVEAUX CONTRATS

Aux Etats-Unis, aucun des programmes d'assurance-maladie n'est géré en direct au niveau gouvernemental. Il n'y a pas d'administration de type Sécurité sociale - le terme Sécurité Sociale désigne d'ailleurs la Caisse de retraite nationale. La gestion de l'assurance-maladie est donc déléguée à des compagnies d'assurance privées, qui sous-traitent ce rôle habituellement dévolu à une administration gouvernementale en collectant les primes et sécurisant les remboursements.

VERS UNE NOUVELLE DYNAMIQUE

La réforme, censée prendre plein effet en 2014 et imposant à tout individu de souscrire à une assurance-maladie obligatoire, représente donc une promesse de chiffre d'affaires supplémentaire intéressante pour les assureurs privés. Les individus, quant à eux, bénéficieront de déductions fiscales ou d'allocations particulières d'aide à la souscription. Les compagnies d'assurances sont de leur côté soumises à des obligations de contrôle tarifaire et de non sélection des assurés nouvellement recrutés.

EFFORT DE COMPÉTITIVITÉ

Un peu comme en matière d'opérateurs téléphoniques, le gouvernement veut peser sur les coûts d'assurance-maladie en accroissant la concurrence. L'assurance santé est un besoin universel comme le téléphone. Les assureurs ne s'y sont d'ailleurs pas trompés et d'importants mouvements de concentration et de fusion de sociétés entre les acteurs du secteur ont déjà eu lieu.

La dynamique proposée au niveau gouvernemental est le lancement au sein des états de « bourses » de ces « contrats collectifs négociés d'assurance » adjugés aux compagnies les moins « gourmandes ». Reste à savoir si de telles enchères du « moins-disant » résisteront à l'épreuve du temps et donneront accès à l'assurance pour les plus démunis.

Rien ne semblerait théoriquement pouvoir faire dérailler la reforme de santé aux Etats-Unis, mais reste à savoir si la structure fonctionnelle de ce projet imaginée par ses défenseurs résistera aux multiples divergences d'intérêts en présence

SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS : L'ÉQUATION IMPOSSIBLE ACTUELLEMENT

Les paramètres de santé aux Etats-Unis compliquent sa réforme :

- Aux Etats-Unis, **la santé consomme 20% du PIB** (10 à 11% en France). Au rythme de croissance actuel du pays, ce taux devrait y atteindre 30% dans dix ans.
- **Le programme Medicare, assurance-maladie généreuse des plus de soixante-cinq ans, coûte plus d'un demi-trillion** (cinq cents milliards de dollars) ; ce groupe couvre environ cinquante millions de personnes.
- **Un quart de ce budget Medicare faramineux est dépensé dans la dernière année de vie de ce groupe de population** ; ce sous-groupe de dernière année de vie ne représente pourtant que cinq pour cent du groupe Medicare (environ 2,5 millions de personnes décèdent annuellement dans ce groupe Medicare).
- **Plus d'un cinquième des ayants droit de ce groupe Medicare souffre de cinq (ou plus) maladies de longue durée** ; la prise en charge de ce groupe polypathologique consomme les quatre cinquièmes des ressources totales de Medicare.
- **Le vieillissement de la population rend cette trajectoire inéluctable**… et donc « incorrigible » ?
- **La formation médicale (hyper spécialisée) répond de moins en moins bien aux défis posés.**

Le nombre d'inconnues d'une telle équation paralyse-t-il le pouvoir et la capacité décisionnelle des dirigeants politiques de tous bords ?

JOURNÉE DE SPÉCIALITÉ SFHG : luxation congénitale de la hanche, elle n'a pas disparu

Le dépistage systématique de la luxation congénitale de la hanche chez les nouveaux-nés pourrait laisser penser à une disparition progressive des problèmes liés à cette affection. Il n'en est rien : on continue à mettre en place des prothèses totales de hanche sur des séquelles de maladies luxantes. C'est tout l'enjeu du symposium central de la journée de la Société française de la hanche et du genou. D'autres sujets attendent également les orthopédistes.



La journée de spécialité de la SFHG s'ouvre sur une veille technologique consacrée aux céramiques Delta. Composées de 80 % d'aluminium et 20 % de zirconium, ces céramiques utilisées depuis 2002 ont amélioré la résistance mécanique et diminué les risques de rupture.

Le sujet intéresse particulièrement les orthopédistes français qui affectionnent le couple de frottement céramique-céramique.

Suit une mise au point sur les facteurs de mobilité des prothèses totales du genou de première intention. Est-il important de récupérer la mobilité, et selon quelle amplitude ? Les aspects techniques et technologiques favorisant la flexion du genou sont abordés. Les arthroplasties sur genou raide font l'objet d'un focus.

Le programme se poursuit par la présentation de onze communications particulières, avant de laisser la place à un symposium consacré à la prothèse totale de hanche sur maladie luxante.

« Outre les patients âgés qui ont échappé au dépistage néo-natal, les personnes ayant bénéficié d'une réduction de luxation congénitale de la hanche à la naissance peuvent présenter une dysplasie séquellaire », souligne le Dr Michel Bonnin, secrétaire général de la SFHG.

Sont analysées au cours de ce symposium les différentes difficultés techniques inhérentes à cette pathologie : technique opératoire, stratégie chirurgicale associant ostéotomie et implant, etc

RENDEZ-VOUS

8H30-9H30

AMPHI BORDEAUX, NIVEAU 3

JEUDI **15 NOVEMBRE**

CONFÉRENCE Couple métal-métal : encore des étincelles ?

Les succès et déboires des prothèses totales de hanche métal-métal nourrissent les débats orthopédiques depuis une quinzaine d'années. Dernier tumulte en date, la mise au rancart d'un fabricant pointé du doigt par les autorités sanitaires anglaises début 2012. Où en est-on ? Le Pr Fares Haddad, chirurgien londonien qui a mis en place un groupe d'étude sur le sujet, fait le point.



Un temps décrié, le couple métal-métal avait effectué un fulgurant retour en grâce dans les blocs opératoires, avec le resurfaçage qui a rencontré un succès certain. C'est particulièrement vrai pour la hanche de Birmingham. *« Les résultats initiaux produits à la fois par les concepteurs de la dernière génération d'implants et certains centres spécialisés ont été excellents,* explique le Pr Haddad. *Le resurfaçage avec des implants adaptés reste en effet un très bon choix pour les hommes de moins de 65 ans avec l'anatomie appropriée. Il présente d'excellents résultats mis en évidence dans la littérature publiée et les registres. »* Mais il semblerait toutefois que l'interface arthroplastique soit vulnérable à des conditions de charge défavorables. *« C'est ce que l'on observe le plus fréquemment chez les patients de petite taille et ceux dont l'anatomie est altérée »*, souligne le chirurgien londonien qui ajoute : *« Plus significatif encore, le remplacement de prothèses de hanche par un modèle métal-métal à* "grosse tête" *a conduit à une série de problèmes nouveaux que nous n'avons pas su anticiper. »* L'accent a donc été porté vers un tout nouveau domaine de recherche portant sur le cône morse et la compréhension des jonctions modulaires et des tiges ainsi que leur impact possible sur la réussite ou l'échec d'une arthroplastie de la hanche. À la lueur des aléas rencontrés, passés et récents, le Pr Haddad met en garde : *« L'évolution des prothèses métal-métal lors des quinze dernières années a montré l'importance d'avoir une approche structurée et rationnelle lors de l'introduction de nouveaux implants. Nous ne devons pas tomber dans le piège d'accepter des changements mineurs sans évaluation préclinique et clinique appropriée et systématique. Il faut également surveiller l'ensemble de nos interventions dans les cohortes et les registres. »*

RENDEZ-VOUS

9H30-10H00

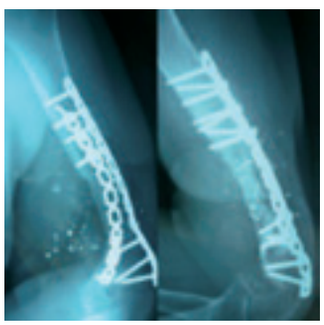
AMPHI BORDEAUX, NIVEAU 3

TABLE RONDE

Technique de la membrane induite, du patient au laboratoire

La technique de la membrane induite permet de combler des défects osseux importants, en épargnant une greffe microvascularisée au patient. Dans quel contexte peut-elle être pratiquée ? Par qui et à quelles conditions ? Autant de questions qui seront abordées au cours de cette table ronde.

Avec cette technique mise au point par Alain-Charles Masquelet, il est possible de procéder à des reconstructions osseuses supérieures à 5 cm.
L'idée est simple : une entretoise en ciment remplace la portion d'os détruite. Fixée aux deux extrémités sur les segments osseux sains, elle va peu à peu être recouverte d'une membrane à corps étranger, sorte de « néo périoste » qui adhère aux extrémités des os.
Le patient est réopéré deux à trois mois plus tard pour retirer l'entretoise et remplir la chambre induite d'os spongieux. *« Cette invention française permet de fabriquer autant d'os que l'on veut »*, rapporte Laurent Obert qui dirige la table ronde.
La technique peut être pratiquée aussi bien en urgence qu'en cas de cancer ou de toute autre cause. *« Nous disposons d'une solution simple et facilement transmissible pour résoudre des situations complexes »*, souligne Laurent Obert qui se trouve régulièrement confronté au CHU de Besançon à des traumatismes osseux occasionnés par des travaux en scierie.



« Nous disposons d'une solution simple et facilement transmissible pour résoudre des situations complexes. »

Symboliquement, le patient devient lui-même l'entretoise d'un savoir chirurgical validé ultérieurement, une fois n'est pas coutume, par la science.
Des travaux en cours montrent que la membrane induite pourrait peut-être directement donner de l'os.
Reste maintenant à en assurer une large diffusion dans les publications scientifiques. *« Nous allons compiler les articles déjà publiés pour réaliser un document en français et en anglais, agrémenté de cas cliniques »*, annonce L. Obert. Pour tout savoir de cette membrane que certains orthopédistes n'hésitent pas à qualifier de magique, ne manquez pas cette table ronde qui laisse entrevoir l'avenir de la médecine régénérative

RENDEZ-VOUS
8H30-9H30
AMPHI BORDEAUX, NIVEAU 3

FORUM SICOT

Les facteurs de croissances encore méconnus

Si l'usage des facteurs de croissance dans la prise en charge des problèmes de consolidation osseuse remonte à une vingtaine d'années, leur commercialisation est récente. Une mise au point sur leurs modalités d'utilisation s'imposait. Le Forum SICOT répond aux interrogations des orthopédistes.

L'utilisation des facteurs de croissance dans la stimulation de la consolidation osseuse offre une formidable avancée technique, mais n'est pas pour autant une baguette magique. *« C'est parfois ce que pensent les orthopédistes »*, relève Philippe Hernigou qui pilote le Forum. L'outil, testé scientifiquement, reste encore assez mal connu des chirurgiens qui ne maîtrisent pas forcément sa mise en œuvre. *« Mal utilisée, la technique peut mener à un échec »*, indique P. Hernigou. Les avantages, inconvénients mais aussi les indications de cette option thérapeutique demandent à être rappelés. C'est tout l'intérêt de ce Forum qui rassemble des intervenants de divers horizons. Maurice Hinsenkamp, président du SICOT, exerçant à Bruxelles, sera présent aux côtés de Laurent Obert (Besançon), Charles-Henri Flouzat-Lachaniette (Créteil) et de Marko Pecina qui enseigne et pratique à Zagreb. Utilisateurs aguerris des facteurs de croissance, ils s'arrêteront notamment sur les indications de non-consolidation osseuse, dans le cadre de fracture de jambe par exemple ou encore sur la place de ces facteurs de croissance dans les pathologies du rachis. Ce forum va également permettre de discerner les applications futures de ces techniques

RENDEZ-VOUS
10H30-12H00
AMPHI BORDEAUX, NIVEAU 3

JOURNÉE DE SPÉCIALITÉ

CAOS, avant l'heure…

La pose naviguée de prothèses du genou marque le pas ; la recherche sur la chirurgie orthopédique assistée par ordinateur, non. Si les industriels restent en position d'attente, une poignée de chirurgiens s'affairent au sein du CAOS à faire valider la plus value médico-économique du concept.

Les orthopédistes poussent leurs recherches, sans répit, en attendant que le ministre ouvre enfin les portes aux remboursements de la pose naviguée de prothèse. L'argent reste comme toujours le nerf de la guerre. *« Faute de la prise en charge du surcoût lié à ces techniques, les chirurgiens les ont abandonnées, certains estimant en outre qu'elles pouvaient allonger l'intervention, malgré la sécurité de positionnement de la prothèse apportée par la navigation »*, déplore le Pr Stéphane Plaweski, président du CAOS.

SYMPOSIUM Première révision des prothèses totales de hanche : on croyait tout savoir...

Quel est le profil des patients subissant une première reprise de prothèse totale de hanche ? Parce qu'il n'existe toujours pas de registre national, la SOFCOT et la Société française de la hanche et du genou ont lancé une étude prospective en 2009, objet du symposium *« Epidémiologie des révisions des prothèses totales primaires de la hanche en France »*. Les résultats réservent quelques surprises.



Une quarantaine de centres ont répondu favorablement à l'appel d'offres lancé conjointement par la SOFCOT et la SFHG pour participer à cette étude.
Pilotée par Moussa Hamadouche (CHU Cochin, Paris) et Christian Delaunay (Clinique de l'Yvette, Longjumeau), le recensement qui a démarré en janvier 2010 inclut finalement 30 centres, sur toute la France : 24 CHU, 2 PSPH et 4 Privés. *« Une dizaine d'établissements candidats ont rapidement estimé qu'ils ne disposeraient pas des ressources nécessaires pour suivre ce projet pendant deux ans et demi »*, précise C. Delaunay, encore président de la SFHG au lancement de l'enquête.
Chaque centre a ensuite renseigné de manière exhaustive tous les cas traités, à l'aide d'une fiche comportant pas moins de 93 items. Les résultats, d'un seul point de vue statistique, sont éloquents : plus de 90 % des items ont fait l'objet d'une information et 2 107 fiches se sont, à l'arrivée, révélées exploitables après validation par le département de statistiques médicales du CHRU de Lille, début 2012. *« C'est très au-delà de l'objectif minimal de 1 000 fiches que nous nous étions fixés. Cela donne de la valeur ajoutée aux statistiques »*, se félicite C. Delaunay.
Ce travail a permis ensuite de classer les grandes causes de première révision de PTH, avec quelques surprises à la clef.
Si le descellement aseptique des PTH occupe le haut du tableau, confirmant en cela ce que tout le monde pressentait, la hiérarchie des autres causes bouscule certaines croyances. Pour seul exemple, la révision pour luxation des prothèses n'est pas aussi fréquente en France qu'on pouvait l'imaginer, au regard des données des registres existant dans d'autres pays.
Cette étude inédite présente deux autres intérêts. D'une part, elle dresse une cartographie des profils types de patients et d'implants révisés, selon les causes, ce qui constitue une ressource de choix en l'absence de registre national.
D'autre part, elle propose une approche très pragmatique de la problématique, permettant ainsi de mieux identifier les complications possibles par patient.
Pour le plus grand profit de ces derniers et des chirurgiens

RENDEZ-VOUS
16H30-17H30
GRAND AMPHI, NIVEAU 1/2



L'exemple du robot Da Vinci, en urologie, redonne confiance aux membres du CAOS : *« Les urologues ont réussi à montrer la valeur ajoutée d'un geste chirurgical pour le patient ».*

Du côté des fabricants, on ne se pousse pas du coude. Si Jeanne d'Arc ne se posait pas autant de question pour monter au front, stimulant les esprits en clamant *« Mieux vaut trop tôt que trop tard »*, les industriels, plus pragmatiques, préfèrent se tenir en retrait, peu enclins à investir dans un marché sans réelle visibilité. *« On sent bien de leur part une certaine frilosité. Il n'y a pas de nouveau produit informatique ou technique prévus »*, constate S. Plaweski. Comme lui, une poignée d'orthopédistes français s'accrochent. Ils seraient moins de 5 % en France à naviguer leur prothèse du genou. Mais des signes d'espoir leur font garder la foi intacte. Tous attendent l'arrivée prochaine d'un centre de référence des gestes chirurgicaux assistés par ordinateur, toutes spécialités confondues. Et l'exemple du robot Da Vinci, en urologie, leur redonne confiance. *« Des urologues ont réussi à montrer la valeur ajoutée d'un geste robotisé pour le patient »*, souligne le président du CAOS. L'effort doit aujourd'hui porter sur les travaux de recherche chirurgicale et leur publication. *« Il nous faut publier pour démonter l'incidence de l'amélioration du système navigué »*, confirme S. Plaweski, même si cela nécessite la lourde mise en route de protocoles de recherche. Des STIC apportent une aide, comme l'étude sur la chirurgie assistée du ligament croisé antérieur du genou. Et, en attendant que la navigation passe en routine – *« Cela arrivera »*, ne désarme pas S. Plaweski –, les pionniers de la CAO en orthopédie se consolent en rappelant que la technique est aussi un outil pédagogique de premier ordre

RENDEZ-VOUS
8H30-16H00
SALLE 351, NIVEAU 3

OTSR-RCOT : objectifs atteints, la mobilisation continue

Dr Charles MSIKA, Rédacteur OTSR - **Dr Philippe BEAUFILS,** Rédacteur en chef OTSR
Pr Bernard AUGEREAU, Président de l'APCORT - **Pr Philippe MERLOZ,** Trésorier de l'APCORT

Au terme de sa troisième année d'existence, *Orthopaedics Traumatology, Surgery and Research*, version internationale en ligne de la RCO - doyenne des revues de notre spécialité - est à deux doigts d'avoir rempli avec deux ans d'avance ses objectifs.

La notoriété d'*Orthopaedics Traumatology, Surgery and Research* à l'international est en constant progrès. Les soumissions augmentent annuellement de 24 %, ce qui n'empêche pas le maintien à un excellent niveau du taux de sélectivité. Le taux de rejet actuel étant de 65 %. Quinze pour cent des articles soumis le sont en anglais et le continent asiatique, comme pour d'autres revues internationales de renom, est à l'origine d'une proposition d'article sur quatre.

UNE REVUE FÉDÉRATRICE POUR NOTRE SOCIÉTÉ

Avec près d'un millier de pages publiées, en version anglaise et française, OTSR-RCOT est l'organe d'expression des composantes de la SOFCOT. Les sociétés partenaires en sont directement bénéficiaires. Parmi elles, la Société d'orthopédie de l'Ouest (SOO) et la Société française d'arthroscopie (SFA) ont chacune à leur actif un numéro complet. Les Sociétés associées disposent d'un numéro supplémentaire. Avec les conférences d'enseignement regroupées désormais dans un numéro supplémentaire, la SOFCOT bénéficie en direct de la tribune internationale que constitue *Orthopaedics Traumatology, Surgery and Research*.

DES MESURES DE NOTORIÉTÉ ET D'AUDIENCE

Il est utile de disposer d'outils pour mesurer le niveau de présence d'une revue sur la scène internationale, hautement compétitive, des publications. L'impact factor sans être le « podium olympique » absolu de référence demeure un peu, malgré certaines faiblesses de paramétrage, l'étalon or. Il s'agit d'une mesure conventionnelle. Il y a aussi d'autres scores, de logique bibliométrique ou de classement académique quelque peu distincts, tels que le Sigaps et le H index. 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.
Cette jauge est en fait « manipulable » avec l'expérience. *Orthopaedics Traumatology, Surgery and Research*, jeune revue « innocente », a obtenu un *impact factor* vierge de toute manipulation, ce qui lui donne encore plus de poids et de véracité. Le dernier en date, paru en juin 2012, s'élève à 0,943 ce qui représente une augmentation de 81 % par rapport à son précédent chiffrage, un an plus tôt. L'ambition affichée d'OSTR d'avoir un impact factor de 1 au terme de cinq ans d'existence est donc presque atteinte !

AUTRES OUTILS DE NAVIGATION

D'autres outils permettent également de se faire une idée de l'évolution du lectorat d'une revue. Ainsi, la surveillance des téléchargements indique une croissance de plus de quarante pour cent par an, et ce malgré le passage d'un accès gratuit (open access) à un accès payant possible par article. Plus des deux tiers de cette croissance des téléchargements proviennent des Etats-Unis et de l'Asie. Il convient également de noter qu'en matière de contenu les articles de mise au point que vont venir renforcer les conférences d'enseignements sont les plus consultés.

MOBILISER TOUTES LES ÉNERGIES

Les instances universitaires comprennent l'intérêt d'un soutien inconditionnel d'OTSR auprès des générations montantes, mais la chirurgie orthopédique a un poids limité, par rapport aux autres disciplines. D'autre part, dans la perspective d'un CV académique, le prestige de certaines revues anglo-saxonnes les rend parfois prioritaires, la soumission à OTSR devenant alors un choix de second rang. Il est cependant logique que les universités poursuivent une politique encourageant la publication d'articles issus de thèses par les chefs de clinique ou praticiens universitaires dans OTSR. Les sociétés associées comprennent tout aussi bien les avantages d'une publication dans la revue, susceptible d'être enrichie d'une iconographie multimédia accessible, au travers du site Elsevier EM Premium, par des liens intégrés dans l'article.

DÉFENSE DE L'ORTHOPÉDIE FRANCOPHONE

Le débat qui agite périodiquement le comité de rédaction d'OTSR est de savoir si l'internationalisation de la revue ne finit pas par être antagoniste de la volonté de demeurer le média scientifique privilégié de la communauté orthopédique francophone.
L'expérience des dernières années semble en fait démontrer que la seule façon de défendre la francophonie, c'est de publier le plus grand nombre de travaux de haut niveau, d'origine francophone… en langue anglaise.
Ce qui paraît presque une boutade cache en fait un énorme travail, de sélection, de remise en conformité, d'analyse critique et de remise à niveau, de « naturalisation » des articles dans lequel s'impliquent quotidiennement les reviewers, et tous les membres d'un comité de rédaction qui n'ont jamais démérité.
Cette mutation linguistique d'abord, culturelle ensuite est un chantier en perpétuel remaniement dont la communauté chirurgicale orthopédique française commence à récolter les fruits. Cette dernière doit continuer de mobiliser toutes les bonnes volontés pour garder ce cap. OTSR-RCOT confirme donc, en avance, le succès qui lui semblait promis. Restons mobilisés pour transformer l'essai !





Pour en savoir plus sur le niveau supplémentaire de protection, visitez le site www.gammexpfamt.com

Ansell PROTECTED

Le gant GAMMEX® Powder-Free gloves with AMT Antimicrobial Technology contient du latex de caoutchouc naturel susceptible de provoquer des réactions allergiques. Il n'est pas prouvé que ce produit protège des infections transmissibles par voie sanguine en cas de lésion cutanée (éraflure, coupure, perforation). Brevet australien n°703926 et brevet néo-zélandais n°556353. Brevets australiens et internationaux en instance. Ansell et le nom des produits suivis des symboles ® et ™ sont des marques déposées d'Ansell Limited ou de ses filiales. © 2012 Ansell Limited. Tous droits réservés.

Medical Solutions

Ansell

COMMUNICATION

Refonte du site Web : une opération délicate

Drs Charles MSIKA et Antoine POICHOTTE

La SOFCOT a consacré de nombreuses réunions de travail à ce qui s'impose depuis quelque temps comme une échéance inévitable : le « ravalement » de son site internet.

La révolution numérique n'étant pas prête de s'arrêter dans notre usage quotidien de la technologie de l'information, le site Internet d'une institution, à vocation éducative, comme la SOFCOT, se trouve contraint d'évoluer. Certes le site web actuel lors de sa mise en place s'était avéré rapidement un succès par certaines de ses composantes (recherche bibliographique, information du public, rappel aux Membres de calendriers soit d'obligations réglementaires soit de réunions…), mais à l'usage d'autres besoins se sont fait sentir. Le site a d'abord cherché à constituer une « vitrine de présentation », pour ensuite se positionner comme un « moteur ou un assistant de recherche » au sein d'une base de données archivées, et enfin devenir une plateforme d'interaction entre les Membres ou de routage vers des ressources éducatives de plus en plus étendues.

Une société savante comme la SOFCOT en devenant professionnelle doit pouvoir mettre à la disposition de son auditoire aussi bien une bibliothèque (historiquement la première des offres de notre Société…), une cinémathèque pour les films de technique, une vidéothèque pour les présentations power point ou les animations, en attendant des formes plus élaborées d'aide individuelle au développement de l'habileté décisionnelle et manuelle (ateliers techniques en réalité virtuelle…).

PARTICIPATION DES SOCIÉTÉS PARTENAIRES

Les sociétés partenaires ou filles de la SOFCOT ou les composantes constitutives de la SOFCOT, qu'il s'agisse du Collège ou d'Orthorisq, ont chacune individuellement des besoins spécifiques de site Internet, ce qui a donné lieu à des développements dans de multiples directions. Du fait que de tels développements font appel à des contributions bien souvent bénévoles des Membres, il est affligeant de ne pas voir mutualiser ces bonnes volontés. À titre de comparaison, le site de l'AAOS qui offre aux Membres de cette société de multiples services est staffé par dix salariés permanents, eux-mêmes dirigés par un ingénieur de services informatiques. Nous sommes, bien entendu, loin d'une telle « force de frappe », mais avec un peu d'organisation et de synergie de la part de nos sociétés affiliées nous gardons espoir d'aboutir à un site web qui satisfera le plus grand nombre.

DES CHOIX DE GESTION

Dans l'offre de services que la SOFCOT souhaite présenter à ses Membres, il est délicat de définir une philosophie de gestion. L'option la plus ambitieuse, bien qu'utopique, serait d'héberger au sein du site toutes les ressources éducatives disponibles. Cela voudrait dire qu'en amont le matériel, qu'il soit rédactionnel ou multimédia, ait été produit par la SOFCOT.

C'est en théorie possible mais en pratique, et malgré l'existence au Congrès d'un Prix de la meilleure vidéo chirurgicale, très peu de leaders de la SOFCOT ont perpétué la tradition de faire filmer la (ou les) technique(s) dans la(les)quelle(s) ils excellent. L'option alternative est de s'adresser à des prestataires extérieurs (société de vidéo production, d'évènementiels d'e-learning…), et de ne faire du site qu'un carrefour de routage vers ces liens extérieurs. Cette dernière alternative a un double inconvénient : tout d'abord son coût, soit directement pour les Membres soit indirectement pour la SOFCOT, qui peut s'avérer faramineux ; ensuite et c'est là la problématique la plus préoccupante, le contrôle éditorial de la SOFCOT du contenu ou encore du formatage de la ressource éducative risque de se trouver dilué voire, pire perdu.

Il s'agit là d'un compromis qui n'est pas sans poser des difficultés éthiques dans une perspective d'éventuels conflits d'intérêts.

LE CHIRURGIEN UTILISATEUR FINAL

Sans oublier l'aspect annexe qu'est le référencement universel de la SOFCOT auprès du grand public, dans un espace d'accès libre prévu à cet effet, le site doit également aspirer à être un outil multitâche de formation professionnelle ou de recherche pour tout chirurgien orthopédiste.

Si c'est le professionnel francophone qui est l'objectif prioritaire d'audience du site, toute la communauté chirurgicale internationale sera, par la suite, susceptible de s'intéresser à la scène scientifique orthopédique française à travers un site bien conçu.

À cet effet, le site se doit d'être accessible et « lisible » dans tous ses « recoins », quel que soit le terminal de l'utilisateur (ordinateur, Smartphone…). Ce qui implique d'être particulièrement vigilant au format numérique adopté.

Le site nécessitera d'être intuitif dans sa navigation, facile d'exploration et suffisamment exhaustif pour devenir le site de référence de toute la profession. Si les grandes lignes de la refonte du site Internet de la SOFCOT sont bien comprises, il faut parvenir, éventuellement au terme d'une concertation avec les différentes composantes de la SOFCOT, à la réalisation d'un site consensuel unique pour toute la profession

BEST OF DE LA SOO

Tous les trois ans, la Société d'orthopédie de l'Ouest (SOO) propose dans le cadre du congrès de la SOFCOT dont elle est partenaire depuis 48 ans une sélection des meilleures tables rondes présentées lors de son propre congrès annuel.

Voici les 5 thèmes retenus cette année :

- **Traumatismes articulaires fermés récents des articulations inter-phalangiennes proximales (IPP)** - Michel Le Bourg (Rennes)
- **Concept de la plaque verrouillée** - Patrick Cronier (Angers)
- **Syndrome douloureux du compartiment interne du genou après 50 ans** - Frédéric Dubrana (Brest), François-Xavier Gunepin (Brest), Philippe Buisson (Brest), Gilles Marcillaud (La Roche/Yon) et Jean-Pierre N'Guyen Khanh (Olonne/Mer)
- **La prothèse d'épaule** - Luc Favard (Tours)
- **La prothèse de cheville** - Jean Brilhault (Tours)

RENDEZ-VOUS

10H30-12H00

SALLE 352, NIVEAU 3

À NOTER

LA 46E ÉDITION DU CONGRÈS DE LA SOO se tiendra les 20, 21 et 22 juin 2013, au Centre de Congrès « Le Vinci » à Tours, sous la Présidence de Gilles Faizon.

JOURNÉE DE SPÉCIALITÉ DE LA SOFOP

Complication grave non fautive, comment gérer la situation ?

Les complications graves non fautives conduisent d'un point de vue juridique à l'absence de responsabilité du chirurgien. L'erreur morale serait pour ce dernier de s'en tenir à cette décision, et tout particulièrement en orthopédie pédiatrique, alors que les parents se voient *de facto* refuser une indemnisation. Mais que faire exactement ? Pour la première fois, la SOFOP aborde ce délicat problème.





Outre la classique séance de communications particulières du matin et la non moins appréciée session de l'après-midi consacrée aux échecs, complications et événements porteurs de risque, la journée de la SOFOP innove en se confrontant à une réalité difficile : la complication grave non fautive. Claudia Romania, présidente de la SOFOP, a convié Marjorie Obadia, juriste à l'AP-HP, pour faire le point sur la place et le rôle que peut (doit) tenir le chirurgien en pareille circonstance.

En effet, lorsque la complication subie par l'enfant après une intervention n'est pas attribuable à une faute du chirurgien, la justice peut statuer sur une non-indemnisation des familles. Elle va considérer que, de toute façon, le jeune patient était condamné au handicap (paralysie, amputation, etc.), avec ou sans intervention.

À ses yeux, l'échec de cette dernière n'aura fait qu'accélérer un processus inéluctable. Reste que cette décision, en dédouanant le chirurgien, fait peser sur les familles une double-peine : celle du refus de l'indemnisation pouvant représenter des sommes de 3 à 10 millions d'euros. Elles permettent de financer le recours à vie d'une aide à domicile pour l'enfant handicapé. Aucun chirurgien ne peut rester indifférent au désarroi des familles qui peuvent se sentir totalement abandonnées, tant par la justice que par la médecine. *« C'est difficile moralement, d'autant que ce sont des dossiers dont le traitement juridique dure souvent des années. On ne cesse de se demander si nous avons bien agi d'un point de vue médical, si nous devions opérer l'enfant »*, explique J.-L. Jouve, secrétaire général de la SOFOP. Si le problème reste rare – un cas par an dans les grands centres – il n'en demeure pas moins terrible humainement parlant.

Les chirurgiens se trouvent souvent démunis face à ces situations de complication non fautive. Elles nécessitent pourtant un accompagnement spécifique des familles, pour leur annoncer la complication et ensuite les aider à trouver des aides financières. Mais comment faciliter cette présence du chirurgien aux côtés des parents et de l'enfant ? *« Nous devons revoir nos pratiques*, souligne J.-L. Jouve, *et sortir d'une dynamique paternaliste avec la famille. Il faut pour cela assurer auprès des parents, dans la perspective d'une intervention, une information exhaustive et collégiale avec le cancérologue, le chirurgien, etc. – afin d'expliquer ce que l'on va tenter, pourquoi et quels sont les risques potentiels pour l'enfant. »*

« Quand la complication non fautive apparaît, le chirurgien ne doit pas fuir le problème mais au contraire être celui qui défend la famille dans le cas d'un refus d'indemnisation, même si son geste est indirectement à l'origine de la complication », ajoute-t-il. Remettre en cause les pratiques pour les améliorer, c'est tout le but de cette conférence

« Quand la complication non fautive apparaît, le chirurgien ne doit pas fuir le problème mais au contraire être celui qui défend la famille dans le cas d'un refus d'indemnisation, même si son geste est indirectement à l'origine de la complication. »

RENDEZ-VOUS

8H30-16H00

AMPHI HAVANE, NIVEAU 3

La publication scientifique : un enjeu méconnu de la présidentielle des Etats-Unis

Dr Charles MSIKA

Comme tout le monde semble le percevoir, à travers le combat de survie, difficile, quasi désespéré de la presse écrite (… papier) face à la déferlante numérique, la publication scientifique paraissait épargnée des avatars de cette guerre sans merci. Les Etats-Unis ne font pas exception.





Pour l'instant, ce sont les éditeurs qui contrôlent les « péages » à l'entrée de l'autoroute de l'information. Toutefois, contrairement à ce qui se passe sur l'autoroute réelle - pour laquelle chaque véhicule contribue individuellement lorsqu'il l'emprunte -, ces éditeurs ne réclament pas systématiquement et individuellement à tout lecteur un paiement compensatoire d'un « droit d'usage ». Mais ils se rémunèrent par la vente de « bouquets » de titres à des institutions ou des bibliothèques. Ce système, à l'équilibre budgétaire fragile, malgré ses imperfections semblait accepté de tous jusqu'à ce qu'une fronde de plusieurs milliers de chercheurs scientifiques ne vienne remettre en question ce qui pourrait ressembler à un monopole des éditeurs.

CRÉATION D'UNE VALEUR

Les éditeurs, assistés des comités de rédaction, sont les créateurs de valeur d'un article scientifique. Leur synergie donne à l'article sa crédibilité et sa visibilité. Dans une évolution de la médecine de plus en plus exigeante, fondée sur la preuve, le verdict des comités de rédaction (*Peer-Reviewing*) est indispensable à l'obtention d'un label d'article « digne d'être référencé ». Les comités de rédaction eux-mêmes doivent être des arbitres impartiaux et experts de la qualité des articles acceptés pour publication.

ALTERNATIVE DE L'*OPEN ACCESS*

L'accès libre de paiement, à l'inverse, ne s'embarrasse guère de structures rédactionnelles coûteuses. Ne disposant en général d'aucun revenu récurent, il se contente de mettre en ligne des articles de qualité variable. Il s'agit des journaux scientifiques se déclarant dépourvus de contraintes légales, financières et/ou techniques en dehors évidemment de la mise en ligne.

Ils peuvent être subventionnés par une institution universitaire, une société savante ou encore une agence gouvernementale. Il existe même un « annuaire des journaux en accès libre ».

PROPRIÉTÉ DU CONTENU SCIENTIFIQUE

Une étude financée par des fonds publics doit-elle être en libre accès à ce public ? Jusqu'à quel point le service rendu par les éditeurs de dissémination de l'information relative aux conclusions de l'étude peut-il exiger d'être payé ? C'est le NIH (*National Institute of Health*), poids lourd mondial - sinon quasi-monopole d'allocation de budgets de recherche -, qui a bousculé les certitudes qui prévalaient antérieurement. Le NIH, en tant que mécène d'un projet de recherche conduit à son terme, trouvait anormal que les résultats d'une recherche qu'il avait financée parfois en totalité ne soient disponibles, auprès d'autres chercheurs, qu'après rémunération d'un tiers (« éditeur ») n'ayant aucunement contribué à cette recherche.

DEUX PROJETS DE DÉCRETS ANTAGONISTES

Le Congrès américain, qui devait se prononcer sur le texte à adopter, a préféré remettre la décision après l'élection présidentielle. Le texte législatif connu sous le nom de « *Research Works Act* » ou « dispositions relatives à la publication des travaux de recherche » a été escamoté pour pouvoir être « travaillé » par les législateurs. Le projet de loi n'est donc pas jeté aux oubliettes… Il est mis selon la terminologie américaine en « jachère ».

OBJECTIFS CONTRADICTOIRES

Comme toujours, le législateur américains est à la recherche de la « formule magique » assurant le meilleur rapport contrôle réglementaire/liberté d'entreprendre, une espèce de « *check and balance* » qui, de notre côté de l'Atlantique, ressemble parfois à une tentative funambulesque au-dessus des chutes du Niagara. La législation en France avait elle-même fait l'objet d'un débat similaire lors de l'élaboration d'un décret intitulé « sécurité et liberté ». Ce type de construction législative réclame de telles précautions d'élaboration que la « grossesse » précédent « l'accouchement » de la disposition législative en question peut durer des mois, voire des années. Dans le cas qui nous intéresse, il s'agissait de trouver une formule protégeant l'exploitation des droits de propriété intellectuelle par les auteurs ou les promoteurs d'une percée scientifique, tout en restituant au public le produit de son investissement si la recherche ayant permis cette avancée avait été financée sur des fonds publics.

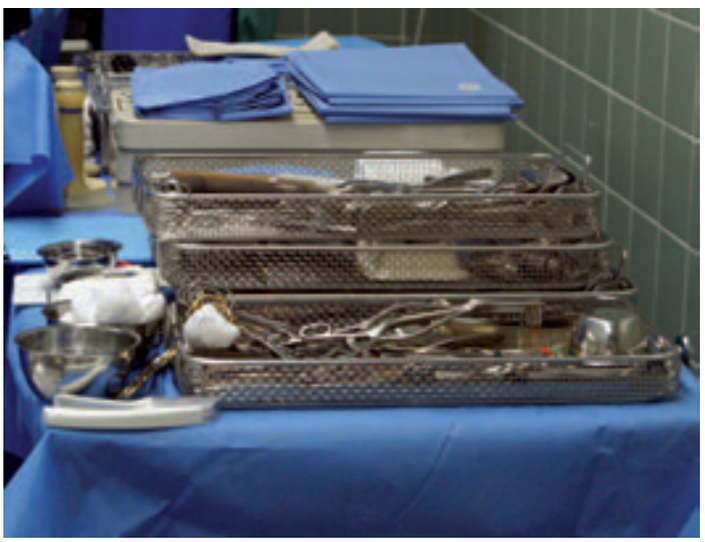
La difficulté de trouver le juste milieu entre ces nécessités contradictoires a fait que le processus d'élaboration est demeuré en « coma dépassé » ou sous « anesthésie » pendant une durée à présent supérieure à trois ans puisque l'introduction de l'ébauche de ce décret, au Congrès remonte à février 2009. Il est en effet impossible de faire plaisir à tout le monde.

La publication scientifique mondiale, au sein de laquelle les Etats-Unis font figure de « poids lourd », est demeurée sur le plan réglementaire « otage » des résultats de l'élection de novembre. Reste à savoir si, au terme des résultats que l'on connaît à présent, d'autres priorités plus urgentes ne viendront pas « escamoter » cette problématique ne concernant que le monde de l'académie et de la recherche



Le risque infectieux, où en est-on ?

Depuis sa création, Orthorisq mène un travail en profondeur sur le risque infectieux en orthopédie et traumatologie. Une table ronde fait le point sur les composantes et incidences de ce risque dans l'organisation des établissements et la pratique quotidienne des chirurgiens.



Orthorisq ne chôme pas, c'est le moins qu'on puisse dire. Depuis sa mise en œuvre en 2009, elle travaille sans relâche à circonscrire les risques infectieux au bloc opératoire. Les premiers travaux se sont focalisés sur la déclaration des événements porteurs de risque (EPR) et les dysfonctionnements de l'antibioprophylaxie.

L'association a ensuite contribué, aux côtés de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), à la rédaction de recommandations sur le risque infectieux en anesthésie. Ces réflexions ont par ailleurs fait l'objet de publications dans la Revue de chirurgie orthopédique (RCO).

Orthorisq s'est ensuite intéressée à la préparation cutanée, dans le cadre des EPR, avant de travailler sur le dépistage du staphylocoque. Une enquête a été réalisée, à cet effet, auprès des membres d'Orthorisq et de la SOFCOT, en lien avec la Direction générale de la santé. En 2012, un nouveau cap a été franchi. *« Après nous être concentrés sur le chirurgien et le patient, nous impliquons dans notre réflexion la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H)*, explique le Dr Henri Bonfait, directeur adjoint d'Orthorisq. Ensemble, *nous allons réactualiser les recommandations tout en leur faisant prendre conscience de la difficulté de leur mise en œuvre dans notre pratique ».*

Pour mettre en perspectives ces difficultés et leurs conséquences pratiques, la table ronde croise les points de vue des différents acteurs du risque infectieux :

- celui de Christian Delaunay, président de CLIN, sur le rôle des CLIN auprès des orthopédistes ;
- celui d'un directeur d'établissement avec Guillaume RICHALET (Clinique des Cèdres, Grenoble) qui évoquera son rôle dans la mise en place et le respect des recommandations de prévention du risque infectieux. Il analysera également la possible mise en jeu de la responsabilité d'un établissement et le rôle de ce dernier auprès des autres acteurs, au décours d'une complication infectieuse fautive ;
- celui d'un expert judiciaire, en la personne de Philippe Boisrenoult qui indiquera la place donnée au respect des recommandations nationales et de leur transposition dans les établissements, lors d'une demande d'indemnisation en rapport avec une complication infectieuse post-opératoire ;
- celui d'un assureur d'établissement, Richard Devidal (SHAM), interrogé sur son implication dans l'incitation à la mise en cause, par un établissement, de l'équipe chirurgicale en cas de non-respect des recommandations ;
- celui de l'usager, représenté par Claude Rambaud, présidente du Lien, sur le rôle pédagogique auprès du patient pour le prévenir de la possibilité d'une indemnisation sans faute.

Le sujet est d'importance pour tous les orthopédistes. Cette table ronde contribue à améliorer les pratiques en y intégrant mieux la prise en compte du risque infectieux et de ses conséquences, tant pour le patient, l'établissement que le chirurgien lui-même

RENDEZ-VOUS

11H00-12H15

GRAND AMPHI, NIVEAU 1/2

La SOFCOT invitée d'honneur de l'Académie américaine

Prs. Norbert PASSUTI, Remi KOHLER, Charles COURT et Dr Charles MSIKA

Puisque près d'une dizaine de nations l'avaient précédée sur ce podium, certains esprits chagrins pourraient penser qu'il en était grand temps : la France, au travers de la SOFCOT, vient effectivement d'être sélectionnée comme « Guest Nation » pour 2014 par l'*American Academy of Orthopaedic Surgeons*.

Clin d'œil à l'histoire : c'est en Louisiane, ex-territoire français, plus précisément à la Nouvelle-Orléans, que se déroulera en février 2014 cette rencontre historique entre ces deux institutions, toutes deux dédiées à l'éducation et la formation des chirurgiens orthopédistes avec parfois, il faut bien l'admettre, des moyens d'envergure différente.

UNE PROMOTION RÉCIPROQUE

Inauguré en 2005 par l'American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), le *« programme de la guest nation »* se déclare officiellement destiné à reconnaître la contribution à l'avancement de la discipline de chirurgiens orthopédistes de différentes régions du monde. Il permet également à l'AAOS de « remercier », en quelque sorte, la participation à son congrès annuel de cohortes de participants venant souvent en grand nombre du pays en question. Les chirurgiens français sont d'ailleurs, pour certains d'entre eux, régulièrement présents à cette réunion, sans doute la plus importante de notre spécialité. En retour, la nation invitée peut utiliser cette « exposition » quasi universelle pour promouvoir ses propres actions. La SOFCOT ne manquera d'ailleurs pas de tirer le meilleur parti d'une telle occasion.

AVANTAGES DE CETTE INVITATION

L'AAOS participe activement à la promotion de la nation invitée, soit en l'autorisant à des actions spécifiques, soit en lui offrant la vedette à des séances de forte audience. Sans vouloir établir une liste limitative des moyens mis à la disposition de la nation invitée par l'AAOS, on peut rappeler que les bannières de signalisation du Congrès de la Nouvelle Orléans feront référence à la France. Les posters y seront également bien accueillis. Par ailleurs, un stand SOFCOT sera ouvert à la Nouvelle Orléans permettant d'inviter à nos futurs Congrès une assistance de plus en plus internationale.

UN RENDEZ-VOUS IMPORTANT

Le Bureau de la SOFCOT ne s'y est pas trompé : cette invitation chaleureuse formulée par l'Académie Américaine représente pour notre Société une occasion précieuse de « promotion » qu'il convient de préparer avec soin.

Un comité de pilotage de cet événement a donc été formé à cet effet, qui inclut les Présidents de la SOFCOT et de l'Académie pour 2014, ainsi que son secrétaire général adjoint et le responsable de la cellule de communication Charles Msika. Il va s'atteler à faire de cette opération un outil de promotion de notre Société non seulement sur le plan international mais également, indirectement, sur la scène nationale. Les membres de ce comité sont d'ailleurs les signataires de cette petite note. Un petit film est en gestation et sera présenté à la Nouvelle-Orléans pour rappeler l'historique de notre Société et les liens étroits tissés au fil des décennies entre la France et les Etats-Unis. Gardez cette échéance en vue afin que la recherche française soit bien représentée. Que tout le monde se mobilise pour faire de cette rencontre un grand moment de l'orthopédie française tant sur le plan relationnel que scientifique.



LA SOFCOT À L'INTERNATIONAL

Tout comme - au terme d'un effort soutenu accompagné d'une forte dose de bénévolat de la part de son Comité de Rédaction - notre Revue Nationale a finalement obtenu, hors de nos frontières traditionnelles, l'audience et le référencement qui lui revenaient, notre Société et ultérieurement son Congrès disposeront, grâce à cette invitation Nord-Américaine d'une tribune internationale sans précédent. Il est important que la France soit représentée aussi bien en termes de participants que de communications.

L'enjeu de notre présence en Louisiane en 2014 demeure constant : c'est celui du rayonnement de la chirurgie orthopédique française sur la scène internationale dont toutes les générations sont susceptibles de bénéficier, y compris les plus jeunes

AVIS AUX ANNONCEURS



REJOIGNEZ EN 2013 LES COLONNES DU JOURNAL DE CONGRÈS DE LA SOFCOT.

Vous contribuerez ainsi à soutenir la diffusion de la chirurgie orthopédique et traumatologique française.

CONTACT : Ghislaine PATTE
Tél. : 01 43 22 47 54 - Mail : sofcot@sofcot.fr

Les médaillés d'honneur de la SOFCOT

La nouvelle cuvée des médaillés d'honneur de la SOFCOT s'avère comme toujours excellente !
Sept praticiens de grand talent ont été choisis pour recevoir cette distinction, en reconnaissance des services rendus à notre spécialité : chacun dans un domaine qui lui est propre a contribué à ses progrès.
Le Journal du Congrès leur donne la parole.

Pr Jean-Marie BOUYALA
Marseille



« Chirurgie du mouvement et de la relation, l'orthopédie est certes une spécialité passionnante, mais combien l'est-elle davantage quand elle s'adresse à l'enfant. En effet, avant tout, c'est lui qui donne son nom et sa définition à la spécialité : « Enfant droit ». *De plus, c'est son pouvoir de croissance qui lui confère toute sa personnalité, son originalité. En aucun cas l'enfant ne peut être considéré comme* « un petit adulte » *et traité comme tel, pas plus qu'on ne peut imaginer que* « la croissance saura bien tout arranger ». *Merci donc à l'enfant pour tout ce que nous apportent ses réactions, sa vitalité, sa richesse mais aussi sa gentillesse, sa gratitude, son attachement. »*

Pr Waguih ELSISSI
Ajman (Emirats Arabes Unis)



« Cette Médaille d'Honneur me donne l'occasion de rendre grâce à l'enseignement de mes inoubliables patrons qui m'ont formé à la chirurgie orthopédique et m'ont ainsi permis de soulager mes patients. »

Pr Marko PECINA
Zagreb (Croatie)



« Les thérapies régénératives et les méthodes d'ingénierie tissulaire font à présent partie de la réalité en chirurgie orthopédique. L'accumulation de connaissances au niveau cellulaire et moléculaire combinée à l'utilisation de cellules souches et de matrices structurales poussent les technologies acquises vers de nouvelles applications cliniques. La chirurgie orthopédique est un art scientifique devant conserver sa dimension humaine pour pouvoir satisfaire aussi bien le patient que son chirurgien. Si c'était à refaire, je referais le même choix : devenir un chirurgien orthopédiste… »

Dr Pierre LEBARBIER
Ramonville Saint-Agne



« Au cours de ma vie professionnelle, consacrée à la prise en charge du handicap moteur de l'enfant et de l'adulte jeune, j'ai appris que la chirurgie orthopédique ne devait pas se résumer à une correction morphologique mais être une chirurgie fonctionnelle. J'ai appris aussi que le résultat, si bon soit-t-il, n'est jamais à la hauteur de ce que le chirurgien aurait voulu pouvoir offrir à l'enfant et à sa famille. »

Pr Kazuo KANEKO
Shizuoka (Japon)



« La révélation de la chirurgie orthopédique m'est venue en tant que patient, épreuve grâce à laquelle j'ai découvert la puissance et la beauté de cette discipline. Maintenant, c'est à mon tour de me consacrer à la guérison de mes patients. Malgré les nombreux dilemmes, ma plus grande joie est de recevoir leur gratitude. Ma passion est également de former la nouvelle génération de chirurgiens orthopédiques. C'est dans ce but que je continuerai à intensifier les échanges franco-japonais par le biais de l'Association France Japon d'Orthopédie (AFJO). »

Pr Henri DORFMANN, *Paris*



« Lorsqu'en 1969, jeune chef de clinique, je découvre l'encore confidentielle arthroscopie, je ne mesure pas l'ampleur de son impact futur. Progressivement, plus tout à fait rhumatologue, mais pas chirurgien orthopédiste, c'est avec ce statut hybride que je participe au passage de l'arthroscopie diagnostique aux gestes thérapeutiques, des exérèses aux réparations, du genou aux autres articulations. Ma présence parmi vous est pour moi le stade ultime de la reconnaissance de l'intérêt de l'arthroscopie pour votre spécialité et nos patients ; cela n'a pas toujours été le cas… »

Pr Philippe FRAIN
Tourcoing



« Mon Maître, le Pr Merle d'Aubigné (PMA), à qui je demandais ce qu'il entendait par le mot « rigueur » qu'il imposait dans le Service, me répondait : « Frain, la rigueur pose tout simplement la question de la Vérité ». *La rigueur, caractérise en effet notre spécialité par les raisonnements intellectuels qui touchent à la géométrie, aux lois de la physique et de la mécanique, à l'anatomie, à la physiologie pour aboutir à l'indication chirurgicale la plus juste et à la réalisation pratique qui en découle pour nos patients. Rigueur également dans l'approche statistique des résultats. Rigueur aussi, dans le domaine de la Recherche en Orthopédie. Sa pensée qui a guidé beaucoup d'entre nous demeure toujours présente. »*

SOFCOT 2012
Le journal du Congrès

JOURNAL DU 87E CONGRÈS DE LA SOFCOT

Directeur de la publication : Jean-Pierre COURPIED
Comité éditorial : Dr Charles MSIKA, Dr Jean-Marie POSTEL
Coordination et rédaction : Pierre DERROUCH
Système graphique : C'TERRIBLE
Iconographie : DR, sxc.hu, wikipedia
Impression : Imprimerie RAS
www.sofcot.fr



International HIP Symposium 2013

6 - 8 Mars 2013

Paris

Pour toute inscription ou renseignements merci de contacter le représentant de votre secteur ou le service Marketing (emilie.engelmann@biomet.com)

BIOMET