



CONGRÈS 2019  
**ANATOMIE  
 DU SAVOIR  
 ET DE SA  
 TRANSMISSION**

© Royal Collection Trust



**p.07**

**GUEST  
 NATION**

L'orthopédie-traumatologie polonaise au congrès

© Adobe Stock



**p.11**

**CERCLE  
 NICOLAS  
 ANDRY**

Burn out, la jeune génération touchée de plein fouet

© Adobe Stock



**p.21**

**EN DIRECT**

Chirurgie en direct au congrès, une charte et les premières interventions

© www.shoulder3k.com



**Didier MAINARD,**  
Président de la SOFCOT  
et du CNP-SOFCOT

## La SOFCOT redevient une société savante

**L**e congrès de la SOFCOT se veut résolument une manifestation scientifique de haut niveau, avec une évaluation des communications assez sélective. Il n'est plus, comme on a pu l'affirmer il n'y a pas si longtemps, un congrès généraliste mais bien une juxtaposition de congrès de surspécialité. En effet, il est possible pour celui qui le souhaite d'avoir pendant 3 jours un parcours durant lequel il peut se consacrer uniquement à sa spécialité d'exercice.

La réunion de la SOFCOT, c'est aussi le lieu et le temps de l'assemblée générale des 3 instances que sont l'Académie d'orthopédie traumatologie (AOT), la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFCOT) et le Conseil national professionnel de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (CNP SOFCOT). Je vous rappelle que les assemblées générales sont ouvertes à toutes et tous. C'est à cette occasion que sont élus les futurs présidents, et que le secrétaire général et les présidents dressent le bilan des actions de

l'année écoulée. La faible fréquentation de cette assemblée générale - une cinquantaine de chirurgiens présents seulement - n'aide pas à faire connaître ces actions de fond. L'assemblée générale est aussi un lieu d'échanges, où l'on peut interpeller la Société sur différents sujets. Je ne peux donc que vous encourager à y participer le 13 novembre à 13 heures.

Cette année, elle sera particulièrement importante. En effet, les statuts des 3 structures (AOT, SOFCOT, CNP SOFCOT) qui organisent actuellement notre spécialité vont évoluer, avec dans un premier temps ceux du CNP SOFCOT. Le décret n° 2019-17 du 9 janvier dernier, relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des conseils nationaux des professions de santé et attendu de longue date, organise et précise maintenant définitivement les missions du CNP des professions de santé, en complément de celles déjà définies dans le cadre du développement professionnel continu. Il fixe les principes généraux relatifs à leur composition et à leurs modalités de fonctionnement.

Il convient donc de mettre les statuts actuels du CNP SOFCOT en adéquation avec les nouveaux statuts dérivant de ce décret. À cette occasion, le CNP SOFCOT va changer de nom et devenir le CNP COT, c'est-à-dire le Conseil national professionnel de chirurgie orthopédique et traumatologique. Ce changement d'appellation permet d'être cohérent avec l'intitulé du DES de la spécialité comme le stipule le décret. De plus, cette appellation plus large facilite l'inté-

gration des composantes du CNP.

De ce fait, la SOFCOT actuelle qui avait à la fois le statut de société savante et professionnelle va reprendre sa mission première de société savante qui était la sienne depuis 1918, année de sa création. Elle remplacera l'AOT créée en 2005 qui va donc disparaître. Le congrès de l'AOT que tout le monde appelle congrès de la SOFCOT redeviendra donc bien le congrès de la SOFCOT.

Il ne restera donc plus que 2 entités, le CNP COT à vocation professionnelle et la SOFCOT à vocation scientifique, l'interaction entre les 2 restera bien sûr très forte.

Ainsi, si on reprend le modèle du temple grec, le chapiteau correspond au CNP qui s'appuie sur 6 piliers que sont la SOFCOT proprement dite, le collège (CFCOT), le syndicat, Orthorisq, les 8 sociétés associées et les 4 sociétés partenaires. Le CNP SOFCOT est constitué exclusivement de personnes morales représentant l'ensemble de ces structures, à la différence de la SOFCOT qui regroupe des membres individuels chirurgiens orthopédistes.

Les missions et objectifs confiés au CNP sont multiples et importants avec notamment : l'organisation et l'exercice de la profession, l'organisation d'une réflexion en matière de DPC, l'accompagnement de l'évolution des compétences, l'accréditation professionnelle, l'analyse et la rédaction des recommandations et référentiels, ainsi que tout autre sujet relatif à la qualité des pratiques. Il est prévu,

dans les années qui viennent, que les procédures de re-certification soient également confiées au CNP.

Compte tenu de l'importance de ses missions, il nous a paru essentiel que le mandat du président du CNP soit porté de 1 à 2 ans. C'est d'ailleurs la règle pour l'essentiel des CNP des 44 spécialités. Les modifications de statuts seront soumises aux membres de l'assemblée générale. Ultérieurement, il faudra également adapter les statuts de la nouvelle SOFCOT. Ce sera le rôle des futurs présidents dont le mandat commencera en novembre de cette année, à l'issue de ce congrès.

La préparation de la modification du statut du CNP COT a constitué un travail lourd et important pour les membres du bureau, d'autant que d'autres dossiers tout aussi majeurs ont monopolisé nos forces et notre attention. Je voudrais citer en particulier les conflits concernant la cotation des actes, l'épisode de soins et tout récemment les conséquences de la loi du 17 juillet relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Vous l'aurez compris, la SOFCOT va redevenir une société savante, organisatrice du congrès annuel, ce qu'elle n'a jamais cessé d'être pour la majorité d'entre vous. Le CNP COT quant à lui va se voir confier la responsabilité de tout l'aspect professionnel qui conditionnera notre pratique quotidienne.

Je vous souhaite à toutes et à tous un excellent congrès riche d'enseignement, de rencontres et de connaissances nouvelles.

Le CNP SOFCOT va changer de nom et devenir le CNP COT, c'est-à-dire le Conseil national professionnel de chirurgie orthopédique et traumatologique



## Un congrès qui place la transmission des savoirs au cœur des échanges

**Philippe VALENTI,**

Président 2019 de l'Académie d'Orthopédie Traumatologie

**A**vec Didier Mainard, président du CNP-SOFCOT, nous avons choisi comme thème de ce 94<sup>e</sup> congrès l'enseignement et la recherche dans la pratique quotidienne. La recherche, intimement liée aux innovations technologiques, améliore la prise en charge de nos patients et leur suivi. L'enseignement est le mode de transmission essentiel afin que ces progrès puissent être appliqués au quotidien. Pour être tout à fait complet, nous avons sollicité Alain-Charles Masquelet pour nous exposer sa vision durant la séance inaugurale sur la transmission des savoirs.

Afin d'optimiser votre temps de présence sur le congrès, nous l'avons centré sur vos hyper-spécialités, comme l'ont été les dernières éditions organisées par Philippe Rosset et Jean-François Kempf, mes prédécesseurs. Conférences d'enseignement,

La recherche, intimement liée aux innovations technologiques, améliore la prise en charge de nos patients et leur suivi. L'enseignement est le mode de transmission essentiel afin que ces progrès puissent être appliqués au quotidien.

tables rondes, symposiums et communications seront accessibles au sein de la même salle dans votre domaine d'hyper-spécialité.

Plusieurs nouveautés pour ce 94<sup>e</sup> congrès doivent attirer votre attention :

- Il se déroulera sur 3 jours, au lieu de 4, du 11 au 13 novembre, avec la journée des spécialités le 2<sup>e</sup> jour du congrès ;

- Les journées, plus longues puisqu'elles se déroulent de 8<sup>h</sup> à 18-19<sup>h</sup>, regroupent une activité scientifique intense avec 2 symposiums : instabilité rotulienne et traumatisme complexe du pied et de la cheville.

L'épuisement professionnel chez les orthopédistes (« burn out ») est au cœur de nos préoccupations, avec une conférence d'enseignement, une table ronde durant le Cercle Nicolas Andry et une communication d'Orthoris par Philippe Tracol, le futur président du CNP SOFCOT 2020. Ce syndrome d'épuisement survient de plus en plus souvent, de façon insidieuse, avec des conséquences parfois non prévisibles et dramatiques, et atteignant plutôt nos jeunes collègues.

La session Orthoris se déroulera le lundi matin 11 novembre, au sein du congrès de la SOFCOT. Nos collègues orthoristiqueurs pourront ainsi échanger avec les laboratoires lors de leur pause et dans la continuité assister s'ils le souhaitent au symposium, à la séance inaugurale, aux tables rondes et aux communications dans leur hyper-spécialité.

Les présidents de l'AOT et du CNP-SOFCOT, associés aux CJO

et aux industriels, ont souhaité pour le congrès annuel 2019 de la SOFCOT organiser deux séances d'enseignement de 90 minutes, à la fois théoriques et pratiques pour les internes d'orthopédie des promotions 2017 et 2018.

Ces deux workshops s'intègrent dans la réforme du 3<sup>e</sup> cycle de nos internes en phase socle afin de leur permettre un apprentissage par simulation sur os sec et un perfectionnement de leurs connaissances théoriques. De plus, leur présence à ces sessions au sein de notre congrès national d'orthopédie est une excellente façon de les inciter à rester et à participer à la SOFCOT.

Les sujets traités cette année sont les fractures du massif trochantérien pour les plus jeunes et les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus pour les plus expérimentés.

Une conférence institutionnelle le lundi matin de 9<sup>h</sup> à 10<sup>h</sup>30 permettra de présenter aux journalistes spécialisés comme à la presse grand public les orientations de notre congrès annuel basées sur la recherche et l'enseignement dans notre pratique clinique, les nouvelles technologies qui seront le thème du congrès de 2020, l'humanitaire et la transmission, et enfin rappeler nos recommandations lors de la pratique de la chirurgie en direct.

Au sein de ces demi-journées de surspécialités, pour faciliter les échanges entre nos collègues et les partenaires industriels, les pauses du matin et de l'après-midi seront de 45 minutes. De plus, les partenaires industriels organiseront le midi des workshops au sein de la

SOFCOT, avec la possibilité de se restaurer sur place grâce à des buffets répartis parmi les stands. Nos industriels ont répondu largement présents cette année encore et nous les en remercions.

Le pays invité sera cette année la Pologne. Le Pr Romanowsky nous rapportera à l'aide d'un court film l'histoire de l'orthopédie polonaise. Ce sera l'occasion pour nos sociétés filles et partenaires d'échanger avec nos collègues polonais très francophones et avides de techniques françaises.

La société à l'honneur cette année sera l'association française de chirurgie du pied (AFCP). Vous pourrez assister au symposium dédié aux traumatismes complexes du pied, à une table ronde traitant de l'hallux rigidus ainsi qu'à une conférence d'enseignement permettant de faire le point sur l'hallux varus iatrogénique.

Ce congrès accueillera une exposition sous forme de posters et maquettes relatant l'œuvre de Léonard de Vinci, en l'honneur de l'anniversaire de sa mort survenue il y a 500 ans le 5 mai 1519. Cette exposition a été préparée par Dominique Le Nen et ses collègues fins connaisseurs de la vie de Léonard de Vinci.

Enfin, la soirée de gala aura lieu le mardi soir dans le magnifique musée Jacquemart-André dans le 8<sup>e</sup> arrondissement de Paris, proche du palais des congrès. Une visite privée du musée devancera un dîner au sein d'un des plus beaux salons du lieu.

Soyez toutes et tous les bienvenus à ce 94<sup>e</sup> congrès de la SOFCOT !



**Philippe TRACOL,**  
Futur Président de la SOFCOT

© DR

## Le changement dans la continuité

La présidence du CNP SOFCOT est un immense honneur mais également une énorme responsabilité. L'élection à ce poste d'un chirurgien libéral de province montre à quel point notre société a évolué et prouve que désormais la SOFCOT est bien la maison de tous les chirurgiens orthopédistes. Je suis conscient de l'immensité du travail à accomplir mais également confiant car notre CNP par son organisation permet un compagnonnage et une continuité dans la prise en charge des dossiers.

Je tiens particulièrement à rendre hommage au travail de mes prédécesseurs, en particulier Didier Mainard, qui ont su mettre notre CNP sur les rails et en parfait état de marche. Il faut également saluer le travail acharné des secrétaires généraux et je veux remercier très chaleureusement Franck Fitoussi pour son investissement sans relâche durant les 3 années passées à ce poste difficile. Enfin, rien ne serait possible sans nos chères secrétaires Ghislaine, Éléonore et Myriam dont la disponibilité, la compétence et le sourire nous facilitent grandement la tâche. Le président du CNP n'est pas seul, le travail se fait en équipe avec le Vice-président, le Secrétaire général, les membres du bureau et du Conseil d'administration. Tous s'investis-

sent sans relâche, ne comptent pas leur temps, sacrifient leur activité professionnelle quelquefois leur vie familiale et tout cela à titre bénévole. Tout ce travail se fait dans l'ombre et je tiens dès ces premières lignes à tous les remercier.

En début d'année, les décrets régissant le fonctionnement des CNP ont été enfin promulgués. Ceux-ci définissent l'organisation, le rôle, ainsi que les prérogatives des conseils nationaux professionnels. Grâce au travail des équipes précédentes, nos statuts actuels ne sont pas très éloignés de ceux définis par les décrets. Toutefois des ajustements sont nécessaires. Ceux-ci vous ont déjà été présentés par Didier Mainard et je n'y reviendrai pas.

Les éléments marquants de cette modification sont le changement de dénomination puisque le CNP SOFCOT prendra le nom de CNPCOT (CNP de chirurgie orthopédique et traumatologique). L'académie de chirurgie orthopédique et traumatologique (AOT) qui a le rôle d'organisation du congrès va retrouver le nom de SOFCOT. Autre changement notable, un mandat de 2 ans pour le président du CNP. Notre organisation ne sera pas modifiée, il s'agit simplement d'une mise en conformité des statuts. Le couple CNP/ SOFCOT continuera à fonctionner en totale harmonie

avec une collaboration et une interaction quotidienne.

Le monde change autour de nous, notre spécialité évolue, les contraintes autour de notre exercice professionnel sont chaque jour plus importantes. Les modalités d'exercice de notre spécialité sont extrêmement disparates, apparemment tout semble opposer un modeste chirurgien libéral de province d'un professeur chef de service d'un grand CHU. Il n'en est rien, nous exerçons tous le même métier avec le même but : restaurer la fonction de l'appareil locomoteur. Le rôle du CNP sera fondamental dans la cohésion de notre spécialité, nous devons veiller à ce que chaque décision prise ne nuise pas à une partie de notre grande famille. Toutefois un certain nombre de sujets, parmi beaucoup d'autres, restent préoccupants :

- La désaffectation des hôpitaux généraux, privés de chirurgiens orthopédistes qualifiés ;
- La surspécialité, mal nécessaire, mais nous devons veiller à ce que les jeunes ne se lancent pas trop tôt dans une hyperspécialisation. Une carrière de chirurgien est longue, les modalités d'exercice peuvent changer à tout moment et chacun doit pouvoir s'adapter à une brutale modification ;
- La formation des plus jeunes avec la démission programmée de l'université par manque de moyens ;
- L'image de notre profession parfois mise à mal injustement par les médias ;
- La judiciarisation croissante, les mises en cause toujours plus fréquentes, plus ou moins justifiées, mais qui retentissent sur nos primes d'assurance ;

• La recertification qui arrive à grands pas.

Cependant, il appartient au CNP de veiller au respect des bonnes pratiques et des recommandations. Je m'efforcerai, lors de mon mandat, de sensibiliser la profession aux actes inutiles. Le respect de la pertinence des soins doit rester notre préoccupation essentielle.

Mais, il y a également de grandes sources de satisfaction avec l'arrivée des technologies numériques, de l'intelligence artificielle, de la simulation. C'est pour cela qu'avec Luc Favard nous avons choisi comme thème du congrès 2020 l'intelligence artificielle.

Autre satisfaction, l'implication des jeunes dans notre société. Le collège des jeunes orthopédistes est largement intégré dans le fonctionnement de la SOFCOT, d'ORTHORISQ et du CNP. Nous avons besoin de leur enthousiasme et de leur dynamisme.

Enfin, l'orthopédie française ne peut pas rester isolée. Nous sommes trop peu représentés à l'étranger, les effectifs français à la SICOT ou l'EFFORT sont ridicules. Il est probable que la barrière de la langue est un obstacle mais les autres pays y arrivent, alors pourquoi pas nous ?

Bref, les chantiers sont innombrables, le bureau et son président ne peuvent pas tout. Il appartient à chacun d'entre nous d'apporter sa pierre à l'édifice. J'engage chacun d'entre vous et en particulier les plus jeunes et les praticiens libéraux à s'investir dans notre société.

Vous pourrez compter sur le CNP comme le CNP compte sur vous ! Bon congrès à tous.

Le monde change autour de nous, notre spécialité évolue, les contraintes autour de notre exercice professionnel sont chaque jour plus importantes.

## Burn out, la prévention avant tout

Nombreuses sont les spécialités médicales concernées par le burn out. L'orthopédie-traumatologie n'y échappe pas. Orthorisq en a fait le sujet d'une de ses tables rondes.

Cette année, sans concertation aucune, le burn out a été retenu dans trois sessions. En plus de la table ronde d'Orthorisq, le thème est au cœur des échanges d'une autre table ronde, organisée celle-ci par le Cercle Nicolas Andry. Une conférence d'enseignement lui est également consacrée. « *Nous pourrions croire que le niveau social des chirurgiens, mais aussi leur profil psychologique, les protègent de ce syndrome d'épuisement professionnel, ce n'est pas le cas* », souligne Bernard Llagonne. Une étude réalisée

par Orthorisq auprès de ses membres (avec 88 % de répondants, taux rarement atteint dans une enquête) montre que la situation de burn out n'est jamais loin. Les résultats sont présentés par Laurent Obert et Fabien Aubat, psychiatre à Agen. Un contexte social tendu, un problème de reconnaissance du travail accompli... les causes de survenue du burn out sont nombreuses. « *Nous voulons faire prendre conscience aux chirurgiens des signaux avant-coureurs de ce syndrome* », indique Bernard Llagonne. D'autant que le burn

out des praticiens peut avoir des conséquences pour les patients. Maître Maroussia Galperine met en lumière les préjudices possibles à laisser travailler un professionnel de santé en situation de burn out. Les associations professionnelles ont un rôle à jouer, comme MOTS (Médecins organisation travail santé) dont le président Jean Thévenot, médecin, participe à la table ronde. Créée en 2010 et basée à Toulouse, cette unité clinique d'écoute, d'assistance et de recherche-action vient en aide aux médecins appelants. « *Quand un*

*médecin va mal, cela impacte un territoire, un groupe de professionnels* », peut-on lire sur son site. Identifier les risques est en donc le premier acte de la prévention.



**RENDEZ-VOUS**

**LUNDI 11 NOV.**

**10<sup>H</sup>30 - 11<sup>H</sup>20**

**GRAND AMPHITHÉÂTRE**

## Travail en équipe, tous pour un...

La Haute autorité de santé souhaite promouvoir le travail en équipe, identifié comme la première cause d'événement porteur de risque. Orthorisq fait le point sur les enjeux d'une bonne coordination et communication dans les équipes pour éviter les erreurs médicales.

Depuis une dizaine d'années, de nombreuses études à travers le monde – notamment aux États-Unis – soulignent les dysfonctionnements des équipes dans la survenue d'un accident. Cette problématique a été déjà bien étudiée et documentée dans l'aéronautique. « *La nécessaire cohésion des pilotes au sein d'un cockpit se retrouve au bloc opératoire. Toute la difficulté est de faire travailler ensemble les intervenants, de manière coordonnée et sans que les ego et caractères n'affectent la sécurité et la qualité des soins apportés au patient* », souligne Éric Benfrech, gestionnaire d'Orthorisq, l'organisme d'accréditation des chirurgiens orthopédistes agréé par la Haute Autorité de Santé (HAS) sensible à cette problématique.

### Des formations en cours

Cinq experts d'Orthorisq ont ainsi été formés par Stan Institute, société spécialisée en Medical Crew Resource Management. Cette méthode permet d'identifier les dysfonctionnements au sein d'une équipe. « *Nous voudrions*



*étendre cette formation d'équipe à travers tout le pays. Nous sommes en train de co-construire avec Stan Institute et des assureurs des actions pour avoir des équipes mobiles se déplaçant sur les sites hospitaliers privés ou publics, notamment dans les structures où sont enregistrées le plus de déclarations d'événements indésirables graves afin de corriger*

*ces anomalies* », indique Éric Benfrech.

### L'accréditation en équipe, un sujet central

Le travail en équipe est devenu le sujet central de l'accréditation en France aujourd'hui. La HAS met l'accent sur une approche pluridisciplinaire associant autour

d'un noyau composé de médecins, infirmières et anesthésistes différents professionnels dont les interventions peuvent avoir une répercussion sur la prise en charge des patients.

Durant cette table ronde vont être présentées la centaine de déclarations sur le sujet reçues par Orthorisq au cours des 18 derniers mois, leur analyse ainsi que les résultats d'un sondage réalisé auprès des adhérents avec des questions portant sur le travail en équipe. « *Arriver à constituer des équipes performantes, avec beaucoup de cohésion, et qui mettent tout en commun pour parvenir à une bonne prise en charge est essentiel aujourd'hui* », conclut Éric Benfrech.



**RENDEZ-VOUS**

**LUNDI 11 NOV.**

**08<sup>H</sup>15 - 09<sup>H</sup>15**

**GRAND AMPHITHÉÂTRE**

# Revue des spécificités de la publication en langue française

Une permanence dans la progression, un soupçon d'enthousiasme latin, une bonne pincée de notoriété dans la communauté francophone, une appétence pour l'éthique... Voilà brièvement esquissé ce qui pourrait bien distinguer une publication en langue française de ces homologues anglo-saxonnes. Pour tout savoir des atouts d'une parution dans la langue de Molière, rendez-vous à la table ronde sur la rédaction médicale qui met également l'accent sur la possible esbroufe statistique.

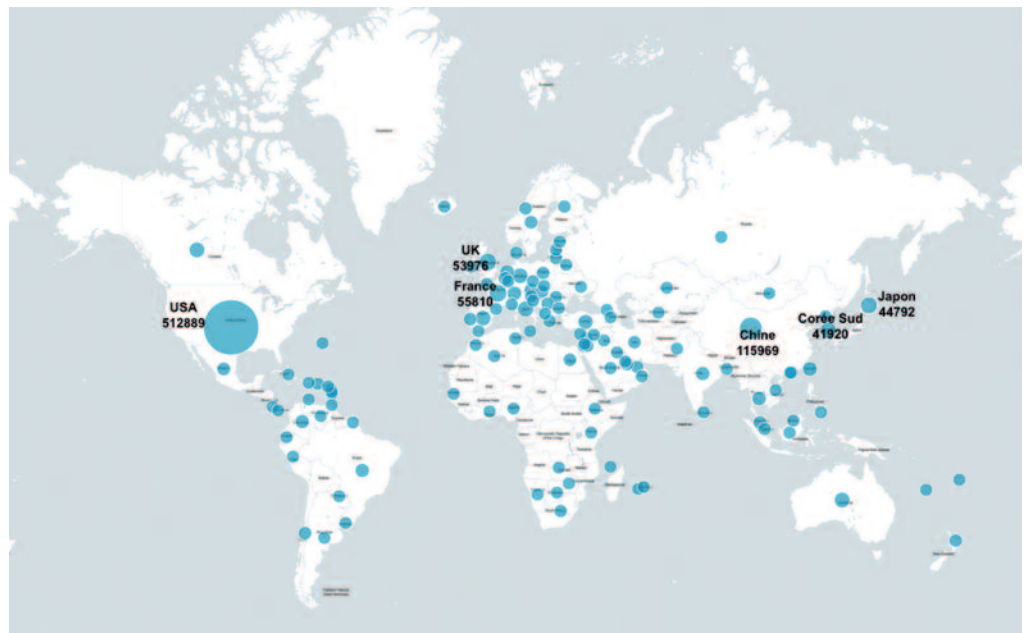
Longtemps, la science médicale a été perçue comme une science exacte, sur la foi de statistiques que l'on imaginait imparables. « *Nous nous apercevons à l'usage que même les statistiques peuvent être manipulées dans le sens d'objectifs fixés* », observe Philippe Beaufile qui co-anime cette table ronde. « *Attention aux appareils statistiques d'études cherchant à montrer ce qu'elles ne peuvent en réalité pas démontrer* », ajoute-t-il. Il ne faut pas prendre la statistique comme argent comptant et veiller à préserver son esprit critique. C'est ce que vient rappeler Caroline Mouton, chercheuse basée à Luxembourg.

## En progrès

En 9<sup>e</sup> position au niveau mondial dans un classement dominé par la Chine et à la 3<sup>e</sup> place à l'échelle européenne, avec une belle vitesse d'augmentation de publications, les auteurs francophones sont plutôt bien représentés dans les revues internationales. Plus de détails avec Patrick Devos et Henri Migaud. Cette belle progression semble en partie liée à la création d'OTSR publiée et indexée en anglais, et qui fête cette année son 10<sup>e</sup> anniversaire. « *Nous avons relevé une corrélation entre cette augmentation de parutions et l'offre qu'a constituée OSTR pour les auteurs* », explique Philippe Beaufile.

## L'exception française

En matière de publications scientifiques, le modèle anglo-saxon est souvent cité en exemple, « *probablement à cause de la force de frappe des revues américaines* ». Une réalité que tempère pourtant une analyse comparative, celle réalisée par Etienne Belzile et



► Nombre de téléchargements d'OTSR dans le monde entier.



Dominique Rouleau, deux orthopédistes canadiens conviés à la table ronde. Ils ont évalué les différences entre les publications de culture anglo-saxonne et celles relevant d'une tradition latine. La robustesse de la méthodologie anglo-saxonne est acquise, mais une « folie » latine manque à l'appel pour mettre en valeur les innovations.

## Un outil de formation continue

Une revue est une plateforme d'experts où les auteurs échangent leurs découvertes et connaissances. « *Mais, c'est aussi un espace où le lecteur peut tirer des*

*informations nécessaires à sa pratique quotidienne et à sa formation médicale continue* », souligne Philippe Beaufile qui présente cette partie. Une enquête de lectorat réalisée auprès des lecteurs français d'OTSR montre tout l'intérêt qu'ils portent à la revue éditée par Elsevier. Elle arrive largement devant les journaux en anglais. 56 % des lecteurs disent la lire régulièrement, pour 3 à 5 % seulement qui se plongent dans des revues d'hyper-spécialité en langue anglaise. « *La barrière de la langue reste un problème* », relève toutefois Philippe Beaufile.

## L'éthique d'abord

La session accueille également Henri Maisonneuve, spécialiste d'éthique qui fait autorité en France comme à l'étranger sur le sujet. Il compare la culture POP (Publish or perish - « Publier ou périr », aphorisme longtemps en

vogue dans la communauté des chercheurs) à la culture TOP (Transparency and openness promotion pour Promotion de la transparence et de l'ouverture), c'est-à-dire la promotion d'une publication éthiquement irréprochable et ouverte. Ce qui, à l'occasion, pose la question des journaux en open access laissant au lecteur la charge d'en apprécier la critique sans passer par les filtres plus ou moins opaques de sélection.



**RENDEZ-VOUS**

**LUNDI 11 NOV.  
10<sup>H</sup>30- 12<sup>H</sup>00  
SALLE 351**

GUEST NATION

## La Pologne, invitée d'honneur du congrès

La Société polonaise d'orthopédie et de traumatologie, née en 1928, et présidée actuellement par le Pr Leszek Romanowski, est l'invitée d'honneur du 94<sup>e</sup> congrès de la SOFCOT.

L'orthopédie et la traumatologie polonaises se sont construites sur la pratique et les travaux de recherches de figures prestigieuses du pays. Parmi elles, on compte :

- **Józef Stru (1510-1568)** : les travaux de ce médecin, né à Poznań, sur les fractures et les déformations du squelette sont les premières publications documentées constituant une source d'intérêt en traumatologie et en orthopédie pour les médecins de l'époque ;

- **Jan Jonston (1603-1675)** : né à Szamotuły, il décrit dans l'ouvrage *Idea universae medicinae practicae*, publié à Amsterdam en 1642, le traitement d'une fistule au cours d'une infection osseuse par incision chirurgicale associée à la suppression d'un sequestre ;

- **Ludwik Perzyna (1742-1812)** : originaire de Cracovie, il décrit notamment les fractures, les déformations du pied, les fractures de la colonne vertébrale et les blessures tendineuses ;



- **Jan Adamus Kulmus (1685-1745)** : ce médecin en provenance de Wrocław est l'auteur d'un ouvrage Sur la rupture du tendon d'Achille, publié en 1730 ;

- **Rafał Józef Czerwiakowski (1743-1816)** : basé à Cracovie, il est considéré comme le père de la chirurgie polonaise. Chirurgien en chef de l'armée polonaise, il est l'auteur d'un ouvrage de référence, *La science de la chirurgie universelle pour une utilisation généralisée dans les pays slaves, notamment pour les militaires* ;

- **Andrzej Janikowski (1799-1864)** : ce professeur de chirurgie de Varsovie était spécialisé dans les courbures de la colonne vertébrale et le traitement du mal de Pott ;

- **Ludwik Bierkowski (1801-1860)** : né à Poznań, il est considéré à son époque comme le plus célèbre chirurgien polonais. En 1837, il fonde la première institution orthopédique polonaise ;

- **Tomasz Drobnik (1858-1901)** : ce médecin né à Pleszew devient



en 1890 le chef du département de chirurgie de l'hôpital municipal de Saint Józefa à Poznań. Le 4 décembre 1892, lors d'une réunion du département médical de la Société des amis des sciences de Poznań, il rend compte de la transplantation réussie d'un extenseur du long orteil chez une jeune fille de sept ans qui avait perdu un pied après une maladie de Heine Medina. Le premier rapport de Drobnik sur les greffes de tendon a été publié en 1886 dans la revue *Deutsche zeitschrift für chirurgie* ;

- **Franciszek Neugebauer (1856-1914)** : né à Kalisz, il fut l'un des premiers au monde à décrire un spondylolisthésis ;

- **Antoni Gabryszewski (1864-1917)** : étudiant et collaborateur de Ludwik Rydygier, la plupart de ses publications concernent des exercices de rééducation à partir des instruments qu'il a conçus ;

Au tournant des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles, et dans les années suivantes, des chirurgiens de renom tels que Ludwik Rydygier, déjà mentionné, mais aussi J. Kosiński, Z. Zielewicz, E. Chłapowski, J. Pomorski ou encore L. Mieczkowski, ont grandement contribué au développement de l'orthopédie. Citons aussi K. Nowakowski, W. Orłowski, Z. Radliński, T. Ostrowski, J. Mikulicz, B. Kader, A. Jurasz, A. Leśniewski, H. Szram et M. Rutkowski. Les deux derniers étaient membres de la Société polonaise d'orthopédie et de traumatologie (SPOT). C'est ce que relatent Andrzej Nowakowski et Marek Synder, auteurs du texte de présentation de l'histoire de la SPOT.

Source : <http://ptoitr.pl/o-towarzystwie/historia-ptoitr>

SÉANCE INAUGURALE

## Conférence d'honneur, la transmission des savoirs par Alain-Charles Masquelet

Cette année, c'est Alain-Charles Masquelet, ancien président de la SOFCOT, qui a été invité par Didier Mainard, président en exercice, pour partager son point de vue sur la transmission du savoir.

Sa hauteur de vue et son engagement dans l'enseignement de l'orthopédie-traumatologie en font un orateur pleinement désigné pour remplir cette mission, en lien avec la thématique du 94<sup>e</sup> congrès de la SOFCOT.

**RENDEZ-VOUS**  
LUNDI 11 NOV.  
15H30 - 16H30  
GRAND AMPHITHÉÂTRE

# CJO, de l'importance de bien savoir communiquer pour progresser

La maîtrise technique du geste ne suffit plus. Les chirurgiens doivent aussi acquérir un savoir-faire communicationnel pour désamorcer des tensions avec les patients, les collègues ou encore les partenaires médicaux mais aussi pour convaincre et transmettre efficacement des messages à la communauté médicale.



Intitulée « L'orthopédisme ou l'orthopédie du XXI<sup>e</sup> siècle », la table ronde du Collège des jeunes orthopédistes met en exergue la nécessité pour les praticiens, notamment les internes, de se doter d'un savoir-faire communicationnel solide afin d'entretenir des relations sereines, constructives et épanouissantes avec les confrères et les patients. La maîtrise d'une communication non-violente est essentielle aujourd'hui dans un environnement soumis à de multiples tensions, notamment avec les patients. « *Tout le monde, à un moment ou un autre, peut se retrouver confronté à une remise en question parfois déstabilisante* », rap-

porte Morgane Le Chatelier Riquier, secrétaire générale du CJO. C'est d'autant plus vrai dans de grosses structures comme les CHU qui génèrent des flux importants de patients, particulièrement dans des situations d'urgence. Celles-ci sont pourvoyeuses d'agressivité, parfois simplement liée à l'anxiété des patients. Quand les praticiens sont très sollicités, il n'est pas toujours aisé de rester stoïque, pour expliquer, calmer, rassurer.

### Un sens de la communication qui s'apprend

Les frottements ne se limitent pas à la relation avec les patients. Ils

peuvent aussi affecter les échanges avec des collègues ou d'autres acteurs du soin. « *Le ton peut vite monter quand on se sent remis en cause dans son jugement et ses capacités* », observe Morgane Le Chatelier Riquier. Une parole mal interprétée et le climat devient rapidement délétère, si l'on n'y prend pas garde. « *Les chirurgiens ne sont après tout que des humains* », ajoute-t-elle. Si certains orthopédistes ont un sens inné de la communication non-violente, ce n'est pas le cas de tous. Problème, rien n'est prévu dans la formation initiale pour apprendre aux chirurgiens à endiguer des situations qui s'enveniment. « *En France, à la différence du Canada par exemple, la formation se limite à la technique chirurgicale. Ce n'est pas forcément simple pour un interne de se retrouver projeté à gérer une unité d'urgences sans avoir acquis les bons réflexes de communication* », déplore Morgane Le Chatelier Riquier.

### Les petits secrets des experts de la communication

La table ronde présente quelques solutions rapidement mobilisables pour cultiver des relations plus apaisées dans son environnement professionnel. Une spécialiste de communication apporte son éclairage sur l'art de bien faire passer des messages, dans le cadre de congrès notamment. En complément, Laurent Obert, orthopédiste reconnu pour ses qualités de communicant, vient livrer quelques clés pour permettre aux internes de progresser sans trébucher pour cause de communication défail- lante.



**RENDEZ-VOUS**  
LUNDI 11 NOV.  
11<sup>H</sup>30 - 13<sup>H</sup>00  
SALLE 352 AB

## SOFCOT-SICOT, échanges croisés sur la nécrose de la tête humérale

Comme tous les ans, la SOFCOT et la SICOT, la Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie, partagent leurs connaissances scientifiques. Cette année à Paris, le session combinée est consacrée à l'ostéonécrose de l'épaule.

### Les sujets présentés

- Nécrose traumatique: facteurs de risques - Ralph Hertel (Berne, Suisse)
- Nécroses non traumatiques: étiologies et classification - Philippe Hernigou (Paris)
- L'ostéonécrose par corticostéroïdes au Japon - K. Kaneko (Tokyo)
- Nécrose non traumatique de l'enfant - Franck Fitoussi (Paris)
- Décompression par forage: technique et résultats - Alexandre Poignard (Paris)

- Thérapie cellulaire: technique, indication et résultats - Philippe Hernigou (Paris)
- Nécrose traumatique: hémi ou prothèses totales - Pierre Mansat (Toulouse)
- Nécrose post corticoïde: résultats de l'arthroplastie - Marius Scarlat (Toulon)
- Nécrose drépanocytaire: bilan et arthroplastie adaptée - Sébastien Zilber (Paris)

- Nécrose d'épaule: prothèses aux jeunes patients? - Pascal Boileau (Nice)
- Prothèse inversée dans les nécroses traumatiques - Philippe Valenti (Paris)

### À retenir

Le 40<sup>e</sup> congrès mondial d'orthopédie de la SICOT se tiendra du 4 au 7 décembre 2019 à Mascate, à Oman. Organisé en collaboration avec l'Association

panarabe d'orthopédie, il aura pour thème l'ostéonécrose de la hanche.



**RENDEZ-VOUS**  
LUNDI 11 NOV.  
10<sup>H</sup>00 - 11<sup>H</sup>30  
SALLE 353



CONFÉRENCE INSTITUTIONNELLE

## La transmission, un enjeu d'avenir pour la chirurgie orthopédique

La transmission du savoir est fondamentale pour l'orthopédie et la traumatologie qui occupent une place importante dans la société. Ses modalités évoluent.

Cette conférence institutionnelle, première du genre au congrès de la SOFCOT, démarre par une table ronde sur les évolutions de l'enseignement de la chirurgie. Avec la refonte de l'internat, des stages sont maintenant possibles en dehors du milieu universitaire. Un projet pédagogique avec la faculté et

le responsable de l'enseignement est bien sûr nécessaire. Cette nouvelle pratique est parfois une nécessité, comme dans le cadre de la chirurgie de la main pour laquelle n'existe plus de centres universitaires.

### Un nouveau cadre pour la recherche clinique

Si la recherche académique nécessite des structures, des laboratoires, des connaissances particulières et des investissements spécifiques, la recherche clinique doit pouvoir se faire hors des centres hospitaliers universitaires. Les contraintes de la recherche clinique posées par la loi Jardé, à laquelle est consacrée une table ronde avec Olivier Jardé lui-même, rendent difficiles cette re-

cherche. Si cette loi permet de bien définir le cadre et supprime les zones d'ombre, elle génère des lourdeurs administratives et réglementaires qui en détournent les chirurgiens. Elle va désormais pouvoir se faire dans des structures publiques non-universitaires ou privées. De grands groupes ont compris l'intérêt de développer cette recherche clinique qui attire de jeunes chirurgiens ayant déjà participé à des études dans le cadre leur assistantat. Ils ont également mesuré l'intérêt à communiquer autour de cette recherche génératrice de publications et de subventions de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

### Les nouveaux modèles de la transmission

La conférence examine ensuite la place des nouvelles technologies pour le soin, mais aussi l'enseignement et la transmission. Une table ronde interroge également le rôle de la chirurgie humanitaire comme moyen de transmettre des enseignements aux orthopédistes. Elle s'achève par une controverse sur la chirurgie en direct. Suite au livre de Philippe Liverneaux pointant les conditions de réalisation de ce type de chirurgie, la SOFCOT a mis au point une charte pour encadrer la pratique à des fins d'enseignement. Deux sessions retransmises en direct ont lieu durant le congrès, là aussi pour la première fois. (cf. p. 21).



**RENDEZ-VOUS**  
LUNDI 11 NOV.  
9<sup>H</sup>00- 10<sup>H</sup>30  
AMPHITHÉÂTRE PASSY

OTSF

## Pour une orthopédie-traumatologie ouverte sur le monde

Alors que l'orthopédie-traumatologie dans les pays développés tend vers toujours plus d'hyperspécialisation, il est des pays francophones où la chirurgie se pratique avec de belles compétences techniques malgré une absence de moyens. L'association Orthopédie-traumatologie sans frontières, OTSF, œuvre depuis de nombreuses années pour donner toute sa place à cette chirurgie prometteuse qui ne cesse de progresser.

Dans les pays francophones émergents du Tiers-monde, d'excellentes capacités médicales se sont développées, mais elles se heurtent parfois/souvent à une insuffisance de technologies. C'est le constat que dresse Frédéric Dubrana, coorganisateur de la table ronde d'OTSF avec Patrice Mertl. « *Pourtant, cette chirurgie qui n'est pas hypertech- nique offre une grande richesse* », indique-t-il. Le congrès de la SOFCOT, par le biais de cette session, entend faire place à une orthopédie « *qui n'est pas uniquement un tour de force* ». Huit chirurgiens francophones, invités sur les propres bourses de l'association, viennent présenter leur travaux. À retenir notam-

ment, la série des 70 premières prothèses totale du genou posées au Gabon ou encore une expérience de réimplantation de la main au Togo.

« *Ces communications représentent 90 % de l'orthopédie-traumatologie*

*mondiale. Il faut rester conscient de cette réalité qui n'est pas toujours connue des pays européens plus avancés. Elle nous oblige, à agir, à essayer de trouver des moyens pour permettre à cette chirurgie de continuer à se développer* », observe

Frédéric Dubrana qui voit là une ouverture à la communauté francophone, très présente au congrès de la SOFCOT. « *Nous leur apportons une possibilité de s'exprimer. Cela nous donne de la richesse et nous fait du bien. Ce sont des choses que l'on peut perdre de vue dans une chirurgie très technique* », rappelle-t-il.



**RENDEZ-VOUS**  
LUNDI 11 NOV.  
10<sup>H</sup>30- 12<sup>H</sup>00  
SALLE 341

## TABLE RONDE Couple CoC dans les arthroplasties totales de hanche, le point

Plébiscité à son lancement dans les années 50 par les orthopédistes pour la faiblesse de son couple de friction et de son usure, le couple CoC dans les arthroplasties totales de hanche a perdu de son attrait pour cause de fragilité et de grincements par frottement. Que vaut ce couple CoC aujourd'hui ?

L'apparition d'une céramique d'alumine pure de 3<sup>e</sup> génération en 1995, plus résistante, a permis de diminuer le taux de rupture entre 2 et 4 pour 1000, avec un taux de survie de 99 % à 20 ans. En 2003, une nouvelle céramique composite avec 17 % d'oxyde de zirconium dite Delta, encore plus résistante, a fait chuter les risques de rupture à 0,25 pour 1000. Le couple CoC représente aujourd'hui 70 % des prothèses de hanche en Corée, et 41 % en France, selon une étude de 2015 sur 120000 prothèses. Deux incertitudes néanmoins : une tendance à plus de transformation en surface au fil des ans contrairement à l'alumine et une absence de recul. Cette table ronde permet de faire le point sur les avantages et inconvénients de

ces deux céramiques qui restent disponibles en France et dans le monde, par rapport aux polyéthylènes de nouvelle génération hautement réticulés. Elle évalue également l'intérêt d'augmenter le diamètre des têtes de prothèse pour réduire les risques de luxation. Elle analyse, par ailleurs, les complications comme le squeaking (bruit de friction) et la réalité des ruptures.



**RENDEZ-VOUS**  
LUNDI 11 NOV.  
14<sup>H</sup>00- 15<sup>H</sup>30  
SALLE 352 AB

## SYMPOSIUM Traumatismes complexes du pied et de la cheville

Les traumatismes complexes du pied et de la cheville sont rares. Leur pronostic fonctionnel peut être engagé s'ils sont mal pris en charge initialement.

Reconnaître les lésions et rebâtir un pied anatomiquement le plus fidèle possible, tels sont les enjeux du traitement de ces traumatismes. Le symposium repose sur une étude de dossiers provenant de 18 centres, la plupart étant liés au GETRAUM, le groupe d'étude en traumatologie ostéo-articulaire. Il aborde la prise en charge primaire dans le cadre de l'urgence avec une cohorte de 611 patients, et secondaire pour réintervention avec une cohorte de 91 patients. Les résultats d'une analyse lésionnelle sont présentés durant la session pour les fractures du talus, subtaliennes, ouvertes du calcaneum, du médio-pied, des métatarsiens (si plus de deux sont fracturés), les luxations du Lisfranc ou encore les luxations du Chopart dont le diagnostic est difficile à poser.

Le symposium évalue également la sévérité des lésions de l'association arrière-pied/avant-

pied versus des lésions « simples » de l'avant, du médio ou de l'arrière-pied. Sont également abordées les lésions cutanées qui peuvent nécessiter une prise en charge spécifique (pansements sous vide, lambeaux, amputation).

Un point est fait sur les patients traités dans le cadre d'une prise en charge secondaire. Une analyse radiologique est également réalisée pour donner des repères aux orthopédistes recevant en urgence des patients victimes de ces traumatismes complexes du pied et/ou de la cheville.



**RENDEZ-VOUS**  
LUNDI 11 NOV.  
14<sup>H</sup>00- 15<sup>H</sup>30  
GRAND AMPHITHÉÂTRE

## TABLE RONDE Transfert tendineux à l'épaule dans les ruptures massives irréparables de la coiffe des rotateurs

Pathologies tendineuses dégénératives, les ruptures massives et irréparables de la coiffe des rotateurs sont fréquentes. Les transferts musculo-tendineux peuvent être une solution.

Devant une épaule pseudo-paralytique (perte de l'élévation active du bras) ou une perte de la rotation externe active du bras, invalidantes pour des gestes du quotidien (manger, boire, se coiffer, etc.), plusieurs solutions existent. Cette table ronde fait le point sur leurs indications :

- la prothèse inversée de l'épaule permet de rétablir une élévation active du bras malgré l'absence de coiffe des rotateurs. Cette pro-

thèse contrainte stabilise l'articulation en inversant le mécanisme de l'épaule ;

- le transfert musculo-tendineux du grand dorsal, sous arthroscopie ou technique mixte (chirurgie ouverte et arthroscopie). Il s'agit de transformer ce muscle rotateur interne en muscle rotateur externe, en le faisant tourner autour de l'humérus pour le rattaché à la partie postéro-latérale ;
- le transfert du grand dorsal et

du grand rond pour restaurer la rotation externe ;

- l'association du transfert musculo-tendineux et de la prothèse inversée chez des patients combinant perte de l'élévation et de la rotation externe actives du bras ;
- le transfert du trapèze pour la perte isolée de la rotation externe ;
- le transfert du grand dorsal pour les réparations du sous-scapulaire.



**RENDEZ-VOUS**  
LUNDI 11 NOV.  
16<sup>H</sup>30- 18<sup>H</sup>00  
SALLE 342 AB

## Burn out, la jeune génération touchée de plein fouet

On croyait les orthopédistes préservés du burn out. Il n'en est rien. Et, à y regarder de plus près, il apparaît qu'un quart des jeunes chirurgiens présente des symptômes se rattachant à un syndrome dépressif. Comment en est-on arrivé là ? Mais surtout, que faire pour éviter des issues parfois dramatiques. C'est ce que s'attache à définir la table ronde du Cercle Nicolas Andry, seconde session non concertée du congrès sur le burn out qui montre à quel point les préoccupations des orthopédistes sont vives sur le sujet et désormais bien prises en compte.



**E**n France, un médecin attende à sa vie tous les 6 mois dans un contexte de burn out. Les statistiques sont tragiques. « Mais, ce n'est que le côté le plus visible du problème », indique Marc-Olivier Gauci, l'un des coordonnateurs de cette table ronde. Le mal est bien installé. Plus de 25 % des jeunes médecins et futurs médecins expriment des symptômes proches d'un syndrome dépressif possiblement annonciateur d'un burn out. « Ce mal-être au travail

nuit à la qualité et à l'offre de soins proposés aux patients, tout en mettant en péril l'engagement pris par les médecins à l'égard des citoyens », ajoute-t-il. Conscient des risques pour les chirurgiens eux-mêmes et les patients, le Cercle Nicolas Andry a cherché à mieux comprendre les mécanismes en œuvre dans ce phénomène de burn out qui gagne la jeune génération, et à tracer des axes de réflexion pour libérer les médecins de cette menace psychologique.

### Des conditions d'exercice déstabilisantes

La génération née dans les années 80 est désormais pleinement affectée par ce burn out. « Cette génération n'a pas connu les facilités professionnelles qu'offraient les Trente Glorieuses, tant au niveau de l'activité que des conditions d'exercice. On leur a toujours dit qu'ils devaient faire des économies, se serrer la ceinture, faire des efforts. Leur activité n'est pas à la hauteur de la représentation

qu'ils se faisaient de leur exercice », analyse Marc-Olivier Gauci. Les objectifs de qualité des soins vers lesquels tendent les jeunes médecins sont compromis par des manques de moyens dans les établissements de santé. Ils ont le sentiment de ne pas pouvoir honorer la promesse morale de soulager la souffrance des malades contenue dans le serment d'Hippocrate. Tous ces éléments peuvent entraîner un épuisement professionnel.

### Une image du corps médical dégradée

Il faut aussi regarder du côté d'un manque d'estime de soi, lié pour partie aux affaires médiatisées qui écornent l'image des médecins. C'est le cas de l'affaire des fresques d'internes au CHU de Clermont-Ferrand qui a défrayé la chronique en 2015. « Cette fresque est ancienne. On peut tout à fait comprendre que de telles images soient choquantes pour la population. Mais, la vindicte populaire à laquelle se sont retrouvés jetés ces internes qui n'ont fait que prendre la suite d'une culture carabine a été violente », rapporte-t-il. On peut citer la même année la polémique sur les touchers vaginaux aux Hospices de Lyon par des internes à des fins de formation, sans le consentement des patientes. « La ministre de la santé de l'époque avait même annoncé des poursuites au pénal. La remise en cause a été très agressive », indique Marc-Olivier Gauci sans nier la problématique du consentement. Mais, poursuit-il, « ces deux affaires emblématiques ont contribué à détériorer l'image de la profession médicale, en affectant particulièrement les plus jeunes dans le circuit de la formation ».

Les récentes évolutions sur le dispositif anti-cadeaux portées par la loi Ma Santé 2022 votée en juillet dernier ont aussi semé le trouble chez les internes. Il est désormais interdit à un laboratoire d'offrir l'hospitalité à des étudiants en formation initiale. « Ce qui a été compris par les internes comme une mise à l'index. Ils ont le sentiment d'être devenus tout à coup des suppôts des laboratoires, des corrompus », déplore-t-il.

Autre paramètre de déstabilisation pour l'estime de soi, la difficulté pour les médecins à trouver leur place dans un contexte social de diminution des heures de travail quand, dans le même temps, ils doivent conjuguer soins, recherche et formation initiale ou continue. Enfin, depuis 2009 et la loi Hôpital, patients, santé et territoires, les médecins se sont retrouvés dessais de leur outil de travail qu'est l'hôpital. « Les directeurs d'hôpitaux qui sont devenus les véritables patrons des établissements sont davantage préoccupés par les orientations budgétaires que par les projets de soins portés par le corps médical. C'est aussi vrai dans les grosses structures pri-

vées. La possibilité pour les médecins de décider du sort médical et du parcours de leur patient se réduit considérablement avec ces orientations managériales », regrette Marc-Olivier Gauci.

Dorénavant, le burn out est clairement pris en considération dans de nombreux travaux et rapports dont celui de l'Académie de médecine, par exemple. Ce n'est plus un tabou. « Il faut continuer dans cette dynamique pour sortir de cette épidémie et trouver les bonnes solutions », indique-t-il.

### Mieux accompagner les chirurgiens

Au-delà de l'apprentissage technique, les jeunes orthopédistes-traumatologues doivent acquérir des compétences de leadership. Il n'y a pas de formation spécifique à la gestion des équipes. Or, les chirurgiens ont besoin d'outils managériaux pour être force de proposition auprès des instances dirigeantes des établissements.

L'encadrement des jeunes orthopédistes par les plus anciens est plus que jamais nécessaire. « Face à ces situations, les plus jeunes comptent sur les chefs de service

pour les guider », souligne Marc-Olivier Gauci qui ajoute : « L'apprentissage de la chirurgie doit être centré sur le patient. »

Par ailleurs, les jeunes médecins doivent faire un travail sur eux-mêmes. « Il ne faut rien attendre de la société et être dans la satisfaction du travail accompli, en modifiant le mode de perception de notre travail pour qu'il corresponde au mieux à nos exigences médico-chirurgicales », préconise-t-il.

Enfin, il convient d'ores et déjà pour les orthopédistes de se préparer à l'explosion à venir de la dualité public-privé, pour que l'évolution se fasse progressivement, « sans qu'elle soit subit par les médecins ». Comprendre les tensions et situations d'aujourd'hui qui peuvent mener au burn out, c'est aussi anticiper les problématiques futures.



**RENDEZ-VOUS**  
LUNDI 11 NOV.  
14<sup>H00</sup> - 15<sup>H00</sup>  
AMPHITHÉÂTRE PASSY

## Quand l'orthopédie française part en mission

C'est en quelque sorte un carnet de voyages que nous livre là le Cercle Nicolas Andry, à travers les récits de missions orthopédiques menées aux quatre coins du monde. Des retours d'expérience qui servent de socle à une réflexion sur l'engagement médical dans l'humanitaire.

L'humanitaire au Cercle Nicolas Andry est une première. Cette année, quatre orthopédistes engagés dans une chirurgie qui donne la main aux plus démunis ou simplement aux pays en en quête d'expertise technique, médicale et scientifique viennent témoigner.

Alain Fabre, chirurgien des hôpitaux des armées en chirurgie orthopédique et traumatologique, auteur de nombreuses missions à l'étranger, trace les contours « par-delà les mers et les frontières historiques d'un engagement médical au service de l'homme ». Philippe Valenti prend le relais avec un point sur la place



de la microchirurgie dans les missions humanitaires.

Frédéric Dubrana vient à son tour faire partager ses expériences au Laos, au Cambodge et à Madagascar, pays dans lesquels il intervient plusieurs fois par an.

Place enfin à Dominique Le Nen qui retrace un parcours riche de 26 missions en Palestine. « Cela fait partie de notre métier que de pouvoir donner aux autres ce que l'on a reçu », souligne-t-il. En retour nous recevons beaucoup. Ces voyages sont à chaque fois des occasions

d'échange avec les praticiens locaux. On y apprend plein de choses ».

Et c'est le message que tous quatre viennent transmettre en substance à la communauté orthopédique réunie au 94<sup>e</sup> congrès de la SOFCOT, avec l'idée peut-être de susciter quelques vocations.



**RENDEZ-VOUS**  
LUNDI 11 NOV.  
16<sup>H30</sup> - 18<sup>H00</sup>  
AMPHITHÉÂTRE PASSY

## L'AFCP en pleine croissance

Société partenaire invitée de la SOFCOT, l'Association française de la cheville et du pied profite de ce congrès pour mettre en avant les évolutions d'une chirurgie à part entière, hyperspécialisée et qui bénéficie d'un intérêt croissant et de nombreuses évolutions techniques ces dernières années.

La matinée débute par une série de 7 communications allant de l'impact d'un régime périopératoire pauvre en polyamines sur la douleur après chirurgie osseuse du pied à l'innovation par impression 3D et simulation préopératoire de l'implantation d'une prothèse totale de cheville, en passant par le traitement du pied plat souple de l'adulte par combinaison de trois gestes opératoires, pour ne citer qu'elles.

La session se poursuit par une conférence intitulée : « Maladie, blessures et prévention du pied et de la cheville du danseur ». Elle est proposée par Xavière Barreau, médecin de l'opéra de Paris. Sa présence permet d'ouvrir des perspectives plus médicales sur ces pathologies.

Place ensuite à T. Bienek, orthopédiste polonais qui dévoile une histoire de la société polonaise



du pied et de la cheville. Son homologue A. Boszczyk dispense une conférence plus technique sur les lésions de la syndesmo tibio-fibulaire. Tous deux représentent la Pologne, nation invitée du congrès de la SOFCOT.

La matinée s'achève par un débat contradictoire sur le traitement de l'hallux valgus à ciel ouvert ou en percutané.

L'assemblée générale se déroule le midi. À cette occasion, sont présentés les rapports des délégués de l'AFCP sur les relations avec les différentes sociétés savantes nationales et internationales, et notamment l'EFAS, l'European foot and ankle society. Un point est réalisé sur l'évolution des fiches patients que l'AFCP développe depuis plusieurs années en collaboration avec Orthorisq et la SOFCOT. Vingt-cinq fiches sont déjà disponibles gratuitement sur le site de l'AFCP. Sont également présentés les points forts de l'année passée et les futurs congrès et cours organisés par l'association : le cours Sawbone organisé par le bureau des jeunes à destination des collègues juniors sou-

haitant s'initier aux techniques de base de la chirurgie du pied et de la cheville, le master course intitulé Cadaver lab qui se déroule fin janvier 2020 au Fer à moulin à Paris où seront enseignées les techniques chirurgicales pour le tendon calcanéen.

L'après-midi est consacrée à deux communications particulières et s'achève par un exposé des bonnes pratiques dans la prise en charge des infections ostéo-articulaires de la cheville et du pied.



**RENDEZ-VOUS**

**MARDI 12 NOV.**

**8<sup>H</sup>00 - 17<sup>H</sup>00**

**SALLE 352 AB**

## SFHG, une volonté d'ouverture renforcée

Plusieurs temps forts rythment la journée de la Société française de la hanche et du genou : un symposium sur la prothèse unicompartimentale externe de genou, une veille technologique sur la robotique et les prothèses ainsi qu'une table ronde sur la désescalade dans la reprise des prothèses de hanche.

Les prothèses unicompartimentales externes du genou sont peu répandues. La SFHG a souhaité consacrer un symposium à cette intervention comprenant des différences étiologiques et techniques avec les PUC internes. Les PUC externes donnent de bons résultats quand les indications sont bien posées. Un point est fait sur l'apport des nouvelles technologies (robotique, navigation...) pour cette chirurgie qui présente une difficulté de positionnement exact des implants. Si l'ancillaire d'une prothèse totale de genou guide bien l'orthopédiste, celui des PUC est plus difficile à utiliser.

La robotique a trouvé sa place en cardiochirurgie, neurochirurgie et

urologie notamment. Elle a un avenir en orthopédie, mais son apport dans cette chirurgie n'a pas encore été mis en évidence. Des services hospitaliers doivent utiliser cette technique pour en explorer les bénéfices chirurgicaux. Le robot apporte une précision du geste et une capacité à travailler dans l'espace, et parfois dans des espaces restreints où la main du chirurgien a des difficultés pour rentrer.

La désescalade des reprises de prothèse totale de hanche : ces reprises représentent 10% de l'ensemble des PTH posées en France. Se posent des problèmes de qualité osseuse, de fixation des implants et de la préservation de l'avenir. Cette désescalade correspond à

une volonté de préserver le capital osseux ou de l'aider à se reconstituer partiellement pour l'avenir. Par ailleurs, la SFHG qui depuis quelques années a souhaité s'ouvrir davantage vers l'Europe reçoit David Dejour, président de l'ESSKA (European society of sports traumatology, knee surgery and arthroscopy), et un orthopédiste polonais.

Elle annonce également sa future journée de printemps qui se déroulera à Rennes, l'Ouest étant peu représenté au sein de la SFHG. Elle dévoile ses nouveaux statuts, avec notamment une évolution des critères d'admission pour élargir l'auditoire en France et à l'étranger.

À retenir également, une présen-

tation des recommandations communes de la SOFCOT et de la SFAR, la Société française d'anesthésie et de réanimation, sur la récupération améliorée après chirurgie. La RAAC ne peut pas se concevoir sans la collaboration avec les anesthésistes, pour la gestion de la douleur pré et peropératoire notamment.



**RENDEZ-VOUS**

**MARDI 12 NOV.**

**08<sup>H</sup>00 - 17<sup>H</sup>00**

**AMPHITHÉÂTRE BORDEAUX**

## SFA, rupture du ligament croisé antérieur après 50 ans

La Société française d'arthroscopie présente un symposium sur la prise en charge des ruptures du ligament croisé antérieur après 50 ans, à partir de la plus grande série mondiale chez ces patients.

Il y a 25 ans, un patient de plus de 50 ans victime d'une rupture du LCA se voyait préconiser un changement d'activité sportive voire son arrêt. Ce symposium montre que désormais ces patients, très actifs sportivement après 50 et même 60 ans, sont accessibles au traitement chirurgical d'une rupture du LCA, avec un même résultat que chez des patients de moins de 40 ans. Il n'y a pas davantage de complications. La technique chirurgicale diffère-t-elle selon la tranche d'âge? Non. L'attitude doit-elle être la même? Chez les patients de moins de 40 ans, la chirurgie est prescrite rapidement. Un attitude plus

attentiste est observée pour les patients plus âgés. Or, les travaux du symposium ont montré que les meilleurs résultats étaient obtenus par une intervention dans les 2 à 3 mois suivant la rupture du LCA, comme cela se fait chez les plus jeunes.



**RENDEZ-VOUS**

**MARDI 12 NOV.**

**08<sup>H</sup>00 - 10<sup>H</sup>00**

**SALLE 351**

## GETRAUM, un point sur la traumatologie en milieu à ressources limitées

La journée du Groupe d'étude en traumatologie ostéo-articulaire débute par des mises au point sur les lésions ligamentaires du genou chez l'adolescent et les raideurs post-traumatiques du coude.

Elle se poursuit par une conférence de Lukasz Matuszewski, orthopédiste polonais, sur la morphologie et le traitement de la fracture du coude chez l'enfant.

Au programme également, une table ronde sur les particularités de la traumatologie ostéo-articulaire en milieu à ressources limitées (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Cameroun).

La session est également consacrée à une série de 8 communications, à l'état du registre des fractures du col et à la création du FFN (Fragility fracture network) France.

Elle s'achève par les ateliers du GETRAUM sur la correction des déformations axiales post-traumatiques des membres inférieurs.



© Adobe Stock



**RENDEZ-VOUS**

**MARDI 12 NOV.**

**08<sup>H</sup>00 - 17<sup>H</sup>00**

**AMPHITÉÂTRE PASSY**

## SFCR, cervicalgies, chirurgie lombaire du patient âgé, fuite du liquide céphalo-rachidien...

Un programme riche pour la Société française de chirurgie rachidienne.

Deux conférences d'enseignement ouvrent la journée de la SFCR. Une sur les différentes cervicalgies avec un focus sur les formes sans névralgie « vraie » associée que l'on rencontre dans le « coup du lapin ». Les patients présentent des douleurs cervicales post-traumatiques alors que les explorations, notamment par IRM, sont normales. L'autre s'intéresse à la prise en charge lombaire du patient âgé, avec discopathie à plusieurs étages combinée à une ostéoporose et perte de l'équilibre sagittal.

Autre temps fort de la session, la présence d'Andrzej Maciejczak



© Adobe Stock

(Tarnow, Pologne) pour une conférence sur les cyphoses cervicales, difficiles à traiter : il faut conserver le regard horizontal tout en permettant la vision du sol pour éviter les chutes. La prise en charge avec 2 voire 3 voies d'abord doit se faire dans des centres spécialisés.

Suit un symposium sur la fuite du liquide céphalo-rachidien par brèche de la dure-mère, aléa thérapeutique courant dont il convient de savoir gérer les complications (méningite par contact à la peau, méningocèle).

Est également abordée la question de l'anesthésie locorégionale qui émerge en chirurgie du

rachis, notamment dans le cadre de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC).

Cette journée propose aussi un symposium pour les orthopédistes pédiatres sur la modulation de la croissance dans la scoliose.



**RENDEZ-VOUS**

**MARDI 12 NOV.**

**08<sup>H</sup>00 - 17<sup>H</sup>00**

**SALLE 342 AB**

# SFCM, entre cas classiques et sujets complexes

Depuis quelques années au congrès de la SOFCOT, la Société française de la chirurgie de la main privilégie les conférences d'enseignement. La SFMC entend ainsi permettre aux orthopédistes généralistes de revenir sur des aspects fondamentaux à connaître en chirurgie de la main autant que de se familiariser avec des sujets plus complexes et inhabituels dont il est bon de détenir des notions clefs.

**Piège diagnostique et thérapeutique en traumatologie du membre supérieur de l'enfant :** le traumatisme articulaire de l'enfant constitue une situation très fréquente à laquelle tout orthopédiste peut être confronté dans un contexte d'urgences. Sa prise en charge diffère de la traumatologie articulaire de l'adulte, compte tenu des capacités de remodelage et de tolérance de dépassement plus importantes chez l'enfant.

**La maladie de Madelung :** pathologie des poignets, elle se traduit par une malformation généralement congénitale du radius distal. Si le nom de cette maladie est bien connu par tous les orthopédistes, sa prise en charge nécessite des ostéotomies complexes réservées aux spécialistes. « *L'intérêt pour un orthopédiste généraliste est de mettre à jour ses connaissances de base sur cette maladie sur laquelle il peut tomber en consultation, et d'en apprécier la complexité de prise en charge pour le conduire à orienter son patient vers un chirurgien spécialisé* », explique Philippe Liverneaux, président de la SFCM.

**Les paralysies radiales hautes :** ces paralysies sont très importantes à connaître par les orthopédistes-traumatologues généralistes, non pas pour qu'ils les traitent eux-mêmes car la chirurgie nerveuse relève davantage des spécialistes mais parce qu'ils y sont régulièrement confrontés, notamment dans la traumatologie de l'humérus. La fracture de l'humérus est la pathologie la plus souvent responsable des paralysies radiales hautes. D'autres circonstances existent



comme les syndromes canaux, mais ils ne sont pas du ressort de l'orthopédiste. « *Le chirurgien doit s'interroger sur la conduite à tenir lorsqu'une paralysie radiale apparaît après prise en charge de l'humérus par clou, plaque ou autre* », indique Philippe Liverneaux. Faut-il attendre que le patient récupère ou bien le diriger vers un spécialiste pour qu'il explore le nerf radial? Deuxième cas de figure, le patient a une paralysie d'emblée, avant opération. Faut-il faire une ostéosynthèse sans aller voir le nerf radial ou bien explorer ce dernier? Et si le chirurgien n'est pas à même d'aller voir ce nerf radial, doit-il sans délai se tourner vers un spécialiste pour lui confier cette étape en vue d'une réparation immédiate ou de la pose de repères radio opaques pour une intervention ultérieure?

**Les tumeurs bénignes de la main :** il en existe deux types :  
- **Tumeurs des parties molles :** que ce soit des kystes, des tumeurs nerveuses ou encore des tumeurs

pour des chondromes d'un os du membre inférieur ou supérieur. Il faut en effet bien choisir sa voie d'abord, avant d'effectuer un curetage suivi d'un éventuel comblement, selon les écoles.

**Les muscles intrinsèques de la main :** « *Ce sujet est important pour rappeler la grande complexité de l'anatomie de la main et les difficultés à prendre en charge les pathologies de ce membre* », souligne Philippe Liverneaux. L'équilibre entre les muscles extrinsèques et intrinsèques de la main est capital dans les voies d'abord utilisées pour traiter des tumeurs bénignes de la main, par exemple. « *Il ne faut pas traverser un muscle intrinsèque au risque de provoquer une gêne fonctionnelle importante* », complète-t-il.

**Le conflit ulno-carpien :** ce conflit est généralement provoqué par un cal vicieux de fracture du radius distal qui s'est raccourci. Le radius étant trop court, le carpe remonte. Ce qui génère un conflit du lunatum avec la tête de l'ulna. « *Or, les chirurgiens orthopédiques et traumatologiques voient beaucoup de fractures du radius distal. Avec plus de 50 000 cas par an en France, c'est la deuxième fracture la plus fréquente après celle du col du fémur* », rappelle Philippe Liverneaux. Ce sujet est à la frontière entre l'orthopédie généraliste et la chirurgie spécialisée de la main. « *Le nombre de conflits ulno-carpiens a nettement diminué depuis qu'on utilise des plaques d'ostéosynthèse pour traiter les fractures du radius distal et éviter les cals vicieux. Il faut cesser les broches au bénéfice des plaques* », conclut-il.



à cellules géantes, elles relèvent du spécialiste. Par exemple, les tumeurs à cellules géantes qui adhèrent aux nerfs et vaisseaux requièrent une dissection avec un grossissement optique, ce qui implique une formation à la microchirurgie.

- **Tumeurs des parties osseuses :** dans la plupart des cas, il s'agit de chondromes que les orthopédistes ne doivent pas opérer, quand bien même ils maîtrisent le geste



**RENDEZ-VOUS**  
**MARDI 12 NOV.**  
**8<sup>H</sup>00 - 13<sup>H</sup>00**  
**SALLE 341**

## SOFEC, l'omarthrose, une pathologie qui affecte aussi les sujets jeunes

L'arthrose de l'épaule, ou omarthrose, n'est plus l'apanage des seniors. Le développement des pratiques sportives de charge, de lancer ou encore de contact, et le durcissement de certaines d'entre elles, peuvent conduire à une dégénérescence précoce du cartilage, dès 30-40 ans. La SOFEC dresse un état des lieux épidémiologique et des solutions thérapeutiques disponibles pour cette catégorie de la population, à travers un symposium qui fera date. C'est l'un des temps forts d'une journée marquée également par la présence de Przemyslaw Lubiatowski, et une conférence d'enseignement sur les lambeaux musculaires en chirurgie de la coiffe des rotateurs.

La matinée de la journée de la SOFEC, rythmée comme à son habitude par des communications orales assorties de discussions sur les dossiers présentés, comporte un rendez-vous emblématique. Il s'agit de la conférence de l'invité qui permet d'ouvrir les horizons vers des pratiques étrangères. Cette année, ce rôle est tenu par un hôte de marque en la personne de Przemyslaw Lubiatowski, spécialiste de l'épaule et du coude qui exerce à Poznań, en Pologne. Le futur président du congrès de la SECEC, la Société européenne de



© AdobeStock

chirurgie de l'épaule et du coude qui tient sa réunion annuelle en 2020 à Poznań, propose un point sur les connaissances relatives à l'instabilité de l'épaule. Il vient également partager son expérience en matière de libération du coude sous arthroscopie. Sa venue s'inscrit dans le cadre de la présence de la Pologne, Porte Maillot, en tant que *guest nation* du congrès de la SOFCOT.

### Omarthrose avant 50 ans

« Il n'y a pas véritablement de traitement pour l'arthrose de l'épaule du sujet jeune », souligne Philippe Valenti, président de la SOFEC et du 94<sup>e</sup> congrès de la SOFCOT. La pose d'une prothèse d'épaule – compte tenu de sa durée de vie d'une quinzaine d'années – n'est pas la solution thérapeutique la plus appropriée. Que faire alors? Le symposium

de la SOFEC sur l'arthrose de l'épaule chez le sujet de moins de 50 ans évalue les prises en charge alternatives non-prothétiques pour reculer l'âge de la prothèse: la viscosupplémentation, le PRP (plasma riche en plaquettes) ou encore l'arthroscopie. Ce symposium donne également lieu à la présentation des résultats, taux de complication et de révision des prothèses de l'épaule avant 50 ans, à partir d'une série d'environ 150 patients.

### Conférence d'enseignement

La journée de la SOFEC se concentre sur un autre sujet d'importance, le transfert tendineux dans la chirurgie de la coiffe des rotateurs, au cours d'une conférence d'enseignement. « Il s'agit d'un état des lieux d'une chirurgie moderne utilisée lorsque la coiffe est difficilement réparable », précise Philippe Valenti.



**RENDEZ-VOUS**  
MARDI 12 NOV.  
8<sup>H</sup>00 - 18<sup>H</sup>30  
AMPHI HAVANE

## GSF-GETO, une session en 5 temps

La matinée démarre par une série de communications orales allant de la réalité du curetage des tumeurs osseuses à l'évaluation des traitements des kystes proximaux du fémur à partir des résultats d'une série rétrospective sur 15 ans en passant par les taux de complications et de révisions des prothèses de reconstruction tumorale avec mise à jour de la littérature et méta-analyse sur plus de 6 800 patients. Citons également une communication

consacrée aux résultats à moyen recul des prothèses 3D en titane imprimées sur mesure pour la reconstruction après résection des tumeurs pelviennes ou encore celle portant sur les implications de l'envahissement métastatique ganglionnaire des sarcomes des tissus mous.

Suit une conférence de Ronald W. Hillcock, orthopédiste américain exerçant au Nevada orthopedic and spine center et intitulée « The current state of osseointegration

for the treatment of transfemoral amputation ».

Une table ronde sur la « place de la résection chirurgicale oncologique dans les métastases » complète le programme.

Celui-ci se prolonge par la conférence dédiée aux reconstructions innovantes utilisant la technologie d'impression 3D dans des formes avancées de sarcome osseux.

Deux autres rendez-vous traditionnels parachèvent cette session du GSF-GETO: un point sur les

réseaux et réunions de concertation pluridisciplinaire et un retour sur les congrès internationaux.



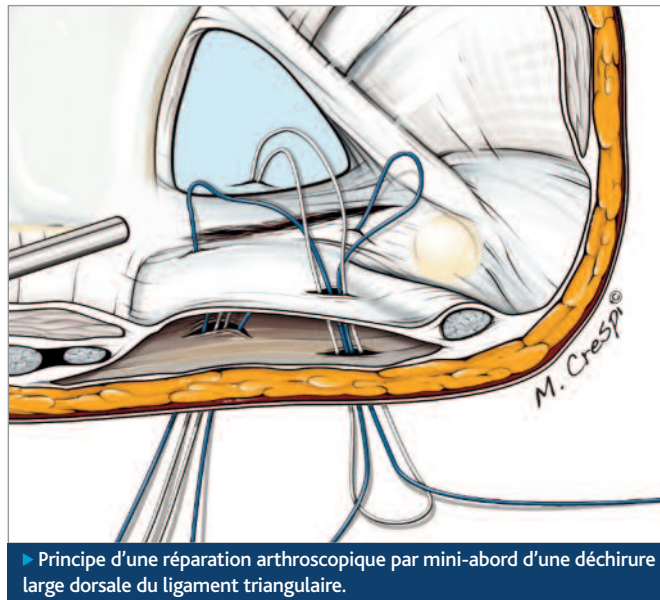
**RENDEZ-VOUS**  
MARDI 12 NOV.  
8<sup>H</sup>00 - 13<sup>H</sup>00  
SALLE 343



# Pathologies du poignet: des lésions du ligament triangulaire à l'arthrose de l'articulation radio-ulnaire distale

Avec huit petits os en son milieu, cinq au niveau des métacarpiens, deux au niveau du radius et du cubitus - dont le nom international est désormais « ulna » -, un grand nombre de ligaments et des capacités de mouvements exceptionnelles, le poignet se présente comme une articulation très complexe. Raison pour laquelle cette partie de l'anatomie a toujours été difficile à comprendre et à traiter, jusqu'à l'avènement de l'arthroscopie du poignet. Cette technique, très populaire dans le genou puis l'épaule, a révolutionné la prise en charge chirurgicale des pathologies du poignet au cours des trente dernières années, dont celles très fréquentes affectant le ligament triangulaire et l'articulation radio-ulnaire distale.

Le poignet demeure « l'organisation la plus compliquée du corps humain », souligne Christophe Mathoulin qui pilote cette table ronde consacrée à la pathologie du ligament triangulaire et de l'articulation radio-ulnaire distale. La miniaturisation et la qualité du matériel d'arthroscopie ont permis petit à petit de rentrer plus finement dans le poignet, et d'accroître fortement la compréhension de cette articulation et de son anatomie. Témoin et acteur de cette révolution, Christophe Mathoulin est le fondateur de l'European wrist arthroscopy society (EWAS), la société européenne d'arthroscopie du poignet, créée en 2015 avec 19 praticiens pour développer et enseigner cette technique. L'intérêt a largement dépassé les attentes initiales, l'EWAS étant devenue en 2019 l'IWAS, l'International wrist arthroscopy society qui compte désormais plus d'un millier de membres, un journal scientifique, de nombreuses publications et dispense une trentaine de cours à travers le monde. « Le plus formidable est que Français, Chinois, Améri-



► Principe d'une réparation arthroscopique par mini-abord d'une déchirure large dorsale du ligament triangulaire.

cains du Nord et du Sud, etc. nous ayons tous réussi à travailler ensemble. Ce qui a permis de faire d'importants et rapides progrès dans le traitement du poignet », indique-t-il. La prise en charge du ligament triangulaire est l'une des grandes bénéficiaires de ces avancées.

## Les apports de l'arthroscopie

Le ligament triangulaire, situé entre le radius et l'ulna, possède une fonction de stabilité de cette articulation, permettant de maintenir les os en place dans les mouvements de pronation et de supination. Cette liaison ligamentaire se doit d'être extrêmement solide pour certaines activités sportives comme le golf, le tennis, etc. ou certains travaux

aujourd'hui de réparer avec beaucoup de finesse la partie lésée ou l'intégralité du ligament, sans les séquelles liées à la chirurgie ouverte », complète-t-il.

## Des lésions à l'arthrose

Aussi fréquentes soient-elles, les atteintes du ligament triangulaire et de l'articulation radio-ulnaire distale, d'origine essentiellement traumatique, demeurent méconnues. À la différence d'une entorse de la cheville qui empêche d'emblée de marcher, un traumatisme du poignet s'accompagne d'une adaptation des gestes en évitant la zone douloureuse. La douleur peut même passer. « Nous avons une tendance naturelle à nous réparer tout seul, et parfois cela fonctionne », relève Christophe Mathoulin. Mais, l'effacement des douleurs ne signifie pas nécessairement la guérison des lésions, avec une possible évolution vers la chronicité des symptômes et le développement d'instabilités radio-ulnaires distales. Non ou mal traitées, les lésions du ligament triangulaire et de l'articulation radio-ulnaire peuvent générer des problèmes d'arthrose au niveau de celle-ci, avec à la clef des douleurs et une perte de mobilité en pronation-supination. De nouveaux implants en pyrocarbone, avec un module de Young qui permet de réduire les forces de frottements, apportent désormais une solution très efficace pour lutter contre ces dégénérescences arthrosiques quand le ligament triangulaire n'a pu être traité suffisamment tôt.

professionnels manuels (manipulation de marteaux-piqueurs, perceuses, etc.). « Quand le ligament se rompt, le traitement par chirurgie ouverte - comme tous les traitements chirurgicaux ouverts au niveau du poignet - est assez délabrant », explique Christophe Mathoulin. La réparation du ligament est souvent réalisée au prix de raideurs très importantes et invalidantes du poignet. L'avènement de l'arthroscopie de cette articulation a permis de prendre toute la mesure de la complexité du ligament triangulaire, avec une insertion profonde et une insertion périphérique. Les anglo-saxons désignent d'ailleurs les lésions de ce ligament par l'acronyme évocateur TFCC, pour triangular fibro-cartilage complex. « La miniaturisation permet

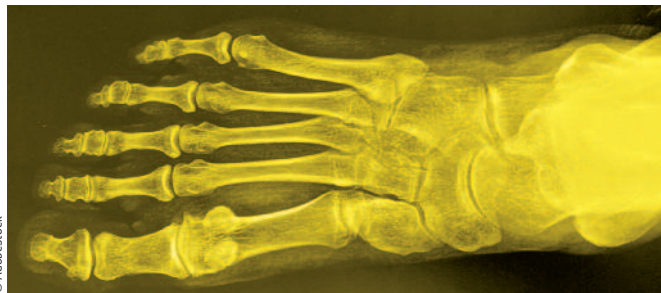


**RENDEZ-VOUS**  
MERCREDI 13 NOV.  
9H30 - 10H30  
SALLE 341

# Hallux rigidus, alternatives à l'arthrodèse et cadre diagnostic

Très fréquent, l'hallux rigidus touche une personne sur quarante après 50 ans. Si l'arthrodèse reste le traitement de référence pour les stades avancés, d'autres thérapeutiques pas toujours bien connues existent pour cette pathologie dont l'apparente rigidité lexicale doit être nuancée. Ces solutions sont présentées durant la table ronde coordonnée par Véronique Darcel et Barbara Piclet-Legré, membres de l'Association française de chirurgie du pied. L'AFCP est la société invitée et mise à l'honneur par la SOFCOT durant ce 94<sup>e</sup> congrès.

Généralement définie comme l'arthrose primitive de la première articulation métatarso-phalangienne (MTP) du gros orteil, « l'hallux rigidus n'est pas systématiquement synonyme de raidisseur », indique Véronique Darcel. À un stade plus précoce, « il se traduit par la limitation de la flexion dorsale seule et correspond à l'hallux limitus », complète Barbara Piclet-Legré qui propose une approche étiopathogénique et biomécanique des différents hallux rigidus, en expliquant les causes de la douleur arthrosique. Elle rappelle également que le traitement ne se détermine pas sur la base d'images médicales qui servent à la classification de l'hallux rigidus. « Rigidus n'égalé par arthrodèse », souligne-t-elle. Des patients avec un rigidus assez avancé de stade 3 radiologique ne présentent aucune douleur articulaire. Seul un ostéophyte gêne le chaussage. Il suffit de l'enlever et



décompresser l'articulation pour lui préserver une certaine souplesse ».

## Panorama des traitements

L'arthrodèse constitue le traitement de référence des hallux rigidus sévères, lorsque le traitement non-chirurgical de première intention s'avère insuffisant. Pour les formes plus modérées, d'autres options chirurgicales sont possibles en fonction des plaintes du patient et de ses caractéristiques morphologiques :

- La chéilectomie : elle permet de conserver l'articulation. Ce traitement connu depuis longtemps

bénéficie de l'apport récent de l'arthroscopie. Il est particulièrement intéressant si le premier métatarsien est court ;

- Les ostéotomies métatarsiennes conservatrices : méconnues des orthopédistes, elles donnent de très bons résultats dans les stades moins avancés de l'arthrose ;
- Les ostéotomies phalangiennes ;
- L'arthrodèse métatarso-phalangienne, particulièrement indiquée dans les formes très symptomatiques d'hallux rigidus, avec atteinte radiologique sévère ;

« Il n'y a pas un traitement unique

pour l'hallux rigidus. Les orthopédistes doivent s'adapter à la demande des patients, avec des attentes différentes », conclut Véronique Darcel.

De plus en plus de patients refusent ainsi le principe de l'arthrodèse pour des facilités de chaussage et la pratique de certaines activités sportives. Les arthroplasties de la MTP offrent une alternative à l'arthrodèse qui est encore controversée. Certains nouveaux composants semblent prometteurs (pyrocarbone, hémimplant d'hydrogel).



**RENDEZ-VOUS**  
MERCREDI 13 NOV.  
08H00 - 09H30  
SALLE 342 AB

## Fiches d'information patient, le travail d'actualisation se poursuit

Depuis quelques années, Orthorisq sous l'impulsion de son ancien secrétaire général, Bruno Tillie a entrepris de créer des fiches d'information destinées aux patients. Les sociétés partenaires de la SOFCOT ont été sollicitées pour rédiger ces fiches, chacune dans sa spécialité. Une quarantaine d'entre elles sont déjà prêtes. Elles ont bénéficié d'une triple validation, par le CNP SOFCOT, le conseil scientifique d'Orthorisq et les associations de patients (le Lien) testant 3 niveaux socio-culturels, de l'ouvrier au chef d'entreprise, pour cerner le degré de compréhension en évitant un vocabulaire trop médico-chirurgical. Ces



fiches sont en accès libre, en PDF et gratuitement, sur le site de la SOFCOT. Elles sont également téléchargeables par les membres d'Orthorisq sur le nouveau site de l'organisme d'accréditation qui vient d'être entièrement renoué : [www.orthorisq.fr](http://www.orthorisq.fr).

« Ce travail d'actualisation des fiches, conséquent pour Orthorisq, répond à une demande forte des chirurgiens, indique Eric Benfreh, gestionnaire d'Orthorisq. Il va aussi aider les assureurs. À terme, ces fiches triplement avalisées sont appelées à devenir des documents de référence, y compris dans le cadre d'expertises médico-légales ». Il reste environ une cinquantaine de fiches à finaliser.



Directeur de la publication : Didier Mainard / 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, Éléonore Brackenbury, Myriam Rachdi et Gladys Fleurival pour leur engagement dans la préparation et le bon déroulement de ce congrès.

Comité d'organisation  
C. Maynou et N. Mehdi

[congres.afcp.com.fr](http://congres.afcp.com.fr)

En association avec



S.E.M.C.P.T.  
Sociedad Española de Medicina y Cirugía del Pie y Tobillo



Retrouvez nous au village des associations  
**STAND AE01**

### 7<sup>ème</sup> COURS - CADAVER LAB PARIS 24 JANVIER

Comité d'organisation : P. Barouk et J. Beldame



### ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE DU PIED

#### NOS OBJECTIFS

Assurer le développement, la promotion, l'enseignement et l'évaluation de la recherche et des pratiques chirurgicales du pied et de la cheville.

Améliorer le diagnostic et la prise en charge des traitements des affections du pied et de la cheville.

#### DEVENIR MEMBRE

##### AVANTAGES :

- Figurer sur l'annuaire des membres\*\*
- Adhérer automatiquement à l'EFAS et à sa revue\*
- Participer à tarif réduit aux manifestations (Journées de Printemps, Cadaver lab...)
- Accès aux fiches informations patients
- Accès à la e-monographie
- Accès aux scores d'évaluation
- Accès aux vidéos des communications des congrès
- Accès aux vidéos des techniques chirurgicales

\* Pour les membres français

\*\* Pour les membres titulaires et associés

[www.afcp.com.fr](http://www.afcp.com.fr)



LES PATHOLOGIES DU TRICEPS  
SURAL DE HAUT EN BAS



# Lésions focales du cartilage du genou, les points de vue du chirurgien et du radiologue

Henri Robert, orthopédiste et Patrick Omoumi, radiologue à Lausanne, croisent leur point de vue dans une table ronde dédiée aux lésions focales du cartilage du genou. Sont exclus de leurs propos les lésions dégénératives et les fractures ostéo-chondrales.



## Définitions/classifications

Nous distinguerons les lésions chondrales focales (maladie du cartilage/tissu) et l'arthrose (maladie de l'articulation/organe). À noter que l'examen de référence pour l'évaluation de l'arthrose reste la radiographie standard. Les lésions chondrales focales sont fréquentes, et ne progressent pas nécessairement dans temps. Sur une cohorte continue de 1000 arthroscopies du genou, dans 61 % des cas des lésions chondrales ont été retrouvées, mais seulement 19 % étaient des lésions focales qui se répartissaient en lésions isolées (32 %), lésions chondrales et méniscales (42 %) et lésions ligamentaires et chondrales (26 %) (Hjelle K, 2002). Il est important de bien identifier ces lésions en s'appuyant sur la classification de l'International Cartilage Research Society (ICRS). Trois informations sont importantes : la localisation (condyles, plateaux tibiaux et patella), la profondeur (4 stades) et la surface. Il faut traiter les lésions associées en priorité. Traiter les lésions chon-

drales seules quand elles associées à des lésions ménisco-ligamentaires ne sert à rien.

Les lésions chondrales avec œdème sous-chondral sont plus fréquemment symptomatiques, et correspondent à des lésions transfixiantes du cartilage.

Les lésions chondrales focales ou même l'arthrose sont fréquemment asymptomatiques.

## Imagerie des lésions chondrales focales

Si l'examen de référence pour l'évaluation de l'arthrose reste la radiographie standard. L'IRM et l'arthro-CT permettent de détecter de façon fiable et comparable les chondropathies focales avec perte de substance (grade $\geq$ 2). Il n'y a pas de place pour l'arthro-IRM en pratique courante pour l'évaluation des lésions chondrales focales. En IRM, les séquences 2D FSE à pondération intermédiaire (TE de l'ordre de 30 à 40 ms) avec saturation du signal de la graisse représentent le meilleur compromis pour l'étude du cartilage.

Les techniques d'IRM compo-

sitionnelle (dont la cartographie T2) permettent quant à elles de sonder la composition tissulaire du cartilage, et potentiellement de détecter la chondropathie à un stade précoce. Ces techniques sont des outils de recherche validés, mais leur place reste incertaine dans le domaine de la clinique.

## Quels traitements pour quelles indications ?

En France, aujourd'hui, seules 3 techniques sont possibles. Les microfractures isolées doivent être abandonnées car peu efficaces à moyen terme. On a le choix selon la surface (< ou > 2,5 cm<sup>2</sup>) et la profondeur (stades 3 ou 4) entre les microperforations associées à un gel « chondroinducteur » ou une membrane biodégradable et les autogreffes ostéochondrales ou « mosaïcplasties ». Les indications chirurgicales sont restrictives : sujets jeunes, non fumeurs et non obèses, lésions symptomatiques, en zone portante et récentes.

Henri Robert  
et Patrick Omoumi



RENDEZ-VOUS

MERCREDI 13 NOV.  
16<sup>H</sup>00 - 17<sup>H</sup>00  
AMPHI BORDEAUX

## À ne pas manquer mercredi 13 novembre

### Forum EFORT

« Technical aspects in revision total knee arthroplasty ». Ce forum dans la langue de Shakespeare aborde 8 thématiques liées aux aspects techniques de reprise d'arthroplastie totale du genou.



8<sup>H</sup>00 - 09<sup>H</sup>30  
SALLE TERNES  
NEUILLY

### Symposium SOFCOT-SFA

« Approche revisitée de l'instabilité patellaire objective », avec la présentation et résultats de l'étude rétrospective à 7 ans de recul (série SFA 2012).



14<sup>H</sup>00 - 15<sup>H</sup>30  
AMPHITHÉÂTRE  
BORDEAUX

### Table ronde « Le patient en ambulatoire : un pour tous et tous pour un ».

Au programme, de solides interrogations et débats autour de l'ambulatoire et de ses indications en orthopédie :

- La sinistralité en ambulatoire est-elle plus importante qu'en chirurgie conventionnelle ?
- Peut-on opérer des ostéotomies tibiales de valgisation en ambulatoire ?
- Chirurgie du rachis en ambulatoire : raisonnable ou irresponsable, mission impossible ?
- La reconstruction du LCA simple et complexe en ambulatoire, une réalité quotidienne.
- La PTE en ambulatoire : et pourquoi pas ?
- PTH et ambulatoire : comment ?
- Pourquoi je ne fais, et ne ferai pas de PTH (ni de PTG) en ambulatoire !..
- L'anesthésie doit-elle être ambulatoire ?



16<sup>H</sup>00 - 17<sup>H</sup>30  
SALLE 342 AB

# Chirurgie en **direct** au congrès, une charte et les premières interventions

Nouveauté à la SOFCOT, deux séances de chirurgie sont diffusées en direct durant le congrès, Porte Maillot. L'une, réalisée par Philippe Valenti, est consacrée à l'épaule, l'autre, effectuée par Christophe Mathoulin, concerne le poignet.



Les chirurgies en direct (live surgeries) suscitent quelques débats. Philippe Liverneux a récemment attiré l'attention sur les conditions de réalisation de ces interventions dans un livre qui a retenu toute l'attention de la SOFCOT. Dans un climat de suspicion permanente dans la société, le sujet est d'importance. Si ces chirurgies en direct ne sont pas correctement encadrées par les sociétés savantes, elles risquent de prêter le flanc à de possibles scandales, indique-t-il en substance. « La chirurgie en direct se faisait souvent en dehors de toute charte, sans même l'accord des patients. En outre, l'absence de l'équipe habituelle et les questions des observateurs pendant l'opération sont de nature

à distraire le praticien », relève Didier Mainard.

Consciente de sa responsabilité éthique, la SOFCOT s'est saisie de cette polémique. Elle a édicté en début d'année 2019 une charte de bonnes pratiques pour encadrer ces interventions. « Nous allons demander que les chirurgies en direct ne soient réalisées qu'après signature de cette charte qui rappelle par exemple le devoir d'informer le patient que ce n'est pas son chirurgien habituel qui va l'opérer », ajoute le président de la SOFCOT. C'est d'autant plus nécessaire à ses yeux que ces interventions suivies en direct conservent un intérêt pour l'enseignement. « Voir un chirurgien confronté sous ses yeux à des difficultés est très formateur », explique-t-il. Un en-

registrement vidéo ne peut-il pas remplir cette fonction? « Les vidéos font l'objet de montages. On n'y retrouve pas forcément le petit geste qui fait la différence. Avec la chirurgie en direct, on partage également le stress de l'opérateur », note Didier Mainard.

## Une formation au service du patient

C'est aussi la position que défend Philippe Valenti, président du 94<sup>e</sup> congrès de la SOFCOT, à l'initiative de ces retransmissions: « Les chirurgies en direct font partie des nouveaux outils pour assurer la transmission des savoirs, au même titre par exemple que les simulateurs numériques. Ces nouvelles techniques nous permettent de former les chirurgiens de manière plus efficace qu'avant ». Associés au compa-

gnage, ces outils doivent donner aux jeunes opérateurs la possibilité d'apporter à leurs patients un résultat identique à ceux de leurs aînés plus expérimentés. « La chirurgie en direct permet d'enseigner les trucs et astuces pour faciliter un meilleur résultat, plus anatomique », complète-t-il. C'est pour lui un moyen supplémentaire d'enseignement. « Il contribue à respecter l'adage du chirurgien: jamais la première fois sur le patient. L'enseignement améliore les soins et participe à la réduction des complications post-opératoires », souligne-t-il.

Retrouvez les recommandations de la SOFCOT avant une session de chirurgie en directe: <https://sofcot.net/docuSofcot/wp-content/uploads/2018/12/Charte-Live-Surgery-site.pdf.pdf>

**MERCREDI 13 NOVEMBRE**

**RENDEZ-VOUS**

▶ 9<sup>H</sup>30 - 10<sup>H</sup>30: **LIVE SURGERY 1**  
RÉPARATION SOUS ARTHROSCOPIE D'UNE RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS - AMPHITHÉÂTRE PASSY

▶ 14<sup>H</sup>00 - 15<sup>H</sup>00: **LIVE SURGERY 2**  
RÉPARATION SOUS ARTHROSCOPIE DU LIGAMENT TRIANGULAIRE DU POIGNET - SALLE 341

## Les gestes chirurgicaux et interventionnels guidés par imagerie, **qui peut faire quoi ?**

En écho aux présentations faites durant les journées françaises de radiologie, la SOFCOT et la SIMS, le Société d'imagerie musculo-squelettique, se retrouvent au Palais des congrès pour une table ronde permettant de comparer les techniques thérapeutiques des radiologues et des orthopédistes. Cette année, la rencontre est consacrée aux gestes chirurgicaux et interventionnels guidés par imagerie.

Tout l'intérêt de cette table ronde est d'analyser les différences et la complémentarité des traitements de radiologie interventionnelle et de chirurgie conventionnelle, pour en tirer un consensus. Les traitements initiés par les radiologues et les orthopédistes peuvent être différents dans l'esprit mais ils

convergent vers le même but, le soulagement du patient. L'évolution des techniques permet aujourd'hui aux patients de bénéficier de solutions thérapeutiques variées. Les progrès de l'imagerie ont transformé la radiologie interventionnelle dont l'évolution a été fulgurante. L'orthopédie a pu s'engager

dans des techniques mini-invasives. Plus tôt que d'opposer, cette table ronde est une recherche de consensus sur la place de chacun et une mise au point sur les techniques utilisées. Par le partage d'expériences et de connaissances, elle vise à améliorer la prise en charge des patients.

**RENDEZ-VOUS**

**MERCREDI 13 NOV.**  
**17<sup>H</sup>00 - 18<sup>H</sup>00**  
**AMPHITHÉÂTRE BORDEAUX**

## La CAOS dévoile son projet de registre de dispositifs médicaux

La société de chirurgie orthopédique assistée par ordinateur, la CAOS, entame une nouvelle ère. Marc-Olivier Gauci en est devenu le nouveau président au terme du congrès 2018 de la SOFCOT. Cette journée de spécialité témoigne d'évolutions qui s'inscrivent dans la continuité des actions mises en œuvre par son prédécesseur Philippe Merloz.

La journée démarre par la présentation de 16 communications allant de la précision d'un dispositif de mesure échographique de l'inclinaison pelvienne au retour au sport accéléré après prothèses unicompartimentales latérales implantées avec assistance robotique, en passant par des questionnements sur l'usage d'un bras robotisé pour améliorer le positionnement, les résultats fonctionnels précoces et optimiser la réhabilitation améliorée d'une arthroplastie totale de genou, ou encore sur la manière d'utiliser les modèles statistiques de forme pour valider le design de prothèses totales de genou. « Ces communications sont issues d'une sélection de 45 abstracts soumis à la CAOS. Ils ont été évalués par 3 groupes de 3 membres du bureau et couvrent tous les champs de l'orthopédie: genou, épaule, cheville, bassin, pied, rachis, tumeurs, etc. », précise le nouveau président de la CAOS.

### Compétences chirurgicales techniques et non techniques en chirurgie assistée par ordinateur

La session est marquée par la venue de Pierre Jannin, invité d'honneur et responsable de l'équipe Medicis (Modélisation des connaissances et procédures chirurgicales et interventionnelles) au LTSI (Laboratoire de traitement du signal et de l'image), au sein de l'unité mixte de recherche placée sous la double tutelle de l'Inserm et de l'Université de Rennes 1. Le chercheur breton vient présenter une étude sur les compétences chirurgicales techniques et non techniques dans le cadre de la chirurgie assistée par ordinateur, en traitant de l'intégration de la modélisation tridimensionnelle, de l'intelligence artificielle, mais aussi des problématiques à venir en matière de robotique, de navigation et d'utilisation de guides-patient spécifiques peropératoires.

### Présentation du projet CAOS

La journée de la CAOS s'achève par l'assemblée générale annuelle avec la présentation des activités de l'année écoulée, mais aussi du nouveau projet CAOS. « Ce projet, indique Marc-Olivier Gauci, vise à rendre plus transparent la chirurgie assistée par ordinateur et ses outils aux yeux des chirurgiens profanes en la matière: guides 3D, navigation, robot, etc. ». Il annonce la mise au point d'un registre validé par des membres du comité du projet CAOS - chirurgiens et ingénieurs - et qui recense pour chaque articulation les dispositifs médicaux de chirurgie assistée par ordinateur disponibles sur le marché. L'objectif est de donner aux orthopédistes une valeur scientifique à ces DM, sur le plan de la précision peropératoire, des résultats cliniques et/ou radiologiques ou encore des évaluations post-opératoires de ces résultats. Ce travail est réa-

lisé à partir d'articles scientifiques publiés, de fiches techniques des industriels et d'évaluations faites par ces derniers. « À terme, nous souhaitons générer un label CAOS qui permettra à chacun d'avoir une visibilité sur le matériel qu'il peut utiliser », dévoile Marc-Olivier Gauci convaincu que demain « les chirurgiens devront apporter, en plus de la preuve de l'information donnée au patient, la preuve de la planification de leur geste pour toutes leurs interventions chirurgicales ».



**RENDEZ-VOUS**  
MERCREDI 13 NOV.  
8<sup>H</sup>30 - 12<sup>H</sup>30  
SALLE 353

## SOFOP, retour sur le diagnostic de l'ostéomyélite aiguë

La nouvelle organisation du congrès de la SOFCOT conduisant à intégrer les conférences d'enseignement dans les journées des sociétés a modifié à la marge l'habituelle feuille de route de la journée de la SOFOP.

La journée de la SOFOP démarre avec un symposium consacré au diagnostic de l'ostéomyélite aiguë, dirigé par

Cindy Mallet. Baptisé DIAGOMA, il s'inscrit dans la continuité du symposium présenté à la journée de la SOFOP en 2015. Cette suite vise à mesurer si les formulations du premier symposium permettent aux chirurgiens d'améliorer leurs pratiques. Suit une séance de 15 communications couvrant un large éventail des pathologies de l'enfant: de l'évolution de la croissance du col fémoral après visage céphalique à l'étude de l'évolution de la hauteur de la fibula proximale en cas d'épi-

physiodèse tibiale proximale, en passant par la luxation congénitale de la hanche après 7 ans qui connaît une recrudescence liée à un retard au diagnostic. Suit à 13 heures la traditionnelle assemblée générale avant d'ouvrir l'après-midi sur une conférence proposée par le Pr Zaw Way Soe, orthopédiste birman. L'actuel président de la SOFOP, Jean-Luc Jouve, et le futur président de la SOFOP se rendent régulièrement dans ce pays. Ils ont contribué à poser les bases d'une chirurgie rachidienne qui a rapidement at-

teint les standards européens. « Ils n'ont pas grand-chose à nous enlever », indique Franck Launay, secrétaire général de la SOFOP. Cette progression rapide est liée à l'allocation de moyens importants par les autorités, confrontées à un grand nombre de cas de déformation du rachis.

L'après-midi se poursuit par une séance dédiées aux échecs, complications et événements porteurs de risques, avec 12 communications flash de 3 minutes qui introduisent un sujet soumis ensuite à discussion avec les participants.



**RENDEZ-VOUS**  
MERCREDI 13 NOV.  
9<sup>H</sup>00 - 16<sup>H</sup>00  
AMPHITHÉÂTRE HAVANE

# De l'intérêt de croiser savoirs cliniques et biomécaniques en orthopédie-traumatologie

En 2010, la SOFCOT faisait se rencontrer pour la première fois durant son congrès la communauté des orthopédistes-traumatologues et celle des biomécaniciens. L'idée a fait son chemin. La Première s'est transformée en un rendez-vous annuel à l'occasion duquel des binômes de chirurgiens et d'ingénieurs croisent leurs approches complémentaires sur des problématiques cliniques.

Cette approche interdisciplinaire et translationnelle permet de mieux appréhender les dysfonctionnements du système musculo-squelettique. Étude du mouvement, des interactions des os et matériaux prothétiques avec leur environnement anatomique (cartilages, tissus mous, etc.), la biomécanique aide les orthopédistes à optimiser les techniques et traitements proposés pour pallier ces dysfonctionnements.

La table ronde s'articule autour de quatre binômes, originaires de Paris, Lyon, Poitiers et Clermont-Ferrand, « pour montrer la diversité et la richesse de notre recherche à l'échelle nationale », indique Valérie Deplano, présidente de la Société de biomécanique. Ils s'intéressent cette année à la réparation et aux remplacements tissulaires :

## Binôme 1: La membrane induite pour les pertes de substance osseuse diaphysaires: le point en 2019.

Cette présentation de la technique dite de Masquelet, en présence de son inventeur, aborde le rôle biologique de la membrane induite et les pistes de recherche actuelles pour optimiser cette chirurgie.

## Binôme 2: Fascia en chirurgie orthopédique: quel rôle? quelles conséquences?

Le fascia a un rôle de transmission des efforts musculaires et de stabilisation des articulations. Connaître précisément ce rôle aide le chirurgien dans le choix d'une voie d'abord, pour une arthroplastie de la hanche par exemple, ou pour déterminer l'opportunité de suturer ou non

cette membrane fibro-élastique après chirurgie.

## Binôme 3: Intérêt du comblement par PMMA dans les fractures métaphyso-épiphyssaires des membres et les fractures du rachis.

Il s'agit là d'un état des lieux sur les dernières avancées de cette technique à base de polyméthacrylate de méthyle, avec plus particulièrement une présentation et une évaluation de la kyphoplastie. Cette technique chirurgicale percutanée consiste en l'augmentation osseuse de la structure fracturée et la stabilisation par comblement au PMMA. La question est notamment de savoir quels comblements et soutien mécanique offrent ce matériau. « Ce sujet illustre parfaitement l'étude des propriétés mécaniques d'un matériau par les biomécaniciens

pour guider les choix thérapeutiques du clinicien », indique Valérie Deplano.

## Binôme 4: Méthodes de conservation des tissus en orthopédie, en vue de greffes

Le binôme traite des problèmes de réhydratation des greffes osseuses avant leur utilisation et de leur irradiation à faible dose pour en préserver les propriétés mécaniques.



RENDEZ-VOUS

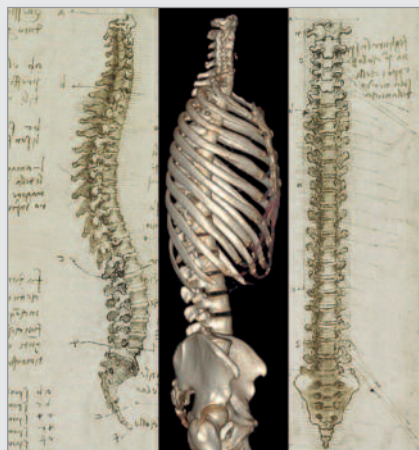
MERCREDI 13 NOV.  
14<sup>H</sup>00 - 15<sup>H</sup>30  
SALLE TERNES PARIS

## EXPOSITION

# 500<sup>e</sup> anniversaire de la disparition de Léonard de Vinci

À l'occasion de son congrès annuel, la SOFCOT ouvre ses allées à une exposition particulière, celle consacrée au 500<sup>e</sup> anniversaire de la disparition de Léonard de Vinci qui donne lieu à pas moins de 1 600 événements dans le monde entier.

Sur 36 m<sup>2</sup>, les congressistes peuvent (re)découvrir les apports du génie florentin à la chirurgie. Tout à la fois peintre, sculpteur, ingénieur, inventeur, architecte... – pour ne citer que quelques-uns de ces innombrables talents - Léonard de Vinci demeure également un anatomiste hors pair.



C'est Dominique Le Nen, qui s'intéresse depuis 15 ans à l'auteur de *L'homme de Vitruve*, qui est à l'origine de cette exposition. Y sont présentés des posters et quelques aspects du travail de l'artiste de la Renaissance consacré à l'anatomie. Des maquettes montrent toute la pertinence de ses recherches avec les connaissances anatomiques actuelles. « Il a tout étudié! », rappelle Dominique Le Nen, passionné lui aussi de biomécanique.

À noter: les 5 et 6 décembre 2019 à Brest, aux Ateliers des Capucins, se déroule le colloque international « Léonard de Vinci, un génie à la pointe »

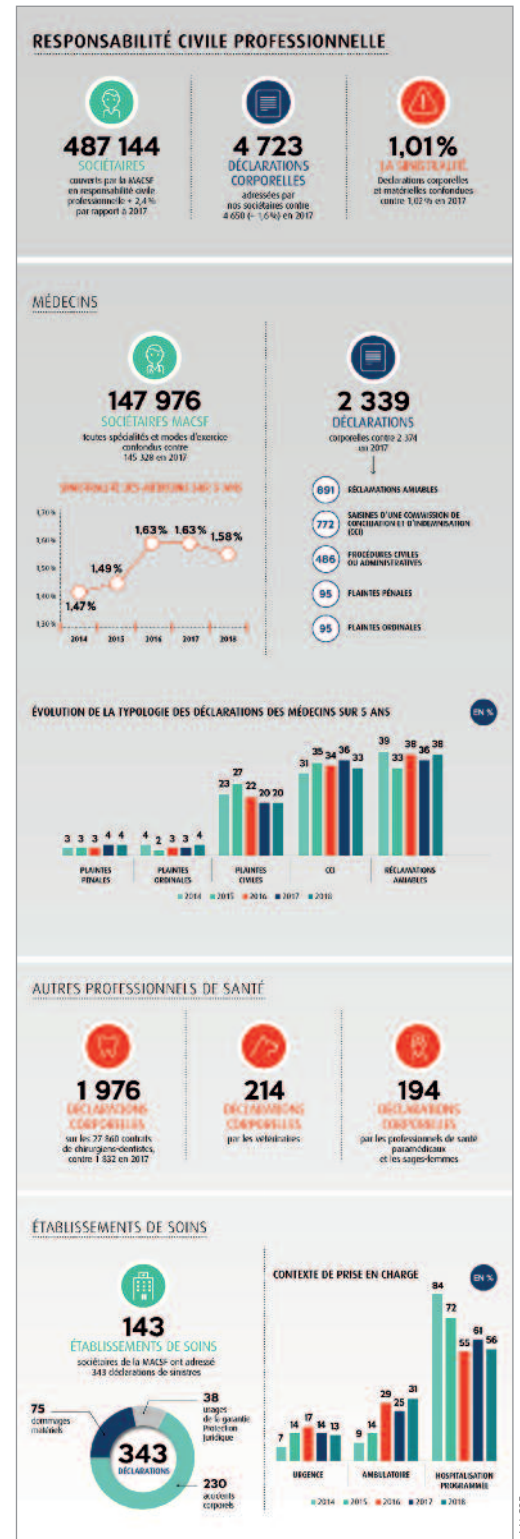
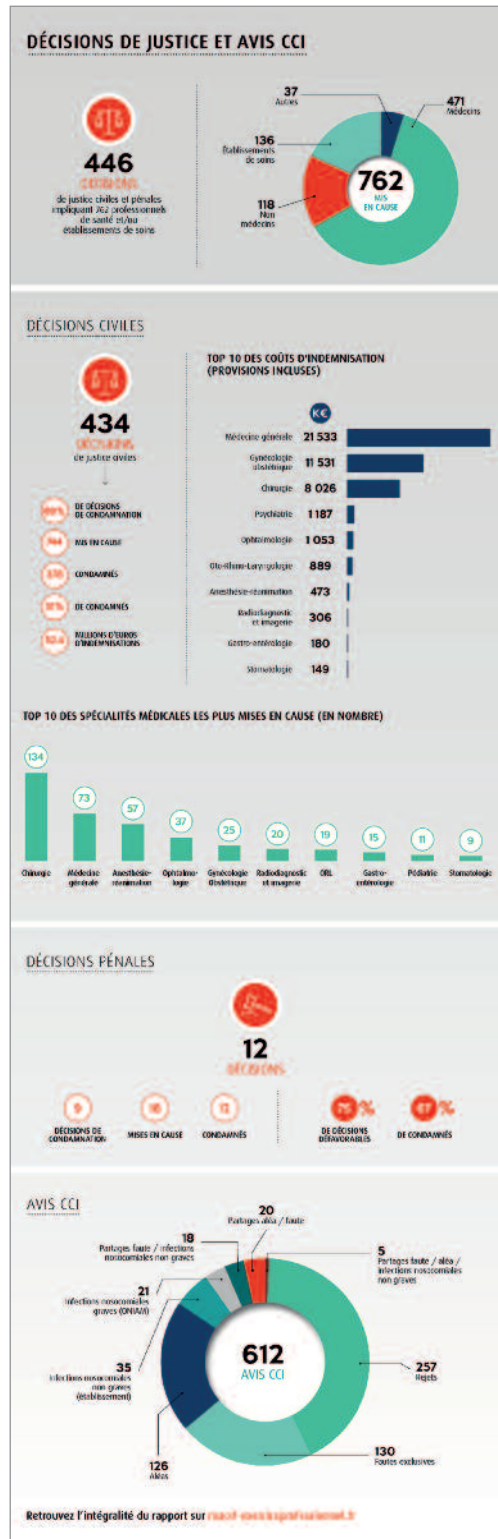
# Chirurgiens, impliquez-vous dans les démarches professionnelles !

La sinistralité restant importante malgré les actions de prévention des risques mises en œuvre, la commission assurantielle poursuit ses efforts. Des solutions existent pour réduire l'exposition aux risques ainsi que le coût des primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle.

Récemment, les membres de la commission assurantielle ont rencontré les assureurs pour établir plus finement la sinistralité. Il ressort de ces échanges une stabilité des tarifs dans les trois compagnies majeures. Mais, ont été aussi mis en évidence par ces derniers des éléments préoccupants :

- un regain de fréquence et d'intensité des sinistres pour les prothèses de hanche ;
- une fréquence en hausse des sinistres déclarés, avec toutefois une intensité stable en chirurgie
- une fréquence stable mais une intensité croissante en chirurgie du rachis qui pose problème aux assureurs.

« Il est nécessaire d'analyser ces éléments. Nous allons en discuter avec les assureurs dans l'année qui vient », indique Olivier Galland, président de la commission assurantielle de la SOFCOT. En effet, malgré les mesures de prévention du risque déployées, la sinistralité est globalement à la hausse. L'augmentation du nombre d'opérateurs peut expliquer cette hausse (3404 orthopédistes-traumatologues en 2018, pour 2983 en 2013 selon la DREES<sup>1</sup>). La complexité de l'exercice y contribue également. Résultat, les rapports de plainte demeurent constants, sans pour autant présager d'une dérive à l'américaine. « Notre système de santé est très différent, mais cela reste un élément préoccupant », observe Olivier Galland. Cette sinistralité demeure malgré tout assez bien contrôlée par les assureurs partenaires de la SOFCOT qui représentent 95 % du marché. D'autres acteurs arrivent sur ce marché, ce qui augmente de manière positive la concurrence. Gare toutefois à l'effet de sélection des risques créé à l'occasion, plaçant les praticiens hyper-sinistrés ou « sortant des clous » dans





des conditions d'assurabilité problématiques. « *La régulation de ce que les anglo-saxons appellent la malpractice va se faire par les tarifs. La science et la pratique du métier ne suffisent pas* », prévient Olivier Galland. Comment dès lors parvenir à juguler le poids des primes de responsabilité professionnelle et une envolée des tarifs ?

**Le levier de l'accréditation**

L'accréditation qui reste une démarche personnelle et volontaire vise à un meilleur contrôle des risques pour le patient. Certains praticiens – plutôt généralistes et présentant une faible sinistralité tout en développant un volume d'activité important – se sentent parfois insuffisamment concernés par cette accréditation. À tort, souligne Olivier Galland, et ce pour deux raisons :

- les évolutions des procédures de certification des établissements tiendront bientôt compte du nombre de praticiens accrédités. Elles pourraient devenir une incitation forte à se lancer dans une démarche d'accréditation ;
- Celle-ci ouvre droit à un remboursement pour moitié de la prime d'assurance en responsabilité civile professionnelle qui s'élève en moyenne à 13 000€ en orthopédie générale, pour atteindre aux alentours de 24 000€ en chirurgie du rachis.

Olivier Galland incite donc fortement les chirurgiens à s'engager dans l'accréditation qui ne nécessite que 1 jour ½ de travail par an. Le retour sur investissement est double : maîtrise des risques et maîtrise des dépenses assurantielles.

**De la nécessité de bien suivre les évolutions de l'exercice professionnel**

Le président de la commission assurantielle de la SOFCOT attire aussi l'attention sur l'intérêt de cette accréditation pour les chirurgiens en fin de carrière. Les données - qui restent à analyser - montrent en effet une hausse de la sinistralité dans ce segment démographique, ce qui expose à des surcoûts de prime alors que mécaniquement l'activité de ces chirurgiens se réduit. Sans compter que les effets de la retraite à taux plein à 67 ans ne se sont pas encore fait sentir. Olivier Galland avance une explication à cette hausse de sinistralité : « *Les patients qui se tournent vers des orthopédistes pour leur renommée auront plus facilement tendance à lancer une procédure s'ils ne s'estiment pas satisfaits du résultat* ». Autre facteur de compréhension : un « décrochage » par rapport à l'avalanche des éléments

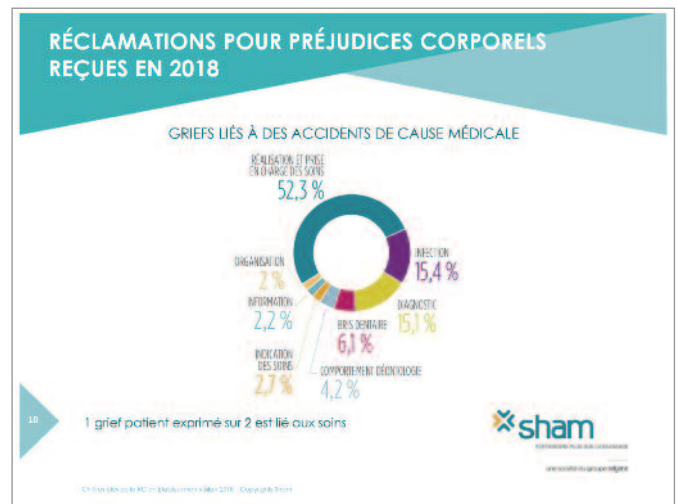
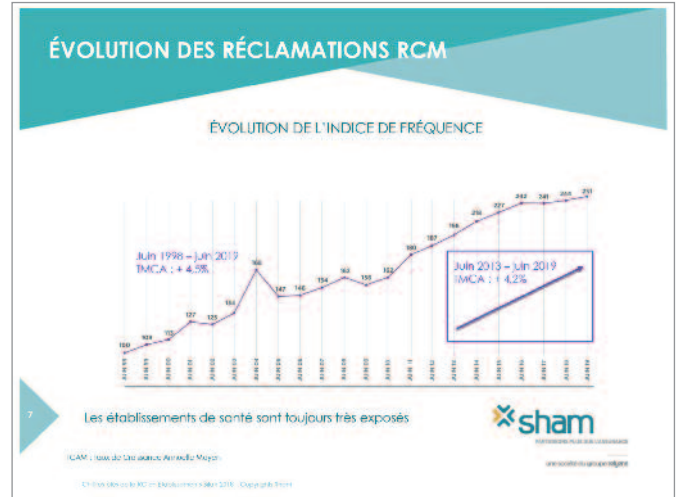


**ATTENTION À L'INFORMATION DU PATIENT !**

Le vendredi 18 octobre 2019, les 12<sup>e</sup> journées de l'AREDOC, l'association pour l'étude de la réparation du dommage corporel, ont mis en évidence une tendance forte des tribunaux : la réparation intégrale d'un dommage. Les magistrats peuvent ainsi admettre, indépendamment de toute faute médicale, l'existence d'un préjudice d'information du patient.

L'information est considérée ici comme pouvant permettre à un patient de se soustraire aux potentielles conséquences dommageables d'un acte en choisissant un autre acte. Afin d'aider les orthopédistes à bien connaître les préjudices possibles en matière de dommages corporels, Olivier Galland, président de la commission assurantielle de la SOFCOT, les invite à lire la nomenclature Dinthillac :

<http://www.justice.gouv.fr/publication/dacs/consult/20141120-projetannexe.pdf>



normatifs demandés aux chirurgiens. L'augmentation de la performance en informatique conduit à une augmentation des exigences en matière de traçabilité des informations communiquées au patient. Or, « *la mise à jour au cours d'une expertise d'une information jugée incomplète ou fragile n'est jamais favorable au praticien* », fait savoir Olivier Galland. Il rappelle à l'occasion les modifications du code de déontologie médicale relatives à l'information et au suivi du patient, intervenues en 2012, et que « *les orthopédistes n'ont pas vu ou pas voulu voir* ». Ces modifications ont ouvert la voie à une augmentation des saisies de l'ordre, sur ces seuls motifs, pour rentrer en procédure et amener un chirurgien jusqu'au tribunal de grande instance. Ces « failles » peuvent aussi être utilisées par l'assurance maladie pour remettre en cause une cotation.

« *Il faut faire très attention à ces aspects déontologiques* », alerte Olivier Galland qui invite les chirurgiens à bien relire ce code de 2012<sup>2</sup>. « *L'information et la continuité des soins sont deux éléments sur lesquels les orthopédistes peuvent être mis en cause* », insiste-t-il en rappelant l'importance de suivre les sessions du congrès dédiées à l'exercice professionnel. La connaissance des normes et relations avec les établissements, l'éthique, la sinistralité, la prévention du risque... ne doivent pas être négligées. Il n'y a pas que les nouvelles techniques qui peuvent exposer les chirurgiens à de nouveaux problèmes...

- (1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- (2) Télécharger le code de déontologie médicale (dernière version – avril 2017) : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

# Publications de la SOFCOT : des outils de travail percutants

En synergie avec les Editions Elsevier et poursuivant une tradition à présent parfaitement établie, notre réunion marque - une fois de plus - la livraison d'un ou plusieurs ouvrages, estampillés SOFCOT, résolument éducatifs et pratiques. Tout le mérite de cette exigeante chronologie revient à un Comité de rédaction particulièrement motivé.

L'unique monographie de la cuvée 2019 (en dehors de l'irréprochable transcription des Conférences d'enseignement) est intitulée « **La hernie discale lombaire** ». Sa rédaction coordonnée par Henri-François Parent (chirurgien orthopédiste, ancien Trésorier de la SOFCOT), Jean-Luc Barat (neurochirurgien) et Régis Levasseur (rhumatologue) fait appel à une trentaine d'auteurs et revisite tous les aspects cliniques et techniques d'une pathologie quotidiennement rencontrée et affectant un pourcentage important de la population. Tout y est discuté : l'anatomie, la physiopathologie, la présentation clinique, l'imagerie exploratoire, les options thérapeutiques individualisées, les techniques chirurgicales utilisables et les prises en charge en cas de complication. L'analyse est fouillée à l'extrême et mérite de figurer dans la bibliothèque de tout soignant de l'appareil locomoteur.

Le deuxième volume également commercialisé lors du Congrès est connu 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 quasi immédiate, en temps réel, des sessions auxquelles on ne peut assister : soit du fait d'un conflit de programmation entre deux thèmes d'intérêt, soit en raison d'obligations extérieures. Ces Conférences, revues synthétiques d'une thématique spécifique, sont dis-



tribuées en cinq modules, selon un format à présent parfaitement rodé : généralités, orthopédie adulte, traumatologie adulte, pédiatrie et technique chirurgicale. À l'intérieur de chacun de ces modules quatre chapitres ont été sélectionnés, pour la plupart d'entre eux, par des sondages préalables effectués auprès de nos membres. Là encore, la masse de connaissances rassemblées sur cette vingtaine de sujets est considérable. Le spectre des thématiques couvertes est étendu, il va de la réflexion d'actualité

sur le sujet du burn out du chirurgien à l'exécution de techniques chirurgicales spécifiques d'une situation donnée (infection, reprise) tout en passant par l'analyse approfondie de pathologies quotidiennes (risque thrombotique post-chirurgical en pédiatrie) ou moins courantes (hallux varus iatrogène). On l'aura compris, cette liste de références pratiques est loin d'être exhaustive. Ainsi, année après année, la moisson éducative 2019 s'enrichit de savoirs, toujours mieux codifiés. Cet avantage offert à nos

membres, rendu possible par la collaboration fructueuse SOFCOT- Elsevier, s'avère encore plus bénéfique pour les congressistes présents. 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 méritoire d'un robuste comité de rédaction dédié à cette tâche gigantesque et composé de Matthieu Ehlinger, Mickael Ropars et évidemment Denis Hutten.

Charles Msika

# Fac de médecine **versus** Fake medicine : la désinformation des patients par internet

Si l'on peut dire que l'universalisation de l'usage d'internet, au terme de près d'un demi-siècle, peut être créditée d'un bilan relativement positif pour l'humanité, elle peut à l'inverse s'accompagner de risques représentant dans notre profession des « armes de destruction massive ».

## Science versus pseudo science: un tri impossible

La masse, sans limite, d'informations et de données collectées au moyen de ce réseau peut tout aussi bien déboucher, une fois traitée, sur le développement d'une « intelligence mutualisée artificielle » que sur une « pollution mentale collective contagieuse ». L'absence, à l'entrée, de tout contrôle ou de toute vérification des opinions exprimées, puis exposées, est sans doute la principale raison d'un tel risque. L'impact sociétal et/ou politique de ce risque commence à être pris en compte par les gouvernances; il est moins bien compris dans ce qui touche à notre profession. Le patient confronté à une condition pathologique, déjà quelque peu fragilisé sur le plan émotionnel, se pense, sur la base de connaissances acquises en ligne, capable de prendre en main son destin et de poser ses propres indications thérapeutiques. Il est vrai que la communauté médicale ou scientifique a une part de responsabilité dans cet état de fait, dans la mesure où elle a souvent délivré des messages contradictoires, soit en matière de prévention, soit en matière de traitement. D'un outil utile de diffusion de l'information, le réseau s'est imperceptiblement

transformé en une entreprise de désinformation que certains préfèrent rebaptiser sous le terme péjoratif de propagande.

## La tour d'ivoire des sociétés savantes

Les sociétés dites savantes ont beaucoup hésité, et de ce fait tardé, à monter dans le train à grande vitesse d'Internet. Elles le connaissaient pourtant parfaitement puisque les milieux académiques, historiquement, en étaient les premiers utilisateurs, une vingtaine d'années avant le grand public, dès la fin des années soixante-dix. Baptisé initialement autoroute de l'information, le « web » était promu comme un vecteur de publication et donc le conduit de la livraison collégiale d'un message d'éducation ou de formation sélectionné. Mais, par leur attitude élitiste (« entre-soi »), sans doute quelque peu fondée, ces sociétés savantes ont initialement refusé de s'adresser à la population générale considérée comme une populace ignorante. Dans notre spécialité, il a fallu que le devoir d'information du patient s'impose comme enjeu médico-légal, pour qu'un effort considérable de diffusion d'un message unitaire consensuel en direction du patient soit enfin mis en ligne.

## FAKE NEWS = INFOX

► Le journal officiel du 4 octobre 2018 publie une recommandation sur les équivalents français à donner à l'expression *fake news*.

La Commission d'enrichissement de la langue française, propose comme équivalents français les termes « *d'information fallacieuse* » ou « *infox* », « *lorsqu'il s'agit de désigner une information mensongère ou délibérément biaisée, répandue par exemple pour favoriser un parti politique au détriment d'un autre, pour entacher la réputation d'une personnalité ou d'une entreprise, ou encore pour contredire une vérité scientifique établie* ».

## COMMENT REPÉRER DES « FAKE NEWS »



### IDENTIFIER LA SOURCE

Explorer le site, son but, sa page « Contacts ».



### ALLER AU-DELÀ DU TITRE

Les titres peuvent être racleurs, pour obtenir des clics. Lire l'article entier.



### IDENTIFIER L'AUTEUR

Faire une recherche rapide sur l'auteur. Est-il fiable? Existe-t-il vraiment?



### D'AUTRES SOURCES?

Consulter les liens, pour vérifier l'information.



### VÉRIFIER LA DATE

Partager un vieil article ne signifie pas qu'il est d'actualité.



### EST-CE DE L'HUMOUR?

Si c'est trop extravagant, est-ce une satire? Vérifier la vocation du site.



### ÉVALUER NOS PRÉJUGÉS

Nos propres opinions peuvent affecter notre jugement.



### QUE DISENT LES EXPERTS?

Demander à un bibliothécaire ou consulter un site de vérification des faits.

Traduit par Claire Bongrand et Jonathan Paul, Bf

International Federation of Library Associations and Institutions

► Les recommandations de l'International federation of library associations and institutions (1400 adhérents répartis dans 140 pays) en matière de Fake News.

## Les exemples foisonnent

Aussi bien dans notre spécialité que dans de nombreux autres domaines médicaux, les exemples d'altération de la perception des patients sur une problématique médicale donnée ne manquent pas. Cette dérive est facile à exacerber dans la mesure où la médecine ne constituant pas une science exacte, la décision de soins résulte le plus souvent d'un compromis d'appréciation de l'équilibre bénéfice/risque. En insistant systématiquement et unilatéralement sur l'un des versants de cet équilibre délicat,

on parvient facilement à infléchir le choix du patient. Ce dernier est d'ailleurs réceptif à toutes sortes de promesses de résolution de sa pathologie: de la médecine régénératrice ostéo-articulaire à l'ingénierie tissulaire reconstructrice tridimensionnelle en passant par la bio-ingénierie avec l'utilisation des cellules-souches génétiquement manipulées, la repousse promise du cartilage articulaire, l'implantation de puces intelligentes intra-encéphaliques, les « miraculeuses » injections de plasma riche en plaquettes (PRP), ou encore... l'ostéopathie

curatrice. Il est difficile de convaincre les audiences que certaines prouesses thérapeutiques, réelles ou supposées, demeurent illusoire pour résoudre des pathologies spécifiques. Des progrès, parfois remarquables, obtenus en recherche fondamentale, ne seront transposables du laboratoire à la quotidienneté clinique qu'au terme de plusieurs décennies. Cette difficulté est amplifiée par la diffusion prématurée, fortement médiatisée de certains de ces succès obtenus uniquement en laboratoire. À l'inverse, on peut générer des paniques incontrôlables à l'encontre de certaines voies thérapeutiques parfaitement légitimées par l'expérience (vaccin anti-rougeole par exemple, prothèses articulaires non suspectes...).

**D'innombrables répercussions**

En prenant pour analogie la distribution des eaux, l'internet qui n'est après tout qu'un canal ou un média de transfert de l'information peut tout aussi bien se positionner comme un aqueduc d'une eau potable de qualité, qu'être assimilé à un collecteur d'égouts. Une évidence factuelle peut tout aussi bien y être exposée sous sa forme réelle que sous la forme d'une contre-vérité virtuelle. L'observateur ou le lecteur « n'y verra que du feu ». Distinguer les faits de la fiction finit parfois par devenir un exercice intellectuel périlleux pour l'individu standard. Pour le scientifique lui-même, sur la base d'un préjugé hypothétique, un torrent tumultueux de données analysables et interprétables peut conduire à des conclusions douteuses et/ou peu significatives. Au final, pour les uns et les autres, il n'y a alors qu'un pas, vite franchi entre la triche scientifique et la malhonnêteté intellectuelle.

**La responsabilité des sociétés professionnelles**

Quel que soit l'accès et/ou l'environnement digital du patient en quête d'information (smartphone, ordinateur, charlatan paramédical...), il convient de lui faire trouver une réponse dé-

**INFOX: LA PRESSE SE MOBILISE EN LIGNE AU SERVICE DES INTERNAUTES**



**► FACTUEL**  
L'agence France Presse (AFP) a mis en place un site dédié à la vérification de l'information (fact-checking). Chaque jour, « les journalistes de l'AFP démontent factuellement des mensonges et des demi-vérités » à partir d'une sélection de sujets « à vérifier en fonction de plusieurs critères, dont leur intérêt éditorial, l'ampleur de leur diffusion et/ou leur présence dans le débat public ». <https://factuel.afp.com>

**► LES DECODEURS**  
Depuis 2014, la rubrique Les Décodeurs du site du journal Le Monde fait la chasse au Fake News. Lancé en 2017, un moteur de recherche, le Decodex, permet de juger la fiabilité d'une adresse URL. <https://www.lemonde.fr/les-decodeurs>

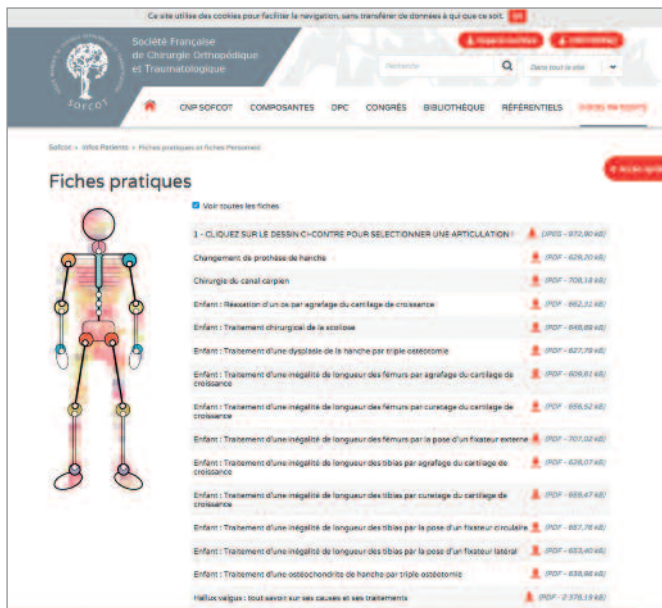
**► CHECK NEWS**  
Le site Libération à travers sa rubrique Check News propose un moteur de recherche géré par les journalistes: « Posez vos questions, nous prendrons le temps d'enquêter avant de vous répondre ». <https://www.liberation.fr/checknews>

barrassée de ses scories et/ou de ses biais, souvent soigneusement dissimulés. Seule une informa-

tion contrôlée et vérifiée par une société savante ou scientifique, reconnue, est légitime dans ce

type de dialogue avec les captifs du cyberspace. La plupart des sociétés savantes sont restées prisonnières de leur modèle fondateur, à savoir un conservatoire d'expériences et de connaissances assimilables à une librairie scientifique élaborée. Ce modèle pouvait satisfaire tous les usagers dans les deux premières décennies de développement du réseau, tant que ce dernier demeurait un réservoir ordonné d'informations. En revanche, dans les deux décennies suivantes, l'inadéquation de cette démarche se fit de plus en plus criante, au fur et à mesure que l'Internet, dit de deuxième génération, se muait en une centrale de connectique sociétale. Dans cette mutation, la nouvelle hydre d'influence qui se fit jour se fixait pour objectif inavoué de s'arroger un monopole de prévision du comportement décisionnel de l'utilisateur à partir des recherches d'information effectuées par ce dernier. Venait de naître la surveillance en vue d'une manipulation individuelle. Au terme d'un marketing bien rodé, l'ultime objectif se révélait alors progressivement: capturer le processus décisionnel du consommateur afin de le canaliser vers une source commerciale déterminée. Les plateformes à succès de prises de rendez-vous n'échappent d'ailleurs pas toujours à cette déviance. On se retrouve, en fin de compte, à des





### INFORMER LE GRAND PUBLIC ET LES PATIENTS

► Dans la rubrique « Infos patients » de son site internet, la SOFCOT met à disposition une série d'outils destinés à l'information du grand public : fiches pratiques, fiches information patients labellisées, FAQ, interviews, vidéos, glossaires. Une rubrique qui s'étoffe chaque année d'informations nouvelles en fonction de l'évolution de nos pratiques.  
<http://www.sofcot.fr/Infos-Patients>

années-lumière des règles fondatrices de l'éthique et de la déontologie médicale traditionnelles. Dans le domaine sensible de la santé, la dérive d'une sur-médicalisation du moindre symptôme le plus banal est source de confusion supplémentaire et génère le profit de toutes sortes de structures à but lucratif, pour peu qu'elles se trouvent positionnées en embuscade, en aval d'une demande humaine légitime de solutions. Les sociétés savantes ayant bâti leur crédibilité à la fois sur le développement d'une réflexion critique et d'une élimination des conflits d'intérêts risquent de se trouver marginalisées par de tels rouleaux compresseurs à très grande vitesse. Tout en conservant les garde-fous moraux qu'elles se sont imposées, elles se doivent de convaincre un plus grand nombre en imposant une présence plus ubiquitaire et qualitativement moins élitiste.

**Résister à l'empire Google**  
 Malgré son omniprésence, la déférente baptisée ironiquement « Dr Google » n'est ni certifiée ni accréditée par la Haute autorité de santé. L'agacement de

nombreux médecins américains est tel qu'ils boivent leur café du matin dans une tasse très vendue, estampillée ainsi : « Prière de ne pas confondre Google avec mon diplôme de docteur en médecine ». Les opinions mises en ligne peuvent être erronées, mensongères, voire délibérément malhonnêtes. Aux États-Unis, on assiste ainsi à une prolifération incontrôlable des offres de médecine régénérative utilisant des cellules progénitrices avec des promesses et prétentions aussi démesurées que farfelues. Plusieurs milliers de « centres médicaux » exploitent ce filon aux dépens de patients crédules en recherche d'une solution miracle à leur pathologie. Les sociétés savantes doivent donc faire la promotion de leurs membres, seuls à même d'émettre des avis autorisés. Le cahier de charge de l'information du grand public se révèle petit à petit : définir des recommandations testées et validées sur la durée; contrôler le risque en adoptant des pratiques de prévention diffusées et adoptables par l'ensemble de la profession; surtout et c'est à ce niveau que se situe le principal obstacle : s'imposer auprès du

grand public comme l'expert quasiment monopolistique de référence afin de rendre insignifiante et inaudible la concurrence volontiers déloyale des innombrables sources alternatives d'information accessibles sur la toile.

### Fédérer une contre-offensive

Une étape de plus a été franchie dans cette désinformation, avec l'émergence de ce qu'il est pudiquement appelé les « influenceurs de la toile », c'est-à-dire des individus, des groupes ou des corporations distillant des messages fallacieux sur les réseaux sociaux. La technique utilisée est rodée pour manipuler la réflexion du lecteur : tout d'abord instiller le doute sur le bien-fondé d'une modalité thérapeutique et ensuite promouvoir une alternative aux fondements scientifiques farfelus. Le récent débat autour de l'homéopathie illustre la créativité de telles méthodes de communication. La notoriété actuelle de « l'ostéopathie » et/ ou de la « podologie », par rapport à celle beaucoup plus faible, de la « chirurgie orthopédique » démontre si besoin était le fossé existant entre

le pouvoir de séduction des médecines empiriques par rapport à celles fondées sur la preuve et/ou l'expérience. La seule échappatoire à cette dévastation du paysage médiatique est de fédérer autour de la SOFCOT les acteurs reconnus de la médecine scientifique telles que l'Académie de médecine et/ou l'Académie de chirurgie. Une telle initiative doit se faire de la même façon que lors de la création pionnière par la SOFCOT d'Orthorisiq qui, par la suite, a inspiré d'autres sociétés professionnelles. Dans cet esprit, la SOFCOT se doit de devenir un phare inspirateur des autres académies en les amenant dans une démarche fédératrice d'éradication du risque ubiquitaire et polymorphe de désinformation du patient.

### Au total

L'accès universel à la connaissance médicale grâce à l'internet, malgré ses nombreux avantages, introduit néanmoins un risque inattendu de santé publique : celui d'un obscurantisme moyen-âgeux favorisé par une floraison de sources d'information alternatives, contaminantes et mal intentionnées.

Charles Msika



### SÉPARER LE BON GRAIN DE L'IVRAIE

► Il existe une dizaine de variétés d'ivraie ou *Lolium*. Ce graminé est principalement utilisé comme plante fourragère. Lorsqu'il est infesté par des attaques de parasites (champignons), il produit des alcaloïdes toxiques qui causent des vertiges. Moissonné en même temps que le blé il peut se mélanger à la farine, et être la source d'un danger pour l'organisme lors de la consommation du pain...

Illustration : *Lolium perenne* et *Lolium italicum* - Flore d'Allemagne Autriche et Suisse par Otto Wilhelm Thomé, 1885

Sept médailles d'honneur de la SOFCOT sont décernées cette année aux chirurgiens qui ont marqué la spécialité de leur empreinte technique et professionnelle. Le Journal du congrès de la SOFCOT a recueilli leurs témoignages sur la passion d'une vie et le devenir d'une orthopédie-traumatologie aux mains des jeunes générations. Une huitième médaille est remise à titre posthume à Philippe Hardy, disparu en 2017. Que sa mémoire soit ici honorée.

### Dr Philippe Beauflis, Versailles



À la lumière de ce que j'ai vécu, je voudrais ici proposer, sans prétention aucune, ces trois messages à nos jeunes collègues :

Mon activité étant circonscrite à la chirurgie de la main et des nerfs, je n'ai pas, comme mes collègues orthopédistes, vu les nouvelles technologies modifier profondément ma pratique : point de robot, de prothèses sophistiquées, un peu d'arthroscopie... Ce qui a changé le plus dans cette activité depuis 40 ans tient, à mon sens, dans la relation avec le patient et l'environnement.

Nous avons vu se modifier cette relation, dans le sens d'une réserve, voire d'une méfiance vis-à-vis du médecin. Gare à celui qui n'explique pas, ne répète pas, oublie de prévenir des risques éventuels. Si cette information et ce respect accru du patient sont une évolution positive, l'application systématique du prin-

Tous les types d'installation ont leurs avantages et leurs inconvénients. À l'heure où l'hôpital public fait face à des difficultés importantes qui diminuent son attractivité, je voudrais simplement dire qu'on peut être heureux à l'hôpital public ! Une structure à taille humaine, des rapports fondés sur la confiance, la compréhension des contraintes de l'autre permettent de faire avancer de beaux projets ;

Participer au développement de l'arthroscopie en France, dans les domaines de la clinique, de la recherche, de l'enseignement ou de la structuration de la spécialité avec la SFA, fut une expérience extraordinaire qui a forgé et modelé toute ma car-

rière. Je souhaite à toutes et tous de vivre de tels moments.

La formation et la recherche font partie intégrante de notre discipline. L'orthopédie francophone est une des meilleures au monde. De nombreuses innovations majeures sont venues de notre pays. Encore faut-il le faire savoir. Au-delà des moyens de communications immédiats que le numérique facilite voire hypertrophie, la publication scientifique reste un pilier, une référence. Mon expérience de rédacteur en chef d'OTSR me le démontre au quotidien. Ne nous contentons pas des communications orales ; n'hésitons pas à publier le fruit de nos recherches sur la scène internationale.

### Pr Yves Catonné, Paris



Que de changements dans notre pratique chirurgicale au cours de ces 50 dernières années ! Perte d'attrait de la chirurgie (qu'elle soit viscérale ou orthopédique) auprès des jeunes internes nommés au concours (ophtalmologie et dermatologie ont leur préférence), difficultés de plus en plus grandes à orienter nos jeunes collègues vers le secteur public (même hospitalo-universitaire), importance accrue de publications issues du secteur privé, féminisation de notre profession (ce qui est une excellente chose), et surtout irruption de technologies nouvelles qui vont transformer notre pratique quotidienne et favoriser l'émergence d'une génération Playstation. Le monde évolue et notre profession aussi. Et pourtant, au terme d'une carrière atypique (en Martinique puis à Paris, en secteur public puis libéral en fin de carrière), je retiens ce qu'il y a de plus passionnant dans notre métier et qui de toute façon restera indispensable : le travail de formation de nos jeunes collègues, où nous devons associer le raisonnement « scientifique » en salle de staff et l'esprit de compagnonnage des artisans au bloc opératoire.

### Pr Alain Gilbert, Paris



cipe de précaution qui, en théorie, protège le patient, l'est moins. Il est intéressant de voir que le « progrès » est maintenant consacré aux dispositifs technologiques et exclut presque complètement les procédures chirurgicales. Le temps de l'inventivité s'est bien réduit, victime de la prudence, des comités d'éthique et de la judiciarisation.

Cette vision un peu pessimiste doit être mise en balance avec cette formidable avancée qu'est l'élévation globale du niveau de la qualité des traitements par une diffusion de l'information grâce à la qualité des congrès et de l'enseignement. Les généra-

tions qui nous suivent devront lutter pour conserver leur liberté intellectuelle et leur indépendance vis-à-vis d'une société qui les considère de plus en plus comme des opérateurs et les patients comme des usagers.

### Pr Alain-Charles Masquelet, Bobigny



La monographie publiée l'an dernier à l'instigation du CNP d'orthopédie-traumatologie sur le thème « Un siècle d'innovations françaises en chirurgie orthopédique et traumatologique 1918-2018 » a été pour nombre d'entre

### Pr Philippe Merloz, Grenoble



En décidant il y a plus de 40 ans de m'orienter vers la chirurgie orthopédique et traumatologique, j'avais le sentiment que ma vie professionnelle allait me permettre de réaliser au quotidien des objectifs concrets. Je

n'imaginai pas l'arrivée rapide des nouvelles technologies. À la fin des années 70, c'est-à-dire au début de l'internat, le scanner et l'IRM n'existaient pas. Nous n'avions à notre disposition que l'imagerie X conventionnelle et la tomographie plus ou moins complexe. J'ai vécu les premiers pas des prothèses de hanche sans ciment, découvert les grands allongements de membre ainsi que les progrès constants de la fixation externe. Les nouveaux matériaux ont fait irruption dans

nos pratiques avec les implants biorésorbables et les céramiques. L'informatique s'est imposée non seulement dans nos bureaux, dans nos universités (enseignement, simulation et e-learning) mais aussi dans les soins quotidiens et jusqu'au bloc opératoire où depuis peu nous pouvons disposer d'une imagerie intraopératoire tri-dimensionnelle. Nous avons pris conscience du vieillissement de la population et nous devons soigner de façon spécifique celles et ceux qui sont âgés, fragiles et souvent malades. Que de progrès accomplis depuis plus de 40 ans et combien vont apparaître encore dans les prochaines décennies !

## Pr Bernard Augereau, Paris

Membre actif (secrétaire général en 1995, président en 2013) puis invité (président de l'APCORT depuis 2009) au sein de la gouvernance de la SOFCOT, j'ai pu participer à l'évolution de notre société initialement scientifique, devenue professionnelle à partir de 1991.

Je ne reviendrai pas sur les avancées scientifiques majeures (arthroscopie, utilisation de matériaux in vivo, prothèses à double mobilité de hanche, inversées d'épaule, apport du numérique, etc.). J'insisterai en revanche sur certaines tendances professionnelles qui, corrélées à l'évolution sociétale, doivent nous interpeller :

- La perte progressive de notre indépendance au sein d'établissements publics et privés dans le choix des dispositifs médicaux implantables pour des raisons économiques, tout en restant responsables a priori de ces derniers...
- L'obsolescence peut-être programmée de l'activité libérale avec la disparition progressive du paiement à l'acte au sein des par-

nous la prise de conscience du haut rang qu'occupe l'orthopédie française dans le monde. Il conviendrait à présent que les plus jeunes, notamment les internes en formation, s'approprient ce formidable héritage et le fasse prospérer. L'entreprise de modernisation de l'enseignement du 3<sup>e</sup> cycle devrait les aider dans ce sens en proposant une transmission renouvelée des savoirs. Savoir-faire et savoir-être, bien sûr sur lesquels l'accent des nouvelles technologies de l'information et de la communication se fait sentir pour le bien de tous, mais aussi savoirs constitués qui précisément recouvrent ces innovations parties de chez nous et qui ont conquis le monde. Sans oublier d'autres savoirs qui prendront à terme une importance grandissante comme le savoir dire ou le faire savoir et surtout le savoir-vivre (ensemble) qui est la clé de la réussite. En effet, les coulisses de l'innovation ont mis à jour, c'est du moins une des leçons de cette magnifique monographie, la qualité et la nécessité de travailler en équipe. L'époque de la randonnée du chirurgien solitaire est définitivement révolue. Puissent ces quelques mots contribuer à entretenir la passion de la chirurgie de l'appareil locomoteur chez nos jeunes et susciter des vocations chez ceux qui ne sont pas encore nés.



cours de soins aujourd'hui expérimentés en France, alors qu'ils sont abandonnés en Suède et aux Etats-unis...

- L'hyperspécialisation qui peut exposer le chirurgien à ne devenir qu'un simple technicien... N'oublions pas que nous sommes médecins avant d'être chirurgiens!

Les jeunes au sein du Collège des jeunes orthopédistes auront particulièrement à cœur de préserver les valeurs essentielles de cette spécialité valorisante qu'est la chirurgie orthopédique et traumatologique. Mais, ils ne seront efficaces qu'en s'impliquant activement dans les différentes instances de la SOFCOT, et demain du DPC-COT.

## IN MEMORIAM

Représentants de pratiques tournées vers les progrès de l'orthopédie-traumatologie, plusieurs chirurgiens nous ont quittés cette année. La SOFCOT leur rend ici hommage.

**A**natomiste à la Pitié-Salpêtrière, à Paris, avant de rejoindre l'hôpital Raymond Poincaré, à Garches, **Francis Honnart** est décédé en mai dernier. Par son calme et ses connaissances, il a su s'imposer et consacrer une partie de son temps à l'enseignement. Il a aussi écrit plusieurs ouvrages. De 1975 à 2000, j'ai eu un collègue chirurgien des hôpitaux d'une grande fidélité, aimé de ses semblables, du personnel et des malades. J'ai perdu un ami.

Alain Platel

**Yves Cotrel** dont le nom est lié au rachis a toujours été guidé par une foi et une famille sans faille. Exceptionnel par son ingéniosité, son inventivité, sa recherche permanente pour aider patients et famille, il a révolutionné la chirurgie du rachis avec la technique des plâtres EDF ou encore l'instrumentation CD. Son altruisme, son esprit de partage et de rassemblement s'illustrèrent avec la Fondation Yves Cotrel, à l'Institut de France, pour la recherche sur la scoliose.

Jean Dubouset

## Pr Dominique Chauveaux, Bordeaux



Du fait d'une pratique d'hyperspécialisation désormais incontournable et appréciée, notre discipline d'orthopédie traumatologie pourrait perdre son unité que s'efforcent de maintenir le CNP COT et ses diverses composantes. Conserver une « maison commune » et un désir d'appartenance à une entité partagée est le défi lancé aux plus jeunes. Cette détermination sera seule apte à prolonger le sentiment actuel de confiance et de compétence à l'égard de la profession. Cela oblige à conserver notre image d'un « médecin qui opère », notion si chère au regretté Jean Puget, loin de celle de simple technicien opératoire où certains souhaitent la réduire. L'adhésion à une formation basique initiale généraliste puis spécialisée et le

développement d'une formation continue encadrée en sont les clefs. Pour les plus anciens, cela passe par le partage de la fierté d'appartenir à une société savante qui a joué un rôle mondial fondateur et reste toujours source d'innovations. Cela passe aussi par la transmission du plaisir d'être acteur de l'évolution permanente des moyens techniques au profit des patients, mais aussi pédagogiques, favorisant les transformations profondes et l'harmonisation de la formation initiale dans un cadre national autant qu'euro-péen.

**Philippe Hardy** nous a quittés il y a deux ans, trop vite, trop tôt. Sa disparition a été un choc terrible pour la communauté orthopédique française et internationale. Tous les hommages qui lui ont été rendus, et ils sont nombreux, mettaient en avant son charisme, son expertise de grand chirurgien, ses qualités managériales, son engagement dans l'éducation, dans la recherche clinique et expérimentale, dans les organisations, dans l'édition scientifique. Tous les ingrédients d'un grand Monsieur à la tête d'une grande École. Et tout cela avec une bienveillance constante. Philippe Hardy était un Grand Professeur. Merci Monsieur Hardy, merci Philippe!  
Philippe Beaufilets

**A**dalbert Ibrahim Kapandji nous a quittés dans sa 91<sup>e</sup> année. Esprit vif, visionnaire, libre et travailler infatigable, il a mené simultanément sa carrière de chirurgien libéral et ses travaux et publications scientifiques. Qui n'a pas compris l'anatomie fonctionnelle et la biomécanique du corps grâce à ses écrits et ses merveilleux dessins. Sa réputation a traversé les frontières et de nombreuses générations de chirurgiens, de médecins et de kinésithérapeutes ont bénéficié de son enseignement.

Christian Delaunay

J'ai connu **Jacques Hubert Aubriot** à l'hôpital Cochin en 1968. Il était chef de clinique, j'y étais interne. Il était avant tout préoccupé du confort fonctionnel de ses patients, privilégiant toujours le raisonnement de l'indication la plus appropriée plutôt que le souhait d'une méthode nouvelle dont les résultats n'étaient pas encore forcément validés. Il me faut également rappeler sa gentillesse, son écoute et sa patience durant de très longs

échanges de consultation ou l'horaire prévisionnel importait peu. La mémoire de Jacques Hubert Aubriot sera pour beaucoup d'entre nous indélébile et respectueuse.

Yann Masse

**Christian Delloye** nous a quittés le 13 mars 2019. Très connu en France par tous ceux à qui il a procuré les allogreffes osseuses qu'ils cherchaient souvent sans succès dans notre pays, fondateur de la banque de tissus de l'appareil locomoteur des Cliniques Universitaire Saint-Luc, la première en Belgique, il a consacré une grande partie de sa vie professionnelle aux allogreffes. Doté d'exceptionnelles facultés relationnelles, toujours disponible, ouvert et souriant, c'était un véritable plaisir de croiser son chemin et de s'asseoir à sa table au cours des soirées de congrès. Il nous quitte beaucoup trop tôt et toute l'orthopédie-traumatologie est en deuil. Nos meilleures pensées vont à son épouse et sa famille.

Denis Hutten

## VENEZ ASSISTER À MON INTERVENTION MARDI 12 NOVEMBRE DE 13H00 À 14H15

Ambulatoire - RAAC :  
Quelles responsabilités  
pour l'orthopédiste ?

**Dr NICOLAS CHANZY,**  
**CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE**  
**CONSEIL**



Une infection de site opératoire ?  
Besoin d'un avis référent ?

**Hotline «SOS ISO» 24h/24 7j/7**

**0 800 102 239** Service & appel  
gratuits

Des spécialistes orthopédistes  
et infectiologues à votre écoute.

**Nous agissons toujours  
dans votre intérêt.**

**3233**

Service gratuit  
+ prix appel

**macsf.fr**

**PUBLICITÉ**