

SOFCOT 2015



90^e CONGRÈS ANNUEL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE
ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

9-12 NOVEMBRE

Le Journal du Congrès



Guest
Nation
La Chine
à l'honneur

p.4

SÉANCE INAUGURALE

Oliver Revol :
Génération Y,
coordonnée à
son époque

Mardi 10 novembre
18^H00 à 19^H30
Amphithéâtre Bordeaux

p.6



INNOVATION
La réalité de
l'apprentissage
virtuel de
l'orthopédie

Mardi 10 novembre
8^H30 à 10^H
Salle Ternes Neuilly

p.10

ÉVALUATION

Registre
de prothèse
de hanche
bientôt
obligatoire ?

p.15



AGENDA

- Lundi 9 nov. p.02 à 05
- Mardi 10 nov. p.06 à 17
- Mercredi 11 nov. . . . p.18 à 21
- Jeudi 12 nov. p.22 à 32

► Big data, chirurgie assistée par ordinateur, apprentissage virtuel...

L'orthopédie numérique au plus près des patients



www.sofcot.fr

Défendre notre crédibilité scientifique actuelle et notre liberté future

Gilles WALCH, Président du CNP-SOFCOT

Chers Collègues, Cher Amis, Dear Guests,

Si vous êtes présents à ce 90^e congrès de la SOFCOT et si vous lisez cet édito, il y a de grandes chances pour que vous soyez concernés par le côté « scientifique » de notre profession. Mais de nos jours, on parle de plus en plus du côté « professionnel » et il est important de faire le point sur ces deux aspects indissociables de notre Société.

Le versant professionnel: c'est la gestion, l'administration, la défense, la reconnaissance de notre profession. Plusieurs structures y contribuent:

- le syndicat (SNCO) qui assure une véritable veille des éléments réglementaires (lois, décrets) qui peuvent impacter les conditions de nos exercices quel que soit notre statut (public, libéral),

- le collège (CFCOT) et le CNU qui prennent en charge la formation initiale des jeunes et la délivrance des diplômes permettant de pratiquer la chirurgie orthopédique,
- l'accréditation (Orthorisq) qui revêt de multiples facettes à la fois techniques et réglementaires qui imposent de perpétuelles adaptations

- le développement professionnel continu (ODPC-COT).

Vous aurez reconnu les principaux piliers du CNP-SOFCOT dont le rôle fédérateur est primordial, essentiel et indispensable.

Le versant scientifique est porté par l'académie (AOT), présidée cette année par Henry Coudane. L'académie est en charge de l'organisation de notre congrès

« Il faut absolument que cette tradition de publication scientifique et d'évaluation perdure et se développe encore. »

« Si nous voulons continuer à innover, si nous voulons continuer à choisir les prothèses ou le matériel que nous utilisons pour nos patients, c'est une évidence et une obligation: accepter de remplir et tenir à jour ces registres nationaux (...) Il y va de notre crédibilité scientifique actuelle et de notre liberté future. »

annuel, l'établissement du programme, la sélection des abstracts, des conférences d'enseignement, des tables rondes... C'est un énorme travail qui se déroule à flux tendu tout au long de l'année. C'est aussi l'académie qui détermine et coordonne avec les sociétés associées et partenaires les sujets de nos grands symposiums plusieurs années à l'avance. L'attribution des bourses de voyage ou de recherche est également sous sa responsabilité.

L'excellence de l'orthopédie française repose à la fois sur la qualité de l'organisation et l'évaluation de nos pratiques professionnelles mais aussi et surtout sur la production scientifique et l'innovation.

► PRODUIRE ET ÉVALUER

Qu'est-ce que la « production scientifique »? C'est avant tout l'évaluation de ce que nous faisons au quotidien, d'une nouvelle technique, d'un nouveau matériau, d'une nouvelle technologie ou d'un nouveau dessin de prothèse. Pour le bien et la sécurité de nos patients, pour pouvoir continuer à innover en France et être reconnu au niveau mondial (prothèses inversées, double mobilité, vis pédiculaires, etc.), il faut absolument que cette tradition de publication scientifique et d'évaluation perdure et se développe encore. Tenir et conforter notre place sur la scène internationale, c'est accepter de reconnaître la primogéniture de la langue anglaise qui est devenue la langue

scientifique internationale seul moyen de communication et d'échange. Si parmi nous, les jeunes se sont parfaitement adaptés, les autres générations doivent aussi accepter cette évidence et ne pas renoncer même si notre accent et notre mentalité font quelquefois sourire...

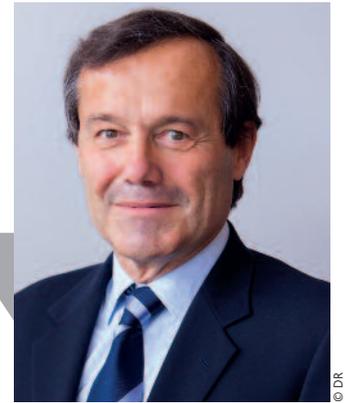
► ÉVALUER POUR INNOVER

Le deuxième handicap de notre société française est l'absence de registres nationaux qui nous empêche d'évaluer objectivement au niveau national ce que nous faisons tous les jours. Si nous voulons continuer à innover, si nous voulons continuer à choisir les prothèses ou le matériel que nous utilisons pour nos patients, c'est une évidence et une obligation: nous devons accepter de remplir et tenir à jour ces registres nationaux. Si d'autres personnes arrivent à connaître et à analyser avant nous les résultats des dispositifs que nous implantons, il en sera probablement fini de notre liberté de choix et d'innovation.

Il est urgent de trouver une solution même si au final cela risque d'être encore une nouvelle fois les chirurgiens qui vont devoir accepter une charge de travail supplémentaire.

Il y va de notre crédibilité scientifique actuelle et de notre liberté future...

Vous l'avez compris, ces deux versants scientifique et professionnels de notre CNP-SOFCOT sont aussi importants l'un



que l'autre. Même si on l'explique depuis maintenant deux ans, il n'est pas inutile ici de rappeler ce qu'est et à quoi sert votre CNP-SOFCOT: - il regroupe l'ensemble de la profession, union des sociétés savantes, du collège, de l'académie, du SNCO (ces 3 derniers piliers co-assurent la gestion d'Orthorisq), - il vous représente auprès de la Haute Autorité de Santé, des tutelles (DGOS, CEPS, UNCAM) sur des nombreux sujets: dispositifs médicaux implantables (prothèse double-mobilité), hospitalisation à domicile, (Charles Court), chirurgie ambulatoire (Christophe Hulet), données de santé (Antoine Poichotte), recommandations (chirurgie lombalgie chronique, prise en charge des fractures de l'extrémité supérieure du fémur, etc.), checklist de sortie des patients, etc.

► UNION ET FORMATION

C'est ainsi que les deux mots clé « UNION » et « FORMATION » qui ont conduit nos actions au cours de cette année ont été déclinés dans des actions pratiques: l'union c'est le plus petit dénominateur commun qui doit obligatoirement être le support de nos revendications quels que soient nos modes d'exercice; la formation c'est l'implication - voire la prise de pouvoir des plus jeunes - qui possèdent déjà les qualités scientifiques, informatiques et éthiques en ce début de troisième millénaire...

Au terme de cette année de présidence riche en rencontre, nous laissons une société savante avide d'espoir et de reconnaissance pour la prochaine présidence assurée par Philippe Hernigou et Jean-Michel Clavert. ▲

Union et formation

Henry COUDANE, Président 2015 de l'Académie d'Orthopédie Traumatologie (A.O.T.)



© DR

Soyez toutes et tous les bienvenus à ce 90^e Congrès de la SOFCOT!

Avec Gilles Walch, président du CNP-SOFCOT, nous avons placé cette 90^e édition sous l'égide de deux mots clés: l'UNION et la FORMATION.

Vous retrouverez dans un **programme très riche** les manifestations que vous connaissez déjà: tables rondes, symposiums, communications particulières, cercle Nicolas Andry etc. Toutefois, nous avons voulu, Gilles et moi, que les aspects « professionnels » prennent une part importante dans le déroulement de votre congrès: l'UNION c'est la cristallisation autour du dénominateur commun de notre spécialité, quelles que soient nos modalités d'exercice (libéral, public mixte) et nos particularités que nous soyons jeunes ou moins jeunes, hommes ou femmes, syndiqués ou non, hospitalo-universitaires ou hospitaliers, impliqués ou non dans la recherche fondamentale ou clinique...

Cette année, la **société invitée** est la COA (Chinese Orthopaedic Association) qui fédère plus de 100 000 chirurgiens orthopédistes! Nous accueillerons une délégation de 15 collègues chinois menés par le président de la COA, le Pr Wei Tian. Nous tenons, Gilles et moi, à remercier très sincèrement les sociétés partenaires et associées d'avoir intégré la participation scientifique de nos collègues chinois lors de ce 90^e congrès et aussi d'avoir assuré leur prise en charge. Pendant toute la durée du congrès, le Dr Yang Xu qui a validé son DFMSA d'orthopédie en France et termine son doctorat d'université, restera à votre disposition pour faciliter vos échanges avec nos amis chinois,

« L'UNION c'est la cristallisation autour du dénominateur commun de notre spécialité, quelles que soient nos modalités d'exercice (libéral, public mixte) et nos particularités que nous soyons jeunes ou moins jeunes, hommes ou femmes, syndiqués ou non, hospitalo-universitaire ou hospitalier, impliqués ou non dans la recherche fondamentale ou clinique... »

nonobstant vos connaissances linguistiques en mandarin...

Nous accueillerons lors de la **séance inaugurale** le Dr Olivier Revol, grand spécialiste des enfants précoces et des hyperactifs: il nous fera une conférence sur la génération « Y » que représentent maintenant nos internes, nos patients, nos enfants... Nous saurons (pour les plus âgés d'entre nous!) comment comprendre et décrypter leurs nouveaux codes...

Le « **repas de gala** » aura lieu au Faust dans un site magique, sous le pont Alexandre III, le mercredi 11 novembre à partir de 20 heures et prendra la forme d'une « get together party ». Là encore, nous avons voulu ouvrir aux plus jeunes l'accès à une manifestation très conviviale (dressing code free!) où le mixage des générations sera porteur d'avenir pour notre chère SOFCOT!

Vous noterez que la **journée des Ibodes** a été décalée au jeudi 12 novembre: l'actualité réglementaire récente impacte nos conditions d'exercice professionnel et nous souhaitons qu'en marge des aspects scientifiques de nombreux échanges puissent avoir lieu avec ces professionnels(les) qui sont désormais des collaborateurs(trices) à part entière et qui nous rendent toutes choses plus faciles...

Ce 90^e congrès est placé sous l'égide

de l'académie d'orthopédie et traumatologie (AOT): n'oubliez pas de vous y inscrire, il suffit de quelques clics sur le site de la SOFCOT. C'est d'une facilité déconcertante qui ne peut pas rebuter ceux qui restent réfractaires aux NTIC!

« La FORMATION c'est encore et toujours l'implication des plus jeunes d'entre nous »

Enfin, la FORMATION c'est encore et toujours l'implication des plus jeunes d'entre nous au sein de ce 90^e congrès: ils participeront à toutes les tables rondes et présenteront eux-mêmes les communications scientifiques auxquelles ils ont largement contribué. Nous remercions le CJO et son président Nicolas Reina d'avoir répondu positivement à notre proposition d'être des acteurs actifs dans l'organisation de ce congrès. Ne faut-il pas, en effet, que les plus âgés d'entre nous (les présidents du CNP-SOFCOT et de l'AOT en font partie!) effacent de leur mémoire la nostalgie d'un système (l'ancien internat des hôpitaux)? Il possédait ses rites, ses règles, sa hiérarchie très empreinte du mandarinat ou la parole du chef de service était parole d'évangile (et malheur à celle ou celui qui voulait la mettre en doute!). Le temps béni où nos revendications étaient toujours acceptées par l'administration sans procrastination aucune est révolu et ne reviendra plus. Des modifications

réglementaires et législatives, la notion d'impact financier et économique, les conditions éthiques de la prise en charge du patient ont bouleversé les notions de FORMATION.

Force est, pour les anciens d'hier, de constater que les jeunes orthopédistes actuels ont bien d'autres qualités de réflexion, et de libre arbitre que celles qui étaient les nôtres il y a une quarantaine d'années... Les nouvelles générations d'orthopédistes ont très vite appris que les relations avec les

patients n'étaient plus celles d'un dominant par rapport à un dominé et elles ont su adopter cette profonde relation de confiance, à la fois humaine et éthique, qui leur permet de prendre des décisions identiques aux nôtres, mais dans d'autres conditions, en faisant leurs « les manières propres à l'homme dans son irréductibilité de personne agissante... ». Les jeunes nous incitent à méditer l'aphorisme de René Char, « Vivre, c'est s'obstiner à oublier un souvenir ». Partageons avec eux un irrefragable confiance car ils représentent l'avenir de notre chère SOFCOT.

Encore merci à Norbert Passutti et à Rémi Kohler qui nous ont accompagnés Gilles Walch et moi pendant toute cette année. Que Philippe Hernigou et Jean-Michel Clavert qui vont nous succéder soient rassérénés: nous serons aussi à leurs côtés pour leur apporter un soutien indéfectible pour le 91^e congrès!

Et vive le 90^e congrès de notre société savante! ▲

EDITO

La SOFCOT change pour rester fidèle à elle-même

Philippe HERNIGOU, futur président de la SOFCOT

La chirurgie orthopédique change. Pour s'adapter aux nouvelles exigences de la profession, en particulier aux relations entre les chirurgiens orthopédistes et les tutelles (HAS, DGOS, UNCAM, CEPS, ANFM, CNEDIMTS), la SOFCOT s'est dotée d'une nouvelle organisation ou d'une nouvelle gouvernance, comme on le dit maintenant.

Sous le nom de CNP-SOFCOT, l'ancienne SOFCOT continue les mêmes missions, c'est-à-dire apporter aux patients la meilleure compétence des chirurgiens orthopédistes. Elle vise également à permettre aux chirurgiens orthopédistes de s'épanouir dans leur profession en conduisant au mieux celle-ci, tant sur le plan administratif et de la gestion que de la défense des professionnels par l'intermédiaire du syndicat (CNO) et de l'accréditation des chirurgiens (ORTHORISQ) et avec la possibilité pour chacun d'avoir

un développement professionnel continu (ODPC-COT).

Même si la société change, sa mission et celle des chirurgiens orthopédistes restent inchangées. Ils doivent apporter aux patients des informations claires, vraies, dans la mesure du possible rapides et complètes sur l'acte chirurgical qui devrait être effectué dans les « règles de l'art », art qui devient de plus en plus scientifique par l'intermédiaire des connaissances mais aussi par la révolution portée par le numérique. C'est ce côté attirant, mais aussi parfois inquiétant, du numérique qui fait son entrée non seulement dans les données de santé mais aussi dans le bloc opératoire, que nous essayerons de développer durant l'année à venir, Jean-Michel Clavert (qui présidera le congrès de la SOFCOT 2016) et moi-même (qui présiderai le CNP-SOFCOT durant l'année 2016).

Si une partie de l'acquis chirurgical repose sur l'expérience, la révolution apportée par le numérique va sans doute modifier l'exercice professionnel, ne serait-ce que l'apparition de ce que l'on appelle les "big data" mais aussi les registres qui permettront de mieux suivre les implants sur le long terme.

S'adapter à ces changements va devenir nécessaire pour la SOFCOT mais aussi pour ses différences composantes afin d'apporter aux patients sans doute plus de sécurité, plus de progrès mais aussi plus d'économie...

Si la SOFCOT doit changer, elle ne doit pas renoncer pour autant à ce qui a fait son identité et sa force. Au contraire, elle doit plus que jamais porter haut ses principes : l'excellence de l'orthopédie française et sa reconnaissance internationale ainsi que la qualité des innovations dans notre pays.



© DR

« C'est ce côté attirant, mais aussi parfois inquiétant, du numérique qui fait son entrée non seulement dans les données de santé mais aussi dans le bloc opératoire que nous essayerons de développer durant l'année à venir. »

Pour cela elle devra se libérer des préjugés, se méfier sans doute des attitudes figées, et garder son indépendance à l'égard de bien des pouvoirs...

GUEST NATION

La Chine à l'honneur

Invitée d'honneur du congrès, la Chine a largement ouvert ses frontières au monde depuis plus de 20 ans. De nombreux jeunes chirurgiens chinois voyagent et font des stages à l'étranger pour se former ou se perfectionner, notamment en France.

Si pour des raisons linguistiques, les Etats-Unis attirent les jeunes chirurgiens chinois en formation, la France n'est pas en reste. « Inviter la Chine est l'occasion de favoriser ces échanges et de développer au sein de toutes les spécialités des contacts qui nous espérons se poursuivront au-delà du congrès de novembre », explique Gilles Walch, président de la SOFCOT. Cette présence donne également l'opportunité de montrer à la

Chine le savoir-faire de l'orthopédie française. « Nous souhaitons les inciter à envoyer leurs étudiants et leurs élèves se former en France et leur permettre de découvrir la technologie ainsi que les inventions françaises », complète G. Walch. Favoriser les échanges avec les industriels français voire avec les organismes règlementaires fait également partie des enjeux de cette rencontre franco-chinoise au Palais des congrès.



中华医学会骨科学分会
Chinese Orthopaedic Association

Zoom sur l'orthopédie chinoise

Ils sont quelque 130 000 chirurgiens pratiquant l'orthopédie - traumatologie en Chine, soit 30 fois plus qu'en France. La Chinese Orthopaedic Association (COA), structure très pyramidale et hiérarchisée, est l'équivalent du conseil national professionnel SOFCOT. D'innombrables sociétés de spécialité ou de sous-spécialités se développent au sein de la COA. « Avec Henry Coudane, nous avons voulu profiter de l'occasion pour inviter non seulement les dirigeants de la COA mais aussi les présidents des sociétés associées et partenaires correspondant aux

notres », indique Gilles Walch. La COA organise chaque année un congrès réunissant 30 000 personnes avec de nombreux étrangers « qui affluent fascinés non seulement par la Chine mais aussi par l'ampleur du marché. Quelques jours après notre congrès, la COA rendra l'invitation et recevra 12 à 15 représentants du CNP SOFCOT pour son congrès annuel permettant ainsi à tous les présidents des sociétés partenaires françaises de découvrir à leur tour cet immense pays et développer des amitiés ou des contacts », complète G. Walch.

ORTHORISQ

No go ? Yes, we can

La table ronde « no go » proposée par Orthorisq durant sa demi-journée DPC fait le point sur les conditions d'interruption d'une procédure chirurgicale. Une situation pas toujours bien vécue par les praticiens.

Que faire quand, à l'issue de l'énoncé de la check-list au bloc opératoire, celle-ci apparaît non conforme ? Comment réagir si, par exemple, apparaissent des problèmes de stérilisation et de matériel ? « Dans l'aviation – très en avance sur la gestion des risques – la non-conformité d'une check-list se traduit par la suspension d'une procédure de décollage pour des raisons de sécurité. Cela est encore difficilement accepté en chirurgie », souligne Philippe Tracol, coordonnateur avec Éric Benfrech de ce rendez-vous. L'objectif de cette table ronde est « de décomplexer les collègues », indique P. Tracol qui ajoute : « N'ayez pas honte si les conditions ne sont pas réunies. Mieux vaut ne pas opérer plutôt que de s'exposer à des situations compliquées pour vous et dangereuses pour le patient. Il n'y a pas de déshonneur à ne pas réaliser l'intervention. C'est préférable à la difficulté de devoir annoncer des complications au patient à son réveil ».

« Il n'y a pas de déshonneur à ne pas réaliser l'intervention. C'est préférable à la difficulté de devoir annoncer des complications au patient à son réveil »

Seul ici est examiné en détail le véritable « no go », durant la phase après l'anesthésie et avant l'incision. L'interruption en cours d'opération relève d'une problématique différente. Elle fera l'objet d'un traitement ultérieur. La table ronde doit permettre d'identifier toutes les situations dans lesquelles se produisent des « no go ». Il s'agit principalement de la chirurgie ambulatoire, des réinterventions pour ablation de matériel et des reprises de prothèse. Ces deux dernières exigent beaucoup de matériel, pas forcément disponible en temps et en heure. « Méfiez-vous, insiste



© kerolic / Flickr

© NEC Corporation of America

Philippe Tracol, mieux vaut faire un « no go » que se trouver dans une situation à risques ». Et parce que de telles situations impliquent bien évidemment le patient, Claude Rambaud, présidente de l'association de patients Le Lien, vient exprimer le point de vue de ces derniers. Les associations de patients comprennent plutôt bien cette décision de « no go ». Ils préfèrent en effet se réveiller d'une anesthésie sans avoir été opérés, même si c'est désagréable, plutôt qu'avec des complications. L'information du patient sur la nécessité d'un « no go » est ainsi nécessaire pour éviter tout malentendu ultérieur. « Il s'agit d'un dysfonctionnement organisationnel qui doit être analysé et traité afin d'éviter que celui-ci ne se reproduise », rappelle Philippe Tracol.

Henry Coudane, en tant qu'expert judiciaire auprès de la Cour de cassation de Nancy, expose, de son côté, les risques médico-juridiques découlant de la poursuite d'une procédure chirurgicale en dépit de la non-conformité d'une check-list. Quant à la jurisprudence, encore peu nombreuse sur ces questions, elle est présentée par Maître Maroussia Galpérine, avocate au barreau de Paris. ▲



LUNDI 09 NOV.
9H30 - 10H45
GRAND AMPHITHÉÂTRE
NIVEAU 1/2



Journal du 90^e Congrès
de la SOFCOT

Directeur de la publication
Gilles WALCH

Comité éditorial
Charles MSIKA, Jean-Marie POSTEL

Coordination et rédaction
Pierre DERROUCH

Système graphique
Studio C.Terrible

Impression
Imprimerie Le Réverend

La SOFCOT remercie tous les exposants pour leur fidèle présence à son congrès, avec une mention particulière à Ortho-Iso, annonceur en p. 32.

La SOFCOT remercie aussi chaleureusement mesdames Ghislaine Patte, Éléonore Brackenbury, Myriam Rachdi et Natacha Gérard pour leur engagement dans la préparation et le bon déroulement de ce congrès.

► RÉALITÉS DES « NO GO »

LES PATIENTS FONT CONFIANCE

Une récente enquête réalisée à partir des déclarations d'EPR reçues (environ 250) révèle qu'un faible nombre de patients exposés à un « no go » a lancé ensuite une procédure judiciaire. Christophe Lecoq, expert Orthorisq, restitue l'analyse de ces déclarations lors de la table ronde.

DES PRATICIENS EXPOSÉS

La situation de « no go » est loin d'être rare. Chaque année, Orthorisq reçoit une centaine de déclarations d'un tel événement opératoire. Une étude menée auprès de 500 praticiens montre que 60 % d'entre eux ont déjà été amenés à interrompre une intervention, dont 35 % après anesthésie et 60-70 % en pré-anesthésie. En revanche, ils ne sont que 15 % à informer le patient du risque de « no go ». Toutefois, les organismes de gestion des risques contribuent à faire évoluer favorablement les cultures et mentalités, se félicite Philippe Tracol.

Génération Y, coordonnée à son époque

Entretien avec le Dr Olivier Revol, chef de service en neuropsychiatrie de l'enfant à l'hôpital neurologique Pierre Wertheimer de Lyon et directeur du Centre de référence des troubles d'apprentissage.

Qu'est-ce que la génération Y ? Quelles en sont les caractéristiques ? Par qui est-elle représentée ?

La génération Y concerne les personnes nées entre 1980 et 1995, qui ont entre 20 et 35 ans aujourd'hui. Ce sont nos enfants, nos patients mais aussi nos jeunes collaborateurs. Elle possède ses propres codes, différents de ceux de la génération précédente, celle des baby-boomers.

La génération Y est arrivée après la guerre froide. Elle a assisté à l'effondrement des idées politiques et grandit dans un climat d'insécurité sociale autant qu'affective, en prenant de plein fouet la crise économique.

A contrario, les baby-boomers ont grandi dans un monde avec une certaine assurance de garder un métier et un statut social tout en préservant la relation conjugale. Parallèlement, sont apparus internet, les réseaux sociaux et plus largement les outils numériques.

Quelles sont les conséquences de cet environnement socio-économique et technologique sur le comportement de cette génération ?

Ils vivent au jour le jour. Les attentats du 11 septembre marquent de ce point de vue un basculement. Les jeunes ont pris conscience que tout pouvait s'effondrer du jour au lendemain dans des pays dits forts. Ils se sont dit « *puisque la vie c'est ça, vivons dans l'immédiateté* ». Le tsunami de 2004 en Asie conforte cette attitude, tout comme plus récemment les attentats de Charlie Hebdo.

Internet qui permet un accès immédiat aux choses a permis à cette philosophie de vie de se développer.



« Nous avons une génération où ce sont les enfants qui apprennent des choses à leurs aînés. Nous sommes confrontés à un système de transmission qui n'est plus descendant mais transversal »

Qu'est-ce que cela change dans la relation avec les adultes référents, tant familiaux que professionnels ?

Pour la première fois, et sans doute la dernière, nous avons une génération où ce sont les enfants qui apprennent des choses à leurs aînés. Nous sommes confrontés à un système de transmission qui n'est plus descendant mais transversal. Cela a peu d'incidence en chirurgie où le métier s'apprend essentiellement par la pratique. En revanche, on ressent ce nouveau rapport au savoir dans les autres spécialités médicales. En neuropsychiatrie, par exemple, les internes peuvent vérifier si ce que dit le chef de service est juste et peuvent avoir accès aux informations récentes avant leurs assistants. Normal qu'ils se tournent plutôt vers leurs pairs que vers leurs « pères ».

La transmission des valeurs a changé, nous devons changer nous-

même, en faisant preuve d'une certaine humilité. La légitimité de l'adulte n'est plus innée, il faut la conquérir, tout en montrant aux membres de la génération Y notre capacité à connaître leurs codes. Pour cela, on fait partager davantage de choses pratiques.

Des attitudes peuvent être aussi mal comprises. Par exemple, un interne qui vient en cours avec des écouteurs ou qui n'aime pas les staffs et les réunions. Il faut expliquer aux aînés que ce sont des codes de fonctionnement et non du mépris ou de l'insolence.

Avec les patients, il faut aussi comprendre leurs codes, leur

« C'est une génération qui aussi besoin de beaucoup de reconnaissance, demandant sans cesse à être encouragée »

.....
contenter d'un « c'est pas bien » que l'on traduisait par « c'est bien ».

Quelle génération succède à la génération Y ?

Il s'agit de la génération Z qui débute en 1995. Ses représentants adoptent d'autres codes. Ils sont

DE QUELLE GÉNÉRATION ÊTES-VOUS ?



BABY BOOMERS
Nés entre
1945 et 1965
50 à 70 ans



GÉNÉRATION X
Nés entre
1965 et 1980
35 à 50 ans



GÉNÉRATION Y
Nés entre
1980 et 1995
20 à 35 ans



GÉNÉRATION Z
Nés après
1995
≤ 20 ans

mode de vie et leurs outils. Le curseur s'est déplacé. Des comportements qui pouvaient auparavant être jugés comme pathologique (tatouage, rapport à l'alcool, façon de parler aux parents) ne le sont plus. Dans mon activité, je passe mon temps à décontaminer la relation entre parents et enfants. La confiance permet de lever des malentendus.

Nous avons fabriqué des enfants-rois, avec la pilule permettant de choisir le moment de leur conception. On les a trop considérés comme des adultes. Du coup, ils continuent de nous traiter d'égal à égal. On leur a donné la parole très tôt, ils l'ont prise et ne l'ont pas rendue. Mais, cependant, il ne faut pas considérer cela comme un manque de respect de leur part. Parallèlement, c'est une génération qui a aussi besoin de beaucoup de reconnaissance, demandant sans cesse à être encouragée. Ce n'est pas comme nous qui devons nous

moins moroses car ils s'aperçoivent qu'il y a des opportunités de travail à l'international. Par ailleurs, leurs parents manient internet comme eux. Les sociologues considèrent cette génération comme moins égoïste et individualiste que la précédente. ▲

À LIRE



J'ai un ado... mais je me soigne
JC Lattès, 2010



100 idées pour accompagner les enfants à Haut Potentiel
Tom Pousse, 2015



MARDI 10 NOV.
18H00 - 19H30
AMPHI. BORDEAUX
NIVEAU 3

Tactiques éthiques

Pour sa neuvième cession, le Cercle Nicolas Andry vous propose d'explorer les différents chemins de la connaissance chirurgicale, avec une place importante aux questions d'éthique médicale.

En guise de mise en bouche, voici un aperçu des communications.

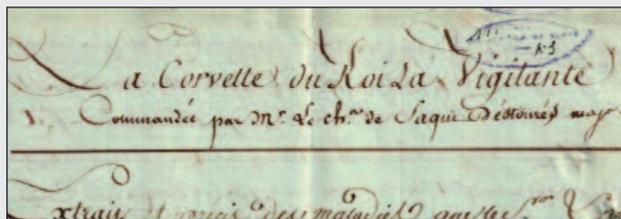
► **Rémi Kohler** qui s'est attaché à **l'histoire du traitement de la scoliose** décrit la manière dont les déformations du rachis ont été abordées des temps reculés jusqu'aux orientations actuelles acquises il y a 30 ans à peine. À travers cette histoire, on parcourt celle de l'orthopédie française, constatant à l'occasion que seuls deux siècles séparent Andry de Cotel et Dubouset.

Dans la première partie, outre les habituelles communications historiques, les collègues s'interrogent cette année sur nos problèmes quotidiens : comportements éthiques et philosophiques, émergence des facteurs sociaux de la décision de soin...

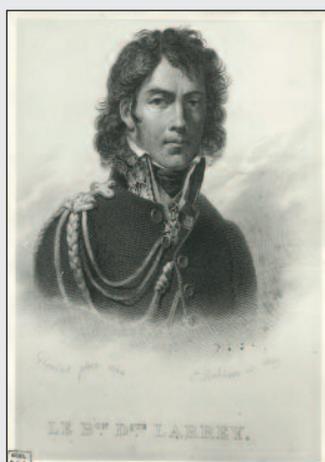
► **Pascal Gleyze** réfléchit sur des **solutions opérationnelles pour repenser la chirurgie de demain**, car dit-il, « nous sommes à une époque où l'exercice du soin doit être refondé. L'éducation des soignants (enseignement des arts du soin), comme celle des soignés (encyclopédie "miroir"), la redéfinition ontologique de la donnée médicale permettant une exploitation médicale valide des données massives de santé et le développement d'interfaces en ligne adaptées aux réalités de notre époque (espaces individuels et communautaires, télésanté) peuvent permettre la création d'une santé nouvelle. »

► **Alain Fabre** s'interroge sur **les facteurs de risques dits psychosociaux comme des éléments décisifs dans l'indication opératoire**. Béchir Ayoub et Marie-Anne Ratte se sont intéressés aux fondements de l'éthique chirurgicale :

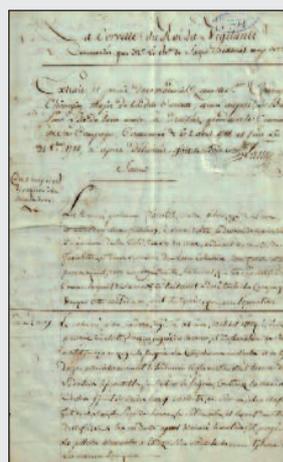
► Arrêtons-nous sur une communication historique celle de **Lucile Vaiss**. Cette jeune chirurgienne a soutenu sa **thèse en octobre dernier sur le Docteur Dominique Larrey** (Figure 1). Cet homme d'action et de sciences a été formé à Brest, il fut chirurgien militaire, chirurgien de la Garde impériale, et baron d'Empire sous Napoléon. L'Empereur dira de lui dans son testament : « C'est l'homme le plus vertueux que



j'ai connu, il a laissé dans mon esprit l'image d'un véritable homme de bien. » Lucile nous décrit son parcours. Elle a découvert et retranscrit son journal de bord lors de son voyage vers Terre-Neuve à bord de La Vigillante; un document jamais publié à ce jour (Figure 2).



▲ Figure 1



▲ Figure 2

« Apprendre la décision éthique, c'est d'abord et avant tout apprendre à penser par soi-même, et accepter la responsabilité que cela implique. On ne peut sans doute pas acquérir la décision éthique en tant que telle, mais il s'agit d'apprendre des méthodes de réflexion pour faire face à des situations d'urgence. Plus que d'apprendre une décision éthique, il s'agit de la comprendre et de l'accepter comme sienne. »

► **Frédéric Dubrana** prodigue des **conseils pour gérer une consultation avec un patient** dit difficile. Retenons sa conclusion : « Il vaut mieux gérer une rencontre difficile qu'une maladie difficile ! Cependant en dehors de notre bon sens, contrairement à d'autres professions,

nous n'avons dans ce domaine aucune formation. Aussi, ne provoquons pas les relations difficiles en étant anti-confraternels... réfléchissons à deux fois avant d'accuser l'autre de l'erreur initiale, de la faute primitive. Nous avons tous en tête un exemple ou la bêtise confraternelle a été assassine. Pour éviter cela, c'est simple, gardons comme principe de base de ne dire au patient que ce l'on écrit. Si nous pensons que notre confrère est responsable d'un mauvais résultat, écrivons-lui, mettons nos mots et nos allusions sur le papier, sinon abstenons-nous. »

► **Laurent Obert** décrit une **technique de raisonnement en trois dimensions pour éviter les erreurs en orthopédie** : « Nous

avons développé une technique de raisonnement par le QUOI, QUI et QUAND ? afin de réaliser un raisonnement en trois dimensions :
- QUOI, afin de définir chez chaque patient quel est le diagnostic et quels sont les outils pour le traiter ?
- QUI est le patient et QUI est le chirurgien qui le soigne ?
- Et enfin, paramètre trop souvent oublié, à quel moment est-ce le mieux d'opérer le patient, QUAND ?
Si l'urgence pose assez peu de problèmes, la prise en charge d'une intervention plus ou moins lourde chez un patient avec son lot de comorbidités ou de problèmes personnels doit pousser à ce type de planification... »

► Dans la deuxième partie **Alain Charles Masquelet** et **Dominique Le Nen** animeront une table ronde d'actualité en lien direct avec la SOFCOT « **éthique de l'indication opératoire** » (pouvoir, argent, morale, lien ou conflit d'intérêts). Cette table ronde illustre parfaitement l'idéal chirurgical défendu dès 1796 par Raphaël Bienvenu Sabatier, le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu : « Son éducation première devra être complète. Les langues anciennes lui seront familières, non seulement afin de pouvoir lire les ouvrages de médecine et de chirurgie qui sont composés dans ces langues, mais encore afin d'élever son âme par la méditation des écrits des philosophes et des poètes les plus illustres de l'antiquité. Avoir un esprit élevé et des sentiments nobles, c'est le seul moyen de n'être pas au-dessous de la profession honorable que le chirurgien veut exercer ; c'est le seul qui lui permet de jouir dans la société de la considération qui doit l'accompagner et de cette indépendance de caractère dont il ne doit jamais se départir. »¹

À tous, très bon Cercle Nicolas Andry.

Pr Frédéric Dubrana

¹ - R.B. Sabatier, De la Médecine opératoire, Paris, Béchét Jeune 1822, tome 1, pages 1, 2. In Lucile Vaiss, Thèse de médecine Brest, Dominique Larrey : Chirurgien de la Marine, 2015



MARDI 10 NOV.
8H00 - 12H30
AMPHI HAVANE - NIV. 3

Chirurgie percutanée de l'avant-pied, quand y recourir ?

Développée dans les années 80, la chirurgie percutanée de l'avant-pied connaît un essor croissant. Ses indications par rapport à la chirurgie conventionnelle doivent être précisées en comparant la balance bénéfice risque de chacune des techniques. La table ronde proposée par la SOFCOT, confiée à l'association française de la chirurgie du pied, fait le point.

Utilisée sous le contrôle d'un amplificateur de brillance, la chirurgie percutanée de l'avant-pied séduit de plus en plus d'orthopédistes. « On a assisté ces dernières années à une explosion de cette chirurgie dont les indications restent à préciser », souligne Bruno Ferré, directeur scientifique de la table ronde.

Cette séance vise à aider les participants à mieux apprécier les indications de la technique à partir des rares publications scientifiques existantes. Parmi les points de modulation à examiner figure le

profil de la courbe d'apprentissage qui reste important en dépit de l'apparente facilité du geste chirurgical. La pertinence et les limites de la chirurgie percutanée de l'avant-pied seront également étudiées. « Faute de savoir toujours expliquer les anomalies biomécaniques à l'origine des pathologies de l'avant-pied, leur traitement est très souvent symptomatique. Seule une meilleure compréhension de ces pathologies permettra de préciser objectivement la place de chaque méthode chirurgicale », rappelle B. Ferré. ▲



© Tobias Lindman / Flickr

MARDI 10 NOV.

8^H30 - 10^H00

SALLE 351 - NIVEAU 1

AVEC LA PARTICIPATION DE :



PSI, suivez le guide... ou pas !

Censés aider à mieux préparer une intervention chirurgicale et à en réduire les coûts, les PSI, autrement dit les *patients specific instrumentation* soit les guides patients personnalisés, apparaissent bien vertueux. Le sont-ils ? La table ronde organisée par la CAOS fait le point.

Ces guides personnalisés à usage unique sont réalisés à partir d'exams complémentaires (scanner et IRM), au plus près de l'anatomie du patient. Ils favorisent une préparation opératoire plus approfondie grâce à une réflexion et des calculs en amont sur la taille et l'angulation notamment. « Ces PSI permettent de mieux anticiper l'intervention et ses aléas », explique Roger Badet qui dirige la table ronde avec Stéphane Plaweski.

Est-ce pour autant un gage de meilleur positionnement de la prothèse ? « Non, pas forcément, souligne R. Badet, car l'interprétation des exams d'imagerie n'est pas toujours évidente. De plus, ces guides réalisés en plastique sont déformables. Nous n'obtenons donc pas toujours les résultats escomptés ». L'objet de cette table ronde est donc de préciser les indications des PSI, à partir de la lit-



© Diana Robinson / Flickr

térature et en présence des spécialistes de cette technique, en se focalisant sur le genou et l'épaule. Ce point est d'autant plus nécessaire que les industriels cherchent à mettre en place des produits de haute technicité

servant de vitrine. Ils ont notamment émis l'idée que les PSI pouvaient être intéressants en réduisant les kits opératoires et les ancillaires. « Mais, nuance R. Badet, le business model n'est pas encore bien défini. En outre, nous disposons

de systèmes classiques d'ancillaires performants et de la navigation chirurgicale qui améliore le positionnement prothétique. Selon les données de la littérature, cette précision est un gage de longévité de la prothèse. Or, les PSI n'étant pas aussi précis qu'annoncés, on s'expose à davantage de reprises ». Ce qui remet en cause l'argument médico-économique. En revanche, un avantage est déjà perçu, celui pour la formation des jeunes chirurgiens puisqu'ils les habituent à planifier plus finement une intervention. ▲

MARDI 10 NOV.

8^H00 - 9^H30

SALLE TERNES PARIS - NIV. 1



CJOrtho, l'assistant numérique de poche

L'application CJOrtho, lancée à l'occasion du congrès 2014 de la SOFCOT, continue à séduire les chirurgiens, notamment les plus jeunes. Panorama des fonctionnalités et intérêts de cet assistant numérique de poche.

Cette application mise au point par le Collège des jeunes orthopédistes (CJO) est destinée à remplacer le papier pour le calcul de score en consultation et uniformiser les classifications afin que les orthopédistes « parlent la même langue » lors des staffs. Elle dispose des principaux scores orthopédiques, français et internationaux (voir encadré), pour la chirurgie réglée des membres supérieurs et inférieurs, du rachis aux pieds en passant par la hanche. « Le logiciel intègre tout, il y a juste à cocher les cases », indique Matthieu Ollivier, vice-président du CJO et un des concepteurs de l'appli qui vise plutôt la jeune génération d'orthopédistes plus encline à utiliser ce type d'outil. Avec plus d'un millier de téléchargements depuis son lancement lors du congrès SOFCOT 2014, l'appli pensée pour les internes et les chefs de clinique assistants des hôpitaux (CCA) a trouvé son public. À l'issue

d'une première mise à jour, elle s'est enrichie des scores Dash (disabilities of arm, shoulder & hand) et KOOS (knee injury and osteoarthritis outcome measures) qui permet de recueillir le ressenti du patient. Concernant les classifications, elles sont toutes agrémentées de dessins originaux réalisés par une société privée. « Simples et informatifs, ils sont disponibles en open-source pour les membres de la SOFCOT », explique M. Ollivier qui ajoute : « L'outil peut également être utilisé dans le cadre de la formation ».

L'application comprend aussi un goniomètre analogique donnant la possibilité, à partir de photos réalisées avec le smartphone, d'obtenir des mesures d'angle. Avec l'accès aux imageries sur les PACS, cette fonctionnalité pourrait paraître obsolète. « Elle peut, néanmoins, rendre quelques services en présence de radiographies analo-

giques », indique M. Ollivier.

Quelle évolution attendre de cet outil ? L'équipe conceptrice envisage la mise en disposition de tablettes numériques en salle de consultation pour permettre au

personnel infirmier de renseigner les items des différents scores. Sachant que la procédure de calcul de score prend en moyenne 10 minutes, cette nouvelle organisation permettrait de rationaliser le temps médical. ▲

► Scores et classifications

SCORES

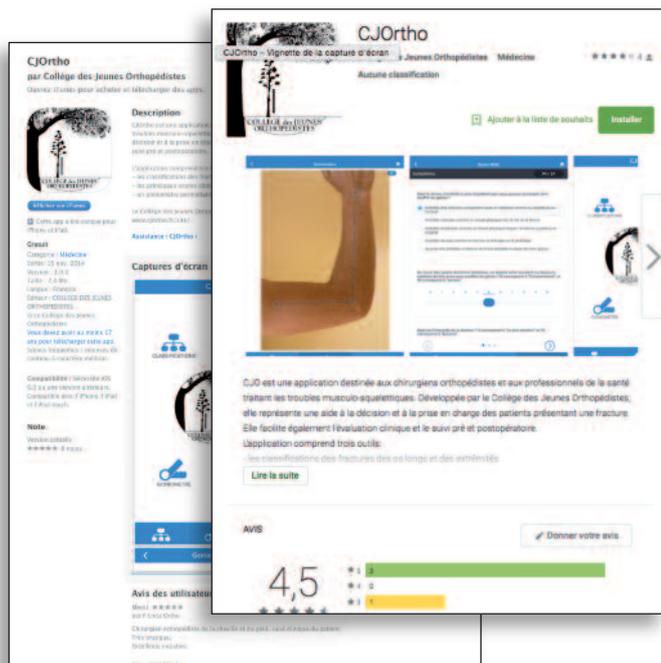
Épaule	Score de Constant et Murley, Quick DASH, ISIS
Poignet	Score PRWE
Hanche	Score de Harris, PMA Postel Merle d'Aubigné, Womac (Western Ontario and McMaster Arthritis Index), Oxford
Genou	Score subjectif de Koos, IKDC, IKS, Oxford
Cheville	Score Kitaoka
Pied	Score AOFAS

CLASSIFICATIONS

Épaule	Classification d'Ideberg, d'Allman-Neer et Rockwood modifiée, de Robinson, de Neer, de Rockwood modifiée Edinburgh
Coude (humérus distal)	Classification AO, Mehne et Matta, Mayo Clinic, de Mason, de Regan et Morrey, de Bryan et Morrey
Avant-bras et poignet (avant-bras)	Classification AO, de Frykman
Avant-bras et poignet (scaphoïde)	Classification d'Herbert, de Schernberg, des fractures du Premier MCP de Green et O'Brien
Bassin (anneau pelvien)	Classification de Tile/AO
Bassin (acetabulum)	Classification Judet-Letournel modifiée AO
Fémur (fracture luxation de hanche)	Classification Chiron, Pipkin
Fémur (acetabulum)	Classification Judet-Letournel
Fémur (fractures cervicale)	Classification de Garden, de Pauwels
Fémur (fractures trochantériennes)	Classification d'Evans, AO
Genou (fémur distal)	Classification AO, Chiron
Genou (plateau tibial)	Classification de Schatzker
Genou (patella)	Classification de la patella
Genou (épaule tibiale)	
Cheville et pied (pilon)	Classification de Ruedi et Allgower, AO-OTA, de Danis-weber
Cheville et pied (talus)	Classification de Hawkins
Cheville et pied (calcaneum)	Classification Duparc, Sanders
Cheville et pied (lisbranc)	Classification de Queanu et Kuss, de Hardcastle, de Myerson

EN PRATIQUE

L'appli CJOrtho est téléchargeable sur les stores d'Apple (pour les iPhones) et de Google (pour les smartphones sous Android).



La nécessaire réalité de l'apprentissage virtuel de l'orthopédie

Alors qu'aux États-Unis la communauté médicale fait de plus en plus confiance aux outils d'apprentissage virtuel de la chirurgie, en Europe et notamment en France le numérique dans la formation n'a pas encore gagné ses lettres de noblesse. La table ronde « *Place de la chirurgie virtuelle sur ordinateur dans la formation des chirurgiens orthopédistes* » organisée par le CJO fait le point sur l'intérêt de ces nouveaux outils.

Les Anglo-Saxons ont amorcé la révolution culturelle numérique dans le domaine médico-chirurgical. Ils ont de plus en plus recours à des procédés de réalité augmentée pour se former. C'est par exemple le cas de lunettes mises au point par Samsung permettant de « fabriquer » un patient. En France, dans le domaine de l'orthopédie, certaines résistances demeurent. Alors comment franchir le Rubicon ?

► SIMULER POUR STIMULER

Olivier Ouiller, professeur à l'université d'Aix-Marseille où il enseigne la psychologie, les neurosciences et les systèmes complexes, vient décrypter les enjeux et donner des clés pour réussir le passage au numérique dans le cadre de la formation virtuelle. Autre interlocuteur éclairé, Kash Akhtar, chef de service du laboratoire d'éducation virtuelle à Oxford. Il expose l'intérêt de cette approche pour l'apprentissage de la chirurgie arthroscopique. Aujourd'hui, des ordinateurs et logiciels sont par exemple capables de simuler une hanche. L'un des avantages de ce mode de formation est de permettre aux chirurgiens de répéter aisément les gestes. « *Cela augmente la capacité des jeunes chirurgiens au moment d'être confronté à une véritable arthroscopie* », indique Matthieu Ollivier, vice-président du CJO, qui ajoute : « *De nombreux articles de la littérature sont consacrés aux chirurgiens habitués à utiliser des jeux vidéo. Ils montrent une simplifica-*



tion de la relation entre l'écran et la main ». Même si la solidité de certaines études peut être remise en cause, une immersion dans l'univers numérique semble bien être un atout. « *Car, souligne M. Ollivier qui fait état, à cette occasion, de son expérience à la Mayo Clinic, le plus difficile lorsque nous réalisons une cœlioscopie ou une arthroscopie est d'avoir une perception en 3D d'une restitution 2D à l'écran* ».

► VIRAGE VIRTUEL

La révolution culturelle outre-Atlantique dépasse l'apprentissage du geste. Aux États-Unis, les chirurgiens n'apprennent plus l'anatomie « descriptive », mais l'enseignement insiste davantage sur l'anatomie pratique. Les instances de formation partent en effet du principe que les outils numériques permettent aisément d'accéder à la connaissance anatomique. Une telle approche est-elle envisageable chez nous ?

Si bien des freins demeurent, des aménagements en termes de formation semblent pourtant incontournables, notamment pour harmoniser les connaissances à

l'échelle nationale. Dans les années à venir, l'EFORT va exiger un examen commun à l'ensemble de l'Europe. Comment, avec des enseignements divergents au niveau régional, se conformer à une telle exigence ? Le chantier est de taille.

► E-LEARNING

Mais la SOFCOT, le CNU et le collège entendent bien s'y atteler sans délai, avec la participation active du CJO. « *Une plateforme commune d'enseignement est en cours d'élaboration* », annonce M. Ollivier. Cette étape constituera la seconde, après le lancement de l'application CJOortho, vers un enseignement « en ligne » de l'orthopédie. Avec une révolution sous-jacente : l'adaptation de l'émetteur du message à son public

virtuel. Comment apprendre le métier sans accès direct à l'orateur ? À l'occasion de cette table ronde, Marc-Olivier Gauci, président du Conseil national des jeunes chirurgiens, expose les adaptations nécessaires en insistant sur la nécessité d'une plateforme commune de formation. Les enseignants vont devoir ajuster leurs topos à leurs auditoires virtuels. Les classiques topos sur PowerPoint sont voués à disparaître. D'autres spécialités l'ont bien compris, déjà engagées dans ce mouvement inéluctable de formation virtuelle. Nicolas Reina, actuel président du CJO, en rend compte en proposant en complément un panorama des perspectives et nouvelles technologies disponibles pour l'apprentissage virtuel. ▲



MARDI 10 NOV.

8H30 - 10H00

SALLE TERNES NEUILLY - NIV. 1

► Le CJO cherche sa relève

Le Collège des jeunes orthopédistes profite de sa table ronde pour lancer un appel dans la perspective du renouvellement de son bureau. « *Être au CJO permet de faire entendre la voix des plus jeunes dans les sociétés savantes* », indique Matthieu Ollivier, actuel vice-président du Collège.

Contact : www.cjortho.fr

TABLE RONDE Place actuelle de l'arthroscopie dans l'arsenal thérapeutique des pathologies de la hanche

Pratiquée par quelques pionniers depuis les années 80, l'arthroscopie de la hanche a, durant la dernière décennie, gagné sa place dans l'arsenal thérapeutique du chirurgien orthopédiste à titre diagnostique et thérapeutique. Cette table ronde a pour but de préciser les bonnes indications et limites de cette technique.

Certaines indications de l'arthroscopie ne sont pas spécifiques à la hanche : traitement d'une arthrite septique, de corps étrangers intra-articulaires (chondromatose, traumatologie, iatrogène...). Une meilleure compréhension du conflit fémoro-acétabulaire et son traitement par arthroscopie a été à l'origine du nouvel essor de cette technique. Ce conflit est le contact trop précoce en flexion - rotation interne de la hanche, lors d'un coup de pied par exemple ou en position assise - du col du fémur avec la partie antéro-supérieure de la paroi acétabulaire écrasant entre les deux le labrum.



© Flickr

Ce conflit peut être dû à une déformation du col (effet came) ou de l'acétabulum (effet pince) ou des deux (effet mixte). L'arthroscopie permet de corriger les anomalies osseuses responsables du conflit avec des résultats encourageants. Mais, ces gestes sont de réalisation difficile et la courbe d'apprentis-

sage en est assez longue. L'endoscopie peut être extra-articulaire et permettre, par exemple, de traiter des tendinopathies du muscle gluteus medius ou du psoas. En compétition ou en complément avec ces gestes sous arthroscopie, il peut être réalisé des voies d'abord

minimales invasives. Elle sont à la portée d'un plus grand nombre de chirurgiens et permettent également d'apporter une solution élégante à ces pathologies. Les indications de l'une ou de l'autre technique seront précisées.

Philippe Chiron et Nicolas Bonin

 
MARDI 10 NOV.
10H30 - 12H00
SALLE 352 - NIVEAU 3

RECHERCHE La SOFROT en quête d'une audience élargie

La recherche, en particulier clinique, a toujours été présente à la SOFCOT et la SOFROT, la Société française de recherche orthopédique et traumatologique, dispose d'une session lors du congrès pour des communications sur la recherche associant des orthopédistes et des scientifiques. Un rendez-vous à (re)découvrir.

Depuis deux ans, une session de la SOFROT permet à de jeunes orthopédistes ayant soutenu une thèse de science de présenter les résultats de leurs travaux. Mais, l'assistance est réduite car les sujets sont souvent perçus par les orthopédistes comme trop éloignés de leur pratiques courantes

et donc sans retombées immédiates. La SOFROT va devoir réfléchir à son évolution dans les prochaines années avec deux buts :

- faire comprendre aux orthopédistes les progrès importants qu'ils peuvent espérer pour leur pratique quotidienne à partir des travaux de recherche;

• sensibiliser les équipes de recherche aux nombreux thèmes qu'elles peuvent avoir en commun avec les orthopédistes, en particulier dans les domaines jusque là peu abordés par les orthopédistes comme l'épidémiologie, la réflexion médico-économique, la simulation et l'utilisation des nouvelles technologies qui vont prendre un poids de plus en plus important dans l'avenir de l'orthopédie. Une réflexion va être menée pour renforcer les liens avec les équipes identifiées lors d'une enquête faite à la demande du CNU d'orthopédie. Cette année, neuf communications particulières sont présentées, sous la direction de Philippe Rosset et Laurent Galois avec des thèmes

aussi variés que les intérêts cliniques de la modélisation et l'impression osseuse 3 D, l'analyse optoélectronique par système Vicon® de l'équilibre sagittal pelvi-rachidien ou encore l'évaluation tomographique de la densité osseuse de la glène normale et arthrosique, pour ne citer qu'eux. ▲


MARDI 10 NOV.
10H30 - 12H00
SALLE TERNES NEUILLY
NIVEAU 1

► RÉDACTION MÉDICALE Tout savoir avant de se lancer dans la publication

Devenue un rendez-vous annuel au fil des congrès de la SOFCOT, la séance consacrée à la rédaction médicale rencontre un succès croissant. Cette thématique constitue une préoccupation majeure pour les jeunes orthopédistes qui rédigent des articles scientifiques et... pour ceux qui les relisent.

Les uns comme les autres ont besoin de s'informer sur les processus de mise en forme et de publication de travaux scientifiques. Trois sujets sont abordés cette année :

► **le choix de l'organisme éthique :** Il est important de savoir vers lequel se tourner et à quel moment le solliciter lorsqu'on se lance dans une étude. Il faut également connaître les modalités de dépôt du protocole. « *Les revues et journaux demandent presque systématiquement quel comité a été sollicité* », indique Philippe Beaufils qui dirige cette séance. La

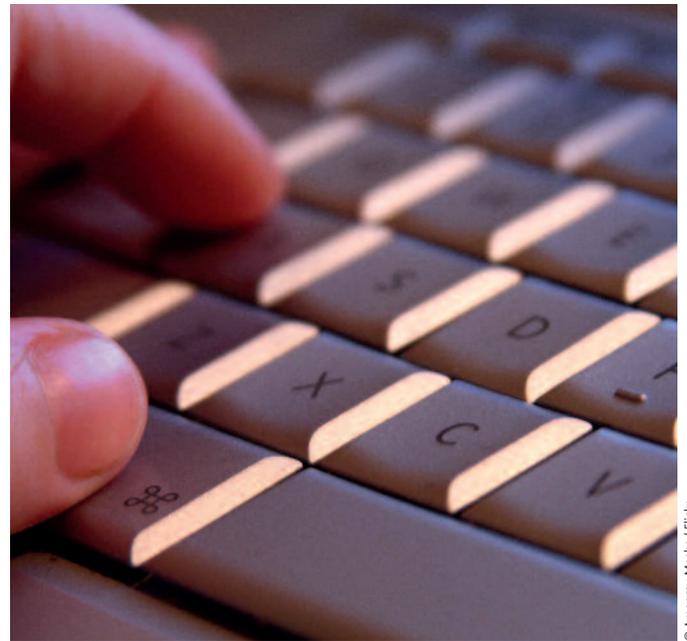
question de responsabilité personnelle et donc d'assurance se pose aussi. Il est alors essentiel pour les auteurs d'avoir l'accord d'un comité d'éthique.

► **la méta-analyse :** Parce que l'on peut faire dire ce que l'on veut aux chiffres, il convient de se positionner dans un haut niveau de publication en s'appuyant par exemple sur des méta-analyses. Il s'agit là d'agrèger les données de la littérature pour constituer une série virtuelle. « *Attention toutefois, cette économie d'échelle requiert une prudence particulière dans l'analyse des statistiques. Des critères précis doivent être respectés* », rappelle P. Beaufils.

► **le choix de la publication :** À quel journal ou revue faut-il s'adresser ? Faut-il privilégier une publication d'audience nationale ou internationale ? Faut-il préférer un support généraliste d'orthopédie ou bien d'hyperspécialité ?

« *Le niveau de grade est fonction de la qualité supposée du travail que l'on soumet*, précise P. Beaufils qui ajoute : *Ces questions doivent être posées avant même de commencer à rédiger car l'écriture en dépend* ». Cette séance est également l'occasion de rappeler qu'il ne peut pas y avoir de publication sans relecture par les pairs. Ces reviewers sont indispensables. Ils émettent des commentaires aboutissant à l'ac-

ceptation immédiate, à des demandes de modifications ou à un refus. Leur analyse, bienveillante, est un travail contraignant, d'autant que le flux d'articles s'intensifie. « *Des solutions doivent être trouvées pour apporter une reconnaissance à leur travail* », souligne P. Beaufils. Dans cet esprit, la SOFCOT et la RCO ont proposé d'inclure la mission des reviewers dans le DPC. ▲



© Amanay Maahs / Flickr



MARDI 10 NOV.
12^H30 - 14^H00
SALLE 351 - NIVEAU 3

► PRIX Lauréat du DESC, une étape importante

Validation de la fin des études de spécialité d'orthopédie et traumatologie, le prix du DESC constitue pour son lauréat un bel encouragement.

Ce prix marque en effet la reconnaissance par les maîtres et les pairs. Le lauréat, après une sélection régionale, se voit décerner le prix de l'AOT. Il s'agit de l'inscription gratuite ainsi qu'une prise en charge complète (voyage et hébergement) pour assister à la « FORTE Summer School », cours organisé par l'EFORT qui aura lieu au Portugal, en août 2015, pendant 5 jours. Ce prix du DESC est

décerné par jury national conduit par les présidents du Collège, Dominique Chauveaux, du CNU, Jean-Noël Argenson, de l'AOT 2014, Rémi Kohler, de la SFA, Olivier Courage, de l'AOT 2016, Jean-Michel Clavert et du Collège des jeunes orthopédistes (CJO), Nicolas Reina. « *Les sujets des travaux de recherche présentés – et pour certains déjà publiés – sont très variés et tous de qualité* », souligne ce dernier.

Ce prix est également un encouragement et une incitation à la recherche pour les jeunes orthopédistes. Même s'ils ne s'y destinent pas, ils publient de plus en plus. C'est un véritable progrès en France qui, malgré tout, reste encore loin du niveau de publication enregistré chez les anglo-saxons. « *Ce serait bien que chaque interne puisse avoir un travail publié. C'est une volonté de tous les coordonnateurs de DESC régionaux*, souligne Nicolas Reina qui ajoute : *Gilles Walch et Henry Coudane ont voulu donner une place plus large aux jeunes afin qu'ils puissent faire état de leurs travaux* ». La session de

thèses organisée durant le congrès s'inscrit dans cette même dynamique ainsi que la présence des jeunes orthopédistes dans les différentes tables rondes du congrès cette année. Félicitations au vainqueur. ▲



MARDI 10 NOV.
10^H30 - 12^H00
SALLE TERNES PARIS
NIVEAU 1

Fracture de l'extrémité supérieure du fémur au-delà de 80 ans : quelle prise en charge ?

La fréquence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur augmente. Pour les patients ostéoporotiques de plus de 80 ans se pose la question de la meilleure stratégie chirurgicale, et notamment de la généralisation de l'emploi des prothèses de hanche.

Le traitement de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur au-delà de 80 ans, sujet retenu par la SOFCOT pour ce symposium, pose des questions de santé publique. En effet, 18 % de la population française a plus de 65 ans, avec une espérance de vie atteignant 78 ans. À l'horizon 2050, les projections montrent qu'un quart des Français auront plus de 65 ans. Autre élément clef : actuellement, dans l'Hexagone, 11 femmes sur 1 000 de plus de 65 ans sont victimes de fractures du col du fémur. Chez les plus de 80 ans, le ratio monte à 33. Et ces données devraient doubler d'ici 2050. Il était donc justifié que la



© Caesten / Flickr

SOFCOT s'intéresse à la prise en charge de ces patients.

ÉTUDE PROSPECTIVE

Une étude prospective multicentrique (10 centres) d'un an et demi (janvier 2014 à juin 2015) avec inclusion de 1 600 dossiers a été entreprise pour préciser les modalités thérapeutiques spécifiques de cette population âgée. Concernant les fractures intracapsulaires, la pertinence des stratégies thérapeutiques actuelles est discutée. Les fractures stables (classification Garden 1 et 2) bénéficiaient jusqu'alors d'une ostéosynthèse.

« On s'est aperçu, souligne Thierry Favier, co-directeur du symposium avec Philippe Massin, que ce n'était peut-être pas le traitement le plus approprié, en raison de la survenue assez fréquente de nécroses post-traumatiques nécessitant une réintervention. » L'option de la prothèse totale de hanche était au contraire susceptible d'apporter au patient une meilleure récupération clinique et fonctionnelle. Pour les fractures instables (classification Garden 3 et 4), les arthroplasties totales ou intermédiaires se sont progressivement imposées comme le meilleur choix, tout en

généralisant une mortalité et morbidité non négligeables. Quant aux fractures extra-capsulaires, stabilisées conventionnellement par ostéosynthèse intra ou extramédullaire, l'option de l'arthroplastie n'apparaît pas toujours déraisonnable et a peut-être une place.

RECOMMANDATIONS DE LA HAS ?

Les réponses à ces controverses seront communiquées lors de ce symposium dont les conclusions pourraient, à terme, être reprises par la HAS sous forme de recommandations officielles, argumentées par une analyse de l'abondante littérature sur le sujet. D'autres aspects parfois méconnus pourront également être évoqués à l'occasion de ce rendez-vous, comme l'influence du traitement sur des patients plus ou moins autonomes et dépendants (selon les classifications de Parker et de Katz), et de l'état nutritionnel sur la récupération du patient après intervention. À ne pas manquer. ▲



MARDI 10 NOV.
14^H00 - 15^H30
GRAND AMPHITHÉÂTRE
NIVEAU 1/2

Allogreffes en orthopédie, où en est-on en 2015 ?

Les allogreffes sont indispensables à la reconstruction de certaines pertes de substances osseuses. Le déficit chronique de greffons n'empêche pas les praticiens de réfléchir constamment à leur pratique pour en améliorer les indications et les techniques. Ce symposium fait le point sur les avancées et besoins.

La question des allogreffes en orthopédie est récurrente. Les résections de tumeurs osseuses, les traumatismes, l'usure des prothèses ou encore les infections s'accompagnent souvent de pertes osseuses. Pour compenser ces dernières, l'autogreffe donne de bons résultats mais reste limitée

par la faiblesse de volume disponible. Autre solution, l'allogreffe à partir de prélèvements lors d'une intervention pour une PTH avec récupération d'une tête fémorale ou sur des patients décédés. L'objectif de ce symposium est d'évaluer l'utilisation de ces allogreffes en chirurgie tumorale ou de



© Picture Wendy / Flickr

reprise de prothèses totales de hanche – représentant globalement 10 % de l'activité orthopédique – en définissant les besoins et indications. Il s'agit également de sensibiliser sur les difficultés d'approvisionnement. « L'insuffisance de prélèvement osseux en France conduit à importer des greffons.

Nous avons également besoin de ménisques, tendons, etc. Nous alertons les pouvoirs publics dans ce sens, et sensibilisons la profession à cette problématique », explique Stéphane Boisgard, un des directeurs scientifiques du symposium avec Gilles Misenard. ▲



MARDI 10 NOV.
16^H00 - 17^H30
GRAND AMPHITHÉÂTRE
NIVEAU 1/2

► SÉANCE PROFESSIONNELLE Traumatologie, qui peut la faire, qui veut la faire ?

La traumatologie serait-elle en train de devenir le parent pauvre de l'orthopédie ? Avec l'hyperspécialisation, il y a de moins en moins de chirurgiens qui se sentent à l'aise pour traiter la traumatologie. Question d'expérience et de moyens techniques... Attention danger.

Les mono-hyper-sur spécialistes peuvent-ils prendre des gardes ou des astreintes en chirurgie orthopédique ? Tel est le titre volontairement « poil à gratter » de cette séance professionnelle. Mais le problème est sérieux. « C'est une vraie question sur les compétences et l'organisation des soins », indique Patrice Papin qui dirige cette séance professionnelle.

► PERTE DE CONNAISSANCES

Pourquoi ? L'hyperspécialisation a été rendue nécessaire par la demande même des patients souhaitant pour le traitement de leurs pathologies chroniques des chirurgiens expérimentés et aussi par les établissements de santé souhaitant par la taylorisation améliorer les rendements. Sans pour autant intégrer la traumatologie comme une surspécialité !

Tous les chirurgiens orthopédistes sont traumatologues. Le chirurgien dès son internat souhaite se spécialiser sur les actes les plus courants et la traumatologie est souvent apprise pendant les gardes. Sachant que les connaissances acquises sont à moitié obsolètes au bout de 7 ans, les praticiens qui maîtrisent parfaitement leur hyperspécialité perdent la main sur la traumatologie, à défaut de l'exercer régulièrement. Pourtant, pour constituer les lignes d'astreintes, la qualification ordinale est mise en avant.

Par exemple, en privé, il ne se réalise chaque année que 600 enclouages de tibia, ce qui laisse une faible probabilité pour un chirurgien d'en effectuer un. Certaines pathologies



©Frederic Bisson / Flickr

peu fréquentes compliquent un peu plus la donne. Résultat : la prise en charge des patients peut s'avérer inadaptée, engendrant derrière d'importants coûts de réadaptation et d'assistance pour la collectivité, d'autant que ces urgences courantes hors fracture du col du fémur et poignet touchent plutôt un public jeune.

► VOCATIONS FRILEUSES

La perte de connaissances acquises n'est pas la seule en cause. Se pose également le problème de la com-

pétence d'équipes non entraînées. C'est aussi un problème de moyens. La traumatologie nécessite en effet de nombreux ancillaires coûteux pour les établissements. Troisième écueil : la sous-évaluation par la CCAM des actes de traumatologie (et pour l'établissement la question du remboursement des DMI...), les risques liés à l'exposition aux rayonnements, les horaires, le manque de reconnaissance des compétences nécessaires freinent assez logiquement les vocations.

► SOLUTIONS MULTIPLES

Comment régler le problème ? Cela passe-t-il par une organisation en territoires en mutualisant les savoirs et compétences ? La création de centres de référence est-elle une solution ? Faut-il permettre à un chirurgien d'avoir une double qualification ? Faut-il faire de la traumatologie une spécialité à part entière ? Voilà autant d'interrogations qui devraient avoir trouvé des éléments de réponse à l'issue de cette séance. ◀



MARDI 10 NOV.

14^{H00} - 16^{H30}

SALLE TERNES PARIS NIVEAU 1

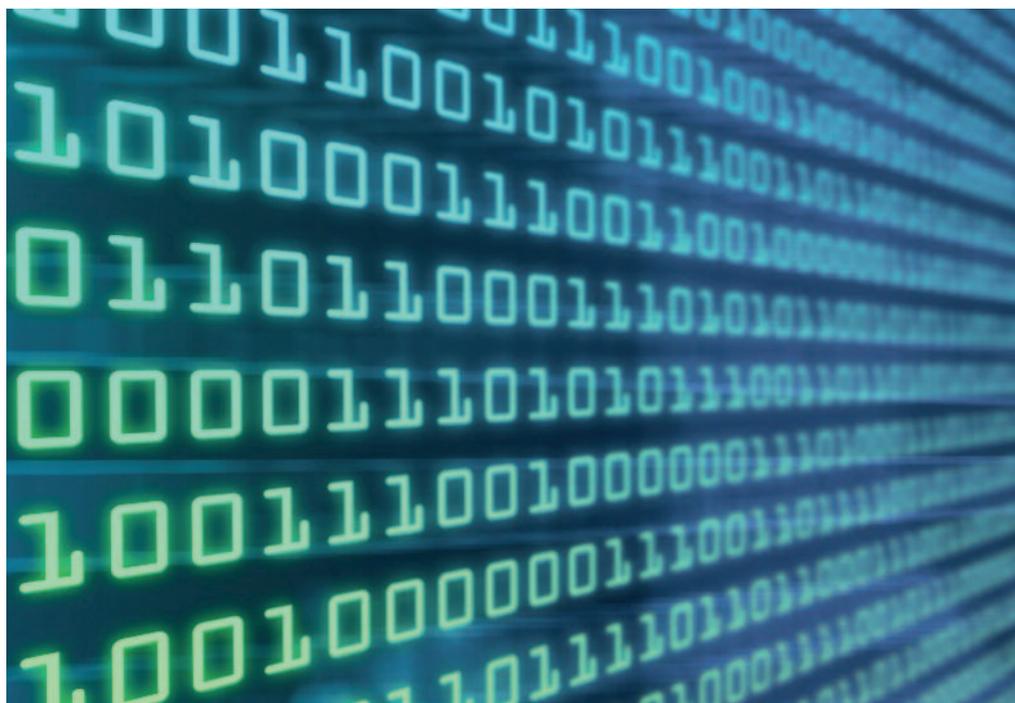
Registre de prothèses de hanche, bientôt obligatoire ?

En 2006, la SOFCOT a mis en place un registre de prothèses totales de hanche. Il peine toujours à fédérer les orthopédistes. Pendant ce temps, l'État réfléchit à un registre obligatoire...

En 2003, un projet européen de registre de prothèses de hanche est annoncé, sous l'impulsion de l'EFORT. La fondation Müller, seul organisme à l'époque à disposer d'un véritable staff de statisticiens et épidémiologistes pouvant se prévaloir de trente années d'expérience, est retenue par l'EFORT pour construire ce registre. Mais, des désaccords au sein de la société européenne clouent le projet sur place. La SOFCOT, déjà bien impliquée dans ce registre aux côtés de l'EFORT, n'entend pas abandonner les efforts consentis. Elle a notamment investi dans un système d'enregistrement de millions de données et posé les bases d'une fiche unique de renseignements, commune à l'ensemble des orthopédistes européens. Christian Delaunay, un des promoteurs de la première heure de ce projet raconte : « Nous avons été déçus de l'abandon du projet par l'EFORT. Mais, en lien avec les équipes suédoises qui de leur côté avaient construit un registre national, nous avons décidé de continuer le travail engagé avec la fondation Müller. » Après fermeture de celle-ci, le travail s'est poursuivi avec les principaux membres de la fondation ayant regagné leur université d'origine, Berne, et son département d'épistémologie et de statistiques.

▶ AVANTAGES DU REGISTRE DE LA SOFCOT

- > Accès à l'information directement sur le Web
- > Fiabilité de l'outil éprouvé
- > Qualité des résultats



© Flickr

« J'entends des orthopédistes dire que le registre ne sert à rien parce qu'il n'est pas exhaustif. Par conséquent, ils ne veulent pas se donner la peine d'y participer... c'est un cercle vicieux » **Christian DELAUNAY**

▶ FAIBLE IMPLICATION

Le registre de la SOFCOT a été finalisé en 2006, après accord de la CNIL. Une phase de test a ensuite été lancée avec l'inclusion de patients, sous l'impulsion de Jean-Luc Lerat, alors Président de la SOFCOT. En 2007, les fiches de renseignements ont vu le jour, avec implémentation sur le web. Tout s'est effectué, dès le départ, sans papier. « Si, en 2015, ce mode de fonctionnement paraît banal, cela a pu à l'époque en dérouter certains », reconnaît Christian Delaunay. Mais, cela ne suffit pas à justifier l'absence actuelle d'implication des orthopédistes dans le registre. La base d'implémentation stagne aux alentours de 2 %. C'est peu au regard du nombre de PTH implantées chaque

année en France. Néanmoins, cela n'interdit pas la production de statistiques significatives. Il n'est qu'à comparer avec les sondages lors d'élections. Ils sont réalisés auprès de panels n'excédant pas le millier de personnes, un échantillonnage bien faible au regard de la population en âge de voter. Il y a pourtant à l'arrivée, pour les organismes de sondage les plus sérieux, une corrélation étroite entre les intentions de vote et les résultats d'élection. Néanmoins, plus les chirurgiens participant au registre seront nombreux, meilleure en sera la qualité des résultats.

▶ PANEL DE PRÉTEXTES

Les explications données à une non-adhésion ne manquent pas.

▶ RAPPORT ANNUEL

Chaque année est publiée sur le site de la SOFCOT un rapport complet de l'exercice écoulé et un rapport annuel personnel.

Retrouvez les résultats 2015 : <https://sofcot.memdoc.org/>

Certains arguent d'une absence de retour d'informations alors que chaque année est publiée sur le site de la SOFCOT un rapport complet de l'exercice écoulé et un rapport annuel personnel. D'autres prétextent d'un manque de temps. Or, les cliniques participent activement au registre... « Ce n'est pas un problème de temps mais un manque de volonté », souligne C. Delaunay qui ajoute : « J'entends des orthopédistes dire que le registre ne sert à rien parce qu'il n'est pas exhaustif. Par conséquent, ils ne veulent pas se donner la peine d'y participer... c'est un cercle vicieux ». Il semblerait que,

« Il n'y a pas encore en France de culture forte de l'évaluation »

Christian DELAUNAY

malgré la facilité d'utilisation (passée une rapide phase d'appropriation de l'outil), le peu d'entrain des orthopédistes soit d'origine culturelle. « Il n'y a pas encore en France de culture forte de l'évaluation », déplore Christian Delaunay. C'est pourtant le seul moyen de garantir la meilleure pratique, puisqu'évaluer n'est pas juger. Certains orthopédistes craignent que le registre ne devienne un outil de contrôle et de surveillance de leur activité tout en invoquant le secret du respect médical. « Redoutent-ils d'être moins bons que la moyenne nationale ? Où alors peut-être ne sont-ils pas intéressés par leurs résultats à long terme ? », observe, dépité, C. Delaunay. Dans un pays qui se targue de pratiquer l'une des meilleures chirurgies orthopédiques au monde - affirmation non étayée par des données chiffrées - l'ensemble de la spécialité n'aurait-elle pas intérêt à démontrer objectivement cette certitude ?

► VERS UN REGISTRE OBLIGATOIRE ?

« Hélas, seule une obligation technocratique et politique pourrait mener les orthopédistes à

Vers un registre européen



Après la tentative avortée en 2003 d'un registre européen, de nouveau frémit l'idée d'un tel outil. « On observe une volonté de revenir à une dimension européenne, pour notamment diligenter des enquêtes sur des sujets bien précis (tiges courtes, cols modulaires, etc.). L'European arthroplasty register (EAR) a déjà permis de mener trois études. Mais, ce n'est pas exhaustif », note C. Delaunay. Un nouveau projet, baptisé NORE (Network of orthopaedic registries of Europe), a été annoncé au printemps 2015, lors du congrès annuel de l'EFORT.

compléter le registre, vu l'échec absolu des tentatives volontaires », regrette C. Delaunay. Et c'est peut-être bien ce qui est en train de se produire. Si les pouvoirs publics se sont longtemps désintéressés des registres, que ce soit le ministère de la Santé, l'Agence nationale de sécurité du médicament ou encore la HAS, le vent tourne. L'affaire des prothèses

mammaires PIP les a conduits à penser « registre ». Mais, ce n'est pas le seul élément déterminant. Des choix personnels peuvent renforcer de nouvelles orientations. Le nouveau président de la CNEDIMS ne cache pas son intérêt pour un tel projet.

L'arrivée d'un registre obligatoire risque au passage de dessaisir la SOFCOT de son expertise sur le

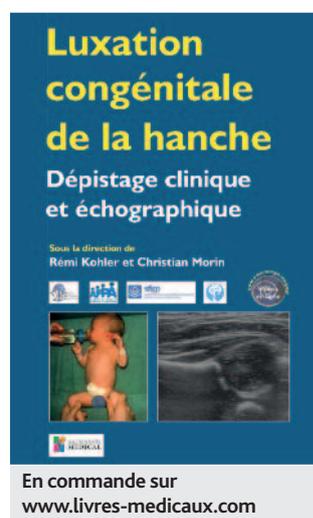
sujet. « J'essaie de faire en sorte que le registre ne finisse pas aux mains de technocrates qui en dénatureraient l'objectif », souligne Christian Delaunay qui défend l'outil développé par la SOFCOT : « Il a été conçu en profitant de l'expérience des Suédois et de leurs vingt ans de recul. Pour qu'un tel registre soit efficace, il faut en effet prendre en compte, dès le départ, l'ensemble des items nécessaires, sans en oublier un seul. »

Pour autant, certaines difficultés pourraient entraver la mise en œuvre d'un registre sous l'égide des autorités. « Le but d'un registre de PTH est d'avoir les meilleurs implants possibles à un coût raisonnable », explique C. Delaunay. Tout le monde y a-t-il intérêt ? L'industrie qui, dans une logique industrielle et commerciale, joue la carte de l'innovation, est-elle disposée à un tel registre ? Rien n'est moins sûr. N'aurait-elle pourtant pas avantage à pérenniser des produits en les inscrivant dans le temps et en se garantissant par là même une visibilité commerciale durable ? Reste qu'un autre écueil pourrait compliquer la tâche des pouvoirs publics. En France, 60 % des arthroplasties de la hanche et du genou sont réalisées dans le secteur privé. Imposer un tel système à l'ensemble d'une communauté inscrite dans des logiques différentes reste une gageure. Et si la solution passait par une adhésion – enfin – volontaire ?

EDITION Luxation congénitale de hanche : alerte au dépistage

Sous la direction de Rémi Kohler et Christian Morin, les éditions Sauramps publient à l'occasion du congrès un livre consacré au dépistage clinique et échographique de la luxation congénitale de hanche. La motivation des auteurs résulte de la constatation inquiétante d'une recrudescence des cas dépistés tardivement. Auparavant, tous les acteurs impliqués (généralistes, pédiatres, radiologues, chirurgiens orthopédistes) étaient formés et éduqués à un dépistage quasi obsessionnel de cette pathologie congénitale, aux enjeux majeurs à l'âge adulte, en termes de qualité fonctionnelle des membres inférieurs. Les progrès

accomplis dans une première phase par une généralisation de la radiographie vers quatre mois, ensuite remplacée par l'échographie de routine, furent tels que cette communauté d'acteurs a fini par considérer un tel dépistage comme une donnée acquise. Cette communauté s'est mise en quelque sorte en « pilotage automatique » interprétant, à tort, comme infaillible le système mis en place. Ce confort des soignants, à l'analyse, s'avère insuffisamment sécurisé et explique en partie cette « recrudescence épidémique » récemment observée de dépistages tardifs, avec la lourdeur des sanctions thérapeutiques qui découlent de tels délais diagnos-



tiques. En reprenant, sur deux cent pages richement illustrées, les

modalités de ce dépistage à sa base, le livre s'adressant à tous les acteurs concernés accomplit une véritable démarche de pédagogie doublée d'une action de santé publique. Les auteurs, chirurgiens pédiatres d'expérience confirmée, quadrillant littéralement la France par leur localisation géographique d'origine, n'ont pas hésité sur les moyens mis en œuvre d'enseignement de ces « bonnes pratiques » réactualisées du dépistage. Le multimédia est utilisé pour rapidement donner à tous les soignants une expérience de terrain, d'emblée applicable. Un ouvrage à se procurer et diffuser dans tous les cercles impliqués dans la prise en charge pédiatrique dès la première enfance.

Charles MSIKA

Organisation des soins, l'ambulatoire, jusqu'où ?

Internet a connu un temps sa bulle financière avant de faire *pschitt*. L'immobilier s'est lui aussi laissé emporter par un emballement spéculatif. Et si c'était au tour de l'ambulatoire, ce mode de prise en charge poussé par les tutelles ? Est-ce souhaitable ? Jusqu'où peut-on aller ? Une réflexion s'impose.

L'ambulatoire ne cesse de se développer en France, sous la pression des tutelles et notamment de l'ANAP, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Cette prise en charge correspond à une hospitalisation de moins de 12 heures. Les évolutions des techniques opératoires et de l'environnement péri-opératoire rendent possibles cette réduction des durées d'hospitalisation. La France, en retard par rapport à ses voisins, se met progressivement au diapason des standards qui prévalent dans l'Union européenne. En orthopédie, ce mode de prise en charge a commencé à se développer pour des interventions simples comme l'arthroscopie du genou, l'exploration de la main, le traitement du syndrome du canal carpien ou encore l'extraction de matériel. Il est même aujourd'hui possible de réaliser des interventions plus lourdes que celles faites il y a 4 ou 5 ans. Mais, pourra-t-on tout faire en ambulatoire ? Des discussions ont régulièrement lieu entre le CNP SOFCOT, l'ANAP et la Direction générale de l'offre de soins, la DGOS, pour comprendre et voir de quelle manière améliorer cette évolution vers l'ambulatoire.

PLACE DU MÉDECIN

Poser le cadre de l'ambulatoire, c'est aussi réfléchir à la place du médecin dans ce dispositif. « *Le médecin est concerné au premier chef*, explique Christophe Hulet qui coordonne la table ronde avec Bernard Llagonne et Nicolas Reina. *Il l'est parce que sa relation avec le patient est fondée sur l'amélioration*



© Service Départemental Photos - Val-de-Marne

de la qualité de vie de ce dernier. Il l'est aussi par ce qu'en lien avec les responsables des établissements dans lequel il exerce. Il l'est enfin par une dimension professionnelle. On nous demande davantage mais cela requiert d'importants coûts et développements au sein des établissements pour revoir notre façon de faire. Qui les prend en charge ? » À l'absence de revalorisation des actes régulièrement dénoncée par les professionnels de santé s'ajoutent les risques médico-chirurgicaux et leurs conséquences pécuniaires. Le rôle des partenaires mutualistes et assuranciers ainsi que des régimes sociaux est également à mettre en perspective. Le RSI par exemple ne prend pas en charge les séjours hospitaliers de moins de 24 heures... « *L'aspect financier a une incidence sur la manière dont nous organisons et pratiquons la chirurgie. Or, cet aspect n'est pas réglé. Le développement de l'ambulatoire s'accompagne de la mise en place d'un chemin clinique extrêmement balisé avec un investissement très important des praticiens qui n'est pas valorisé* », souligne C. Hulet.

CONCERTATION

La dimension financière est donc au cœur des enjeux, tant pour le corps médical que pour les tutelles.

Le fait que l'ANAP soit le promoteur de l'ambulatoire révèle l'attente des pouvoirs publics. Il est bien ici question de faire réaliser à la collectivité des économies. Tout le monde se souvient de l'annonce fortement médiatisée des 5 milliards d'économie qu'allait générer l'ambulatoire après publication d'un rapport de la Cour des comptes sur cette question. Mais le développement de l'ambulatoire n'est pas qu'une question d'argent. Le ministère en est bien conscient,

qui n'évoque plus ces 5 millions. Ce montant semble irréaliste, car ne prenant pas en compte toutes les données. « *L'ambulatoire doit (et va) se développer, mais peut-être pas pour tout* », nuance ainsi C. Hulet. Des facteurs comme l'isolement social doivent être pris en considération sachant que l'ambulatoire requiert la présence d'une tierce personne au domicile pour garantir la sécurité du patient. L'illettrisme est aussi une donnée à ne pas ignorer. Ces aspects peuvent limiter de facto le développement de l'ambulatoire, sans compter que le rôle du généraliste dans cette nouvelle organisation est lui aussi loin d'être clair. Gare également à ce que ce mode de prise en charge ne soit pas dévoyé par des mutuelles et chaînes de cliniques pour en faire un argument marketing. La tentation pourrait être grande. « *L'ambulatoire modifie profondément nos pratiques. Son développement doit se faire progressivement et de manière concertée. Nous sommes responsables et pouvons aider les tutelles mais pas n'importe comment* », conclut C. Hulet. Il semble que ces dernières aient entendu le message que le CNP-SOFCOT souhaite négocier, au travers de sa commission ambulatoire. Le comité de pilotage pour l'ambulatoire à la DGOS a modulé ses objectifs pour les cinq prochaines années. ▲

► LES AVANTAGES DE L'AMBULATOIRE

Si la mise en œuvre de l'ambulatoire nécessite une vision réfléchie et partagée par la communauté médicale et les autorités de santé, tout le monde s'accorde sur ses avantages dont :

- > une limitation de l'exposition aux infections nosocomiales. Selon l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA), ces infections seraient diminuées par 4,
- > la diminution du risque de phlébite,
- > un taux de satisfaction élevé du patient et de sa famille
- allant jusqu'à 90 % selon le rapport « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » publiée par la HAS et l'ANAP en avril 2012,
- > un gain d'efficacité dans l'organisation des services de chirurgie, ainsi qu'une réduction des coûts pour les établissements de santé et l'Assurance maladie.

Les bénéfices de l'ambulatoire doivent toutefois être encadrés scientifiquement. Il manque encore des données scientifiques sur les potentielles complications et difficultés rencontrées, d'où notamment l'importance de l'appel du lendemain dans la mise en place du chemin clinique et d'indicateurs de suivi (taux de ré-hospitalisation à 30 jours, etc.).



MARDI 10 NOV.
16^{H00} - 18^{H00}
SALLE PASSY – NIVEAU 1

GETRAUM, zoom sur la traumatologie chinoise

La journée de spécialité du GETRAUM, le Groupe d'étude en traumatologie ostéo-articulaire, prend une couleur particulière cette année, avec la présence du président de la société chinoise de traumatologie.

Si, en France, la chirurgie réglée occupe une place importante en regard de la traumatologie un peu laissée pour compte, ce n'est pas le cas en Chine où l'accès à certains soins dits de confort est plus limité. La société chinoise de traumatologie compte ainsi plus de membres que celle d'orthopédie. La présence de son président, le Pr Zlongjiun Liu (Hôpital de l'université de Pékin) à

la journée de spécialité du GETRAUM donne l'occasion de mieux connaître les pratiques du pays tout en comparant, à cas égal, les modalités de prise en charge. « Ces échanges vont être pour nous très enrichissants. Cela constitue également l'opportunité de tisser des liens avec nos homologues chinois », se félicitent Thierry Bégue et François Loubignac, respectivement Président et Secrétaire du GETRAUM. La journée est par ailleurs rythmée par des discussions autour de communications particulières et d'une table ronde consacrée au traitement par haubannage des fractures. Et, comme chaque année, une revue de nouveaux matériels est proposée en fin de session. ▲



© Globovision / Flickr



MERCREDI 11 NOV.

8^H00 - 17^H00

SALLE PASSY - NIVEAU 1

L'AFCP en cheville avec l'échographie



© Mackenzie Greer / Flickr

La journée de l'Association française de la chirurgie du pied (AFCP) débute par un symposium sur les pathologies du Lisfranc, l'articulation tarsométatarsienne, avec Patrick Cognier et Yves Stiglitz. Il est suivi d'une rencontre avec le Pr Jiang Baoguo, président de l'équivalent chinois de l'AFCP. Troisième temps fort de la séance,

la conférence d'enseignement proposée en fin de matinée par Olivier Fantino et Gérard Morvan, radiologues membres de la Société d'imagerie musculo-squelettique (SIMS). « Cette conférence est importante. Elle permet au chirurgien du pied de mieux connaître l'apport de l'échographie dans le diagnostic des pathologies du pied

et de la cheville, souligne Bruno Ferré président de l'AFCP qui ajoute : l'échographie nous apporte une approche rigoureuse de ces pathologies ». L'après-midi est consacrée aux communications particulières, douze en tout dont les sujets traitent d'autant d'atteintes et prises en charge différentes de la cheville et du pied.



MERCREDI 11 NOV.

8^H00 - 17^H00

SALLE 352 - NIVEAU 3

SFCR, enfant, adolescent, adulte, le rachis à tous les étages

Laurent Balabaud



© Seven Storey / Flickr

Comme chaque année, lors de la journée des spécialités de la Société française de chirurgie du rachis, conférences d'enseignement et symposiums constituent la colonne vertébrale du programme.

La journée de la SFCR débute en effet avec deux conférences d'enseignement. Jean-Charles Le Huec présente une chirurgie exigeante techniquement et pourvoyeuse de complications, à savoir les **ostéotomies transpédiculaires du rachis lombaire**. Quant à Philippe Paquis, il développe un sujet plus fréquent, mais au diagnostic parfois difficile, les **sténoses latérales du canal rachidien lombaire**.

La deuxième partie de la matinée est consacrée aux **infections des rachis instrumentés**. Ce sujet riche ne manquera pas d'intéresser le plus grand nombre puisqu'y seront abordés les aspects médicaux et chirurgicaux des infections du site opératoire (Tristan Ferry et Cédric Barrey), ainsi que leur prévention (Simone Nerome), les spécificités des différents types d'instrumentations (Jean-Yves Lazennec, Alexandre Poignard, Jérôme Tonetti et Clément Silvestre), la gestion d'une instabilité dans le cadre d'une spondylodiscite primitive (Thibaut

Lenoir), et le diagnostic des infections chroniques (Laurent Balabaud). Ce symposium s'achèvera sur l'aspect médico-légal, et plus particulièrement la **responsabilité du chirurgien du rachis** (Jean-Louis Husson).

Le symposium de l'après-midi a pour sujet **l'équilibre sagittal chez l'enfant et l'adolescent**, d'abord au cours de la croissance (Raphaël Vialle), puis dans les situations pathologiques que sont la scoliose (Kariman Abelin-Genevois), et l'hypercypose (Christophe Garin). La rubrique « Quoi de neuf » propose un **état des lieux de la place des prothèses discales cervicales en 2015** (Jean-Paul Steib) et présente des **nouveautés en IRM rachidienne** (Aurélien Lambert), afin de mieux percevoir le présent et le futur de cette remarquable imagerie.

La SFCR rend également hommage aux travaux de nos **collègues chinois, en recevant le Pr Yong Qiu de Nanjing**, qui traite d'un sujet controversé après avoir bénéficié en début de journée d'un premier éclairage dans un autre contexte pathologique: 3-column osteotomy for adolescent idiopathic scoliosis, is it worth it?

La journée s'achève avec la **remise du prix de la meilleure communication orale de la SFCR** et la **discussion de cas cliniques**. ▲

SFHG, cols modulaires, la bonne école?

Jean-Alain Epinette

Entre interrogation sur la place des cols modulaires dans les prothèses totales de hanche et réflexion sur les complications iatrogènes en chirurgie orthopédique, le programme de la journée de la Société française de la hanche et du genou, la SFHG, s'annonce dense.

La matinée s'ouvre sur une veille technologique dédiée à un sujet de controverses encore très vives, les cols modulaires dans les PTH. A. Cazenave fait le point sur les données de matériovigilance, avec l'approche croisée du chirurgien et de l'ingénieur, sans oublier l'analyse des complications observées et leur prise en charge, avant de conclure sur les perspectives de cette modularité du col pour les années futures. Faudra-t-il jeter aux orties cette idée a priori séduisante d'adapter nos implants à la géométrie de nos patients? Les Pr A. Toni (Bologne, Italie) et M. Morlock (Hambourg, Allemagne) ainsi que M. Alemani, ingénieur à Milan (Italie), apportent leur contribution aux débats. Ce sujet mérite une considération d'autant plus grande que le concept de modularité dans le col est particulièrement visé par nos tutelles au plan de la reconnaissance du service rendu, et donc des modalités de prise en charge de ces implants.

Puis, dans le cadre des échanges scientifiques entre la France et la Chine, nous avons le plaisir d'accueillir le Pr Xisheng Weng (Pekin Union Medical College Hospital), président de la Société chinoise de la chirurgie de la hanche et du genou. Il assure une conférence intitulée *Clinical results evaluation of THA for ankylosis hip*.

Un symposium est ensuite consacré à un autre sujet de préoccupation en chirurgie prothétique, l'anticoagulation prescrite pour éviter les complications thrombo-emboliques mais pourvoyeuse de complications iatro-

gènes. J.-Y. Jenny, A. de Ladoucette et E. de Thomasson qui dirigent ce symposium ont pu réunir tous les acteurs concernés par ce problème: les orthopédistes bien sûr mais aussi les anesthésistes ainsi qu'un représentant de la HAS. Ils s'appuient également sur les données assurantielles en responsabilité civile. Que penser dans notre pratique quotidienne des HBPM versus les nouvelles molécules par voie orale (NACO), mais aussi tout simplement de l'aspirine, en France comme dans les pays voisins? Quelle pourrait être la durée optimale de prophylaxie, en tenant compte des progrès fantastiques de la réhabilitation fonctionnelle après prothèse, avec la désormais classique RRAC (récupération rapide après chirurgie)? Toutes ces questions sont abordées durant ce symposium suivi d'une conférence traitant des modalités d'utilisation de l'acide tranexamique (Haxacyl).

La matinée s'achève sur une série de communications particulières qui se poursuivent en début d'après-midi avant le symposium consacré aux révisions des prothèses du genou pour échecs mécaniques avec et sans cause évidente. Dirigé par M. Bonnin et P. Mertl, ce symposium comprend également une présentation des résultats de la série SFHG et des 11 questions clés pour le changement de prothèse en pareil cas. De nombreuses interrogations demeurent en effet. Que penser en particulier des douleurs inexpliquées, des genoux « serrés », des malrotations voire des surdimensionnements prothétiques? Que faire en pareils cas sur le plan technique, pour quels résultats? Ce vaste tour d'horizon de nos connaissances s'achève en abordant trois points fondamentaux: les causes possibles, au final, de reprise; l'imagerie à prévoir devant une PTG douloureuse; les évolutions sur le sujet depuis le symposium SOFCOT de 2000. ▲



MERCREDI 11 NOV.

8H30 - 18H00

SALLE 342 - NIVEAU 3



MERCREDI 11 NOV.

8H00 - 16H30

AMPHI BORDEAUX - NIVEAU 3

GSF-GETO, focus sur les cotyles « cornet de glace »

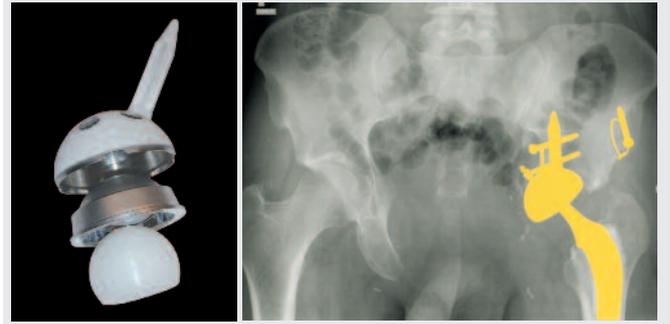
Philippe ANRACT

Comme chaque année, le GSF-GETO (Groupe sarcome français-Groupe d'étude des tumeurs osseuses) organise une journée dans le cadre de la journée des spécialités du congrès de la SOFCOT.

Cette journée débute par une séance de communications libres qui permet aux jeunes collègues, de France et de l'étranger, de présenter des travaux de recherche clinique. Ensuite, un invité chinois, le Pr Xiaohui Niu, donnera une conférence sur l'intérêt de la naviga-

tion dans le traitement des tumeurs de l'appareil locomoteur.

Ensuite, comme chaque année nous avons choisi un sujet qui intéresse les spécialistes de la chirurgie tumorale, mais aussi tous les chirurgiens orthopédistes qui pratiquent la chirur-



gie de la hanche. Il concerne l'utilisation des cotyles « cornet de glace » dans les reconstructions cotyloïdiennes, dans les indications tumorales et non tumorales. Il s'agit d'un matériel qui permet d'effectuer des reconstructions du cotyle dans des grandes destructions osseuses. ▲



MERCREDI 11 NOV.

8^H00 - 12^H30

SALLE TERNES PARIS
NIVEAU 1

La SOFEC prend son envol

La journée de spécialité de la Société française de l'épaule et du coude, la SOFEC, s'articule autour d'un programme riche de nouveautés.

Société relativement jeune, la SOFEC dont la visibilité ne cesse de croître continue de s'enrichir avec l'arrivée de nouveaux membres et d'un site internet dédié. Autre évolution, « pour la première année, les sujets des communications scientifiques ont été directement soumis à la SOFEC », explique Philippe Collin, président de la société associée de la SOFCOT.

Le matin, la venue de la Chine sur le congrès de la SOFCOT donne l'occasion d'accueillir le président de l'homologue chinois de la SOFEC. « Ce sera, pour nous, un temps d'échanges sur la formation des chirurgiens à la chirurgie de l'épaule ». Il s'agit là encore d'une première, et ce n'est pas la seule. Une séquence est dédiée aux jeunes chirurgiens, avec une tribune offerte au CJO qui présente un projet de formation à la chirurgie de l'épaule.

Autre temps fort, Christian Gerber, éminent spécialiste suisse de l'épaule qui a mené d'importants travaux de recherche fondamentale d'audience internationale, est l'invité du président de la SOFEC. L'après-midi, une table ronde est consacrée à la pathologie des nerfs



de l'épaule avec présentation par Christel Conso d'une enquête de la SOFEC sur le sujet. « Nous assistons jusqu'à maintenant au traitement de différentes pathologies de l'épaule, indépendamment les unes des autres. Cette année, nous avons voulu inverser l'approche en utilisant

les nerfs de l'épaule comme fil conducteur », explique Philippe Collin.

Au programme également : des sessions de controverse sur les nouvelles techniques concernant particulièrement la chirurgie de la coiffe. ▲



MERCREDI 11 NOV.

8^H00 - 16^H45

AMPHI. HAVANE
NIVEAU 3

La SFCM double la mise

Alors que jusqu'à présent une session de deux heures était dédiée à la Société française de chirurgie de la main durant le congrès de la SOFCOT, pour la première fois cette année, une demi-journée entière lui est offerte. C'est l'occasion de présenter plus avant cette société partenaire de la SOFCOT.

La Société française de chirurgie de la main (SFCM), présidée en 2015 par Guillaume Herzberg, est née en 1964 et s'appelait alors Groupe d'étude de la main. Fondé par Jacques Duparc, Jacques Michon, Pierre Rabischong, Raoul Tubiana et Raymond Vilain, le GEM organisait deux réunions annuelles, l'une privée, l'autre publique. Le succès des premières réunions publiques a conduit le bureau à élargir cette société naissante. En 1974, le GEM est devenu la SFCM et les réunions privées ont été remplacées par des Journées de printemps, avec la possibilité pour

chaque président de les organiser dans la ville de son choix. La SFCM fonctionne toujours sur ce modèle. Le congrès annuel a lieu fin décembre au Palais des congrès de Paris durant 3 jours et réunit quelque 1000 participants autour de communications particulières, tables rondes, face-à-face, conférences d'enseignement, posters, sessions de l'industrie, etc.

À partir du congrès 2015 sera incluse une session consacrée à l'enseignement des infirmières de bloc opératoire. Le congrès accueille des invités étrangers de renom donnant des conférences spécifiques. En 2015, en plus de deux orateurs américains, la SFCM recevra une délégation chinoise composée de 10 membres éminents de Chine continentale, Hong Kong et Taïwan. Le congrès SFCM passera au « tout électronique » et bénéficiera d'une application téléchargeable dédiée.

PUBLICATIONS

La SFCM disposait depuis sa création d'un bulletin rendant compte de ses travaux. En 1971, un numéro spécial annuel des Annales de chirurgie lui a été consacré. En 1981, devant l'afflux des articles, les Annales de Chirurgie de la main ont vu le jour. Les relations avec les éditeurs ont conduit à transformer la revue rebaptisée « La main » avant de devenir l'actuelle « Chirurgie de la main » dont les articles sont de plus en plus souvent en langue anglaise. La SFCM éditait également depuis 1966 des monographies et cahiers d'enseignement rapportant les conférences des congrès annuels. Depuis quelques années, ces ouvrages sont insérés dans des numéros spéciaux de la revue « Chirurgie de la main », ce qui leur permet d'être indexés dans Pubmed.

MISSIONS

La SFCM a pour but de contribuer aux liens scientifiques, de recherche et de développement national et international, entre chirurgiens spécialisés dans la chirurgie de la main et du membre supérieur. Elle contribue à l'enseignement par des diplômes interuniversitaires régionaux en voie d'unification, à la formation médicale continue et à la gestion des aspects syndicaux. Elle comporte un collège spécifique, laboratoire de réflexion à l'instar du CFCOT, qui a permis la création d'un droit au titre spécifique dans les années 1990. Elle travaille en relation avec la SOFCOT et Orthoriscq à propos des aspects réglementaires et des relations avec les tutelles. Elle parraine chaque année plusieurs congrès satellites.

ORGANISATION

La SFCM réunit actuellement 577 membres dont 163 titulaires, 268 associés, 39 correspondants, 62 honoraires et 10 membres d'honneur. S'y ajoutent depuis peu



35 membres juniors, ce statut ayant été créé en 2014 pour stimuler la participation et l'investissement scientifique des plus jeunes.

La SFCM est étroitement liée à deux sociétés « satellites » qui se réunissent au moment du congrès de décembre, dans les mêmes locaux. D'une part la FESUM (Fédération Européenne des services d'urgence de la main) qui gère tous les aspects de la traumatologie d'urgence de la main, qu'ils soient pratiques ou réglementaires. D'autre part, le GEMMSOR (Groupe d'étude de la main et du membre supérieur en orthèses et rééducation) qui regroupe des kinésithérapeutes spécialisés.

À l'instar de la Société française de chirurgie rachidienne, société associée de la SOFCOT qui réunit des chirurgiens orthopédistes et neurochirurgiens, la SFCM est composée de chirurgiens orthopédistes et plasticiens. La SFCM entretient par ailleurs des relations privilégiées avec de nombreuses sociétés européennes (FESSH, Federation of European Societies for Surgery of the Hand; EWAS, European Wrist Arthroscopy Society; Sociétés suisse, belge, allemande, italienne, anglaise et scandinaves), américaines (ASSH, American Society for Surgery of the Hand) et internationales (IFSSH, International federation of Society for Surgery of the Hand).

PROGRAMME DE LA JOURNÉE

Dans le cadre de l'accueil de la délégation chinoise au congrès de la SOFCOT, la SFCM reçoit le Pr CHEN Shan Lin de Pékin. La demi-journée s'articule ainsi :

Session « Mise au Point »

- Traitement des fractures de la base du 1^{er} métacarpien en 2015
- Les prothèses du poignet : quoi de neuf ?
- Cal vicieux du poignet
- Greffe ostéocartilagineuse au poignet
- Résection de la tête ulnaire : état de l'art
- Libération du nerf ulnaire au coude
- Kystes synoviaux du poignet : quoi de neuf ?
- Scaphoid Nonunion : our treatment strategy (par le Pr CHEN Shan Lin)

- Session EWAS (European Wrist Arthroscopy) : apport de l'arthroscopie dans le

- traitement des pathologies du pouce et du poignet
- Apport de l'arthroscopie dans le traitement des fractures de Benett
- Apport de l'arthroscopie du poignet dans les fractures du radius
- Apport de l'arthroscopie dans le traitement des fractures du scaphoïde
- Apport de l'arthroscopie dans le traitement des pseudarthroses du scaphoïde
- Apport de l'arthroscopie dans le traitement des arthroses post-traumatiques
- Apport de l'arthroscopie dans les arthrites septiques



MERCREDI 11 NOV.

8^H00 - 12^H00

SALLE 341 - NIVEAU 3

Chirurgie assistée par ordinateur, la précision comme enjeu

CAOS France tient sa réunion annuelle durant le congrès de la SOFCOT. Un rendez-vous aussi évident qu'important compte tenu de l'approche transversale de son activité. Le programme 2015 se concentre particulièrement sur la précision apportée par cette technologie, et plus particulièrement la définition même de cette précision.

Si CAOS France ne compte que 50 membres, c'est d'abord parce que la chirurgie assistée par ordinateur (CAO) peine encore à convaincre certains chirurgiens. Mais, ce n'est pas en soi un handicap. « Cela

monde de la santé en général profite de plus en plus des outils numériques pour gagner en efficacité et en sécurité, avec en point de mire – notamment pour le geste chirurgical – la recherche de la précision. Qu'en est-il juste-

est en effet censée apporter plus de précision à l'opérateur et à son geste. Mais, ce qui est vrai pour la hanche par exemple, ne le sera pas pour le genou. Et même si les chirurgiens lui reconnaissent un apport indiscutable, par exemple

dres et une reprise d'activité plus rapide. Et pourtant, quel que soit le type de technique retenu, les résultats fonctionnels à 6 mois (marche, montée d'escalier, etc.) sont identiques. « *Des études sont encore nécessaires pour trancher* », reconnaît Philippe Merloz pourtant intimement convaincu des apports de ce mode chirurgical et qui ajoute : « *Aborder la chirurgie assistée par ordinateur en orthopédie par le volet « précision » semble plus pertinent que l'analyse de cohortes de patients*

à 10-15 ans de recul, car la méthodologie peut toujours être discutée ».

Néanmoins, tant que le SMR ne sera pas vérifiable et quantifiable, la chirurgie assistée par ordinateur, toute innovante qu'elle soit, risque bien encore de rester « dans le flou », en dépit de résultats encourageants à travers le monde. En Australie, notamment, où toutes les prothèses posées sont consignées dans un registre, il a été mis en évidence un taux plus faible de reprise pour celles ayant bénéficié d'une assistance de pose par ordinateur, même si tout cela reste encore à confirmer à plus grande échelle. C'est à ce titre seulement que la chirurgie assistée par ordinateur gagnera ses lettres de noblesse. En attendant, les membres de CAOS France continuent à porter le message sans désarmer, et avec réalisme. « *Les techniques informatisées doivent être perfectionnées, notamment pour les rendre plus conviviales* », souligne P. Merloz. Car cet aspect est aussi important pour les chirurgiens et peut par exemple expliquer en partie leur manque d'adhésion à une technique qui paraît incontournable. ▲



permet de travailler efficacement », souligne Philippe Merloz qui a pris la présidence de CAOS France fin 2014, pour deux années consécutives. Et si toute la profession ne regarde par forcément cette technologie comme indispensable, reste qu'il semble difficile aujourd'hui de faire l'impasse sur le sujet. Le

ment de cette précision ? Qu'apporte réellement la CAO au praticien ? Et au patient ? Les débats restent ouverts. Ils trouveront avec la participation d'Olivier Cartiaux, chirurgien à l'Université catholique de Louvain, en Belgique, une source experte d'éclairage sur le sujet. Il s'attachera particulièrement à la notion de précision et ce qu'elle recouvre dans le domaine de la chirurgie orthopédique assistée par ordinateur. Il s'appuiera pour cela sur une conférence donnée fin 2014 à l'Académie nationale de chirurgie à Paris.

Cette question de la précision de la chirurgie assistée par ordinateur est fondamentale. La CAO

pour les interventions sur le rachis, les études manquent encore pour démontrer le service médical rendu (SMR). Autre exemple : il apparaît pour la prothèse totale de hanche qu'une intervention mini-invasive offre de meilleurs résultats précoces qu'un geste conventionnel. Le patient quitte l'établissement plus tôt, avec des douleurs moins



JEUDI 12 NOV.
8^H00 - 16^H00
SALLE TERNES PARIS
NIVEAU 1

► Programme :

En plus des conférences, la journée de CAOS France proposera une série de communications particulières. Le genou sera particulièrement concerné cette année avec la présentation de travaux par des équipes allemande, belge et tchèque, un panel européen pour mieux appréhender les bénéfices de la CAO dans l'orthopédie du quotidien.

SOFOP, mieux prévenir les complications en orthopédie pédiatrique

Philippe WICART et Pierre LASCOMBES

Le jeudi de la semaine du congrès de la SOFCOT est traditionnellement une date essentielle pour la Société française d'orthopédie pédiatrique (SOFOP), marquée par différentes manifestations scientifiques et par son assemblée générale annuelle. Cette journée sera cette année particulièrement dense.

La journée débute par une session de communications orales, comptant 15 interventions, témoignant du dynamisme scientifique de la SOFOP. Ces communications déclinent les différents champs de l'orthopédie pédiatrique. Elles concernent le genou de l'enfant sportif, les allongements osseux avec clou centro-médullaire, la modélisation 3D du rachis, différents modes de greffe osseuse ou d'ostéosynthèse pour le traitement des pseudarthroses complexes ou des pathologies tumorales comme le chondroblastome ou pseudo-tumorales comme l'ostéosclérose endostale du tibia.

► Physiopathologie et traitement de l'ostéomyélite aigüe de l'enfant – Nouvelles hypothèses étiologiques et perspectives ?

Un moment important sera la présentation du symposium SOFOP 2015, dirigé par Franck Accadbled, consacré à une pathologie très fréquente mais dont la physiopathologie ne fait pas l'objet d'un consensus et dont les modalités thérapeutiques alimentent toujours la polémique: l'ostéomyélite aigüe de l'enfant. Ce symposium s'appuie sur une étude nationale et prospective de la SOFOP. Les objectifs seront d'étayer l'étiologie périostée de l'ostéomyélite et de préciser les perspectives de traitement moderne.

► Autre temps fort: la conférence intitulée « **Paediatric Orthopaedic at Beijing Jishuitan hospital, China** » donnée par les Professeurs Yuan Guo et Xuemin Lu. Ils seront les ambassadeurs de la Chine, « Guest Nation du congrès de la SOFCOT », et invités par la SOFOP, ils lèveront le voile sur l'organisation de l'orthopédie pédiatrique en Chine qui est encore peu connue en France.



©Villery Saint-Michel / Montreal / Flickr

► Orthopédie pédiatrique et gestion des risques

La gestion des risques sera abordée à travers deux conférences: Thomas Levecque (expert en sécurité dans l'aviation civile) présentera l'exposé suivant: « Gestion des risques et sécurité dans l'aviation civile ». L'aviation civile a en effet été pionnière dans ce domaine. Gérard Bollini reviendra sur terre et abordera « la gestion des risques à travers l'accréditation Orthorisq ».

► Études et préventions des complications en orthopédie pédiatrique

Il n'y a qu'un pas de la théorie à la pratique. La journée sera clôturée par une session « complications et événements porteurs de risque » incluant 9 communications orales,

s'attachant à rapporter de telles circonstances en en faisant une analyse critique et en les soumettant à une discussion constructive avec la salle. Les thèmes abordés seront divers: bilan d'évaluation des pratiques professionnelles déclarés sur « erreur de site » à Orthorisq, dilacération du parenchyme pulmonaire nécessitant une lobectomie après retrait d'une plaque de Nuss, recrudescence des infections du site opératoire en chirurgie de la scoliose et processus de réaction des soignants, complications neurologiques de la correction des cyphoses, complications à long terme d'une tumeur d'Ewing vertébrale guérie et enfin complications des kystes osseux anévrysmaux agressifs, parmi d'autres sujets.

Les publications scientifiques constituant le fondement de l'orthopédie pédiatrique, Raphaël Vialle présentera à travers « Ex libris » les 3 meilleurs articles publiés en 2014 et sélectionnés par le Centre de documentation de la SOFCOT. Enfin, Franck Accadbled et le Conseil scientifique de la SOFOP feront le point sur l'activité littéraire des membres de la SOFOP au cours de l'année 2014. ◀



JEUDI 12 NOV.
8^H00 - 16^H00
AMPHI. HAVANE
NIVEAU 3

Traitement des ruptures de la coiffe des rotateurs : quelle place pour le grand dorsal ?

Le lambeau du grand dorsal est de plus en plus utilisé pour compenser l'absence de coiffe des rotateurs lorsque les tendons ne sont pas réparables. La table ronde dirigée par Daniel Molé et Jean Kany fait le point sur ses indications.

L'utilisation d'un lambeau de grand dorsal a été proposée pour restaurer la rotation externe dans certaines larges ruptures de la coiffe des rotateurs. Il est également apparu que ce lambeau avait un effet sur les autres mouvements ainsi que sur la douleur. Ce qui a conduit à y recourir pour traiter l'ensemble des symptômes quand la rupture n'était pas réparable.

La technique du lambeau du grand dorsal n'a cessé de se développer depuis 20 ans. Le geste opératoire



s'est simplifié, avec la possibilité d'insérer les lambeaux sur l'humérus sous arthroscopie. Ce qui permet de réduire le temps opératoire avec une chirurgie moins agressive qu'à ciel ouvert. Il n'est en

effet plus nécessaire de pratiquer une grande incision dans le dos du patient pour prélever le lambeau et le mettre en place. L'amélioration de la technique a ainsi permis d'en élargir les indications.

POUR QUI ?

Chez les sujets jeunes, en cas de ruptures irréparables ou récidivantes des rotateurs, le transfert du grand dorsal reste la seule option, la prothèse inversée d'épaule étant réservée aux patients de 65 ans et plus. Mais, cette technique ne permet pas toujours la récupération de la mobilité fonctionnelle. Des solutions alternatives existent avec le recours à d'autres types de lambeau. ▲

 **JEUDI 12 NOV.**
10H00 - 10H30
AMPHI. BORDEAUX
NIVEAU 3

Lésions méniscales : reste-t-il une place pour la méniscectomie ?

Pendant longtemps, le ménisque jugé peu utile n'a pas résisté à son ablation, selon la règle en cours. Mais la méniscectomie quasi automatique jusque dans les années 80 a montré ses limites. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Après s'être rendus compte que la suppression de cet amortisseur conduisait à la détérioration du cartilage, les chirurgiens ont (partiellement) remis leur bistouri, lui préférant la préservation méniscale. Plusieurs options s'offrent à eux : la réparation du ménisque par suture lorsque c'est possible, l'abstention de tout geste en cas de lésion dégénérative et la résection à minima du ménisque permise par l'arthroscopie. Reste que certaines habitudes demeurent. « Passer des recommandations à la réalité quotidienne n'est pas toujours chose aisée », souligne Philippe Beaufils qui coordonne cette table ronde avec Bertrand Sonnery-Cottet.

Le taux de suture reste bas, plafonnant à 6 % là où il devrait atteindre 20 %. La méniscectomie reste l'une des interventions chirurgicales les plus fréquentes en France, déplore P. Beaufils qui entend sensibiliser la communauté orthopédique. Mais, plutôt que de faire un point sur les indications de suture, le choix a été fait de poser le problème à l'envers, en envisageant la



méniscectomie comme deuxième intention, quand rien d'autre n'est possible. Dans un cadre traumatique, la suture doit être privilégiée. Dans un contexte dégénératif, il faut envisager en premier lieu la préservation. Des rhumatologues, dont Eric Noël, seront présents à la table ronde pour étayer cette approche qui bénéficiera également de l'éclairage d'un consensus européen en cours avec Matthieu Ollivier, vice-président du CJO, et qui sera présenté en mai

2016 au prochain congrès de l'ESSKA (European society for sports traumatology, knee surgery and arthroscopy) à Barcelone. ▲

 **JEUDI 12 NOV.**
8H00 - 9H30
AMPHITHÉÂTRE BORDEAUX
NIVEAU 3

OTSR : une trajectoire confirmée pour l'Impact Factor

Comme chaque année, c'est à l'entrée des congrès universitaires que l'évaluation de l'Impact Factor est publiée. Malgré sa valeur modérément significative, comme reflet fidèle de l'audience ou de la réputation d'une revue scientifique indexée, ce chiffrage est attendu fébrilement par le comité de rédaction de notre revue. Il représente en effet un outil, certes controversé et grossier, mais utile pour naviguer... sur le tsunami des publications scientifiques y compris orthopédiques.

► UN INDICATEUR À DISTORSION VARIABLE

Comme cela a été expliqué à diverses reprises dans ces colonnes, l'Impact Factor est une jauge bibliométrique parmi d'autres à qui il est fait plusieurs reproches. Aux premiers rangs de ces derniers, de ne pas être un indicateur en temps réel, c'est-à-dire de fournir une information différée et d'être quelque peu manipulable du fait de son mode de calcul. Point n'est besoin de rappeler ce calcul qui se fonde sur un rapport arithmétique : le numérateur dénombre, sur la période des deux dernières années, les citations des articles du Journal par l'ensemble des journaux indexés au sein de la base de l'Institut Thompson Reuters ; le dénominateur prend quant à lui en compte tous les articles d'intérêt publiés dans ce même journal sur la même période de ces deux années.

La fraction représentative d'un tel calcul est configurée ci-dessous pour l'IF 2014 :

Citations en 2014 de tout article publié en 2013 + 2012

Nombre d'articles source publiés en 2013 + 2012

Le résultat de cette division, qui se veut un reflet de la prédisposition du journal à être cité (« sa citabilité »), ne devient disponible que l'année suivant le terme des deux années de référence. On comprend facilement que le numérateur en question puisse être artificiellement « gonflé » par des autocitations et le dénominateur « dégonflé » par une sélection artificielle des articles publiés.

► UNE PERSPECTIVE PLUTÔT RASSURANTE

Comme nous l'avons déjà indiqué, sans accorder une valeur absolue à cet Impact Factor, il fournit des indications sur le niveau relatif d'OTSR dans la jungle des

publications de chirurgie orthopédique.

Nous sommes en 42^e place de la catégorie Orthopedics, juste une place devant Orthopaedic clinics of North America, journal généraliste pourtant très respectable fondé il y a une quarantaine d'années. Nous ne sommes par ailleurs que trois places derrière The journal of knee surgery classé en 39^e position donc, journal également respectable et surtout spécialisé, établi il y a plus d'un quart de siècle. En se fixant des objectifs « soutenables », si nous parvenons à gagner ne serait-ce que 0,25 points d'Impact Factor, comme le dit notre rédacteur en chef Philippe Beaufile, nous entrerons « dans le deuxième quartile... » du classement de ces revues d'orthopédie.

► ASSEoir UNE RÉPUTATION DE QUALITÉ

Notre revue généraliste ne peut avoir l'ambition de détrôner les « maillots jaunes » du peloton de tête que sont les JBJS et autre Clinical orthopaedics... Elle veut surtout s'inscrire dans une démarche permanente de respectabilité. Les moteurs d'une telle démarche ne sont plus à démontrer : c'est la parution d'articles dotés des critères les plus élevés de qualité scientifique, d'originalité et de pertinence clinique. Le tout s'inscrivant bien entendu dans l'obsession constante de probité, comme des éditoriaux récents sur les conflits d'intérêts sont venus le souligner. Toujours dans une telle perspective de probité, et la récente affaire Volkswagen est là pour le rappeler, l'élimination de toute possibilité de fraude scientifique réclame d'être une réalité. Cette préoccupation relève de la responsabilité de tous, certes le comité de rédaction mais aussi les relecteurs, les auteurs et plus généralement tous les acteurs impliqués dans la finalisation de notre journal.

Plus encore qu'un chiffre d'Impact



La SOFCOT bien placée mais peut mieux faire dans le classement Impact Factor.

Factor dépersonnalisé, c'est cette respectabilité dans la durée qui est en mesure de faire la différence pour OTSR : c'est-à-dire devenir une référence prioritaire dans l'assistance à la prise de décision thérapeutique de n'importe quel chirurgien orthopédiste de la planète confronté à une thématique problématique particulière.

► QUELQUES OBSERVATIONS TIRÉES DE L'EXPÉRIENCE

L'équipe du comité de rédaction veille à la perpétuation et l'amélioration constante de cette qualité de notre revue. Il s'agit d'une tâche laborieuse assurée quasi bénévolement par des leaders d'opinion motivés, plus préoccupés par leur mission que par le respect de leurs... trente-cinq heures d'activité professionnelle. Cette tâche dépasse la seule sélection et/ou la revue des manuscrits, et leur mise en conformité avec les standards internationalement admis. Elle aide à trouver la formule la mieux équilibrée d'une revue scientifique, pour assurer à la fois la poursuite ascendante de sa trajectoire internationale et l'expression privilégiée des travaux des membres de la SOFCOT et de ses sociétés filles. Il se confirme à l'analyse de cette expérience que les articles de revue systématique, plus particulièrement ceux défendant des idées originales

initiées en France, sont ceux qui contribuent le mieux à la propulsion de l'Impact Factor.

► UN COMPARETEUR AVANTAGEUX

OTSR offre à une communauté scientifique telle que la notre une aventure partagée de mutualisation de la connaissance. Dans une telle aventure, l'Impact Factor peut servir de guide non seulement au comité de rédaction mais également aux auteurs prospectifs. Ces derniers sont d'ailleurs, en France, encouragés à privilégier la soumission à OTSR. L'amélioration de l'Impact Factor doit inciter les auteurs à soumettre des articles de méthodologie de plus en plus irréprochable et particulièrement utiles sur le terrain clinique proprement dit. Ces auteurs prospectifs doivent être tout particulièrement réceptifs à l'évolution culturelle toujours en cours au sein de la médecine fondée sur la preuve. Le filtre du comité de rédaction, généreusement assisté des relecteurs, assume tout autant son rôle incontournable de sélection qu'un rôle pédagogique sur la durée pour donner la meilleure audience internationale possible aux recherches finalement publiées. On comprend donc qu'en matière d'Impact Factor une certaine fébrilité puisse encore perdurer pour OTSR. Cette fébrilité reste excusable tant que notre revue qui est en fait la votre... n'a pas atteint l'âge canonique (dans l'anglophonie) de ses grandes concurrentes internationales.

► AU TOTAL

Si l'on s'en réfère au dernier Impact Factor connu, OTSR garde le cap et il est du devoir de tous les acteurs impliqués dans cette aventure à succès de poursuivre leur engagement. Qu'ils en soient tous ici remerciés.

Charles MSIKA

La rédaction de OTSR : rédacteur en chef : P. Beaufile ; rédacteurs adjoints : J.-L. Besse, T. Bégué, A. Blamoutier, P. Clavert, P. Hardy, P. Massin, H. Migaud, C. Msika, D. Rouleau, R. Seringe, J.-M. Thomine et J. Tonetti

SYMPOSIUM

Résultat à 10 ans des réparations de la coiffe des rotateurs

Moins agressive que la chirurgie à ciel ouvert, l'arthroscopie est devenue fréquente en France pour la prise en charge de la rupture de coiffe des rotateurs. Mais, quel en est le bénéfice à 10 ans ? Réponse au cours de ce symposium.



© Peter Miller / Flickr

Une étude multicentrique conduite par Jean-François Kempf de Strasbourg et Philippe Collin de Rennes, s'est intéressée à environ 1 600 dossiers issus de 15 centres en France (libéraux, hospitaliers et hospitalo-universitaires), ayant réparé une rupture de la coiffe des rotateurs par une technique ouverte classique ou par arthroscopie, afin de connaître l'impact à long terme de ce mode d'intervention. « Nous avons émis l'hypothèse que la réparation de la coiffe des rotateurs, par chirurgie conven-

tionnelle ou par arthroscopie, efficace à court terme, pouvait donner à distance de bons résultats cliniques. Nous avons comparé les deux approches chirurgicales pour savoir laquelle offrait les meilleurs résultats », rapporte J.-F. Kempf, l'un des directeurs scientifique du symposium. Les bénéfices pour le patient semblent avérés au regard des données affinées par des études de groupes lésionnels et une comparaison intergroupe. Ce travail s'accompagne d'une étude anatomique de la cicatrisation par IRM des patients ayant accepté de passer cet examen dix ans après l'intervention, ce qui permet d'apprécier au mieux la qualité de la cicatrisation. Et si les résultats de cette chirurgie s'avèrent prometteurs, qu'en est-il à 20 ans ? Le professeur Christian Gerber de Zürich, spécialiste du sujet, a été chargé du sujet et rapportera plus de 100 cas opérés en 1994 et revus 20 ans après. ▲



JEUDI 12 NOV.
16H00 - 17H30
GRAND AMPHITHÉÂTRE
NIVEAU 1/2

MONOGRAPHIES

Monographies de la SOFCOT : une année blanche

Charles MSIKA



© Flickr

Il est une tradition bien établie, celle de faire coïncider le congrès avec la publication de deux ou trois ouvrages à forte valeur pédagogique. L'un, le mieux connu, celui rassemblant les conférences d'enseignement, permet de disposer d'une quasi-transcription immédiatement disponible des conférences auxquelles on n'a pas pu assister. L'autre ou les autres de tels ouvrages, aux côtés des conférences sont la ou les monographies, débroussaillant en profondeur un sujet donné à la fois sur le plan de la prise en charge, des indications et de la technique chirurgicale.

Cette livraison multiple, installée sur les stands avec la régularité d'une horloge par les Éditions Elsevier dès l'ouverture du congrès, adoptera cette année une présentation « light ». Rassurons les congressistes, il ne s'agira quand même pas d'une version « zéro » puisque l'ouvrage des conférences sera bien présent et mis en vente en temps et en heure. En effet, l'année 2015 sera dispensée de la publication des monographies, en partie en raison de l'effort de parution, à l'occasion du congrès, du livre de

l'Histoire de la SOFCOT (cf. article en page 28) et également en raison d'une refonte de la présentation de la gamme des publications de la SOFCOT.

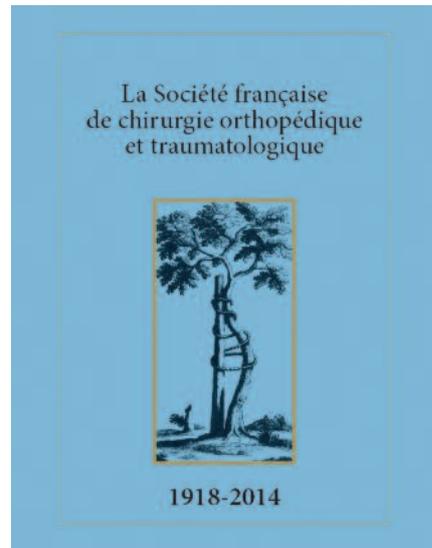
Une telle modernisation, tous les quarts de siècle, de la bibliothèque pédagogique de la SOFCOT n'est sans doute pas un luxe. Il s'agit probablement de la ou d'une des dernières de telles réactualisations de présentation, tant il est vraisemblable que d'ici une dizaine ou une vingtaine d'années, voire avant, le monde de la publication aura évolué vers une présentation digitale électronique exclusive, quasi universelle. La démarche vise ici à assurer une homogénéité et une unité visuelle à l'ensemble des publications de la SOFCOT. La nouvelle couverture des ouvrages rejoint à présent celle adoptée pour la Revue de chirurgie orthopédique, c'est-à-dire en harmonisation avec la chartre graphique couleur du site internet de la SOFCOT : le rouge et le noir, sur fond blanc... La littérature classique orthopédique garde ses droits... même dans une année exceptionnellement blanche pour les monographies, annonçant néanmoins... une production prometteuse pour 2016. ▲

FOCUS Près d'un siècle d'histoire de la SOFCOT

Anoncé l'an dernier, le second tome de l'Histoire de la SOFCOT est maintenant disponible. Pour accompagner cet événement éditorial, le premier tome profite d'une réimpression. Plongée dans les coulisses de ce concentré de la vie de la société savante depuis sa création en 1918.

Tous les férus d'histoire chirurgicale s'en félicitent, l'arrivée du tome II de l'Histoire de la SOFCOT poursuit l'œuvre réalisée par Jean-Pierre Razemon, auteur du tome I paru en 1998. Gérard Lecerf, qui a piloté le comité éditorial du second volume, raconte : « En 2013, Bernard Augereau alors président de la SOFCOT a donné l'impulsion à la réalisation d'un tome II compte tenu des importantes évolutions de la société savante depuis 1997. La SOFCOT a grandi mais aussi profondément modifié ses statuts ». Un travail de mémoire couvrant la période 1998-2014 s'imposait. Gérard Lecerf ne l'a pas accompli seul. Rémi Kohler, Jacques Yves Nordin et Jacques Caton se sont grandement impliqués dans ce projet.

L'ouvrage est riche, comprenant le témoignage des différents présidents qui ont vécu l'évolution de la SOFCOT ou, quand ce n'était pas possible, leur action reconstituée grâce aux archives de la société. Il donne également un large écho aux contributions des principales sociétés savantes, associées, partenaires, et amies mais aussi étrangères et internationales dans l'histoire de la chirurgie orthopédique et traumatologique française ; il compile par ailleurs les principales publications de langue française liées à l'orthopédie. « Ce livre fait le point sur l'évolution de la SOFCOT mais aussi de la réglementation relative à la chirurgie orthopédique et traumatologique », indique Gérard Lecerf. Il constitue



en cela un ouvrage de référence pour tous les chirurgiens, avec un aspect pratique puisqu'il réunit de très nombreux contacts. Une telle somme ne pouvait pas rester dans la seule « intimité » de la SOFCOT. Les deux tomes sont naturellement remis aux membres de la SOFCOT mais également adressés aux présidents des sociétés orthopédiques étrangères, et à un certain nombre d'institutionnels, ce qui leur confère aussi une dimension d'ambassadeur. C'est bien le moins quand on sait

l'importance des chirurgiens français dans le développement de l'orthopédie à travers le monde. À ce titre, l'ouvrage prend toute sa saveur, car, comme le disait Raymond Aron, « les hommes font leur histoire, même s'ils ne savent pas l'histoire qu'ils font ». L'Histoire de la SOFCOT permet ainsi aux chirurgiens absorbés par leur métier de se poser un moment sur ce qui constitue ce métier lui-même, ses fondements et ses conditions d'exercice. Bien que ce livre s'adresse essentiellement aux chirurgiens orthopédistes, il sera accessible à tous, l'éditeur ayant prévu de le mettre en vente. ▲

FORUM SICOT Fractures de l'extrémité supérieure du fémur, l'ascension

La prise en charge des fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes âgées (65 ans et plus) préoccupe les orthopédistes. La SOFCOT et la SICOT en ont fait le sujet de leur forum commun.



Cette tranche d'âge (65 ans et plus) représente aujourd'hui 18 % la population, en France mais aussi en Europe et en Amérique du Nord. Elle va passer à 25 % à l'horizon 2023-2024, c'est-à-dire demain. Cette population souvent affectée par des maladies chroniques, polymédicamentée, présente également un risque élevé de fragilité osseuse, et donc de fractures de l'extrémité supérieure du fémur. Sachant que celles-ci représentent 65 % des fractures chez les personnes de 65 ans et plus, un véritable problème de santé publique se profile, aux enjeux sociaux et économiques non négligeables. Ce forum vise à définir comment optimiser ce qui se fait déjà en matière de prise en charge de ces fractures dans cette population et à trouver de nouvelles réponses. De nombreux pays d'Europe ont déjà établi un cadre d'intervention. La France s'est mise au diapason. Depuis le printemps dernier, la SOFCOT propose sur son site internet ses propres recommandations. Il s'agit maintenant de croiser les savoirs, observations et idées. « Une réflexion doit être menée à grande échelle. Une prise de conscience globale est indispensable », indique Philippe Merloz qui dirige ce symposium avec Maurice Hinsenkamp (Bruxelles). ▲

JEUDI 12 NOVEMBRE
14^H00-16^H00 SALLE 352 - NIVEAU 3

Réforme de santé aux Etats-Unis : un bilan en demi-teinte

Au moment où la présidence Obama, dans sa dernière année, arrive à son terme, après deux mandats successifs, le legs principal que ce président voulait laisser à l'histoire s'avère encourageant pour les uns, décevant pour d'autres. Il s'agit de sa réforme de santé, officiellement désignée sous le nom de ACA (Affordable care act ou décret pour une santé à la portée de tous) tellement identifiée à son promoteur qu'elle a pris le nom populaire d'Obamacare. **Charles MSIKA**

► ÉTAT DES LIEUX AVANT LA RÉFORME

Avant le lancement de cette réforme, il importe de savoir que les États-Unis n'étaient pas le désert catastrophique d'assurance maladie que l'on se plaît à vouloir leur décrire. Deux groupes « privilégiés » de population bénéficient en effet d'une assurance maladie subventionnée par l'état : tous les seniors de plus de soixante-cinq ans, sur la base du généreux programme Medicare et tous les indigents, disposant d'un revenu inférieur à celui d'un seuil défini de pauvreté, sur la base du programme Medicaid. Le programme des seniors est à la charge de l'État fédéral, celui des indigents à l'échelon local à la charge des États avec d'éventuelles particularités régionales. Les oubliés de la santé, c'est-à-dire les non-assurés, restaient des personnes entre 18 et 65 ans, disposant d'un emploi mais de revenus insuffisants pour souscrire à une assurance.

► UNE ARCHITECTURE FONCTIONNELLE COMPLEXE

Avec des objectifs louables au départ - l'enfer est toujours pavé de bonnes intentions - cette réforme voulait offrir à ces non-assurés (environ un cinquième de la population totale) une assurance maladie équitable. Contrairement au modèle français qui confie la gestion de cette assurance à une administration monopolistique semi-étatique, le gouvernement américain a préféré laisser cette gestion à l'expérience professionnelle confirmée du monde des assurances. Ce dernier avait d'ailleurs interprété cette réforme comme une exceptionnelle opportunité de croissance pour un secteur déjà rodé, et ce du fait de l'inclusion potentielle d'une cinquantaine de millions de clients supplémentaires. Cette perspective

a donné lieu, dans un espoir d'économies d'échelle, à une vague sans précédent aux États-Unis, de consolidation dans ce secteur. Des fusions de poids lourds de l'assurance se sont d'ailleurs déjà produites, un peu à l'instar de celles ayant secoué les opérateurs de téléphonie mobile. Tant et si bien qu'il est vraisemblable qu'à l'horizon 2017 il ne persistera sur le territoire que trois méga-assurances couvrant le risque de santé. Pour cependant protéger les futurs assurés d'une dérive de ces assurances vers une logique exclusive de profit, les autorités américaines ont mis en place des garde-fous réglementaires : modulation des primes en fonction des revenus individuels, interdiction de rejet d'un candidat sur la base d'un état antérieur pathologique préexistant, respect de la réglementation de l'État dans lequel ces compagnies opèrent.

► UNE OBLIGATION LÉGALE

En imposant une obligation pour tout individu de la population de se doter d'une assurance de santé, obligation assortie d'amendes et/ou de pénalités fiscales en cas de défaut, la réforme se pensait infaillible. L'enregistrement des personnes disposées à se soumettre à cette obligation s'avéra en fait semé d'embûches. Il a fallu organiser à l'échelon des états, et sous leur égide, des « bourses ou plateformes d'échange » assimilables à des « salles de marché » au sein desquelles le « client » prospectif se voyait offrir un contrat d'assurance tenant compte de son âge, de son niveau de revenus, de ses possibilités éventuelles de déduction fiscale (et/ou de crédit d'impôt) et enfin d'une éventuelle subvention gouvernementale personnalisée. Les États furent au départ encouragés, même incités, à

« Prenez dès maintenant une longueur d'avance ». Page d'accueil de la plateforme d'enregistrement des assurés du site internet fédéral de la santé : <https://www.healthcare.gov>

mettre en place ces plateformes - pour l'essentiel informatisées - par une subvention fédérale à leurs coûts de lancement et de fonctionnement. L'idée d'établir au niveau de chaque État ces plateformes reposait sur la notion qu'une telle délimitation géographique devait permettre de mieux cerner les profils de dépenses de santé et de coûts hospitaliers en fonction de la région concernée et par conséquent de mieux arbitrer les primes sollicitées par les assureurs. Pour mettre sur les rails cette réforme l'État fédéral a distribué quelque cinq milliards de dollars de dotations aux États en contrepartie de quoi ces derniers prenaient la responsabilité de gérer ces plateformes.

► DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

En fait, comme c'est souvent le cas en matière d'échanges économiques dématérialisés et utilisant

Internet, le modèle économique ne devient souvent navigable qu'après de multiples « plantages » initiaux corrigés chemin faisant. Ce fut le cas pour le recrutement des nouveaux assurés. Une première vague de souscriptions fut offerte dans une fenêtre de calendrier allant d'octobre 2013 à janvier 2014. Elle s'avéra désastreuse à la fois du fait de dysfonctionnements informatiques quasi insurmontables et de l'incompréhension du public d'un dispositif aussi complexe. Par un double effort (plus d'1,5 milliard de dollars de rallonge budgétaire...) à la fois de refondation des sites Internet et de communication pédagogique tous azimuts l'administration centrale du ministère de la Santé bénéficia d'une session de rattrapage sur un nouveau créneau de calendrier prolongé jusqu'en février 2015. Du fait des moyens déployés, le nombre de nouveaux assurés augmenta substantiellement sans toutefois jamais atteindre les sommets promis d'une

couverture universelle: l'esprit libéral individuel de certains Américains leur faisant préférer le risque d'une pénalité pour défaut d'assurance plutôt que la soumission à une obligation jugée totalitaire.

► LE « DÉGAGEMENT » DE CERTAINS ÉTATS

Bien que certains États aient de principe refusé l'adoption de la réforme allant jusqu'à la remettre en question devant la Cour suprême, d'autres l'avaient approuvée, incités par les subventions fédérales. Ceux ayant accepté d'administrer de telles plateformes évaluèrent leur rentabilité en fonction du budget global dépensé rapporté au nombre de nouveaux assurés enregistrés. Malgré les dotations fédérales, parfois déjà dépensées, plusieurs États (estimant que la « récolte » de nouveaux assurés ne justifiait pas le niveau des efforts budgétaires et des dépenses consenties pour perpétuer le fonctionnement de ces plateformes d'échange) décidèrent de « jeter l'éponge ». Une vague de « dégageant » de ces États eu lieu durant l'été 2015, ne laissant alors aux assurés que l'unique alternative de se retourner vers une plateforme centrale fédérale. Malgré un tel « dégageant » de certains états, le ministère de la Santé a préféré laisser ces derniers conserver certaines prérogatives de santé publique en dehors de l'enregistrement des assurés: campagnes de prévention et d'éducation, réglementation des prix de polices d'assurance, réglementation du marketing de ces polices d'assurance. Une telle évolution impose finalement à l'administration centrale fédérale de jouer un rôle bien plus important qu'initialement souhaité.

► UNE SATISFACTION MITIGÉE

Des sondages réalisés auprès des nouveaux assurés eux-mêmes, indiquent que moins de la moitié d'entre eux sont réellement satisfaits par la couverture d'assurance qui leur est finalement fournie.

Au niveau de la gouvernance de ces plateformes d'échange, les directeurs sont également censés se réunir annuellement ou bi-annuellement pour développer des



méthodologies permettant de surveiller le caractère soutenable ou non des efforts consentis pour pérenniser la réforme. En cas de doute, certains préfèrent rapidement s'orienter vers un modèle hybride laissant à l'état fédéral l'administration la plus consommatrice de ressources quitte en contrepartie à amplifier un peu le programme des indigents, Medicaid, que ces États ont toujours géré.

Enfin pour les non-assurés les plus récalcitrants, c'est-à-dire ceux refusant d'entrer dans le système, la pénalité fiscale mise en place est

de un pour cent du revenu net ou de deux pour cent du revenu brut, pénalités néanmoins plafonnées. Certaines exemptions de cette pénalité sont cependant prévues: séjour prolongé à l'étranger ou en prison, divorce récent, naissance d'un enfant...

► UN VERRE À DEMI PLEIN

Une étude épidémiologique et de santé publique a été publiée dans le JAMA (Journal of the American Medical Association) fin juillet 2015. Elle s'est attaché à analyser, sur un échantillon de plus d'un demi-million de sujets,

les changements du vécu individuel de couverture d'assurance maladie, d'accès aux soins et d'état de santé consécutifs à la mise en place du dispositif de l'Obamacare. Pour faciliter l'analyse de la collecte de données les chercheurs ont étudié les taux auto-déclarés de défaut de couverture, d'absence de médecin traitant, de difficultés d'accès aux soins de base, d'impossibilité de se faire traiter, ainsi que l'état de santé ou les limitations d'activité en raison d'un tel état de santé.

Tous ces paramètres, par rapport à la situation prévalant antérieurement, ont bénéficié d'amélioration qui à défaut d'être spectaculaires furent néanmoins significatives: le taux de non-assurés a diminué d'environ huit pour cent; les taux d'absence de médecin traitant, de défaut d'accès aux soins, d'impossibilité de se faire traiter faute de moyens, d'états de santé précarisés ou de chômage pour raisons de santé ont tous été réduits d'environ cinq pour cent.

C'est au sein des minorités les plus déshéritées que furent observées les améliorations les plus substantielles, plus particulièrement dans les États ayant amplifié leur programme Medicaid réservé aux indigents. Cette étude, méthodologiquement très sérieuse, conclut par un satisfecit sur les progrès accomplis par la réforme, bien que la quantification des données analysées reste empreinte d'une certaine part de subjectivité.

► AU TOTAL

Tout en restant une réforme plutôt mal ficelée, l'Obamacare est sans doute faite pour durer: en effet l'inertie inhérente au système législatif américain rend d'éventuelles retouches difficiles à redéfinir. Même les candidats de l'opposition républicaine à la prochaine présidentielle se trouvent embarrassés de démanteler totalement une évolution de l'assurance maladie qui satisfait certaines couches de l'électorat.

Charles MSIKA

Source: JAMA, 28 juillet 2015, « Changes in Self-reported Insurance Coverage, Access to Care, and Health Under the Affordable Care Act », Benjamin D. Sommers, Munira Z. Gunja, Kenneth Finegold et Thomas Musco

COMMUNICATION Lettre CNP-SOFCOT, l'actualité orthopédique en quelques clics

Lancée début 2014 pour optimiser l'information professionnelle et scientifique des orthopédistes, la lettre CNP-SOFCOT diffusée par mail a trouvé son rythme de croisière. Zoom sur sa conception.

Cet outil de communication interne concrétise la volonté conjointe de Norbert Passuti, président de la SOFCOT en 2014 et Rémi Kohler, président de l'AOT durant le même exercice. « Notre mandat suivait deux axes : l'amélioration de la qualité et de l'évaluation en relation avec la HAS, ainsi que celle de la communication », explique R. Kohler, rédacteur en chef de la Lettre. L'aventure américaine la même année où la SOFCOT était l'invitée d'honneur de l'AAOS a donné l'impulsion à ce projet. « Nous nous sommes en effet inspiré de leur newsletter qui fonctionne bien », raconte R. Kohler.

Conçue comme un outil de communication dynamique et réactif, la Lettre ne concurrence pas le BOF, le Bulletin des orthopédistes francophones. Au contraire, elle en est le parfait complément. Le premier, en version papier, paraît deux fois par an depuis 1987 - année de

sa création par Bernard Tomeno - avec une diffusion électronique adoptée au début 2015. La seconde routée elle-aussi par voie électronique rejoint les boîtes-mails de tous les membres de la SOFCOT sous forme de PDF, tous les mois et demi environ - ce qui en permet l'archivage aisé et une consultation à discrétion.

Le contenu lui-même n'est pas redondant. Là où le BOF propose des articles de mise au point de quelques pages sur une technique, une actualité professionnelle, etc. la Lettre adopte un format court et concis pour limiter sa lecture à 10 minutes.

Elle s'organise selon un rubriquage qui a maintenant fait ses preuves : *Vie professionnelle* (DPC, difficultés sur une prothèse, etc.), *Vient de paraître* (annonçant les publications les plus récentes sur l'orthopédie), *Focus sur* (qui permet de présenter en détail une société partenaire ou une commission de la SOFCOT).



Les jeunes orthopédistes ont également le droit à une rubrique propre sous forme de tribune libre. « Cela correspond au souhait des présidents de la SOFCOT depuis deux ans d'accorder une place plus importante à la nouvelle génération », indique Rémi Kohler. Les lecteurs trouvent également une rubrique *Best of bibliographique*, produite par Raphaël Vialle, responsable du Centre de documentation orthopédique. Il propose une sélection et analyse des 4 à 5 derniers articles orthopédiques de la littérature à ne pas manquer par les orthopédistes. Un rubriquage et une périodicité

différents du BOF donc, mais un même objectif : partager l'information en complète synergie. En effet, le comité de rédaction est en partie commun. Franck Fitoussi, secrétaire général adjoint de la SOFCOT et secrétaire de l'AOT, pilote le BOF. « Nous échangeons sur le contenu des deux supports afin d'éviter les doublons mais aussi pour trouver des sujets pertinents. Les deux médias sont complémentaires », se félicite R. Kohler qui en profite pour adresser un message aux lecteurs : « N'hésitez pas à nous faire partager vos idées de sujets et propositions d'articles ! »

DISTINCTION Les médaillés d'honneur de la SOFCOT

Six orthopédistes de renom, dont le Pr Delagoutte à titre posthume, se voient décerner la médaille d'honneur de la SOFCOT 2015. Chacun, dans sa spécialité, a étroitement participé à l'évolution de toute la discipline. Le JDC SOFCOT leur dédie cette page au nom de leur engagement de toute une vie.

In Memoriam

Pr Jean-Pierre DELAGOUTTE,

Le professeur Jean-Pierre Delagoutte, un des pionniers de la chirurgie du pied en France, est décédé à Nancy le 9 septembre 2015 à l'âge de 78 ans.

Il était né à Saint-Dié (Vosges) le

9 août 1937. Il a effectué toute la première partie de sa carrière de chirurgie orthopédique dans le service du Pr Michon, avant de rejoindre le service de chirurgie de l'hôpital de Brabois dirigé par le Pr Bénichou, dont il prit la succession

comme Chef de service. Puis il a occupé la même fonction à l'hôpital central de Nancy en 1992. Nommé PU-PH de 1^{re} classe en 1997, il a pris en charge à la Faculté de médecine de Nancy le « laboratoire de chirurgie expérimentale », tout en initiant l'enseignement de la chirurgie du pied en créant le DU de médecine et chirurgie du pied. Jean-Pierre Delagoutte était un homme discret, aux qualités humaines qui forçaient le respect de ses élèves et collaborateurs. Il devait recevoir la médaille d'honneur de la SOFCOT lors du congrès de novembre et savait qu'il ne pourrait probablement pas, alors, être des nôtres au sein de cette communauté



qu'il chérissait et pour laquelle il avait tant donné.

Jean-Pierre Delagoutte était un homme et un chirurgien désintéressé, toujours éloigné des marques de reconnaissance et des honneurs et qui a toujours été discrètement et fidèlement au service des patients.

Henry Coudane et Didier Mainard

Pr Gérard LECERF,
Saint-Malo



« J'ai profondément été imprégné par l'enseignement, la rigueur exceptionnelle et la discipline intellectuelle de Jean-Michel Thomine, à la tête de l'école rouennaise d'orthopédie dont je suis fier d'avoir été l'élève.

En 1979, je me suis installé au centre hospitalier de Saint-Malo. La création de la spécialité dans des locaux neufs, dans une ville alors sans chirurgien orthopédiste, son développement avec l'évolution des techniques pendant 30 ans a été une expérience passionnante.

L'équilibre entre l'orthopédie et la traumatologie - difficile et exigeante - est indispensable à une vie professionnelle harmonieuse et au maintien d'une technicité satisfaisante. Le chirurgien orthopédiste hospitalier non universitaire doit rester le plus possible « généraliste » pour assurer sa fonction de traumatologue, et répondre à la demande.

Le chirurgien de l'hôpital général doit aussi avoir un rôle d'enseignant sans empiéter sur les prérogatives des universitaires.

L'avenir pour nos jeunes collègues ne sera pas facile. La collaboration avec les tutelles est devenue inévitable, la pression de celles-ci s'aggrave; je souhaite profondément que tous les responsables en charge de ces relations parviennent à conserver au praticien sa liberté intellectuelle mais aussi thérapeutique dans ses choix techniques qui doivent être guidés uniquement par l'intérêt du patient. »

Pr Bernard MOYEN, Paris



« Le mouvement c'est la vie! Cette spécialité, intimement liée à la récupération de la fonction motrice, est une spécialité positive, joyeuse pour le patient, optimiste et jubilatoire pour le chirurgien... avec ses peurs aussi!

J'ai eu la chance d'explorer avec bonheur plusieurs facettes innovantes de cette spécialité: la microchirurgie pour la réplantation et la chirurgie de la main, la chirurgie endoscopique du genou apprise à Boston et commencée à Lyon en 1977, les greffes autologues de cartilage pour les lésions du genou, l'aide à la pose des

Pr Pierre CHAMBAT,
Lyon



« Deux maîtres ont fortement influencé mon devenir: Henri Dejour, qui m'enseigna la chirurgie du genou avec une analyse sans compromis des échecs et Jack Hughston visité en 76 qui me familiarisa avec la chirurgie du sport. Originaire de la montagne et impliqué dans la Fédération française de ski, je me suis intéressé aux blessures des skieurs, notamment la rupture du ligament croisé antérieur (LCA) traité par des sutures puis des plasties utilisant d'emblée le tendon rotulien.

S'occuper des sportifs nécessitait un lieu de rééducation. Ce sera l'inter-départemental de Hauteville qui deviendra un centre de référence pour la remise sur le terrain des athlètes.

Avec le temps et l'amélioration des moyens diagnostiques et thérapeutiques, la prise en charge des blessures sportives a beaucoup progressé mais beaucoup reste à faire.

Les plus jeunes que j'ai toujours accepté auprès de moi, même dans une structure privée, doivent réfléchir au choix optimum du transplant pour le LCA en fonction du sport, associé ou non à des gestes périphériques, à la restauration méniscale poussée au maximum ainsi qu'au traitement des lésions cartilagineuses.

Je remercie la SOFCOT, la Société française d'arthroscopie (SFA), et l'European society sport knee arthroscopy (ESSKA) dont j'ai été le président. Elles ont toujours été un motif de stimulation intellectuelle facteur de progrès.»

prothèses du genou, les ancillaires à usage uniques.

Des techniques nouvelles vont encore faire évoluer cette spécialité: robotisation, nouveaux matériaux, innovations techniques contrôlées, thérapie cellulaire reconstructive, chirurgie ambulatoire, contrôle de la douleur, récupération post-opératoire rapide.

Le bistouri va-t-il laisser place aux injections de facteurs de croissance autologues (tendon, muscle, cartilage) ou à l'application de BMP pour les fractures difficiles?!

Les analyses scientifiques des résultats, des études multicentriques contrôlées seront LA règle. Et, il faut aussi aimer la recherche qui est La Valeur ajoutée de notre métier.

De beaux défis pour la génération qui monte.»

Pr Pierre HOFFMEYER
Genève



«La chirurgie orthopédique est une magnifique spécialité reconstructive qui allie anatomie, physiologie, biologie et technique. Au début de ma formation, l'accent était encore sur le traitement conservateur. Les traumatismes et les affections articulaires passaient par l'immobilisation et la décharge. Ces quatre dernières décennies ont consacré l'approche chirurgicale. Mais les orthopédistes n'étaient pas seuls. Ils ont bénéficié de partenariats forts avec les anesthésistes, les radiologues et les rééducateurs notamment. Nous avons vu naître le concept du travail en équipe: le chirurgien solitaire maîtrisant toutes les techniques a laissé la place au superspécialiste œuvrant au sein d'un groupe et les chirurgies les plus audacieuses ont alors obtenu un taux de réussite inégalé. Cependant, nos patients aussi ont évolué et encore plus vite que nos techniques. Ils sont aujourd'hui mieux informés, restent actifs très longtemps et sont devenus exigeants quant aux résultats. L'adaptation, à nos patients, aux politiques, aux lois, à l'économie et aux nouvelles techniques, est essentielle pour garantir la réussite de l'avenir de notre spécialité.»

Pr Jean-Paul CARRET,
Lyon



«Depuis l'externat, j'ai toujours souhaité m'orienter vers l'orthopédie et la traumatologie. Je ne l'ai jamais regretté un seul jour de ma carrière, prenant plaisir aux consultations avec leur rapport humain, au staff du service où chacun peut donner son avis, au bloc opératoire où dans le calme - parfois avec un certain stress - on réalise le geste opératoire planifié, à la participation aux congrès nationaux ou internationaux qui permettent d'échanger nos expériences. Pendant ces 40 ans de carrière, j'ai apprécié la formation avec cette notion de compagnonnage qu'il convient de conserver le plus possible ainsi que l'évolution de notre spécialité, le développement de l'ostéosynthèse, l'apparition et le perfectionnement de l'arthroplastie, l'émergence de nouvelles techniques comme l'arthroscopie, la chirurgie assistée par ordinateur, les nouveaux biomatériaux, etc. Tout cela n'est qu'un début; il faut que les plus jeunes continuent les recherches que nous avons initiées pour faire évoluer cette spécialité. Il ne faut pas avoir peur de l'avenir, même si « l'administration » nous complique souvent les choses. Cette spécialité est, pour moi, une des plus belles qui soit; on y trouve toujours du bonheur à condition de ne pas oublier de l'exercer à chaque fois dans l'intérêt du malade.»

La chirurgie ambulatoire, c'est maintenant !

Accompagnez vos patients
de la clinique à leur domicile avec



Rendez-vous
STAND P02

la cryothérapie compressive.

Nouveau



Une gamme complète :
hanche, genou, poignet, épaule...

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La Haute Autorité de Santé
en parle :

“ La Haute Autorité de Santé et son service d'évaluation médico-économiques et de santé publique recommande l'utilisation de la cryothérapie dans son rapport « Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR - janvier 2008 . Ce document a été validé par le collège de la HAS et est téléchargeable sur : www.has-sante.fr ”

1 rue Jules Guesde 91130 Ris-Orangis - France - Tel.: 01 69 02 19 20
www.orthopédie-iso.fr



IMPLANTS
SERVICE
ORTHOPÉDIE

Novembre 2015