

SOFCOT 2017



92^e CONGRÈS ANNUEL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE
ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
6-9 Novembre

Le Journal du Congrès



© Adobe - Cabecademarmore

p.5

GUEST NATION

L'Association d'orthopédie du Québec

p.10

SESSION CJO

Faut-il laisser opérer les internes ?



© Service photo du Département du Val-de-Maine



© Flickr Jean Tanguy

p.13

TABLE RONDE

Prothèse totale de genou sans ciment, une fiabilité reconnue

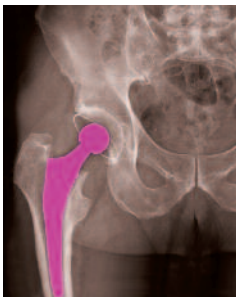
p.14

SÉANCE INAUGURALE

Nicolas Bouzou
L'offre de soins comme le financement doivent être réformés pour être moins inflationnistes



© Jacques Wirtz-Sipa



© AdobeStock - Nicolas Lamento

p.18

JOURNÉE DES SPÉCIALITÉS

La SFHG à l'honneur



© Biletsky Evgeniy - stock.adobe.com

www.sofcot.fr



Christian Delaunay,
Président du CNP-SOFCOT

Chirurgiens orthopédistes : « obligations et pragmatisme »

Obligations et pragmatisme, tels sont les thèmes de l'actuel congrès de novembre 2017 que nous avons choisis d'un commun accord en 2016, le Pr Paul Bonneville, Président de l'Académie de Chirurgie Orthopédique et moi-même.

Obligations, certes multiples, astreignantes, complexes, parfois à la limite de l'absurde, mais auxquelles nous ne pouvons échapper dans notre système de médecine conventionnelle, de plus en plus administrativement contrôlé.

Pragmatisme, car tout n'est pas forcément mauvais dans les propositions plus ou moins opposables qui nous sont faites par l'administration et ses agences, mais c'est à nous de les négocier, de les adapter à nos réalités, de les modifier et de les combattre s'il le faut avec des arguments cohérents, structurés et réfléchis.

En d'autres termes, comment exploiter à notre avantage et supporter sans épuisement et démotivation les obligations légales et réglementaires de plus en plus nombreuses et invasives qui nous sont trop souvent imposées sans réelle concertation.

Cette dernière année du ministère de Marisol Touraine a été lourde : comme les 4 années précédentes, elle aura principale-

ment initié des décisions démagogiques auprès des usagers, au profit des mutuelles et au détriment des professionnels de santé principalement libéraux. Il n'est pas évident que la politique en matière de santé de la nouvelle majorité soit si différente!...

À partir du congrès de novembre 2017 se terminera mon année de présidence du Conseil National Professionnel des Chirurgiens Orthopédistes Français (CNP-COT). En me retournant sur ces 12 mois d'activité intense au service de notre profession, je retiendrai les actions qui nous ont plus particulièrement motivées.

La réforme des CNP : « Halte au sectarisme, dans le deux sens! » écrivais-je dans ce même journal lors du Congrès 2016. L'ouverture à nos collègues libéraux des plus hautes responsabilités au sein des diverses instances du CNP n'a fait que se confirmer tout au long de cette année 2017. Nous sommes toujours en attente de la sortie des décrets d'application officiels, reportés depuis des mois, ce qui nous empêche de clarifier de nombreuses ambiguïtés envers la profession, qui nous le reproche bien souvent. Que faire lorsque les décideurs qui nous contrôlent ne décident pas!...

Les relations avec les assureurs se sont assainies. Suite à la défection partielle du courtier Branchet, en particulier pour de nombreux chirurgiens du rachis, un véritable partenariat s'est contractualisé avec la MACSF et la SHAM. La volonté de collaboration est réelle et s'est matériali-

sée par la création d'une commission paritaire (9 membres, 2 assurés par chaque assureur majeur, MACSF, SHAM et 3 par le courtier SAS Branchet) de relation avec les assureurs dirigée par Olivier Galland qui maîtrise ce sujet.

Les registres de santé : Le registre des PTH de la SOFCOT arrive à maturité avec 10 années d'existence et commence à produire ses premiers fruits sous la forme, en plus du rapport national mis en ligne tous les 2 ans sur le site du CNP, des rapports annuels personnalisés permettant aux adhérents de remplir une des activités optionnelles listées dans les bilans annuels spécifiques.

Orthorisq et le SIAM2 : Comme prévu, le passage sur le site de l'accréditation de la HAS du SIAM1 au SIAM2 a été difficile, et de nombreux adhérents y ont laissé du temps, de l'énergie, voire même leur volonté de continuer, au risque de sacrifier leur accréditation HAS. La situation est maintenant stabilisée, et les équipes d'experts d'Orthorisq font tout leur possible pour rattraper le temps et les collègues perdus en route.

La nouvelle convention et l'OPTAM : Bien sûr, il s'agit d'un sujet plus syndical et qui ne concerne essentiellement que nos collègues libéraux. Le CNP ne s'est donc pas prononcé sur ce sujet qui n'engage que la liberté de choix des collègues, prenant en compte cependant certaines avancées tarifaires plus intéressantes que celles de l'avenant 8 (CAS 2), peu adopté par nos membres du secteur II.

Le projet de rémunération à l'« épisode de soin » de la CNAM et de la DGOS : Après une phase de « pseudo-consultation », force a été de constater que ce projet était plus avancé que ce qui nous avait été annoncé. Là

encore, des collègues orthopédistes « free-lance » avaient offert leur concours aux autorités sans en tenir informé la profession, via son CNP. Que faire contre ces actions individuelles incontrôlées, souvent découvertes par hasard?... Comment comprendre que certaines individualités parmi nos collègues participent à des actions engageant toute leur profession sans en référer à leurs pairs via le CNP : ego surdimensionné, inconscience, naïveté... mais aussi certainement une absence de culture de lobbying de groupe versus un sentiment de valorisation individuelle suite à une sollicitation personnelle directe, et sans doute aussi une certaine faiblesse au sein de la profession de la valeur de la représentation professionnelle du CNP.

La politique de la chaise vide est la pire qui soit ; tout espace nous revenant légitimement doit être occupé par des chirurgiens orthopédistes de tout bord motivés et conscients de leurs responsabilités vis-à-vis de l'ensemble de la profession (et non de son seul groupe d'appartenance au même mode d'exercice), au risque de voir cet espace occupé par d'autres professionnels de santé, voire au pire par des technocrates, totalement inconscients des contingences de nos exercices.

L'unité de la profession, sans uniformisation, renforcera la voix de votre CNP en lui donnant un maximum d'efficacité pour représenter et défendre notre profession de chirurgiens orthopédistes et traumatologues, tout exercice confondu. La balle est dans notre camp, en particulier chez nos collègues libéraux qui doivent se décomplexer et s'investir dans l'intérêt de tous.

Alors, je souhaite un bel avenir à la chirurgie orthopédique et traumatologique française!... Et à tous, un bon congrès 2017.

Une redoutable efficacité dans l'organisation de cet évènement



Paul Bonneville,
Président 2017 de l'Académie
d'Orthopédie Traumatologie

Avec les fêtes familiales et amicales de Noël et de la Saint Sylvestre, janvier démarque l'année légale; septembre est la limite de l'année scolaire et universitaire; novembre balise l'année orthopédique par son congrès. Celui-ci est le 92^e. Le président de l'AOT focalise son action sur cet évènement: il m'est vite apparu que l'institution CNP-COT, les membres de l'Académie et surtout le secrétariat démontraient une redoutable efficacité dans l'organisation de cet évènement. En tout premier, je remercie les secrétaires toutes aussi discrètes qu'efficaces. Cette année orthopédique a reposé sur un trio composé du président de l'AOT, du président du CNP-COT, Christian Delaunay et du secrétaire général, Franck Fitoussi. Les deux premiers sont passagers, c'est une des raisons de leur investissement maximum. Le deuxième vient de prendre ses fonctions pour plusieurs années en relais de Charles Court. À l'opposé des triumvirats de l'histoire, celui-ci a fonctionné de manière harmonieuse en étroite

complémentarité et amicale complicité.

Le congrès retrouve sa place entre le lundi et le jeudi. Les premières heures sont consacrées aux collègues inscrits à Orthorisq: cette matinée doit être considérée comme un tremplin pour assister aux journées suivantes. Parmi les vingt conférences d'enseignement longuement préparées par des leaders d'opinion, toutes d'un haut niveau et intérêt scientifique, j'aurai deux « coups de cœur ». M. Tall développe le traitement des pseudarthroses dia-physaires du tibia dans un pays en voie de développement; Dominique Rouleau, chirurgien orthopédiste canadien montre comment construire une étude en traumatologie ostéoarticulaire.

Plusieurs choix ont été faits par le trio organisateur: les thèmes du congrès sont obligations et pragmatisme; la société associée mise à l'honneur sera la SFHG; enfin le Québec et sa société d'orthopédie sont nos invités. Nos amis de la Belle Province, souvent présents dans les précédents congrès, parti-

culièrement attachés à la francophonie, ont proposé une dizaine de communications particulières et participent à plusieurs tables rondes. Une innovation conviviale tient dans la possibilité de rester au niveau de l'exposition scientifique pour se restaurer à la pause déjeuner. La séance inaugurale du mardi 7 novembre est suivie de la conférence de N. Bouzou, essayiste spécialisé dans l'économie.

Par son programme, le congrès répond parfaitement aux thématiques choisies permettant d'organiser une séance complète de 13 communications particulières. Relevons au passage la plus originale: « un chirurgien orthopédiste peut-il porter plainte contre un patient? » par H. Coudane et coll.

Parmi les trois symposiums, l'un est classique consacré aux prothèses à charnières, les deux autres plus innovants: la chirurgie mini-invasive et arthroscopique dans la gestion des fractures ostéoarticulaires et la prise en charge des métastases osseuses du rachis et des membres. C'est la première fois que des collègues de ces deux innovations mettent en commun leur expérience de cette pathologie au pronostic particulièrement grave. Plus de dix tables rondes se déroulent pendant ce congrès dont plusieurs sont le reflet de son caractère international: SICOT (PTG pour les fractures du genou), EFORT (intérêt des tiges fémorales courtes) et collaboration franco-canadienne (chirurgie conservatrice de la hanche). La SFHG propose une table ronde sur le ciment dans les PTG. Parmi les autres tables rondes, on peut souligner

**Plus de 1 000
demandes de
communications
particulières ont
été adressées.
270 ont été retenues.**

le caractère novateur de celle sur la chirurgie ambulatoire, et celle sur les fractures du bassin chez la personne âgée. Mon autre coup de cœur est pour la table ronde du CJO: faut-il laisser opérer les internes?

Plus de mille demandes de communications particulières ont été adressées. Seules 270 communications ont été retenues en conservant la règle du nombre maximum par thème et par service. Un jury impartial et de spécialistes a noté avec rigueur ces différentes communications. Elles représentent un point de réelle émulation entre les différentes équipes issues des secteurs libéral et universitaire.

Nos principaux collaborateurs trouveront certainement un intérêt aux séances qui leur sont réservées, le mercredi aux kinésithérapeutes et le jeudi aux infirmier(e)s de bloc opératoire.

Enfin, le congrès est aussi un moment de convivialité et de rencontres. La soirée de gala se déroule le mercredi 9 dans un lieu mythique parisien: la coupole du magasin Le Printemps. Je souhaite la bienvenue et un excellent congrès à tous en espérant vous voir nombreux et assidus.



**SOIRÉE DU
92^E CONGRÈS**

**MERCREDI 8 NOVEMBRE
À 19H30**

**COUPOLE DU PRINTEMPS
HAUSSMANN**

**NIVEAU 6
58 BLD HAUSSMANN
75009 PARIS**

Jean-François Kempf,
Futur Président de la SOFCOT



© DR

J e suis presque un petit nouveau au sein de ce vaste CNP-SOFCOT (Conseil national professionnel de chirurgie orthopédique et traumatologique), créé il y a quelques années et qui regroupe 5 composantes (les 5 piliers de la sagesse !) : l'Académie d'orthopédie-traumatologie (AOT), le Collègue français des chirurgiens orthopédiques traumatologues (CFCOT), le Syndicat des orthopédistes traumatologues (SNCO), Orthorisk et enfin la Fondation pour l'innovation en chirurgie orthopédique et traumatologique (FICOT). Le CNP-SOFCOT comporte aussi les sociétés associées et partenaires*. Leurs représentants sont régulièrement associés à nos réunions.

Actuellement vice-président du CNP-SOFCOT, je vais accéder à la fonction de président à l'issue de ce congrès 2017, et c'est un immense honneur que l'on me fait.

En raison de mon expérience hospitalo-universitaire je m'at-

tendais, en rejoignant le CNP-SOFCOT, à y retrouver la lourdeur d'une structure devant assurer son service à tous les orthopédistes et traumatologues de France. En effet, ma chefferie de pôle au CHU implique de se heurter parfois à une administration pas toujours « compliant » avec les médecins, ainsi qu'à la gestion souvent délicate de ressources humaines. Malgré la bonne surprise de retrouver au sein du CNP-SOFCOT, une machine fonctionnelle bien huilée, je reste un peu inquiet de la multitude de dossiers restant à y défendre auprès de nos tutelles (HAS, DGOS, UNCAM, ANSM, ANDPC, et j'en oublie).

Fort heureusement, le bureau actuel du CNP-SOFCOT est composé de membres ayant souvent beaucoup d'expérience sur laquelle je vais pouvoir m'appuyer. Les conseils d'administration de l'AOT et du CNP-SOFCOT qu'ils préparent m'apportent en effet beaucoup car ils se déroulent dans une ambiance très constructive et positive, malgré les nuages qui s'amoncellent au-dessus des chirurgiens.

Trois exemples de dossiers brûlants à traiter prochainement :

la formation continue avec l'ODPC-COT,
la réforme de l'internat,
les tarifications de nos activités.

CNP- SOFCOT, Grandeur et servitude

À l'évidence,

il va falloir faire preuve de pragmatisme et d'unité dans notre profession...

J'ai, en particulier, apprécié le fait qu'il soit composé de chirurgiens libéraux et hospitaliers ou hospitalo-universitaires. Cette mixité très souhaitable avait été concrétisée récemment par la nomination à la présidence de la SOFCOT de deux chirurgiens libéraux, Gilles Walch et notre président actuel, Christian Delaunay.

Parmi les dossiers brûlants à traiter prochainement, figurent la formation continue avec l'ODPC-COT, la réforme de l'internat, les tarifications de nos activités pour ne citer que 3 exemples. D'autres réformes se profilent...

À l'évidence, il va falloir faire preuve de pragmatisme et d'unité dans notre profession et j'espère que les négociations à venir avec l'administration, les agences et autres tutelles continueront à être menées avec fermeté mais aussi esprit de négociation pour défendre notre beau métier.

Un sujet de satisfaction est la belle réussite des « e-learning » qui méritent donc d'être poursuivis et peut-être même augmentés en fréquence.

Le plus beau challenge restera quand même pour moi et le futur président de l'AOT, Philippe

Rosset de Tours, la réussite du congrès 2018 car cette année-là, ce sera le centenaire de la SOFCOT et le centenaire de la guerre de 14-18 durant laquelle des progrès considérables ont été faits en traumatologie par nos confrères chirurgiens militaires.

Nous allons aussi vous distribuer un livre du centenaire présentant toutes les grandes avancées de l'orthopédie traumatologie française durant ce dernier siècle.

Je souhaite donc à toutes et à tous un bel avenir, quelle que soit notre diversité d'exercice : libéral ou public, surspécialisé ou orthopédiste-traumatologue généraliste, parisien ou provincial.

* Sociétés associées et partenaires du CNP-SOFCOT

- l'AFCP, Association française de chirurgie du pied,
- la CAOS, Computer assisted orthopaedic surgery,
- le GETRAUM, Groupe d'études en traumatologie ostéoarticulaire,
- le GSF-GETO, Groupe sarcome français - Groupe d'étude des tumeurs osseuses,
- la SFCR, Société française de chirurgie rachidienne,
- la SFHG, Société française de la hanche et du genou,
- la SOFEC, Société française de l'épaule et du coude,
- la SOFOP, Société française d'orthopédie pédiatrique,
- la SFA, Société francophone d'arthroscopie,
- la SFCM, Société française de chirurgie de la main,
- la SOO, Société orthopédique de l'Ouest
- la SOTEST, Société d'orthopédie et de traumatologie de l'Est.

TABLE RONDE ORTHORISQ

Suivi post-opératoire des patients connectés, une pratique encore mal encadrée

Alors que la chirurgie ambulatoire et les protocoles de récupération rapides se développent, que les séjours hospitaliers raccourcissent, les chirurgiens orthopédistes sont de plus en plus sollicités par les éditeurs d'applications mobiles de santé permettant un lien post-opératoire avec les patients. Cette nouvelle relation « connectée » impose une certaine vigilance.

Pour rester en contact avec les patients quittant les établissements de santé plus tôt, les chirurgiens orthopédistes commencent à se tourner vers les applications mobiles ou objets connectés de suivi à distance. Orthorisq, favorable à cette évolution inéluctable des pratiques, souhaite attirer l'attention sur un point : un certain nombre de ces outils ne sont pas des dispositifs médicaux. Ils ne possèdent aucun marquage CE et ne font l'objet d'aucun contrôle par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et les pouvoirs publics. Une récente enquête menée auprès de ses adhérents par Orthorisq a mis en évidence quelques dysfonctionnements qui pourraient bien s'avérer préjudiciables pour les praticiens, notamment sur le plan juridique.



© Flickr - NEC

Bientôt un cadre réglementaire

La Haute autorité de santé a publié en 2016 un référentiel de bonnes pratiques sur les appli-

cations et les objets connectés en santé. Il constitue une première étape dans le processus d'évaluation et de conception des applications mobiles et

objets connectés dans le monde de la santé mobile, mais demeure insuffisant. Dans l'attente d'un cadre réglementaire prévu pour 2020, Orthorisq invite les chirurgiens orthopédistes à s'assurer de la fiabilité des applications et de la sécurité des données qu'elles contiennent, ainsi qu'à bien choisir les applications qu'ils voudraient conseiller à leurs patients. Les chirurgiens orthopédistes restent en effet responsables des conseils donnés aux patients, quand bien même ces derniers n'en feraient pas un bon usage. Orthorisq rappelle en outre qu'un suivi connecté ne peut se substituer au suivi clinique habituel, tout en étant favorable au développement de ces outils complémentaires dès lors qu'ils sont bien encadrés.



RENDEZ-VOUS
LUNDI 06 NOV.
9^H00 - 10^H15
GRAND AMPHI

GUEST NATION

Le Québec à l'honneur

L'Association d'orthopédie du Québec est l'invité d'honneur du 92^e congrès annuel de la SOFCOT. Bienvenue !

Indépendante de l'Association canadienne d'orthopédie avec laquelle elle entretient d'étroites relations, l'Association d'orthopédie du Québec (AOQ) regroupe tous les chirurgiens orthopédistes exerçant au sein du système de santé public du Québec ainsi que la majorité des quelques-uns ayant une pratique exclusivement privée. L'AOQ défend les intérêts économiques, professionnels, scientifiques et sociaux de ses membres.



© Adobe - Cabecademarmore

« Elle est heureuse de se joindre à la communauté francophone de la chirurgie orthopédique pour le congrès 2017 de la SOFCOT à Paris, et le Québec est reconnaissant d'être la nation invitée à cette prestigieuse activité scientifique », souligne le Pr Richard Turcotte, président de l'AOQ.

Forte de ses 375 membres présents dans toutes les régions de la province (le Québec compte 8,3 millions d'habitants répartis sur un territoire de 1,667 million de km²),

l'AOQ participe à la définition des besoins en orthopédistes dans les hôpitaux québécois. Elle est partie prenante dans la négociation de la rémunération des actes effectués par ses membres et impliquée dans toutes les facettes de la prestation des soins aux patients. En outre, par règlement du Collège des médecins du Québec, elle assure la mise en œuvre d'activités de développement professionnel par l'organisation de diverses formations au bénéfice de ses membres.

TABLE RONDE

Chirurgie conservatrice de la hanche de l'adulte, un modèle français à préserver ?

En France, la chirurgie conservatrice de la hanche de l'adulte a peu à peu perdu du terrain au profit de la chirurgie prothétique, à la différence des pays d'Amérique du Nord dont le Canada qui lui accordent une large place. Cette table ronde franco-canadienne relance le débat sur la place de la chirurgie conservatrice.

La chirurgie conservatrice de la hanche peut-elle retrouver son lustre d'antan ? Premier écueil : la chirurgie de la dysplasie ou l'arthroscopie de la hanche ne sont que rarement enseignées dans les universités françaises. On comprend que la chirurgie prothétique même précoce soit privilégiée face à une

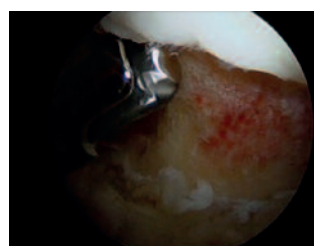


Contrôle radiographique d'une ostéotomie péri-acétabulaire pour dysplasie

chirurgie conservatrice potentiellement à risque, peu pratiquée, aux résultats incertains. Mais tient-on compte des résultats à long terme des prothèses sur hanche dysplasique et des difficultés d'une reprise ? Deuxième écueil : la méconnaissance de certaines évolutions et innovations développées à l'étranger. Difficile dans ces conditions d'assurer une transmission du savoir. « Cette transmission n'est réalisée qu'à l'initiative de trop peu d'orthopédistes », déplore Olivier May qui anime cette session avec Paul Beaulé.

France vs Canada

Alors qu'en France, en matière de dysplasie de la hanche, la tendance est à la pose de plus en plus précoce de prothèse chez des sujets jeunes, les équipes canadiennes vont, au contraire, chercher à préserver le plus possible l'articulation. Quant au conflit



Traitement arthroscopique d'un conflit fémoro-acétabulaire par effet came

fémoro-acétabulaire, il est encore sous-diagnostiqué en France par rapport aux pays d'outre-Atlantique, alors que sa correction permet de retarder significativement la coxarthrose.

Réviser les savoirs

Savoir jusqu'où il est possible de sauver une hanche, pour quels résultats et avec quelles techniques, tels sont les enjeux de cette table ronde. « Nous voulons également montrer que des tech-

niques comme l'ostéotomie péri-acétabulaire de Ganz, gold standard international mais très peu pratiquée en France, donne de bons résultats pour la dysplasie », indique Olivier May. La France privilégie la butée de la hanche, délicate et peu diffusée à l'étranger. Un face-à-face entre ces deux techniques doit permettre de repositionner les avantages et inconvénients de ces approches, avec l'objectif de repousser le plus tard possible la pose d'une prothèse.



RENDEZ-VOUS
MARDI 07 NOV.
8^H00 - 10^H00
AMPHI BORDEAUX

FORUM EFORT

Les tiges courtes dans les prothèses totales de hanche de première intention sont-elles sûres et efficaces ?

Les premiers résultats d'études sur ces tiges utilisées depuis une dizaine d'années permettent d'en évaluer la pertinence.

Ces implants se sont développés à partir d'un double constat : sur le plan théorique, l'essentiel de la fixation d'une tige se fait sur la partie proximale du fémur, il pouvait donc être envisagé d'avoir des tiges plus courtes. Sur le plan pratique, les tiges raccourcies facilitent la pose des implants par voie antérieure. Il en existe deux grands types : les tiges dites raccourcies (10 cm) avec des premiers résultats à 10 ans satisfai-

sants et les tiges très courtes (2 à 3 cm) pour lesquelles peu de données sont encore disponibles. « On commence à avoir du recul sur ces prothèses émergentes, mais il faut rester prudent dans les indications. Des résultats à plus long terme sont nécessaires pour valider l'efficacité du concept », indique Stéphane Boisgard qui co-anime ce forum avec Luigi Zagra (Italie).

De la théorie à la pratique

La session, à laquelle participent

également Philippe Massin, Moussa Hamadouche, Pascal-André Vendittoli (Canada) et Michael Morlock (Allemagne), veut répondre à un certain nombre de questions :

- Tous ces implants très différents peuvent-ils entrer dans une classification ?
- Comment les fixer ?
- Quels sont les challenges techniques de ce type d'implant ?

L'objectif est également de pouvoir donner des résultats, sur la

base d'études et de registres, et de proposer des indications : quel type de tige pour quel patient ?



RENDEZ-VOUS
MARDI 07 NOV.
10^H30 - 12^H30
GRAND AMPHI

Cercle Nicolas Andry

Cette année, le cercle Nicolas Andry se scinde en trois parties : des communications libres et diverses, un débat et une table ronde. La publication des textes de cette matinée est disponible chez Sauramps Médical, qui année après année édite le recueil des communications, déjà la onzième édition.

Des communications variées

Variées et toujours aussi riches, les communications nous font passer de l'origine des stries radiologiques de croissance (Fig. 1 a/b) de R. Valaikaité et P. Lascombes (Genève) à l'effet tunnel et team working de Patrick Houvet, (Paris) ou comment transférer ce qui fonctionne dans un cockpit au bloc opératoire. Les piliers du Cercle seront présents une fois de plus avec des thèmes variés, surprenants mais complémentaires, car ils illustrent tous la richesse de notre profession :

- A-I. Kapandji ou *Kap l'Ancien* 2017 (Longjumeau) : Faire des présentations lisibles et attractives sur PowerPoint,
- François Bonnel et Christophe Bonnel (Montpellier) (Fig. 2) : Préservation du patrimoine histo-

rique d'anatomie à Montpellier (1376-1920): duplication par plâtre, • Michel Caillol (Marseille): Les trois défis du chirurgien.

Un débat sur le Manifeste de chirurgiens en révolte

Ce débat sur « *La chirurgie dans tous ses états: à propos du Manifeste de chirurgiens en révolte* » (Fig. 3) est animé par P-O. Pinelli et F. Dubrana. Les débatteurs, P. Devallet, A-C. Masquelet, Ph. Rosset et H. Thomazeau, plancheront sur les questions suivantes :

- Quelle est, pour chacun de vous, la définition de la chirurgie ?
- Quel regard portez-vous sur l'exercice actuel de la chirurgie ?
- Quelle est votre position au regard de la révolution technologique qui envahit les blocs opératoires ?

- Que pensez-vous de l'actuelle réforme du 3^e cycle, pour la chirurgie ?
- Quelle est votre position concernant l'introduction du numérique dans la transmission des connaissances, que ce soit pour la formation initiale ou pour la formation continue ?

Une table ronde sur La santé connectée

Cette table ronde sur « *La santé connectée* », animée par A. Fabre

Un Cercle Andry à pérenniser

Mais revenons au temps présent. Le Cercle, cloud interactif créé en 2007 et qui n'est pas une association au sens de la loi 1901, se renforce et se modifie année après année. Sa richesse c'est sa plasticité. Sa faiblesse est de n'être pas une association. Sans ressource et sans membre, il peut se volatiliser avec la disparition de ses fondateurs. Son futur, ce sont les chirurgiens orthopédistes de



Figure 3: Manifeste de chirurgiens en révolte. Éditions Sauramps Médical 2017

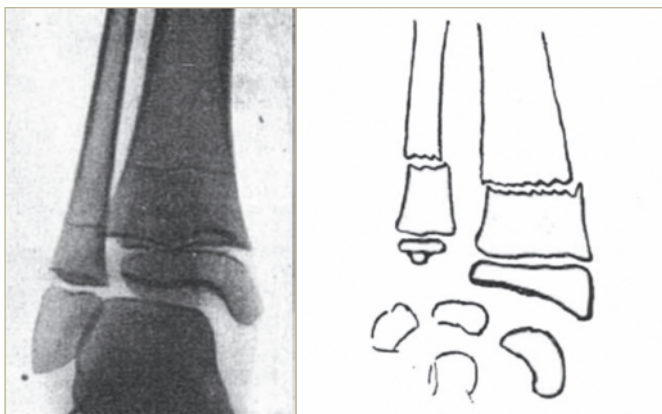
Le monde chirurgical est traversé par un malaise grandissant qui se traduit par une exaspération croissante à l'égard des conditions d'activité et des nouvelles règles d'évaluation et de formation.

Un groupe restreint de chirurgiens, réunis sous le collectif de Nicolas Andry, s'est donné pour tâche de nommer les errements contemporains, dont ils n'ont ni la maîtrise ni la responsabilité, et de proposer des mesures correctives.

Ce « Manifeste de chirurgiens en révolte » est destiné à un large public: patients et futurs patients, acteurs de soins, responsables de formation, décideurs en santé pourront y trouver matière à réflexion pour donner sens à une action commune et renouvelée au service de la collectivité.



Figure 2: Exemple de reproduction en plâtre de masques faciaux.



Figures de Tillier [1920]: « Radiographie montrant admirablement le trait séparatif dia-métaphysaire » Niveau fréquent des fractures métaphysaires du poignet chez l'enfant, (Tillier) (b).

et D. Le Nen, comporte cinq conférences :

- La révolution de la santé connectée: définitions, enjeux et perspectives, R. Kohler (Lyon) et N. Reina (Toulouse),
- Problèmes juridiques de la santé connectée, H. Coudane (Nancy),
- L'homme ordinaire connecté, A-C. Masquelet (Paris),
- Big data, EBM et connexion. J. Dubousset (Paris),
- Un progrès technique est-il toujours un progrès humain? J-M. Clavert (Strasbourg).

demain, gageons que nous continuerons et que vous continuerez cette aventure unique portée depuis ses origines par la SOFCOT.

Pr Frédéric Dubrana



RENDEZ-VOUS

MARDI 07 NOV.

8^H00 - 12^H30

SALLE PASSY

Traitement chirurgical des métastases osseuses du rachis et des membres, cartographie et perspectives d'amélioration des pratiques.

Permettre d'améliorer les pratiques en précisant le profil des patients atteints de métastases osseuses du rachis et du squelette périphérique, tel est l'objectif du symposium qui présente un état des lieux de cette prise en charge.

Ce symposium conduit par Paul Bonneville et Frédéric Sailhan présente les résultats d'une étude prospective démarrée en 2015, avec un suivi des patients à 6 et 12 mois après traitement, et d'une étude rétrospective sur 5 ans, en coopération avec plusieurs centres français de chirurgie orthopédique et de neurochirurgie. C'est le premier symposium réunissant ces deux spécialités.

« Nous avons analysé le profil épi-

démiologique et histologique des patients atteints de métastases osseuses. Nous avons analysé leur statut clinique ainsi que les habitudes de prise en charge chirurgicales des équipes », indiquent Paul Bonneville et Frédéric Sailhan.

Une amélioration de l'état général après chirurgie

Ces travaux ont notamment mis en évidence, à partir des scores ASA et Karnofsky entre autres, une amélioration de l'état gé-

ral des patients après le traitement chirurgical de leurs métastases osseuses du rachis et du squelette périphérique. « Les données recueillies nous permettent d'identifier des profils de patients présentant des risques de complications ou de décès significativement différents » soulignent Paul Bonneville et Frédéric Sailhan. Ces résultats confortent l'attitude résolument opératoire dans une optique préventive et d'amélioration de la qualité de vie, d'autant que des thérapeutiques nouvelles

apportent une note d'espoir dans la maîtrise globale de la maladie cancéreuse.



RENDEZ-VOUS

MARDI 07 NOV.

8^H30 - 10^H00

GRAND AMPHI

Prothèses totales du genou : faut-il encore utiliser des modèles à charnière ?

Les prothèses totales du genou à charnière n'ont pas bonne presse. En cause, leur nombre plus important de complications qu'on est tenté d'attribuer aux contraintes de la liaison fixe entre le tibia et le fémur. Ces prothèses conservent pourtant un intérêt dans quelques indications.

Prothèses ayant des risques de reprise plus élevés que les prothèses totales du genou à glissement, les indications de PTG à charnière doivent être posées avec circonspection mais restent parfois incontournables. Tel est le message central de ce symposium conduit par Gilles Pasquier, Gualter Vaz, et Matthieu Ehlinger, qui présentent les résultats d'une étude à plus de 5 ans des prothèses totales de genou à charnière rotatoire ou non réalisée dans une vingtaine d'établissements de référence, essentiellement des CHU.

Ces prothèses, rarement utilisées aujourd'hui, restent indiquées en première intention après un traumatisme sévère, responsable de pertes osseuses massives et d'une destruction ligamentaire



©Flickr-Die Kust

compromettant la stabilité. Pour les mêmes raisons elles peuvent être nécessaires dans les reprises de prothèse totale du genou, afin d'obtenir la stabilité de celui-ci. Autres indications : les fractures de la partie inférieure du fémur

chez les personnes âgées de 80 à 90 ans, ostéoporotiques, pour lesquelles ces prothèses assurent une stabilité du genou qui permet un lever immédiat de ces patients très sensibles à tout allègement prolongé ; la reconstruc-

tion après résection d'une tumeur osseuse autour du genou. En l'absence d'alternative prothétique autre pour tous ces patients, les prothèses à charnière facilitent le retour à une fonction du genou parfois proche de la normale et restent encore une solution incontournable comme le confirme cette étude.



RENDEZ-VOUS

MARDI 07 NOV.

16^H00 - 17^H30

GRAND AMPHI

L'assistance robotique de Smith & Nephew

Parce que la prise en charge d'une prothèse de genou évolue vers l'ambulatoire et que dans le domaine de l'orthopédie l'innovation va de pair avec la robotisation de l'acte chirurgical, **Smith & Nephew**, société pionnière et focalisée sur l'innovation de rupture, propose des produits toujours plus différenciant qui apportent une valeur ajoutée réelle pour répondre aux besoins des professionnels de santé, notamment dans le domaine de l'orthopédie grâce à l'assistance robotique Navio®.

La robotisation de l'acte chirurgical ou l'avenir de l'orthopédie

Le système chirurgical Navio®, système d'arthroplastie partielle du genou assistée par robotique, a été conçu pour aider les professionnels de santé à fournir des résultats précis lors de l'acte chirurgical grâce à l'utilisation d'un instrument robotique contrôlé par le chirurgien. Ce système montre un intérêt pour l'amélioration de la précision des résections osseuses et de l'équilibrage ligamentaire dans les arthroplasties unicompartmentales du genou.

Les principaux avantages de ce système sont :

- son **logiciel de planification peropératoire riche en fonctionnalités et basé sur une représentation virtuelle du genou du patient**, créée par cartographie anatomique et enregistrement cinématique,
- son **exécution précise** et sécurisée de la résection osseuse conformément au plan défini par le chirurgien,
- son **évolutivité**, avec notamment une mise à jour imminente qui permettra de réaliser toutes les arthroplasties primaires du genou.

Résultat, le chirurgien peut travailler de manière plus précise, la chirurgie devient moins invasive que lors d'une intervention classique. **La cicatrice du patient est moins grande et sa récupération plus rapide. Une avancée médicale et technologique majeure à laquelle Smith & Nephew participe depuis maintenant 2 ans^[1].**

Navio® : une collaboration homme-machine dans la pose de prothèses partielles de genou

« Le robot, c'est le progrès du moment en orthopédie » déclare le Professeur Sébastien Lustig, Chirurgien Orthopédiste à l'hôpital de la Croix Rousse à Lyon et pionnier dans la pose de prothèses partielles du genou à l'aide du système chirurgical Navio®.

Contrairement aux apparences, **le robot et le chirurgien forment un couple indissociable**. L'assistant robotique est un outil intelligent qui ne fait que suivre les indications programmées en amont par le chirurgien, il intervient en support de ce dernier pour lui permettre de travailler de manière plus précise.

Réalisation de la carte en 3D du genou, programmation des zones où le robot doit retirer l'arthrose, puis pose de la prothèse par le chirurgien, voilà le résultat de cette collaboration.

Véritable avancée dans le domaine de l'arthroplastie partielle du genou, acte demandant plus de précision, et, à terme, assistant d'autres gestes orthopédiques tels que les prothèses totales du genou ou de la hanche, **la robotique représente l'avenir de l'orthopédie.**

Avec Navio®, Smith & Nephew ne vend plus un produit mais une solution qui permet de réduire la durée de récupération et les éventuelles complications post-opératoires^[2].

Avec Navio®, Smith & Nephew est plus que jamais aux côtés des professionnels de santé dans leur mission quotidienne, celle d'améliorer la qualité de vie des patients.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le stand Smith & Nephew – P13.



1 - (Sharkey, P., et al. "Why Are Total Knee Arthroplasties Failing Today?" Clinical Orthopaedics and Related Research. 2002 Nov;404:7-13.)
 (Siddique, N., Ahmad, Z. "Revision of Unicompartmental to Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review" The Open Orthopaedics Journal 2012;6: (Suppl 2: M2) 268-275)
 2 - (Maîtrise orthopédique : <https://www.maîtrise-orthopedique.com/articles/navio-pfs-instrumentation-robotisee-sans-imagerie-preoperatoire-pour-la-mise-en-place-des-protheses-unicompartmentales-217>)



Système NAVIO - Système de robotique chirurgicale. Destination : conçu pour aider le chirurgien à fournir les limites spatiales d'orientation définies par le logiciel et des informations de référence sur les structures anatomiques au cours d'interventions orthopédiques. Le système Navio est indiqué pour une utilisation dans les interventions chirurgicales sur les genoux au cours desquelles une chirurgie stéréotaxique peut être appropriée et dont la référence aux structures osseuses anatomiques rigides peut être déterminée. Ces procédures comprennent l'arthroplastie unicompartmentale du genou et l'arthroplastie fémoro-patellaire. Le système Navio est indiqué pour une utilisation avec des implants cimentés uniquement. Classe IIa. Organisme notifié : AMTAC n° 0473 Mandataire : Smith & Nephew Orthopaedics GmbH - Tuttlingen - Allemagne. Veuillez lire attentivement les instructions figurant dans le manuel de l'utilisateur qui accompagne ce dispositif médical.

© Marque commerciale Smith & Nephew

Faut-il laisser opérer les internes ?

La réforme du 3^e cycle de médecine se traduit par un séquençage en 3 phases du DES d'orthopédie-traumatologie, qui se déroule depuis novembre 2017 sur 6 ans quand la formation comptait jusqu'à présent 5+2 ans. Ces transformations mettent au cœur des réflexions la place de l'interne au bloc opératoire et l'optimisation de sa formation par le biais de la simulation notamment.

Le Collège des Jeunes orthopédistes (CJO) qui travaille en étroite relation avec le Collège français des chirurgiens orthopédistes et traumatologues (CFCOT) sur la mise en œuvre de la réforme souhaite que la formation au bloc des internes soit optimisée et mieux évaluée mais aussi reconnue comme activité d'enseignement par la Conférence des Doyens. Un questionnaire a été adressé par le CJO aux internes comme aux professeurs d'université pour comparer les deux visions de l'activité au bloc. Cette enquête, dont les résultats sont présentés par Marc-Olivier Gauci, président du CJO, met en évidence des réalités différentes au niveau national, entre des services sollicitant fortement les internes et d'autres plus restrictifs notamment à l'égard des internes en début de formation. Il en ressort une formation hétérogène allant des internes cantonnés au poste d'aide opératoire pendant plusieurs années à des internes impliqués dès le début dans leur formation technique sous la supervision des chirurgiens seniors. Une évaluation du volume horaire des internes au bloc, de leur activité mais aussi de l'implication des seniors dans



© Service photo du Département du Val-de-Marne

cet enseignement permettra d'y voir plus clair dans la formation technique des futurs chirurgiens.

La simulation au cœur du dispositif

Reconnue pour optimiser la courbe d'apprentissage, la simulation - un des piliers de la réforme du 3^e cycle et mode de

formation apprécié pour sa capacité de gestes reproductibles par les internes - occupe également une place variable sur l'ensemble du territoire. Pour mieux en apprécier l'apport, le CJO a invité Robert Turcotte, président de l'Association d'Orthopédie du Québec (AOQ), à faire part de l'expérience du Canada, en avance sur la question. La session s'en va également regarder du côté de l'aéronautique, avec la présence de Jean-Pierre Henry, pilote de ligne et président du STAN Institute, centre de formation à la chirurgie robotique de base de Nancy utilisant des simulateurs. Il vient apporter son éclairage en comparant l'apprentissage par simulation du pilote qui va se retrouver seul aux commandes de son avion, et du chirurgien qui va devoir prendre les bonnes décisions opératoires. Enfin, pour comprendre plus précisément les

enjeux en termes de responsabilité de l'interne et de son formateur, Henry Coudane vient expliquer le cadre juridique de l'internat. Il fournit aussi un cadre éthique à l'exercice des chirurgiens en formation au bloc opératoire. Cette session est l'occasion pour les universitaires et tous les maîtres de stages d'aborder plus sereinement le versant technique de la formation en cette période de grand chamboulement.



RENDEZ-VOUS

MARDI 7 NOV.

8^H00- 10^H00

SALLETERNES
NEUILLY



Exploration et analyse fonctionnelle des prothèses de genou

Organisée conjointement avec la Société de biomécanique et la Société francophone d'analyse du mouvement chez l'enfant et l'adulte (SOFAMEA), cette table ronde organisée autour de binômes et pilotée par Patricia Thoreux et Raphaël Dumas apporte un éclairage sur l'exploration et l'analyse fonctionnelle des prothèses de genou : ce qui a été développé en recherche biomécanique, mais surtout ce qui est désormais appliqué en recherche clinique.



© Flickr - AN Berlin

Parmi les moyens d'exploration et d'analyse fonctionnelle, figure la mesure du mouvement articulaire, centrée sur les différents degrés de liberté du genou ou sur les caractéristiques de la marche prise dans sa globalité (vitesse, fréquence de pas...).

Ces mouvements articulaires dépendent notamment du dessin de la prothèse, du positionnement des implants et des éventuelles douleurs post-opératoires. Les surfaces prothétiques en contact, propres à ces mouvements articulaires, vont aussi générer avec le temps une usure des matériaux. Cette usure sera d'ailleurs plus ou moins importante en fonction des conditions

de chargement mécanique et du comportement des tissus environnants.

Raphaël Dumas,
Directeur de Recherche, LBMC
UMR_T9406, Laboratoire de
Biomécanique et Mécanique des Chocs,
Université Lyon 1 - IFSTTAR



RENDEZ-VOUS

MARDI 07 NOV.
8H30 - 10H00
SALLE 351

► Les binômes de la table ronde Biomécanique-SOFAMEA-SOFCOT

BINÔME 1

Cinématique 3D tibio-fémorale : comparaison pré et post prothèses totale du genou (PTG)

- LAURENCE CHÈZE
Université Lyon 1
- SÉBASTIEN LUSTIG
Groupement hospitalier Lyon Nord

BINÔME 2

Mesure « en direct », prédiction de l'usure et des débris dans les PTG

- JEAN GERINGER
Ecole des Mines de Saint-Etienne
- RÉMI PHILIPPOT
CHU Saint-Etienne

BINÔME 3

Analyse quantifiée de la marche pour le suivi des PTG

- ALICE BONNEFOY
Université de Genève (Suisse)
- PIERRE MARZ
CHU Dijon

BINÔME 4

Influence du dessin des implants des PTG sur la biomécanique articulaire prothétique

- PATRICK CHABRAND
Université d'Aix-Marseille
- MATTHIEU OLLIVIER
Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, Hôpitaux Sud

Savoir-faire et **faire-savoir**

La diffusion des recherches françaises en orthopédie et traumatologie est indispensable et doit être encouragée. Preuve en est, la place que lui accorde maintenant tous les ans le congrès de la SOFCOT à travers cette séance de Rédaction Médicale. L'exercice relève toutefois d'un certain nombre de règles à respecter qui en garantissent la rigueur.



dénoté IMRAD (*Introduction, Methods, Results, and Discussion*).

Le processus de reviewing à OTSR

Henri Migaud démystifie le travail des reviewers, en montrant qu'il comporte certes une dimension subjective mais qu'il repose sur des outils objectifs d'analyse, de synthèse et de rédaction de l'avis transmis au lecteur. Stéphane Boisgard dévoile plus avant le rôle des enseignants dans cette activité de reviewing.

L'open access

Pascal Léger propose un focus sur la publication en open access, en pleine expansion. À la différence du circuit fermé qui se traduit par une cession des droits à l'éditeur, l'open access permet aux auteurs un contrôle de ces droits et donc de multiplier les publications sur différents supports. « Cela donne l'avantage d'une diffusion et d'une audience plus large des travaux », souligne Philippe Beaufils. Toutefois, bénéficier de la puissance éditoriale du numérique a un coût. Les droits de publications en open access sont élevés, de l'ordre de 1 500 € à 3 000 € par article. Mais le modèle économique de ce système n'est pas encore stabilisé pour les maisons d'édition.

Depuis plusieurs années, la séance consacrée à la rédaction médicale s'est imposée au congrès de la SOFCOT. « L'écriture et les conditions de publication scientifiques méritent que l'on s'y attarde. Les plus jeunes notamment doivent apprendre ce qui s'apparente à une technique », indique Philippe Beaufils qui pilote cette session, avec Philippe Clavert et Rémi Kohler. La session se décompose en deux parties.

1 - Aspects généraux, préalables à la soumission

Conflit et déclaration d'intérêts

Cette question des conflits et déclaration d'intérêts, développée par Rémi Kohler qui en a étudié tous les aspects, est primordiale. Par méconnaissance ou inapplication des règles éthiques, les travaux proposés à la publication sont assortis de déclarations d'intérêts partielles. « Il en est d'une publication comme d'une intervention chirurgicale : l'éthique doit guider le geste », souligne Philippe Beaufils qui se

félicite des progrès en la matière : on enregistre aujourd'hui 35 % de déclarations positives d'intérêt liés aux articles soumis, ce qui est en nette progression mais encore insuffisant. Rémi Kohler donne ici les clés pour remplir correctement cette déclaration d'intérêts. Celle-ci n'a surtout pas une quelconque fonction de surveillance. Sa valeur est clairement informative, pour permettre au lecteur de connaître l'environnement de la publication et prendre en considération le biais qui pourrait être introduit par une déclaration d'intérêts forts en regard du sujet de l'étude.

La responsabilité des coauteurs

Selon la convention de Vancouver¹, « la paternité d'une œuvre biomédicale apporte une reconnaissance et a d'importantes implications académiques, sociales et financières. (...) Tout contributeur cité parmi les auteurs [doit comprendre] qu'il doit assumer sa part de responsabilité et d'imputabilité pour ce qui est publié ». Philippe Clavert rappelle ici l'im-

portance des enjeux de la déclaration des coauteurs, pour éviter des signatures de complaisance d'auteurs n'ayant pas pris part à un article. Cette pratique, trop répandue, vise à alimenter la liste des titres et travaux permettant de valoriser une carrière, un établissement et/ou une université. « De telles pratiques peuvent être reconnues comme fraude », alerte Philippe Beaufils. Philippe Clavert appelle également à la vigilance sur les désordres engendrés par la non prise en compte de la responsabilité des coauteurs, par exemple la soumission d'un article en omettant de prévenir les coauteurs...

2 - Technique de rédaction médicale, processus d'analyse et édition des articles soumis

La discussion et l'introduction : une différence souvent mal perçue

Philippe Beaufils redonne les règles de rédaction du chapitre « discussion » d'un article original qui répond à un plan strict

1- Les Recommandations pour la conduite, la publication, l'édition et la publication de travaux savants dans les revues médicales sont consultables sur le site de l'*International committee of medical journal editors* (ICMJE), également connu sous le nom de Groupe de Vancouver en référence au lieu de sa première réunion : www.icmje.org



RENDEZ-VOUS
MARDI 07 NOV.
12^H30 - 14^H00
SALLE 351

Prothèse totale de genou sans ciment, une fiabilité reconnue

Peut-on se passer de ciment dans les prothèses totales de genou ? Cette question posée par la table ronde de la Société française de la hanche et du genou travaille les orthopédistes depuis des années, sans qu'une réponse formelle ait pu être apportée. Le recul et la littérature aidant, l'absence de ciment peut aujourd'hui faire valoir ses atouts.

Plus de 10 années de pratique documentée par des études observationnelles et des essais randomisés sur la validité des PTG sans ciment permettent d'en objectiver les qualités. « Nous disposons aujourd'hui de suffisamment de recul pour étayer les arguments en faveur des prothèses totales de genou non cimentées, avec leurs principaux dessins », indique Philippe Massin qui pilote cette table ronde avec Pascal-André Vendidolli, directeur de programme du diplôme d'études supérieures en reconstruction articulaire de la hanche et du genou à l'université de Montréal.

Que disent les chiffres ?

Ces prothèses bénéficient d'une durée de vie d'au moins 10 ans, sans descellement mécanique dans plus de 90 % des cas - toute autre cause d'échec exclue par ailleurs -, voire de 20 ans. Autre élément favorable : les PTG sans ciment peuvent être prescrites à tous les âges, sans que soit prise



© Flickr, Jean Langway

en compte la qualité de l'os comme le montrent des reculs à long terme chez des patients atteints d'arthrite rhumatoïde ou des patients de plus de 75 ans. Elles présentent un intérêt particulier chez les actifs jeunes soumettant leur genou prothétique à de fortes contraintes (activités professionnelles et sportives). En outre, complète Philippe Massin, « les études n'ont pas mis en évidence de retentissement sur le remodelage osseux ou l'ostéoporose induite (stress shielding) par rapport à la fixation cimentée; elles montrent également que le traitement de surface en titane éventuellement recouvert d'hydroxyapatite de l'implant favorise l'ostéogénèse et l'ostéointégra-

tion comme au niveau de la hanche ».

Et qu'en est-il de l'incidence médico-économique ?

Le coût plus important des implants sans ciment peut être partiellement compensé par l'absence de produits préparatoires du ciment, et par l'économie de temps opératoire « ce qui permet à l'orthopédiste de se concentrer sur les points techniques les plus délicats, comme la précision des coupes et le réglage de la balance ligamentaire », souligne Philippe Massin. « La prothèse de genou sans ciment est arrivée à maturité », conclut-il « même si certains points restent à éclaircir comme l'étendue du revêtement poreux, soit limité à la face profonde

de l'embase tibiale, soit étendu à la totalité de l'embase en incluant la tige tibiale ». Des nouveaux matériaux comme le trabecular metal apparaissent également très prometteurs en matière d'ancrage biologique, tout en préservant les possibilités d'extraction en cas de complications infectieuses.



RENDEZ-VOUS

**MARDI 07 NOV.
14^H00 - 15^H30**

SALLE 352

▶ SÉANCE INAUGURALE L'offre de soins comme le financement doivent être réformés pour être moins inflationnistes

À chaque congrès, une place privilégiée est accordée à l'invité du Président de la SOFCOT, lors de la séance inaugurale. Il s'agit cette année de Nicolas Bouzou, économiste et essayiste français qui dirige le cabinet de conseil Asterès qu'il a fondé en 2006. Il a également créé le Cercle de Belém rassemblant des intellectuels européens libéraux et progressistes. Entretien.

Quelles raisons vous ont-elles conduit à participer au congrès annuel de la SOFCOT ?

Nicolas Bouzou : Le monde est traversé par une immense vague d'innovations technologiques, elle-même attisée par la mondialisation. Cette vague schumpetérienne transforme en profondeur certains secteurs, notamment la santé. En même temps, l'accès à la santé est au cœur du contrat social français. Voilà pourquoi ce sujet m'intéresse prioritairement et me conduit à faire des propositions de politique publique.

Comment faire pleinement profiter les professionnels de santé, les patients et les établissements de santé de ces évolutions technologiques souvent coûteuses ?

N.B. : C'est le cœur du sujet. L'innovation est toujours coû-



Nicolas Bouzou

© Jacques Witt-Sipa

teuse, au moins dans un premier temps. Mais, en santé, il est convenu en France que tout le monde puisse en bénéficier. C'est possible, à condition de réguler nos dépenses classiques avec une efficacité démultipliée. L'offre de soins comme le financement doivent être réformés pour être moins inflationnistes.

Le paiement à l'acte doit-il être réformé ? Pourquoi ? Comment ?

N.B. : Excellent exemple. Le paiement à l'acte est inflationniste car il pousse à multiplier les soins. Pour caricaturer, je dirais que le paiement à l'acte pousse à une surproduction de santé là où le forfait pousse à une sous-production. Je préfère la rémunération à la performance, sur la base d'objectifs édictés par les pouvoirs publics en concertation avec les financeurs publics et privés.

Quel est, selon vous, le modèle à adopter en matière de remboursement des soins, pour pérenniser notre système de santé ? Quels rôles doivent jouer l'assurance maladie et les mutuelles dans cette organisation ?

N.B. : Je suis favorable à une plus grande responsabilisation des patients, en particulier pour les « petits risques », même si je sais que cette terminologie peut cho-

quer certains médecins. Il existe un panier de soins lourds pour lequel la solidarité nationale doit jouer à 100 %. Pour le reste, il faut instaurer un bonus financier pour les patients qui ont une consommation raisonnable. Concertant les complémentaires santé, il faut définir précisément leur champ d'intervention en instaurant ensuite une concurrence entre elles. J'aimerais également leur voir jouer un rôle plus important dans la prévention, notamment dans les entreprises.



RENDEZ-VOUS
MARDI 07 NOV.
16^H00 - 17^H30
AMPHI BORDEAUX

▶ RECHERCHE SOFROT : de la cellule aux implants

La recherche en orthopédie qui a pour but de faire progresser les moyens mis à disposition des orthopédistes concerne des domaines très variés, allant de la cellule aux implants. Ce que reflète la session de la SOFROT, la Société française de recherche en orthopédie et traumatologie.

- L'épaule est un domaine où la recherche est très active. Les nouvelles technologies avec la reconstruction 3 D permettent, par exemple, de prédire à partir de certaines caractéristiques de l'humérus proximal la forme normale que devrait avoir cet humérus lorsqu'il est fracturé ou qu'existe une arthrose évoluée : le but de la reconstruction à réaliser est alors plus facile à définir (communication de Sergi Poltaretsky [équipes de Nice et Lyon]).
- La biomécanique tient toujours une part importante, en particulier pour la fixation des implants.

Philippe Clavert (Strasbourg) montre ainsi sur un modèle que le scellement des glènes dans les prothèses anatomiques d'épaule ne doit pas avoir une épaisseur supérieure à 1 mm, sinon la tenue de l'implant est moins bonne.

- La fixation des butées coracoïdiennes par vis ou endobouton a été étudiée à partir d'impression 3D par Vadim Azoulay (Toulouse).
- L'analyse par éléments finis, très utile pour comprendre la localisation des ostéonécroses de la tête fémorale dans les zones subissant le plus de contraintes

dans la vie quotidienne, par Jean-Charles Escudier (Marseille).

- L'anatomie est toujours d'actualité, affinant nos connaissances sur le rachis avec Hasegawa Kazuhiro (Japon) qui en analyse l'équilibre sagittal et les courbures compensatrices, ainsi que Benoit Maeder (Lausanne) qui montre que le canal rachidien des nouvelles générations diminuerait. La validité des méthodes de mesure de l'angle cervico-diaphysaire du fémur est comparée à partir de scanner par Aren Joe Bizdikian (Liban).
- La surveillance du taux d'infection en orthopédie fait partie des

critères d'évaluation de l'activité et Laurie Renaudin (Nancy) propose une nouvelle méthode.

Philippe Rosset



RENDEZ-VOUS
MARDI 07 NOV.
10^H30 - 12^H00
SALLE TERNES NEUILLY



OMNISCOPE DREAM

Arceau chirurgical à capteur plan

Stand STEPHANIX NO9 : venez découvrir l'arceau de bloc Omniscope DREAM

- Capteur plan TRIXELL, deux formats disponibles : 21 x 21 cm et 30 x 30 cm.
- Console d'acquisition double écran HD avec revue d'images «live».
- Trois modes d'acquisition : rad, scopie continue et scopie pulsée ajustable jusqu'à 25 images/s.
- Post traitement dédié par région anatomique.
- Outils de mesures pour le calcul de sténose.
- Mode angiographie soustraite optionnel (DSA).



SOFEC, bonnes pratiques pour la chirurgie de l'épaule et du coude.

Société associée de la SOFCOT, créée en 2009 dans le prolongement du Groupe d'études de l'épaule et du coude, la SOFEC, Société française de l'épaule et du coude, ne cesse d'étendre son audience. Une situation qui reflète l'engouement des jeunes chirurgiens pour cette spécialité.



La journée démarre par une série des 15 meilleures communications réalisées par des membres de la SOFEC. Elles sont suivies de discussions modérées par Luc Favard et Dominique Rouleau (Montréal), invitée dans le cadre de la venue d'une délégation québécoise au congrès. Ces communications éclectiques traitent, par exemple, des résultats à moyen terme des prothèses totales inversées pour omarthrose centrée avec glènes biconcaves, de l'efficacité biomécanique des transferts tendineux de rotation interne ou encore des bénéfices de la latéralisation glénoïdienne sur la mobilité des prothèses totales d'épaule inversées. « Cette session montre à quel point les membres de la SOFEC sont actifs en recherche », souligne Pierre-Henri Flurin, président de la SOFEC.

Le développement des infections à Propioni

Suivent deux conférences : celle de la Société francophone d'arthroscopie (SFA) sur l'instabilité postérieure de l'épaule, avec Arnaud Godeneche, conférence

qui illustre les liens étroits entre la SOFEC, la SOFCOT et la SFA. Celle sur la pathologie ligamentaire du coude est présentée par Pierre Mansat, fondateur de la SOFEC il y a bientôt 10 ans. Place ensuite à la table ronde sur les actualités en infection post-opératoire à Propioni en chirurgie de l'épaule, avec Dominique Rouleau, Eric Bonnet, Gérard Giordano et Jean Kany. « *Encore méconnues voilà quelques années, les infections ostéoarticulaires à Propionibacterium acnes semblent être en augmentation, mais cela s'explique par le fait que nous les diagnostiquons mieux, souligne Pierre-Henri Flurin. Nous devons les détecter et les traiter pour éviter des complications importantes. C'est un véritable enjeu de santé publique.* »

La matinée s'achève par la conférence de Dominique Rouleau sur l'intérêt des scores cliniques d'autoévaluation de l'épaule, particulièrement utilisés outre-Atlantique.

Un DIU attractif

L'après-midi est consacrée à une séance de 5 vidéos-flash, suivie

du rapport de Bertrand Coulet sur le DIU Coude-Épaule. La dimension inter-universitaire de ce diplôme donne accès aux compétences des différents CHU en matière de chirurgie d'épaule et du coude et permet une diffusion élargie des enseignements, grâce à des séminaires régionaux. « *Ce DIU Coude-Épaule attire de plus en plus de monde* », indique Pierre-Henri Flurin qui voit avec satisfaction arriver un nombre croissant d'étudiants dans la spécialité, une évolution qui s'en accompagne d'une autre : la féminisation progressive de cette spécialité.

Traiter les échecs et leurs causes

Le principal symposium de la journée porte sur la prise en charge des échecs de stabilisations antérieures, sous la direction de Richard Aswad et Pierre Métais. Cette étude multicentrique, analysant les causes d'échec et les moyens de les éviter, montre que la SOFEC ne s'intéresse pas uniquement à ses bons résultats, à l'instar de la table ronde sur les infections à Propioni.

Un rayonnement international

Cette journée dense se termine par une Assemblée générale, l'occasion pour son président d'inviter consœurs et confrères à rejoindre la SOFEC, pour échanger travaux et pratiques et contribuer plus encore à son essor et à son rayonnement, y compris au-delà des frontières. « *Le dynamisme de la SOFEC permet à ses travaux d'être représentés au sein de nombreux congrès internationaux, comme ceux récemment organisés par les sociétés européenne, américaine et japonaise de chirurgie de l'épaule* », se félicite Pierre-Henri Flurin.

Rejoindre la SOFEC :
www.asso-sofec.fr



RENDEZ-VOUS
MERCREDI 08 NOV.
8^H00 - 18^H00
AMPHI HAVANE

AFCP : deux sujets devenus rares

La journée de l'AFCP aborde, cette année, la prise en charge médicale et chirurgicale du pied rhumatoïde et le traitement du steppage. Malgré les progrès du traitement médical, le pied et la cheville des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde peuvent nécessiter une prise en charge chirurgicale, tout comme le steppage, dit « pied tombant ».

La matinée débute par un symposium sur le pied et la cheville rhumatoïdes. Les traitements médicamenteux de la polyarthrite rhumatoïde par les rhumatologues ont permis de réduire considérablement les déformations sévères du pied ou de la cheville. Mais, certains patients échappent au bénéfice de ces traitements et peuvent justifier d'interventions portant sur l'avant-pied, l'arrière-pied, et/ou la cheville. Même si, très souvent, ces interventions sont le fait de

chirurgiens liés aux centres spécialisés de prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde, les spécialistes du pied et de la cheville doivent être sensibilisés à cette pathologie. « D'autant, explique Jean-Yves Coillard, Président de l'Association française de la chirurgie du pied, qu'existe le risque de traiter un pied rhumatoïde sans que la maladie ait été diagnostiquée. Il est important d'en connaître les signes cliniques pour adresser en premier lieu le patient au rhumatologue avant d'envisager une inter-

vention chirurgicale. » Ce symposium redéfinit donc les traitements médicaux de la polyarthrite rhumatoïde et chirurgicaux du pied et de la cheville rhumatoïdes.

Face au steppage

La seconde partie de la matinée se poursuit par une conférence d'enseignement de Philippe Denormandie sur la conduite à tenir face à cette affection également peu fréquente pouvant nécessiter une prise en charge chirurgicale spécifique. « Nous devons améliorer les patients atteints de steppage sans prendre le risque de complications, du fait de leur fragilité », souligne Jean-Yves Coillard.

Communications libres

L'après-midi est consacrée à une

séance de dossiers médicaux ainsi qu'à une série de 12 communications particulières sur l'arthroplastie tibio-talo-calcaneal dans l'arthropathie de Charcot, les résultats du traitement arthroscopique par curetage et perforation des lésions ostéochondrales du dôme du talus, la première expérience d'utilisation de pansement de pression négative à usage unique dans le traitement des plaies complexes en traumatologie du pied et de la cheville, la position idéale d'une arthrodèse métatarsophalangienne de l'hallux par analyse baropodométrique dynamique, ou encore le protocole de réhabilitation améliorée après ligamentoplastie de cheville par remise en charge immédiate, pour ne citer qu'eux.



RENDEZ-VOUS
MERCREDI 08 NOV.
8^H00 - 17^H00
SALLE 352

SFCM : 6 communications

Un focus sur le syndrome de loges au membre supérieur est notamment proposé par Rémi Bleton qui rappelle les spécificités de ce syndrome caractérisé par une hyperpression sur les tissus internes d'un compartiment musculaire (loge) de l'avant-bras. Quand il est de forme aiguë (après fracture ou traumatisme), il nécessite une prise en charge chirurgicale précoce par aponévrotomie et ouverture des loges pour éviter des lésions tissulaires irréversibles. Un diagnostic et un traitement tardifs compromettent la récupération fonctionnelle.

Christian Dumontier fait le point sur la prise en charge des épicondylalgies, plus connues sous le nom de tennis elbow ou désignées par le syndrome douloureux latéral du coude, affection qui ne se limite pas à la pratique du tennis, loin s'en faut.

Cette journée de la SFCM se focalise également, avec Emmanuel Masmejean, sur le traitement de la maladie de Dupuytren. Il fait le point sur les traitements classiques et les nouvelles possibilités thérapeutiques.

Les fractures récentes de l'articulation interphalangienne proximale (IPP) des doigts sont traitées par Thierry Dubert. Ces fractures de mauvais pronostic justifient un diagnostic précoce et un traitement spécifique selon leur type. Dominique Le Nen aborde la prise en charge des fractures des métacarpiens et des phalanges des doigts longs. Il précisera notamment les indications de leur traitement orthopédique ou à défaut chirurgical.

Enfin, la réanimation de l'extension de la main et des doigts en dehors des lésions plexiques, est traitée par François Moutet. Cette chirurgie est indiquée devant les séquelles de paralysie radiale post-traumatique.



RENDEZ-VOUS
MERCREDI 08 NOV.
8^H00 - 12^H30
SALLE 341

SFCR : le sens de l'équilibre

Comme chaque année, la SFCR organise une session « rachis » dans le cadre de la Journée des spécialités de la SOFCOT.

Cette journée débute par deux conférences d'enseignement : le contrôle neurologique de la posture par Dominique Liguoro, puis les anomalies transitionnelles lombosacrées par Marc Szadowski. La seconde partie de la matinée est consacrée au symposium sur la fascinante variabilité des attitudes en chirurgie du rachis. La SFCR a ensuite la chance et l'honneur de recevoir Jean-Pierre Farcy pour une conférence sur le sens de l'équilibre et la chirurgie du rachis.

L'après-midi commence par un second symposium : scoliose, quand opérer, maintenant ou plus tard ? Puis Jean-Charles Le

Huec vient rendre compte du résultat de l'enquête sur les besoins en système d'aide à la visée pédiculaire. La session « rachis » s'achève par les rubriques « quoi de neuf », la remise de prix de la meilleure communication orale et des cas cliniques.

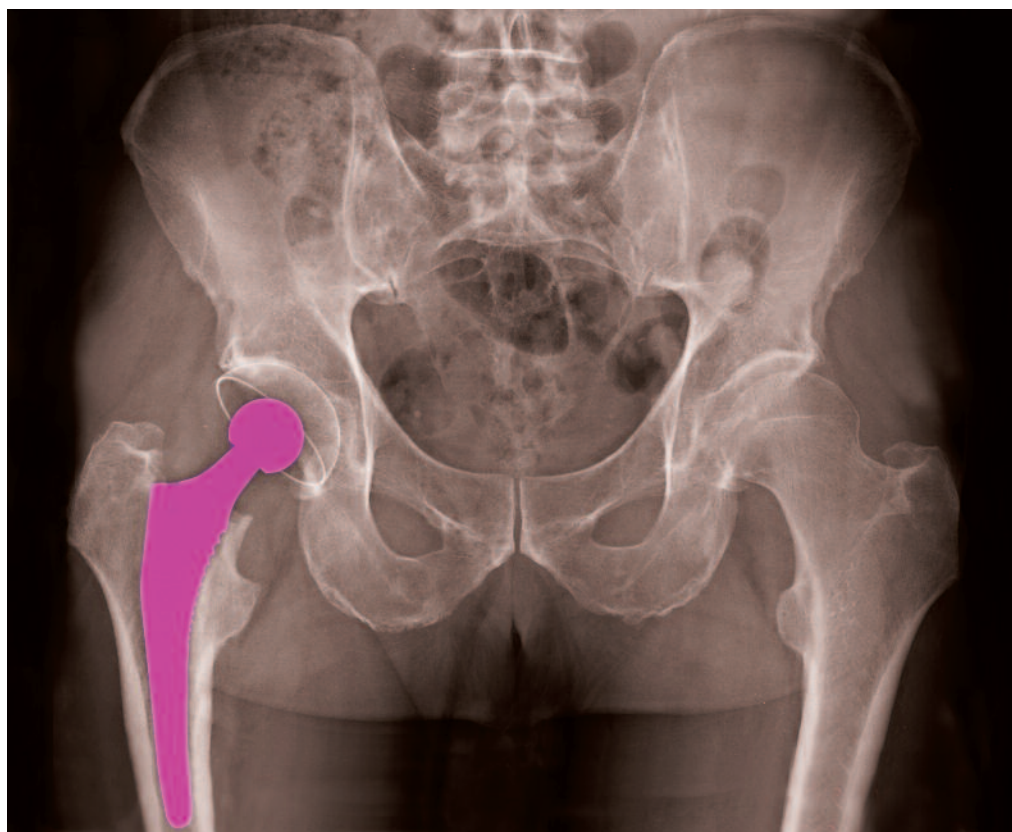


RENDEZ-VOUS
MERCREDI 08 NOV.
8^H30 - 18^H00
SALLE 342

La SFHG à l'honneur

Année particulière pour la SFHG, la Société française de la hanche et du genou. Elle a été désignée par la SOFCOT pour être mise à l'honneur durant le congrès ainsi émaillé de nombreux sujets sur la prise en charge des pathologies et traumatismes de la hanche et du genou. Le programme de la journée de spécialité illustre l'éclectisme du champ d'intervention des membres de la SFHG.

Parmi les thématiques abordées lors de la journée figure une veille technologique sur l'hypersensibilité aux métaux dans les prothèses totales de genou, présentée par Patrice Merl et Didier Mainard. « Cette problématique est relativement nouvelle et ne concerne pour le moment qu'un faible nombre de patients, indique Alain Cazenave, secrétaire général de la SFHG. On estime à 1 % les patients présentant des signes d'allergie aux métaux utilisés pour les prothèses ». Le chrome, le cobalt, le nickel et plus exceptionnellement le titane peuvent se révéler allergisants pour certains patients. Ce peut aussi être le cas du ciment. Mais, diagnostiquer une hypersensibilité aux métaux reste difficile, tant dans la perspective d'une prothèse de première intention que pour un patient déjà opéré. La veille technologique fait le point, en s'appuyant sur les résultats d'études cliniques ainsi que sur l'expérience allemande présentée par Wolfram Mittelmeier (Rostock). Outre-Rhin, les orthopédistes implantent systématiquement des prothèses traitées, en cas de suspicion d'une allergie aux métaux à l'interrogatoire du patient. La politique de remboursement allemande des prothèses permet cette approche radicale. Ce n'est pas possible en France, compte tenu du reste à charge pour les patients lié au traitement spécifique des prothèses. En outre, le type de prothèses traitées est plus limité. Jusqu'où aller? Quelle stratégie thérapeutique adopter? Voilà des questions auxquelles se propose de répondre cette veille proactive destinée à anticiper un phénomène qui s'annonce exponentiel. « Si l'hypersensibilité aux métaux semble limitée à l'heure actuelle, ce problème risque de prendre de l'ampleur. C'est ce que laisse entrevoir



© AdobeStock - Nicolas Lamerio

des prévisions d'augmentation de pose de prothèses de genou de plus de 200 % dans les prochaines années et un nombre croissant de patients allergiques », souligne Alain Cazenave.

Conférences et table ronde

La matinée se poursuit par deux conférences, l'une donnée par Pascal-André Venditoli (Québec) sur les tiges fémorales courtes en première intention, l'autre proposée par Wayne Paprosky (Chicago) sur l'analyse radiographique multicentrique à 5 ans de recul moyen de la technique de distraction acétabulaire pour le traitement des discontinuités pelviennes chroniques.

Vient ensuite une table ronde sur les options de prothèse totale de hanche à proposer aux patients de moins de 55 ans. Resurfaçage

(Julien Girard)? Grosse tête couple métal-métal (Didier Mainard)? Tige courte (Michel Brax)? Double mobilité (Jean-Marc Puch)? Tige cimentée (Franck Dujardin)? Cinq techniques pour cinq orthopédistes convaincus. Planification, voie d'abord, choix de la prothèse, de la cupule, du couple de frottement, recours à la chirurgie assistée par ordinateur, résultats notamment en matière de reprise de sport, surveillance à long terme... autant d'aspects qui font l'objet d'une confrontation argumentée s'annonçant d'ores et déjà « passionnée ». Jean-Alain Epinette, André Ferreira et Loys Descamps animent les débats et discussions.

Communications particulières et symposium

La SFHG qui voit sa journée rallongée d'une heure cette année

consacre ce temps supplémentaire aux communications orales, 15 au total, avant d'ouvrir sur le symposium dédié aux plateaux mobiles dans les prothèses totales du genou. Présenté par Jean-Yves Jenny et Dominique Saragaglia, ce symposium explore l'évolution des plateaux mobiles sur 10 ans en comparant les résultats d'une série de la SFHG à ceux de la littérature.



RENDEZ-VOUS

MERCREDI 08 NOV.

8^H00 - 17^H00

AMPHI BORDEAUX

POURQUOI TOUTES LES ALLOGREFFES OSSEUSES NE SE VALENT PAS ?

Le procédé OSTÉOPURE™ est constitué de 5 étapes scientifiquement conçues et validées pour vous apporter la meilleure qualité d'allogreffes osseuses.



ZOOM SUR LE DÉBRIDEMENT PAR FLUIDE PULSÉ **DFP**, UNE TECHNOLOGIE UNIQUE :

Le **DFP** a été mis au point par OST DÉVELOPPEMENT dans le cadre du procédé OSTEOPURE™ pour permettre un nettoyage sélectif des têtes fémorales. Le **DFP** assure l'élimination des tissus de mauvaise qualité tout en préservant le tissu sain.

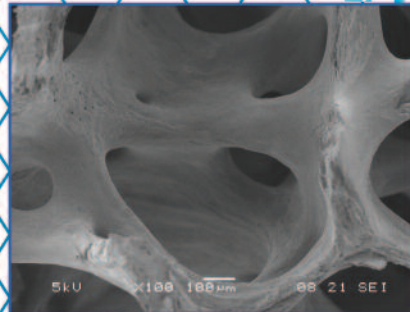
Tête fémorale
donneur vivant

Pas de défaut
apparent



Elimination du
tissu nécrotique
ou friable grâce
au **DFP**

Préparation
par fluide⁽¹⁾
pulsé⁽²⁾



Trabécules
osseuses
nettoyées et
qualité osseuse
préservée

©C.I.C.S. 2017 Clermont-Ferrand

LE DÉBRIDEMENT PAR FLUIDE PULSÉ **DFP**,
ÉTAPE EXCLUSIVE DU PROCÉDÉ OSTEOPURE™,

LA SEULE GARANTIE DE L'ÉLIMINATION DU TISSU DE FAIBLE QUALITÉ MÉCANIQUE

Pour comprendre comment les autres étapes du procédé OSTEOPURE™ participent à la qualité unique de nos produits, retrouvez-nous sur le congrès SOFCOT 2017 sur le stand OST DÉVELOPPEMENT en F14/F15 (Hall Neuilly).

OSTEO PURE
PROCESS

(1) Eau purifiée double osmose et DTC99™ à 2,5x
(2) Technologie et matériel sur mesure OST DÉVELOPPEMENT de surpression calibrée

GSF-GETO, approche multifocale des sarcomes et tumeurs osseuses

Au programme de la matinée du Groupe sarcome français - Groupe d'étude des tumeurs osseuses, le GSF-GETO, une série de 9 communications particulières :

- Résultats d'une étude prospective multicentrique sur le traitement chirurgical des métastases des os longs,
- Reconstruction du cotyle métastatique avec l'armature métallique de type Kerboull et cupule double mobilité cimentée, revue d'une série de quatorze patients,
- Inhibiteur des Aurora Kinases - une thérapeutique prometteuse dans le traitement des liposarcomes,
- Résultats et complications des résections vertébrales multi-segmentaires dans la chirurgie oncologique du rachis,
- La schwannomatose, une entité méconnue du chirurgien,
- Une nouvelle méga-prothèse dans la reconstruction après résection de tumeurs primitives et secondaires du fémur proximal - expérience multicentrique,

- Tumeurs à cellules géantes des gaines synoviales de la main - revue de 30 patients avec un recul moyen de 6 ans,
- Tumeurs et pseudo tumeurs de la graisse de Hoffa,
- Conséquences de la radiothérapie pour le traitement chirurgical des récidives locales de sarcomes

des parties molles des membres - étude rétrospective de 90 patients.

La matinée se poursuit par une conférence sur les avancées récentes dans le traitement des tumeurs à cellules géantes, en présence de Robert Turcotte (Montréal), président de

l'Association d'orthopédie du Québec. Suit une table ronde dirigée par François Guoin et Mickael Ropars, sur le traitement chirurgical des métastases du fémur proximal.

La matinée s'achève par une présentation des actualités sur les réseaux et des travaux scientifiques du groupe ainsi qu'un résumé des congrès internationaux



© Cter



RENDEZ-VOUS

MERCREDI 08 NOV.

8^H00 - 12^H30

SALLE TERNES PARIS

GETRAUM: la traumatologie de l'enfant à la personne âgée

Au programme de la journée du Groupe d'étude en traumatologie ostéo-articulaire, deux conférences de mise au point, une table ronde, des communications et un atelier pratique.

La journée débute avec deux conférences de mise au point, l'une sur le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des fractures partielles et totales de l'humérus distal de l'enfant, l'autre sur la prise en charge des fractures pelviennes chez les personnes âgées, proposée par Hans-Christian Pape, de l'université de Zurich.

Suit une table ronde sur l'utilisa-



© travelview - stock.adobe.com



RENDEZ-VOUS

MERCREDI 08 NOV.

8^H30 - 17^H30

SALLE PASSY

SOFOP : l'orthopédie pédiatrique, ici et ailleurs

Améliorer les connaissances de la pathologie orthopédique pédiatrique et la prévention des complications en s'appuyant sur la qualité scientifique et l'ouverture de la tribune aux différentes équipes constitutives de la SOFOP, telles sont les priorités de la journée de la Société française d'orthopédie pédiatrique.

Une session de communications orales ouvre cette journée, avec 15 interventions témoignant du dynamisme scientifique de la SOFOP. Ces communications déclinent les différents champs de l'orthopédie pédiatrique, de la chirurgie de la scoliose à la correction des déformations des membres, en passant par la problématique des luxations congénitales de hanche de découverte tardive.

SOFOP et missions humanitaires

Un moment important sera la présentation du symposium SOFOP 2017, dirigé par Jérôme Sales de Gauzy, consacré aux missions humanitaires de chirurgie orthopédique pédiatrique à travers le monde, missions dans lesquelles la SOFOP et ses membres sont très largement investis.

L'ostéogenèse imparfaite et les arts

Autre temps fort, la conférence intitulée « L'ostéogenèse imparfaite et les arts », donnée par François Fassier qui s'est investi durant toute sa carrière dans cette pathologie et ses différents modes de prise en charge.

Vu du Québec

Le Québec est le pays invité de la

SOFOP. Ainsi, la SOFOP a le plaisir d'accueillir Reggie Hamdy qui nous propose une mise au point sur la prise en charge des enfants atteints de paralysie cérébrale au Québec.

Ex-libris

Les publications scientifiques constituant le fondement de l'orthopédie pédiatrique, Franck Fitoussi présente à travers « Ex-libris » les 3 meilleurs articles publiés en 2016 et sélectionnés par le Centre de documentation de la SOFCOT.

Étude et prévention des complications en orthopédie pédiatrique

La journée s'achève par une session sur les « complications et événements porteurs de risque » incluant 12 communications

orales qui s'attachent à rapporter de telles circonstances, avec une analyse critique suivie d'une discussion constructive avec la salle. Les thèmes abordés sont divers : complications neurologiques après chirurgie de la scoliose, épiphysiodèse à distance d'une ostéosynthèse par plaque, ischémie de jambe après correction chirurgicale d'une scoliose, et bien d'autres sujets qui ne manqueront pas d'inciter des discussions animées.

Jérôme Cottalorda, *Président*
Franck Launay, *Secrétaire Général*



RENDEZ-VOUS

JEUDI 09 NOV.

8^H00 - 16^H00

AMPHI HAVANE

CAOS : l'avènement de la 3D intra-opératoire

Balbutiante il y a encore moins de 5 ans, l'imagerie 3D intra-opératoire ne cesse de se développer dans les blocs. Et ce n'est qu'un début.

Entretien avec Philippe Merloz, coordonnateur de la session du CAOS.



Philippe Merloz

anglo-saxons pour imaginer d'autres plans de visualisation que celui directement perçu.

Qu'apporte la 3D aux chirurgiens ?

P.M. : Elle permet d'avoir une visualisation spatiale, complète, d'un organe mais aussi de positionner parfaitement un implant, de vérifier ce positionnement et de le modifier au besoin. Par exemple, pour les fractures du cotyle ostéosynthésées, on estime à 8-10 % le pourcentage d'implants intra-articulaires. La 3D facilite leur implantation et réduit le nombre de reprise pour les repositionner. Cette technologie élargit considérablement le

champ potentiel de précision du geste chirurgical, notamment en cancérologie pour savoir où limiter la résection (Fig. 1). La 3D nous amène à déterminer les limites d'un geste juste et efficace. Elle offre aussi un avantage considérable : différentes études font état d'une diminution de 30 % du temps opératoire. Ce temps gagné réduit la fatigue du chirurgien, tout en profitant au patient. Enfin, la 3D ouvre la porte à la mise en oeuvre de techniques de réalité augmentée, avec à la clef un gain de temps, un geste encore plus précis, une sécurité d'intervention accrue et une charge de travail réduite.

Quelles conditions remplir pour un établissement souhaitant disposer de cette technologie ?

P.M. : Un outil 3D intra-opératoire coûte aux alentours de 800 000 euros. Ce budget doit être corrélé à l'activité, avec un flux de patients suffisant et des pathologies bien ciblées : bassin, hanche, tumeurs notamment. Il faut pouvoir également parta-



Fig. 1 - Cliché d'imagerie 3D intra-opératoire de la cheville

ger l'équipement avec d'autres spécialités comme l'oto-rhinolaryngologie, la neurochirurgie ou encore la chirurgie maxillo-faciale. Il y a bien entendu à prendre en considération la courbe d'apprentissage, mais aujourd'hui les chirurgiens sont familiarisés à la 3D. Une fois testée, on y revient, car patients et chirurgiens en profitent conjointement.



RENDEZ-VOUS

JEUDI 09 NOV.

8^H15 - 12^H30

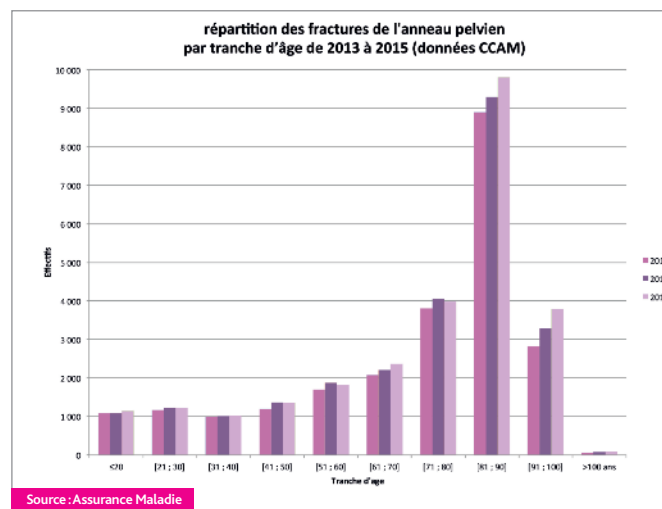
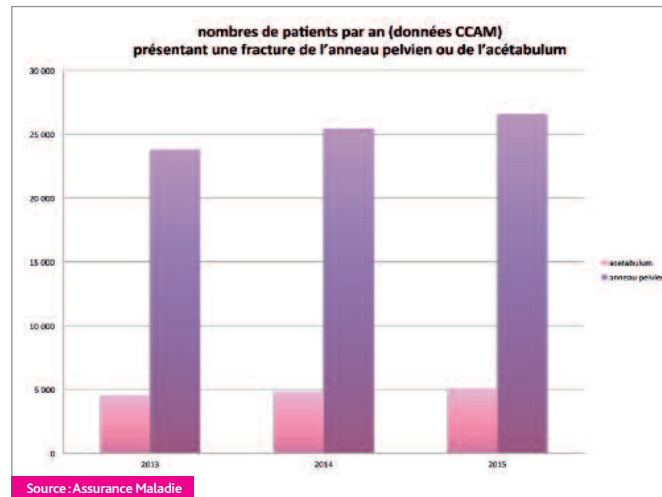
SALLE TERNES PARIS

Des fractures du bassin en hausse chez les personnes âgées

Avec le vieillissement de la population, le nombre de fractures de bassin chez le patient gériatrique ne cesse de croître. Un problème de santé publique que prend à bras-le-corps le Club Bassin Cotyle.

Si au cours des 20 dernières années les fractures du col du fémur chez le patient gériatrique ont mobilisé la communauté orthopédique, on assiste aujourd'hui à une recrudescence des fractures du bassin, tout particulièrement de l'anneau pelvien. Selon l'Assurance maladie, 23 801 personnes présentaient ce diagnostic en 2013, 25 471 en 2014 et 26 601 en 2015. Parmi cette population, 50 % des patients avaient plus de 70 ans.

Une population spécifique
Que faire face à des patients fragilisés? Des réflexions se développent, à l'instar de celle portée par



le Club bassin cotyle dont la table ronde réunit des chirurgiens français mais également Jean Lamontagne, un confrère venu du Canada – l'Amérique du Nord pratique en routine la prise en charge chirurgicale de la pathologie – et un orthopédiste allemand, en la personne de Pol-Maria Rommens (Mainz, Allemagne), spécialiste de la question qui a développé une classification des fractures de l'anneau pelvien fragile. Et parce que les décisions thérapeutiques touchent une population cible très particulière, l'avis d'un gériatre était nécessaire, d'où la venue de Catherine Bioteau (CHU de Grenoble) pour éclairer les orthopédistes sur les profils de patients éligibles à une intervention chirurgicale avec un pronostic fonctionnel favorable.

Adapter la prise en charge
« Ce phénomène nous a conduits à nous interroger sur la meilleure prise en charge possible compte tenu des comorbidités (pathologies cardiaques ou rénales, troubles hormonaux, etc.) de cette population. Nous avons dû revoir nos protocoles, en privilégiant des stratégies moins invasives pour réduire les temps opératoires », indique Jérôme Tonetti qui anime la table ronde avec Jean Lamontagne. Ce qui permet de mettre debout plus rapidement ces patients en limitant l'exposition aux antalgiques délétères, notamment les morphiniques. Techniquement, le geste est très demandeur, en recourant à la chirurgie augmentée par l'imagerie et l'informatique. Les protocoles d'anesthésie sont également modifiés. Une nouvelle approche doit se développer pour prendre en charge ces patients et leur permettre de regagner leur domicile ou leur établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Classification de Rommens

- 1** anterior only
unilateral, bilateral
- 2** non displaced posterior
isolated, crush + ant., fract. + ant.
- 3** displaced posterior (+ anterior)
ilium, sacro-iliac, sacrum
- 4** posterior bilateral (+ anterior)
ilium & sacro-iliac, sacrum, mix

▶

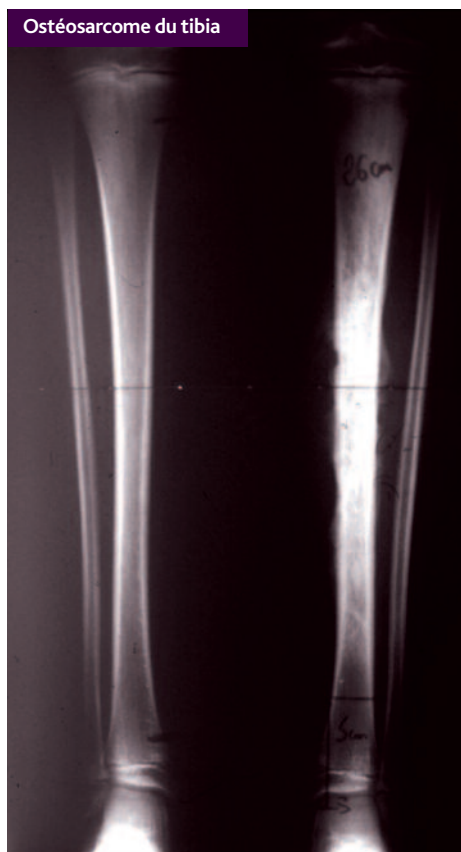
RENDEZ-VOUS

JEUDI 09 NOV.
10^H30 - 12^H00
SALLE 352

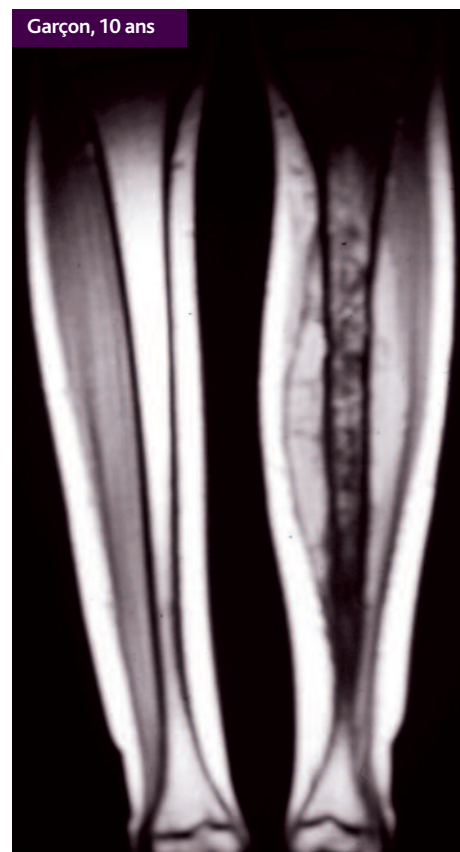
Reconstruction biologique après résection pour tumeur osseuse chez l'enfant et l'adulte jeune, des indications plus précises.

Aucune solution indiscutable n'existe à ce jour pour la reconstruction biologique après résection pour tumeur osseuse chez l'enfant et l'adulte jeune. Une meilleure compréhension du processus permet toutefois d'améliorer cette prise en charge qui nécessite un long protocole.

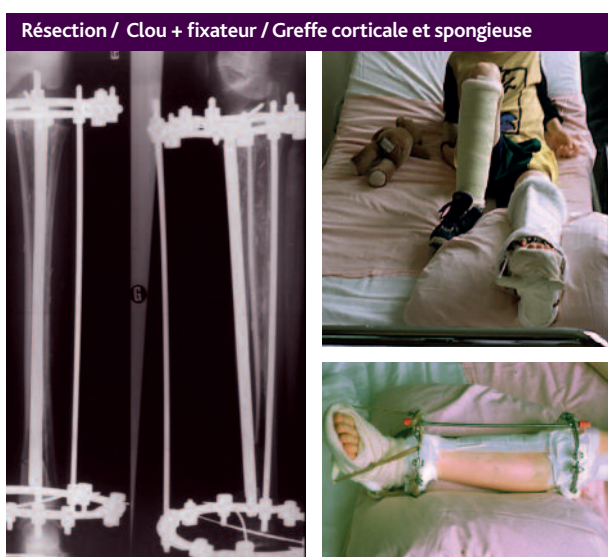
Des greffes classiques aux reconstructions biologiques sophistiquées, en passant par les greffes vascularisées, les transferts épiphysaires et les nouvelles techniques de préparation des sites recevant la greffe, c'est tout le spectre de cette prise en charge hétérogène qui est évalué durant la table ronde dirigée par Jérôme Sales de Gauzy et Christophe Glorion. « *Les connaissances récentes nous permettent de préciser par type de patients les indications de procédés qui requièrent un investissement en temps très important entre la biopsie et le traitement* », souligne Christophe Glorion.



Ostéosarcome du tibia



Garçon, 10 ans



Résection / Clou + fixateur / Greffe corticale et spongieuse



J + 20 ans



JEUDI 09 NOV. 16^H00 - 18^H00
AMPHI HAVANE

TABLE RONDE Les innovations en chirurgie ambulatoire en 2017

L'ambulatoire n'est pas tant source d'innovations chirurgicales que dans la prise en charge des patients. Le point au cours de la table ronde consacrée aux innovations en chirurgie ambulatoire en 2017.

Révolutionnaire l'ambulatoire? « L'ambulatoire n'a rien d'ambitieux. Le patient bénéficie du même traitement que dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle, mais il dort chez lui le soir même ». Jérôme Villeminot qui codirige cette table ronde avec Christophe Hulet pose le cadre, battant en brèche l'idée communément répandue selon laquelle la chirurgie ambulatoire serait liée à des procédures techniques innovantes. La session se focalise donc sur le « management » du patient. C'est en soi une innovation pour les chirurgiens orthopédistes, davantage concentrés sur les aspects techniques du soin. Autre idée reçue : la chirurgie lourde ne serait pas éligible à l'ambulatoire. « Ce n'est pas l'importance de l'acte qui engendre l'ambulatoire mais la façon de coacher le patient », relève Jérôme Villeminot. La pose de prothèses de genou ou des interventions sur le rachis peuvent aujourd'hui relever d'une prise en charge en ambulatoire. La



question posée est davantage de savoir comment alors le patient doit être géré.

Une nouvelle philosophie de prise en charge

Un modèle organisationnel se dessine, qui peut permettre le développement de petites structures dotées de 2 à 3 salles d'opération dédiées à l'ambulatoire, loin des grands centres hospita-

liers universitaires et des grosses cliniques. « Ce mode de prise en charge peut aller jusqu'à repenser l'architecture des établissements pour permettre aux patients de gagner en confort », souligne Jérôme Villeminot. C'est toute une philosophie qui se développe, avec la part croissante du numérique pour accompagner le retour des patients à domicile.

« Les applis mobiles et les objets connectés rassurent ces derniers, en maintenant un lien avec l'établissement. Reste que ces nouvelles pratiques doivent être évaluées. C'est la seule façon de progresser », indique Jérôme Villeminot. Et, finalement, l'innovation n'est pas là où on l'imagine. Si l'ambulatoire apporte une meilleure qualité de vie aux patients qui peuvent rentrer plus vite chez eux, elle peut paraître moins confortable pour les soignants habitués à avoir le patient à proximité pour agir vite en cas de problème. « En pratique, on se rend compte qu'il n'y a pas davantage de problèmes en ambulatoire et que ces problèmes, lorsqu'ils existent, sont rarement ingérables. Mais cela oblige à réfléchir à ce qui arrive », conclut Jérôme Villeminot.



RENDEZ-VOUS

JEUDI 09 NOV.
11^H00 - 12^H30
GRAND AMPHI

SYMPOSIUM Chirurgie mini-invasive et arthroscopie en traumatologie ostéo-articulaire, les bonnes indications

Ce symposium précise la place de l'arthroscopie dans la prise en charge de certains traumatismes ostéo-articulaires.

Pour évaluer l'intérêt et les limites de l'utilisation de l'arthroscopie dans la traumatologie ostéo-articulaire, 4 séries de patients ont été évaluées portant sur les fractures de la glène de l'omoplate, du poignet, du plateau tibial ou de l'épine tibiale ainsi que du talus. « Il est globalement apparu un risque moindre de complications et d'enraidissements pour ces quatre types de fracture », indique Thomas Bauer qui dirige ce symposium

avec Matthieu Ehlinger. Mais, il ajoute : « Faire une arthroscopie n'est pas simple et nécessite de bien en maîtriser la technique. » Seuls l'expérience du chirurgien et un bilan préopératoire avec un scanner peuvent permettre de faire le

choix de cette technique. L'objectif de ce symposium est donc d'aider les chirurgiens à se mettre dans de bonnes conditions, avec des critères simples, pour proposer une arthroscopie au patient.



RENDEZ VOUS

JEUDI 09 NOV.
14^H00 - 15^H30
GRAND AMPHI

ISO-ORTHO, la cryothérapie compressive au service de l'ambulatoire

La ministre de la Santé, Agnès Buzin, a récemment annoncé la volonté du gouvernement d'atteindre 70 % d'interventions chirurgicales en ambulatoire d'ici 2022. Ce mode de prise en charge nécessite un accompagnement des patients, notamment dans la gestion de la douleur et de la récupération de la mobilité. Les attelles de cryothérapie compressive Igloo® mises au point par Implants Service Orthopédie fournissent aux orthopédistes une solution pertinente pour assurer le retour au domicile dans de bonnes conditions.

Entretien avec Jean-Michel Staszewski, directeur général d'Implants Service Orthopédie.



Comment est née l'idée d'attelles de cryothérapie compressive ?

Jean-Michel Staszewski : Les propriétés anesthésiques du froid sont largement démontrées dans la littérature¹ scientifique. L'hypothermie réduit la transmission de l'influx nerveux et donc la douleur. Son effet vasoconstricteur contribue également à réduire les hématomes post-opératoires. La cryothérapie compressive fait partie de l'arsenal thérapeutique des centres de rééducation. Mais, ils utilisent des équipements lourds, ce qui oblige le patient à se déplacer.

Afin de rendre cette thérapie accessible au domicile, nous avons mis au point il y a 10 ans des attelles de cryothérapie compressive pour la chirurgie post-opératoire du genou : ligamentoplasties antérieures et postérieures, prothèses totales de genou. Nous avons depuis complété la gamme avec des attelles pour l'épaule, le poignet, la hanche et la cheville, et nous venons tout juste de commercia-

liser une attelle pour la chirurgie du pied (hallux valgus). Ce qui fait aujourd'hui de nous le leader du secteur en France.

Toutes ces attelles font partie du protocole d'accompagnement des patients par le chirurgien dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, avec, à la clef, une diminution de la consommation d'antalgiques, mais aussi des saignements par réduction de la pression de l'œdème post-opératoire et des inflammations. Ce qui facilite la rééducation avec une reprise de la flexion plus rapide des articulations traitées.

L'application du froid par une simple poche de glace ne suffit-elle pas ?

J-M. S. : L'absence de maintien de telles poches de glace prive le patient de l'efficacité du froid par compression qui en assure la diffusion optimale. Les attelles et leur système de fixation sont adaptés aux articulations à traiter. Elles sont également équipées d'un tissu de protection anatomique en jersey pour éviter des

lésions cutanées par contact direct du froid avec la peau. Chaque attelle est livrée avec un pack de gel à congeler, dans un sac hygiénique. Nous ne fournissons qu'un seul pack de gel pour ne pas inciter certains patients à de mauvaises pratiques en multipliant dangereusement les séances de cryothérapie. Celles-ci doivent en effet être limitées à quatre par jour, à raison d'une demi-heure à chaque fois, avec des plages de repos entre chaque séance.

Vos attelles disposent-elles d'un marquage CE ?

J-M. S. : Les attelles de la gamme IGLOO® sont des dispositifs médicaux de Classe I qui portent le marquage CE. Elles répondent au cahier des charges et à la définition du code de la LPPR et permettent donc au patient la prise en charge du dispositif médical. Le chirurgien peut ainsi prolonger son action et sécuriser le post-opératoire du patient en « l'accompagnant » jusqu'à son domicile. Parallèlement, l'établis-

sement en libérant plus rapidement les lits, peut optimiser ses capacités opératoires. Tout cela participe au développement de la chirurgie ambulatoire voulu par les autorités sanitaires.

⁽¹⁾ • « Postoperative cryotherapy after total knee arthroplasty. A prospective study of 86 patient », Kullenberg B, Ylipää S, Söderlund K, Resch S, I Anthroplasty, 2006; 21; 1175

• « The role of cold compression dressings in the postoperative treatment of total knee arthroplasty », Levy AS, Marmar E, Clin Orthop 1993; 174

• « Cold and compression in the treatment of athletic injuries », Meeusen R, van der Veen P, Harley S, Am J Med Sports 2001; 3; 166



RETROUVEZ-NOUS

PENDANT
LE CONGRÈS
STAND F12 F13
HALL NEUILLY

DISTINCTIONS

Six prix en lice

Comme chaque année, le congrès de la SOFCOT est l'occasion de récompenser, à travers différents prix, la génération montante des orthopédistes

Prix SOFCOT de la meilleure communication : 2000 €

Ce prix récompense la meilleure communication d'un orthopédiste de moins de 35 ans.

Prix OTSR/ELSEVIER/SOFCOT : 1500 € + 1 iPad Mini (32 GB)

avec les contenus suivants téléchargés : conférences d'enseignement de l'année ainsi qu'accès d'un an à la revue OTSR-RCOT. Ce prix récompense l'auteur du meilleur article paru dans OTSR-RCOT. L'auteur doit être français,

membre de la SOFCOT. Le lauréat est choisi par le comité de rédaction de OTSR/RCOT.

Prix Innovation et recherche Frantz Langlais : 2000 €

Ce prix remis par la FICOT (Fondation pour l'innovation en orthopédie et traumatologie) est décerné à un auteur d'un travail de recherche clinique, âgé de moins de 35 ans.

Prix SHAM de gestion des risques en orthopédie : 2500 €

Ce prix récompense la meilleure

communication traitant de la gestion des risques en orthopédie.

Prix FHP (Fédération de l'hospitalisation privée) de la recherche en sciences cliniques : 1500 €

Ce prix récompense les travaux de recherche d'un jeune chirurgien, en cours ou en fin de formation.

Prix scientifique international francophone Pol Blaimont : 4000 €

Ce prix a pour vocation de récompenser un chirurgien

orthopédiste ou une équipe de chirurgiens orthopédistes ou une équipe scientifique, francophone, pour un travail original de recherche fondamentale en orthopédie-traumatologie.



RENDEZ-VOUS
JEUDI 09 NOV.
15^H50 - 16^H00
GRAND AMPHI

SOFCOT

La SOFCOT, bientôt 100 ans

Cent ans. Voilà bientôt 100 ans que la SOFCOT représente la chirurgie orthopédique et traumatologique française, 100 ans que la discipline qui a vu le jour sur les champs de bataille de la Première guerre mondiale ne cesse d'innover, adaptant la prise en charge des patients aux évolutions sociétales et technolo-

giques. Un anniversaire symbolique donc que la SOFCOT entend célébrer comme il se doit. Voici un aperçu des manifestations qui se dérouleront lors du 93^e congrès annuel de la SOFCOT, en 2018 :

- Un livre du centenaire est en préparation. Ce recueil des grandes innovations françaises en orthopédie sera remis gracieu-

sement à tous les orthopédistes lors de ce congrès anniversaire,

- Une exposition en collaboration avec le musée du service de santé des armées du Val-de-Grace sur le matériel de chirurgie orthopédique et traumatologique utilisé durant le conflit 14-18, ainsi qu'une collection de moulages et maquettes médicaux,

- L'accueil d'une délégation de médecins militaires australiens à l'occasion de leur venue en France pour une commémoration au mémorial national australien de Villers-Bretonneux, près d'Amiens,
- Des séances consacrées au centenaire durant le congrès.

Rendez-vous en 2018 !



Journal du 92^e Congrès de la SOFCOT

Directeur de la publication :
Christian Delaunay / 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. La SOFCOT remercie aussi
chaleureusement mesdames Ghislaine
Patte, Eléonore Brackenbury, Myriam
Rachdi et Natacha Gérard pour leur
engagement dans la préparation et le bon
déroulement de ce congrès.



Détricotage de l'**Obamacare** : bien que logique mission impossible pour le président Trump ?

Prise en charge et qualité des soins ne peuvent souffrir de bricolage législatif et/ou de marchandage politique ; c'est la leçon que l'on peut tirer, sans doute également pour la France, d'une année de rebondissements autour de l'Obamacare.

Des objectifs pervers

La réforme de santé emblématique de la précédente présidence américaine avait pour objectif d'octroyer une couverture maladie aux quelque vingt pour cent de la population, non assurée, soit l'équivalent en France du segment le plus bas de la classe dite moyenne, la catégorie sociale aux revenus encore plus faibles, celle des indigents, bénéficiant d'une couverture de santé quasi automatique, le Medicaid. Mal conçue d'emblée, cette réforme s'était proposé de canaliser, de façon obligatoire, tous ces « non-assurés » vers un marché d'assurance contraint - par l'autorité gouvernementale - d'être loyal, concurrentiel et solidaire. À coups de subventions vers les assurances, d'allègements fiscaux pour les assurés voire même d'allocations de souscription sous toutes leurs formes, la réforme est parvenue tant bien que mal à « assurer » un tiers de cette catégorie ciblée de population. Le coût massif pour le gouvernement fédéral de cette mise en place, dissimulé au début, a fini par se faire ressentir pour la partie de la classe moyenne initialement non concernée car bénéficiant en général d'une couverture maladie offerte par l'employeur.

LES RATÉS DE L'OBAMACARE

- Augmentation des primes d'assurance
- Augmentation du reste à charge pour les patients
- Réduction de l'éventail de choix offert du praticien



Le président Trump avec les républicains suite au passage de l'American Health Care Act à la Chambre des représentants (04 mai 2017)

Le déraillement de ce qui paraissait une bonne idée généreuse tient à plusieurs raisons : le « marché d'assurances » imaginé par les technocrates de la réforme restait, malgré les nouvelles règles gouvernementales, exclusivement piloté par une logique de profit ; le coût du risque maladie, qui aux États-Unis dépasse toute commune mesure, et tout entendement, conduit à une escalade inévitable des primes.

Des chiffres et une réalité

Malgré une douzaine de millions de nouveaux assurés, l'Obamacare butte sur un résidu persistant de 28 millions de non assurés, chiffre restant stable sur la prochaine décennie, en l'absence de « retouches » législatives. En cas de passage de ce qui à présent serait appelé le « Trumpcare » les États-Unis pourraient compter 49 ou 50 millions de « non assurés » à l'horizon 2026.

Ces chiffres sont les projections du CBO (Office du Budget au Congrès, équivalent de notre Cour des Comptes, organisme indépendant des partis). Une majorité de l'opinion publique, dépassant les clivages partisans, est attachée à deux provisions de l'ancienne loi : la conservation de couverture des ayants droit

jusqu'à l'âge de 26 ans et la non-majoration des cotisations pour état antérieur pathologique. Cette dernière disposition se heurte à la perspective des assurances déterminées à répartir le poids de cette non-majoration sur les assurés dénués d'état antérieur. Un inévitable dérapage des primes résulte de cette logique contradictoire entre assurés et assurances, conduisant soit à réduire les remboursements soit à éliminer certains assurés. Certains assurés, faute de ressources suffisantes, écartés par l'escalade des primes, se seraient retrouvés en défaut d'assurance. De nombreux assureurs, au départ séduits par un marché « dopé » aux hormones gouvernementales des déductions fiscales et des subventions de tous ordres, se sont retirés de plusieurs États où le niveau de profit attendu n'était guère au rendez-vous.

Plusieurs États ont donc été contraints d'offrir aux citoyens l'alternative pudiquement appelée « l'expansion de Medicaid ». Lorsqu'une telle option est adoptée par un État, ce dernier modifie les seuils de ressources conférant aux personnes une éligibilité au programme Medicaid. Plus d'une trentaine d'États ont préféré cette

solution à celle de laisser bon nombre de leurs ressortissants enfreindre la loi fédérale d'obligation de détenir une assurance maladie.

Cette expansion n'a pu se faire que parce que ces États qui l'ont souhaitée bénéficiaient d'une garantie de remboursement de cette charge supplémentaire par le gouvernement fédéral. Mais ce dernier voyant ce poste budgétaire exploser a décidé de mettre un terme à cet « arrangement » irresponsable en 2020.

Il est également utile de noter que des milliards ont été offerts aux assurances, au démarrage de l'ancienne loi, pour leur permettre de proposer des contrats à coût abordable pour le plus grand nombre.

Un mécontentement latent

Il serait erroné de croire que la mise en place de l'Obamacare n'a fait que des heureux. Les insatisfaits de tout bord se sont graduellement retrouvés légions. Certes au début, le milieu de l'assurance,

(suite p. 28)

LA PROBLÉMATIQUE DES ASSURANCES PRIVÉES

- Le tri sélectif du risque
- L'amende pénale moyenne (sous forme de taxation supplémentaire) des foyers ou ménages en défaut, délibéré ou non, de couverture d'assurance maladie : près de 700 dollars en 2016 et près de 1 000 dollars en 2017



© Flickr - Brusky

(suite de la p. 27)

un peu comme les mutuelles en France, se « frottait les mains » à la perspective d'une amplification sans précédent de leur clientèle. Cependant à l'expérience, malgré les compensations généreuses du gouvernement en leur direction, les assurances ont vu cette clientèle s'étioler au fur et à mesure du dérapage des primes, imposé par leurs règles prudentielles. Les cours de bourse des principales assurances cotées à Wall Street sont un baromètre de la perception du public des anticipations de pertes ou de profits suivant les rebondissements de la réforme. Du côté des assurés, après une période initiale d'euphorie, la catégorie moyenne qui disposait déjà d'une couverture équilibrée s'est trouvée soumise au même dérapage des primes induit cette fois par l'inclusion dans le portefeuille des contrats d'assurés à haut risque qui n'auraient pas été acceptés avant l'Obamacare. Cette même catégorie a eu droit à une « pénalité » supplémentaire sous la forme de franchises à charge de plus en plus élevées. En fait l'Obamacare a réalisé un tour de prestidigitation, très porteur dans une catégorie électorale, aux dépens d'une catégorie arithmétiquement moins nombreuse. C'est en partie dans ce tour de passe-passe qu'il faut retrouver une des raisons de l'élection de Donald Trump à la présidence et surtout la logique des promesses de ce dernier de « dégager » à tout prix la réforme de santé de son prédécesseur. Entre-temps, et c'est souvent le cas dans toutes les démo-

craties, les « mécanos » législatifs, mis en place, modifiant la vie quotidienne de nombreux intéressés, s'avèrent très difficiles à « retoucher ».

La cavalerie de la dette

Il faut tout d'abord noter que le secteur de la santé dans son ensemble pèse aux États-Unis quelque trois mille milliards de dollars, générant des emplois, de l'innovation, des exportations et de la croissance. La perpétuation de l'Obamacare dans l'état actuel coûte annuellement plus de deux cents milliards de dollars au contribuable avec pour principaux gagnants de cette manne gouvernementale les compagnies d'assurances et les compagnies pharmaceutiques ou de dispositifs médicaux.

Les dépenses de santé hors norme des États-Unis n'ont pu être payées, par le biais des subventions fédérales, que par l'accroissement de la dette publique, selon certains amplifiée du simple au double durant les mandats Obama. Les Républicains, pour l'instant étroitement majoritaires, au Congrès et au Sénat, sont en règle générale et en théorie, partisan d'une stricte orthodoxie budgétaire. Même si les déficits créés par les dépenses de santé ont été immensément gonflés par la réforme, ils ont eu certains effets bénéfiques de création d'emplois de soins ou de construction d'infrastructures sanitaires. De surcroît leurs effets délétères sur les finances publiques ont été masqués par des mécanismes comptables complexes, permettant de ne les repercuter sur le niveau fédéral

que de façon différée. C'est un peu comme si, en Europe, Bruxelles venait rembourser le « trou de la sécu » année après année, au terme de sa publication. On peut toujours rêver...

Mission impossible

La promesse du candidat à la présidentielle, devenu le leitmotiv de sa campagne « abrogation/remplacement », s'avère en pratique intenable.

Vouloir confier un mandat d'organisation du marché de l'assurance maladie individuelle aux compagnies d'assurances, ou aux mutuelles (toutes avides de profit), s'avère une gageure encore plus importante aux États-Unis que partout ailleurs. En effet, au pays de l'oncle Sam, surconsommation de soins et surutilisation de soins par les soignants vont de pair avec des dépenses de santé, pesant sur la production de richesses nationales pratiquement le double par rapport au niveau européen. Certains y trouvent leur compte : industrie du médicament et des dispositifs médicaux, avocats de toute sorte, assurances professionnelles...

Un mécanisme pervers

Sous la bienveillante complicité de certains états, le désintéret grandissant des assureurs pour les catégories les moins privilégiées d'assurés a transféré massivement nombre de ces derniers vers le programme Medicaid. Ce transfert fait du même coup exploser ce poste dans un premier temps déficitaire pour les États, déficit ensuite épongé par l'État fédéral. C'est pour lutter contre un tel scénario de déresponsabilisation budgétaire étagée qu'un « mécano » alternatif à l'Obamacare, estampillé par le sobriquet dérogatoire de « Trumpcare », a été bâti. Cette nouvelle loi de santé, désignée sous l'acronyme de AHCA (American Health Care Act), se voulant plus rigoureuse sur le plan budgétaire des États et de l'entité Fédérale, a soulevé un tollé, y compris dans les rangs majoritaires, avant même de franchir l'étape de confirmation au Sénat. Celui-ci s'est donc employé à élaborer une version édulcorée de la production du

Congrès, baptisée BCRA (Better Care Reconciliation Act, c'est-à-dire en quelque sorte un plan « B »). Il s'est avéré fin juillet que même cette solution de compromis n'a pu recueillir la totalité de la majorité républicaine pourtant présente à ce niveau. En raison de cet échec législatif confirmé, il ne restait à l'exécutif que l'option de proposer une abolition pure et simple de la loi de la présidence précédente, pour donner du temps au temps afin d'élaborer une nouvelle loi moins néfaste pour l'équilibre budgétaire national.

Derrière de tels calculs politiques autour de la réforme de santé, n'épargnant ni les républicains ni les démocrates, semble se jouer en secret certains la mise sur orbite d'un nouveau candidat à la prochaine présidentielle. Il pourrait s'agir de Michèle Obama qui cristalliserait les espoirs de nombreuses « minorités ». Il reste impossible, dans l'état actuel des choses, de faire la moindre prévision à terme, tant sont inattendus les renversements de situation sur ce grand échiquier politique.

Les dernières torpilles présidentielles

Fin octobre 2017, Donald Trump, au terme de trois ou quatre défaites retentissantes, ayant épuisé tous les recours possibles de l'arsenal législatif standard (Congrès/Sénat) du fait de la défection de quelques frondeurs décide finalement de procéder par ordonnances présidentielles. Il suspend les dispositions dites de « partage des coûts », qui transfèrent vers le gouvernement fédéral des dépenses de santé hors norme pour pathologie exceptionnelle. Il s'agissait en fait de subventions dissimulées vers les assurances. De telles ordonnances présidentielles modifient radicalement la donne selon deux scénarios possibles : les assurances augmentent massivement leur primes et les assurés individuels préfèrent abandonner leur couverture ; les assurances se retirent purement et simplement du marché dans certaines régions. C'est un script de film avec lequel les chirurgiens orthopédistes français sont familiers dans le cadre de l'assurance de leur responsabilité professionnelle.

Charles Msika

Etudier, évaluer, accompagner

Depuis une dizaine d'années, la SOFCOT compile et évalue les données sur la sinistralité. Ce travail s'est concrétisé en 2011 par la création d'une commission assurantielle qui accompagne les chirurgiens, en les aidant à bénéficier d'une protection juridique adaptée. Entretien avec Olivier Galland, qui préside depuis 2 ans cette commission unique en son genre pour une société savante.

Que fait concrètement la commission assurantielle ?

Olivier Galland : Elle étudie toute la sinistralité de la chirurgie orthopédique et traumatologique en France, dans tous ses aspects, pour mieux la comprendre. Elle intervient également auprès des assureurs afin d'appréhender leurs problématiques et de sécuriser les souscriptions. Ces échanges ont permis d'établir des partenariats avec deux d'entre eux, la SHAM et la MASCF. L'objectif est d'éviter que des chirurgiens se retrouvent hors souscription ou soumis à des tarifs prohibitifs. À ce jour, il n'existe pas de confrère en déshérence excessive de ce point de vue. Les données recueillies depuis des années sur la sinistralité nous permettent de poursuivre les négociations avec les assureurs afin d'améliorer leur protection juridique, en cas de mise en cause.

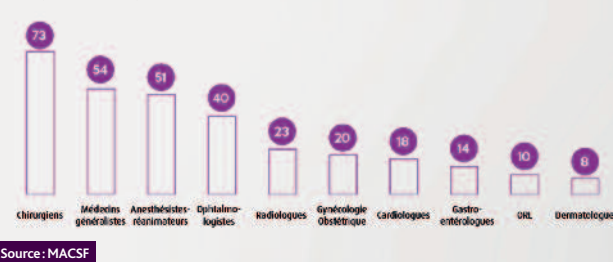
Ce travail permanent mené au sein de la SOFCOT et d'Orthorisq met en relation les aspects assurantiels avec ceux de la vie professionnelle, afin d'accompagner et sécuriser le plus possible l'exercice professionnel.

Quel est le niveau de sinistralité en orthopédie-traumatologie ?

O.G. : En volume, les plaintes en orthopédie sont celles les plus élevées des spécialités médicales. Un chirurgien est « accroché » en moyenne tous les 2 ans, tous les ans en chirurgie vertébrale. Malgré cela, seulement 25 % en moyenne de ces déclarations voient une faute reconnue, et donc 3/4 des plaintes sont rejetées.

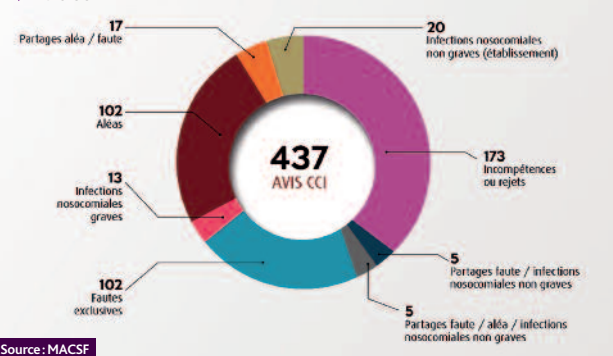
La majorité des plaintes (75 %) sont traitées en commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI), et depuis la loi Kouchner les infec-

► LES 10 SPÉCIALITÉS MÉDICALES LES PLUS SOUVENT MISES EN CAUSE (EN NOMBRE)



Source: MASCF

► AVIS CCI



Source: MASCF

tions sont à la charge des établissements. Les plaintes pénales sont exceptionnelles. S'il y a une tendance à l'augmentation des plaintes, le niveau de responsabilité reste constant voire diminue, mais pas le niveau des indemnisations prononcées par les tribunaux. L'accompagnement des chirurgiens dans la gestion du problème est donc fondamental.

Quelle est la place accordée à la prévention ?

O.G. : Le travail de prévention, mené par Orthorisq grâce aux statistiques établies et à l'analyse des déclarations de sinistres, va s'intensifier. L'objectif de la commission assurantielle est de mettre en ligne, sur le site internet de la SOFCOT, tout ce que l'on sait de la sinistralité, ce qui est advenu et ce qui a été évité, pour continuer à améliorer la situation.

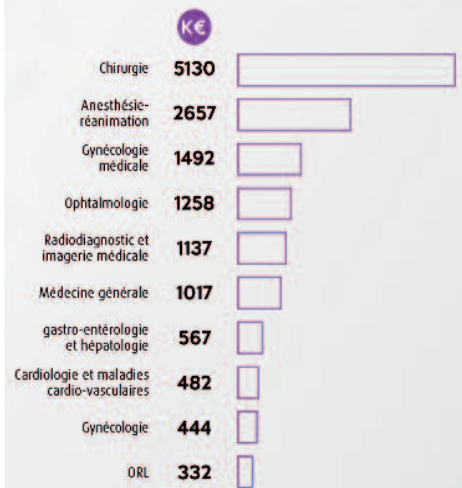
Que vont changer les décrets permettant la mise en œuvre du CNP SOFCOT ?

O.G. : Ils devraient nous permettre de faire davantage de conseils auprès des confrères. Grâce au travail d'analyse entrepris depuis 10 ans, nous disposons déjà d'une solide expérience en matière de gestion et suivi de la sinistralité en orthopédie-traumatologie.

Quels sont les prochains travaux de la commission assurantielle ?

O.G. : Nous poursuivons l'identification des risques. On regarde, par exemple, si la chirurgie ambulatoire ne va pas générer de nouveaux risques. Il faut assurer un suivi multifactoriel pour être proactif. Par ailleurs, nous souhaitons mettre en place des audits périodiques pour former des équipes au management de la sinistralité

► SPÉCIALITÉS OU ACTIVITÉS TOTALISANT LES 10 PLUS FORTS COÛTS D'INDEMNISATION JUDICIAIRE (EN K€, PROVISIONS INCLUSES)



Source: MASCF

afin d'aller à la rencontre de chirurgiens en difficulté et mener des analyses de sinistralité de groupe. Nous développons également un travail d'information auprès des chirurgiens, en privilégiant une information pragmatique. Récemment, un webinar (séminaire en ligne) organisé avec la MASCF a permis d'informer quelque 150 chirurgiens sur le risque assurantielle.

► Composition du CNP Commission des Assurances

Olivier GALLAND (*Président*), Philippe TRACOL ou Eric BENFRECH (*Directeurs*), Patrice PAPIN, Pierre DEVALLET, Bernard LLAGONNE, Baudoin RÉDREAU, Henry-François PARENT, Pierre GARÇON, Olivier COURAGE, Franck FITOUSSI.

Avec la participation de : Henry COUDANE, Jacques CATON, Anne VIDIL, Gilles MARCILLAUD, Charles MSIKA.

Et l'assistance technique de : Natasha GÉRARD (*Orthorisq*).

Publications de la SOFCOT : une robuste année, classique

C'est une tradition à présent parfaitement établie : la date de notre réunion, à l'instar de celle d'un prix littéraire, marque celle de la livraison de deux ou trois ouvrages, estampillés SOFCOT, à forte vocation éducative et pratique. Tout le mérite du respect de cette date butoir revient à un comité de rédaction particulièrement vigilant et en symbiose avec les Editions Elsevier.

► La prothèse totale de hanche dans tous ses états

L'unique monographie de la cuvée 2017 (en dehors de l'inaltérable production des Conférences d'enseignement) est intitulée « La prothèse totale de hanche dans tous ses états ». Sa rédaction coordonnée par Denis Hutten et Patrice Merli fait appel à une cinquantaine d'auteurs et revisite tous les aspects techniques de ce qui a été récemment baptisé l'intervention du siècle. Tout y est discuté : de la voie d'abord à privilégier aux modalités de sortie de l'opéré en passant par la planification préopératoire, la fixation prothétique, les couples de surfaces arthroplastiques, les diamètres céphaliques et bien d'autres détails qu'il serait trop long d'énumérer ici. La masse de connaissances accumulées sur le sujet, et présentée de façon quasi exhaustive dans l'ouvrage, est énorme. Distribués en sept sections, plus d'une trentaine de chapitres analysent pas à pas ces notions. Chacune ou chacun pourra donc y retrouver en détail une information relative à une problématique et/ou une démarche décisionnelle se rapportant à une situation clinique spécifique.

Charles Msika



► Conférences d'enseignement 2017

Le deuxième volume également commercialisé lors du Congrès est familier de toutes et tous : il s'agit des Conférences d'enseignement. Rassemblant la version manuscrite de chacune de ces présentations, l'ouvrage permet de disposer d'une transcription quasiment en temps réel des sessions auxquelles on n'aurait pas pu assister, soit du fait d'un conflit de programmation entre deux thèmes d'intérêt, soit en raison d'obligations de service hospitalier d'urgence ou non. Ces Conférences, revues synthétiques d'une thématique spécifique, sont distribuées en cinq grands blocs : généralités, orthopédie adulte, traumatologie adulte, pédiatrie et technique chirurgicale. Chacun de ces blocs aborde quatre chapitres sélectionnés. Là encore, la masse de connaissances rassemblées sur cette vingtaine de sujets est considérable. Le spectre des thématiques couvertes est étendu, il va du vademécum de la publication d'un arti-



cle de recherche clinique à celui de l'exécution d'une technique chirurgicale codifiée tout en passant par l'analyse approfondie de pathologies quotidiennes (hallux valgus) ou moins courantes (cals vicieux post traumatiques rachidiens). On l'aura compris, cette liste est loin d'être exhaustive.

Ainsi, année après année, et bien que pour certains aspects moins abondante de retombées en 2017, la collaboration SOFCOT- Elsevier s'avère des plus avantageuses pour les congressistes. Pourtant, produire, à point nommé, ces traités pédagogiques relève d'un double tour de force : scientifique et technique. Ce dernier ne pourrait être réalisé sans l'engagement remarquable d'un robuste comité de rédaction dédié à cette tâche gigantesque, et composé de Patricia Thoreux, Rémi Kohler et évidemment Denis Hutten.

Charles Msika

6

Français, canadien, américain, six chirurgiens se voient décerner la médaille d'honneur de la SOFCOT, pour services éminents rendus à l'orthopédie et la traumatologie. Plus qu'un regard sur leur implication dans la discipline, ils en dessinent le devenir au travers de messages à l'attention de la jeune génération.

Pr Alain DURANDEAU,
Bordeaux

Notre discipline est riche, diverse et permet de rétablir une fonction parfois vitale mais le plus souvent fonctionnelle. Ayant eu la chance d'exercer dans le privé puis dans le public, j'ai pu mesurer la richesse de chaque mode d'exercice. Je me suis également passionné pour la pédagogie comme doyen durant 7 ans et dans les



défis organisationnels, technologiques et médico-légaux sans oublier l'information claire et loyale des patients.

L'orthopédiste doit participer à des études, publier et ne pas être ramené au simple rôle de technicien exécutant des actes. Il faut voyager en France et à l'étranger pour enrichir notre savoir-faire. L'orthopédie ne sera jamais confisquée par des robots car le chirurgien gardera une expertise gestuelle et cognitive. Tout en connaissant l'existant, il faut être créatif mais également innover en sachant que les vérités d'aujourd'hui ne seront pas celles de demain.



Pr Jean-Pierre FARCY,
New York, États-Unis

Les premiers pas en chirurgie de l'enfant chez le professeur Salmon ont eu le double effet de me faire découvrir la force du dogme confrontée à l'impermanence de la réalité et une passion pour la chirurgie du rachis. Plus tard, mon activité hospitalière a été dominée par la traumatologie. Le traitement des fractures du rachis figé par un pragmatisme ne me satisfaisait pas. Un voyage à l'Université de Columbia aux USA m'a fait découvrir la supériorité du data sur les idées reçues. La richesse de la créativité française pouvait ainsi être exploitée.

Une connaissance approfondie de la microbiologie et des neurosciences sera indispensable à la nouvelle génération pour savoir associer l'écoute du malade au sens clinique, enrichies par l'évidence technologique faisant que médecine et chirurgie seront demain plus performantes. La chirurgie du rachis qui incorpore les talents et connaissances de l'orthopédie et de la neurochirurgie est la spécialité qui offrira une satisfaction plus complète dans l'accomplissement d'une passion.

Pr Robert TURCOTTE,
Montréal, Canada



La pratique chirurgicale orthopédique évolue et nous devons nous y ajuster. Nous sommes maintenant actifs en prévention de la maladie et des accidents. La précision de nos gestes chirurgicaux se raffine, utilisant des voies d'abord de plus en plus étroites. Les implants s'additionnent d'électronique, la robotique chirurgicale se développe, la médication est ciblée, la régénération tissulaire et l'impression 3D deviennent d'usage courant. Alors que tout s'accélère, il est plus que jamais nécessaire

d'élargir ses horizons et de travailler avec les confrères médecins, les ingénieurs et les biologistes afin d'améliorer le bien-être du patient. J'encourage les plus jeunes à explorer le monde de l'orthopédie et à ne pas hésiter à visiter et faire des stages à l'étranger afin d'apprendre et d'établir des collaborations qui serviront durant toute leur carrière. La médecine est universelle mais ses applications varient. Nous gagnons tous à apprendre des autres et à mettre en pratique le meilleur qu'on puisse y trouver.

Pr Henri JUDET,
Paris

J'ai eu la chance d'être immergé très jeune dans le monde de l'orthopédie. L'exemple d'un grand-père, chirurgien orthopédiste, d'un père et d'un oncle, Jean et Robert Judet, parmi les fondateurs de l'orthopédie moderne, a constitué une motivation exceptionnelle pour me lancer dans ce métier et je ne l'ai jamais regretté. Pendant la durée de ma carrière d'immenses progrès ont été accomplis. Avec l'imagerie et l'in-



formatique, tout semble devenir possible. Nos jeunes collègues vont être les acteurs de cette révolution technologique. Ils souhaitent une formation en adéquation avec ces bouleversements,

mais ils ne veulent pas subir, ils veulent avoir leur mot à dire.

Grâce au numérique, ils ont accès à des plateformes et des algorithmes, travaillent dans des laboratoires de simulation, sont familiers de l'image virtuelle mais ils restent attachés au compagnonnage. C'est la lourde responsabilité des seniors de répondre à cette demande.

La SOFCOT agit pour répondre à ce besoin de formation et pour adapter l'orthopédie aux multiples évolutions tant organisationnelles que techniques. Je suis très fier d'avoir été impliqué dans son organigramme au cours de ma carrière.

MÉDAILLÉS D'HONNEUR



**Pr Jean-Paul
LEVAI,**
Clermont-Ferrand

médecins, les contrats professionnels, les assurances... Ces obstacles ne vous sont pas enseignés. L'apprentissage de notre métier n'est pas l'acquisition de recettes à appliquer jusqu'à la fin de votre exercice, mais l'assimilation d'une plateforme de connaissances vous permettant d'évoluer vers les nouvelles techniques insoupçonnées. Ces techniques ne doivent pas être des arguments marketing mais des outils professionnels dont vous aurez tout au long de votre activité à juger la pertinence médico-économique. Respectez les valeurs éternelles de notre profession et restez vigilant car « nul ne connaît l'histoire de la prochaine aurore ».

Chers jeunes collègues, préparez-vous, tout va changer dans notre spécialité. Pour la formation, l'apparition d'un nouveau « parcours » avec une évolution des programmes et des techniques d'apprentissage : concept du patient virtuel, réalité augmentée, salle hybride... Pour les jeunes installés, la découverte de l'incomparable inventivité et complexité française des obligations avec les systèmes d'information de l'accréditation des



**Pr Wayne
PAPROSKY,**
Chicago, Etats-Unis

Les nouvelles prothèses et plus généralement les innovations chirurgicales sont à la fois séduisantes et excitantes; nous sommes favorables au développement de nouvelles solutions prothétiques mais nous devons cependant avancer prudemment et éventuellement retarder l'usage de nouveaux dispositifs implantables; ce différé est nécessaire pour soumettre ces nouveaux implants à des essais cliniques

irréprochables, effectués au sein d'institutions hospitalo-universitaires, sélectionnées en nombre limité, et soigneusement surveillées. Cette démarche philosophique mérite d'être propagée afin d'améliorer la qualité de formation des plus jeunes tout en respectant leur adhésion sans limite aux nouvelles technologies. Nous persistons à croire que l'amélioration apportée par une innovation reste souvent une nouveauté sans démonstration de son avantage. L'avenir de la chirurgie orthopédique repose et reposera toujours sur notre engagement à toujours mieux éduquer nos internes et nos résidents.

IN MEMORIAM

Ils nous ont quittés...

Membres reconnus ou plus discrets de la communauté des orthopédistes, ces chirurgiens nous ont quitté cette année. La SOFCOT leur rend ici hommage, saluant leur engagement au quotidien dans une discipline exigeante.

Jean-Jacques Comtet
(Miserieux), ancien président du congrès de la SOFCOT

Jean-François Dupuis
(Les Clayes-sous-Bois), ancien trésorier de la SOFCOT

Jean-Pierre Franceschi
(Marseille)

Yves Gérard
(Paris), ancien président de la SOFCOT

François Gougeon
(Lille)

Mahmoud Khaznadar
(Oran, Algérie) ancien président de l'AOLF

Philippe Hardy,
(Paris), ancien président de la Société française d'arthroscopie

Philippe Beauflis, Nicolas Graveleau et Thomas Bauer s'associent pour un hommage tout particulier au Pr Philippe Hardy, disparu en septembre dernier.

« Philippe Hardy nous a quittés le 2 septembre. Trop vite, trop tôt, et de manière trop injuste, après avoir lutté avec un courage et une sérénité incroyables contre la maladie. Sa disparition a été un choc terrible pour la communauté orthopédique française et internationale. Tous ceux qui l'ont côtoyé, qui ont partagé son quotidien en particulier à l'hôpital Ambroise Paré, louent son expertise de grand chirurgien, ses qualités humaines et managériales, éclairées par un sincère et large sourire de bienvenue, son engagement dans l'éducation marqué par la confiance accordée aux étudiants pour qu'ils puissent s'épanouir et travailler dans les meilleures conditions, son implication dans la recherche clinique et expérimentale en créant une véritable cellule de recherche scientifique moderne dans son service et en tissant des liens avec la communauté internationale des orthopédistes, son engagement sans faille dans les organisations

comme la Société francophone d'arthroscopie dont il fut un président enthousiaste et visionnaire. Il fut également un secrétaire de rédaction puis un rédacteur engagé aux côtés de l'équipe d'OTSR-RCOT, contribuant à la notoriété de la revue. Chirurgien exigeant, ouvert sur le monde, à l'écoute des patients, toujours prêt à l'échange avec les étudiants et les confrères, travailleur impénitent, Philippe Hardy était un homme d'une bonté rare, qui savait orchestrer, avec maestria, excellence professionnelle et moments de joie partagés avec ses proches. »

« Sa disparition a été un choc terrible pour la communauté orthopédique française et internationale ».