



Lettre du CNP n°13 Octobre 2016



Sommaire

- > [1. Edito des Présidents](#)
- > [2. Qu'est-ce que le CNU?](#)
- > [3. L'internat est mort, vive l'internat!](#)
- > [4. Comment l'arbuste a grandi ? Faisons le point sur cinq ans du nouveau CJO](#)
- > [5. Une nouvelle commission « relations internationales » à la SOFCOT : pourquoi faire ?](#)
- > [6. Rédaction médicale: des « outils » pour bien écrire vos articles](#)
- > [7. Analyse d'ouvrage](#)
- > [8. E Learning : programme à venir](#)
- > [9. Bibliographie du CDO](#)
- > [10. Le registre multicentrique des prothèses totales de hanche de la SOFCOT, bientôt la maturité ?](#)
- > [11. Agenda](#)



1. Edito des Présidents



BIENVENUE À LA SOFCOT 2016



Philippe HERNIGOU
Président SOFCOT



Jean-Michel CLAVERT
Président AOT

Venez nombreux au 91ème congrès de la SOFCOT !

Le programme de notre congrès s'enrichit chaque année.

Nous avons reçu 1071 propositions de communications dont 270 ont été retenues... Et c'est sans compter les communications de la journée des spécialités. La sélection des communications est un moment difficile, nous faisons appel à des groupes de trois relecteurs par thème ce qui permet à chacun de lire attentivement chaque abstract. Des réunions de synthèse permettent de partager les difficultés, d'arbitrer et d'établir un programme définitif.

Il y aura 3 symposiums (résultats des prothèses inversées dans les fractures récentes de l'extrémité supérieure de l'humérus, la gonarthrose posttraumatique, les fractures des membres inférieurs de l'adolescent) et 9 tables rondes, certaines très pointues, d'autres très pratiques et actuelles. Le squelette du congrès reste par ailleurs semblable aux années précédentes mais avec un ordre différent en raison d'un 11 novembre qui est un vendredi.

Le congrès commence donc le mardi 8 avec un symposium, des tables rondes et la séance inaugurale. Le mercredi 9 sera la journée des spécialités. Les conférences d'enseignement auront lieu le vendredi 11, de même qu'Orthorisq (journée du DPC).

La journée des IBODES aura lieu le mercredi et celle des Kinésithérapeutes le jeudi.

C'est le Portugal qui est la nation invitée. Nous avons depuis des décennies des relations très étroites avec le Portugal. Les orthopédistes portugais sont très nombreux à participer à notre congrès et volontiers francophones. Nous leur avons proposé de soumettre des communications et ils participeront à la modération des séances en ajoutant leur point de vue sur le sujet.

Le thème du congrès regroupe toutes les applications du numérique au service de notre métier. Il va changer dans un avenir plus ou moins proche notre environnement opératoire avec le concept de salle hybride qui réunit en un même lieu la salle d'opération et la salle d'imagerie, permettant ainsi durant l'acte opératoire de disposer d'une imagerie (scanner, IRM ou échographie 4D) et de l'aide des ordinateurs. Le **Professeur Luc Soler**, Directeur Scientifique de l'IHU de Strasbourg, fondateur de la start-up « *Visible Patient* » fera une conférence sur le sujet « **la chirurgie mini-invasive guidée par l'image, le concept de salle hybride, le patient virtuel, la réalité augmentée, le robot chirurgical** ». Le numérique va également changer notre métier par les possibilités qu'il ouvre sur l'organisation du travail, la collecte et l'utilisation des informations, les implants personnalisés avec imprimante 3D, les logiciels d'aide à la décision, le contrôle qualité avec la tenue de registres, l'utilisation de big data etc. Il y aura sur les applications du numérique une session de communications, une session des jeunes orthopédistes et une séance professionnelle. Il y aura aussi et c'est une nouveauté, la possibilité de rencontrer des start-ups innovantes sur le sujet et qui seront regroupées parmi les stands des fabricants de matériel orthopédiques.

La France a subi depuis le dernier congrès une série d'attentats qui a fait appel au savoir-faire et au dévouement de notre profession. Il s'agit pour nous d'une situation nouvelle où des blessures d'armes de guerre se retrouvent massivement et subitement dans nos urgences. Nous avons donc prévu lors de ce 91^{ème} congrès d'ajouter une table ronde avec un premier bilan des blessés de novembre dernier en collaboration étroite avec nos collègues militaires qui ont toujours été des membres très actifs de la SOFCOT. Il s'agit de proposer des règles nouvelles de prise en charge tenant compte des lésions qui sont celles des champs de bataille mais qui se déroulent à quelques centaines de mètres d'hôpitaux très équipés.

Le repas de gala se déroulera à l'Abbaye de Royaumont. C'est un lieu extraordinaire qui nous sera ouvert exceptionnellement pour une soirée de visite et de convivialité.

Le programme de ce congrès montre combien notre société sait s'adapter aux changements. De purement scientifique, la SOFCOT est devenue Conseil National Professionnel. Née de la guerre 14-18, elle recherche aujourd'hui les meilleurs traitements pour une nouvelle guerre inédite faite d'attentats et de traumatismes infligés massivement à des civils innocents. Elle relève aussi le défi d'appivoiser les possibilités nouvelles du numérique et de devenir l'interlocuteur unique des pouvoirs publics pour la profession. Et malgré tout cela elle conserve précieusement sa motivation initiale fondatrice : le savoir qui se partage tout au long de l'année avec un temps fort au moment du congrès.

Le congrès est également l'instant de transmettre le témoin, en toute amitié, aux Présidents suivants : Christian Delaunay pour le CNP SOFCOT et Paul Bonnevalle pour l'Académie SOFCOT. Longue vie à notre SOFCOT, bientôt centenaire et dynamique à souhait.

[Consultez le programme complet du congrès](#)

[Les inscriptions en ligne \(avant le 30/10\)](#)

Professeur Philippe Hernigou, Président du CNP-SOFCOT
Professeur Jean-Michel Clavert, Président de l'Académie de la SOFCOT

[retour au sommaire](#)

2. Qu'est-ce que le CNU?



Cet acronyme reste mystérieux pour beaucoup de collègues, entre autres non universitaires, avec quelques questions de bon sens qui méritent une réponse. Qu'est-ce que c'est ? Que font-ils ? Et surtout à quoi cela sert-il ?...

Qu'est-ce que c'est ?

Le Conseil national des universités (CNU), est une instance nationale régie par le décret [n° 92-70 du 16 janvier 1992](#), qui se prononce sur les mesures individuelles relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des professeurs des universités et des maîtres de conférences. Il balaye toutes les disciplines de l'Université française. Il possède dorénavant une rubrique CNU Santé où les trois grands volets des sciences de la santé sont représentés : Médecine, Pharmacie, Odontologie.

Au sein de ce CNU Santé, il existe des sections et des sous-sections permettant d'individualiser chaque spécialité. La chirurgie orthopédique appartient à la section 50 (Rhumatologie, Dermatologie, Chirurgie plastique, Chirurgie Orthopédique) et est immatriculée sous numéro 50-02.

Cette sous-section comprend 9 Professeurs des Universités et 3 maîtres de conférence des Universités, qui sont élus pour les deux tiers et nommés par le ministère pour le tiers restant, avec un renouvellement pour moitié tous les trois ans, la durée du mandat étant de 6 ans.

Stéphane Boisgard, Président de la sous-section de chirurgie orthopédique CNU (50-02)

Membres du CNU :

PU Depuis 2013 : Elvire Servien, Paul Bonnevalle, Henri Migaud, Herve Thomazeau

PU Depuis 2016 : Patricia Thoreux, Hugues Pascal-Mousselard, Didier Mainard, Alain Sautet

M CU Depuis 2013 : Thomas Gregory, Stéphane Aunoble

Que font-ils ?

La mission officielle est très claire: faire passer les concours pour les PU-PH et les MCU-PH, étudier les promotions (passage au grade supérieur) dans les différentes classes des universitaires en place, puisque la fonction publique lie la rémunération à l'ancienneté et au grade. Les deux autres missions d'évaluation (les

dossiers de congés pour recherches ou conversions thématiques et les dossiers d'évaluation des enseignants-chercheurs) sont anecdotiques, la première intéressant peu les collègues de la spécialité et la seconde n'étant pas mis en place par le ministère.

Nous avons ajouté à ces missions officielles sous l'impulsion de ses derniers présidents (Bernard Moyen, Jean Noël Argenson); une mission de gestion des ressources humaines avec : détection précoce des candidats aux postes universitaires, en proposant une aide de type tutorat pour les candidats et un soutien aux équipes dans leur démarche auprès des Facultés Université CHU et diverses instances.

A quoi cela sert-il...

Si l'on se contente d'une première lecture des missions du CNU, cette gestion des universitaires et futurs universitaires apparaît très loin des préoccupations de l'ensemble des orthopédistes. Cependant, nous sommes tous passés par le système universitaire pour notre formation, et son bon fonctionnement et sa qualité intéressent chacun d'entre nous. Nous désirons tous avoir des futurs collaborateurs de bon niveau, qui viendront nous remplacer ou renforcer nos équipes que cela soit dans les établissements privés ou publics, universitaires ou non.

Cette formation si elle est validée et pilotée par l'Université, est organisée sur les propositions du Collège qui comprend tous les orthopédistes impliqués dans l'enseignement. Le CNU est bien sûr partie prenante dans cette démarche au côté du Collège et des Universités, et est avec le Collège l'interlocuteur du ministère pour tout ce qui touche à l'organisation des études médicales du troisième cycle en France.

Les négociations récentes sur la réforme du troisième cycle médical ont montré, que l'action concertée du CNU, Collège et du CNP-SOFCOT a permis de trouver une solution qui permettra de maintenir un niveau de formation pour l'avenir.

Quand toute la profession s'y met, cela marche !

Stéphane Boisgard, Président de la sous-section de chirurgie orthopédique CNU (50-02)

[retour au sommaire](#)

3. L'internat est mort, vive l'internat!



Ceux d'entre nous qui pensent que l'Ecole Chirurgicale à l'ancienne avec un grand patron porteur de vérités révélées représente le socle de la formation des futurs orthopédistes vivent dans le passé. L'interne en orthopédie a changé et n'accepte plus, comme ses collègues des autres spécialités, d'être corvéable 70h par semaine pour une formation par imprégnation qui ne fonctionnera plus dans un Internat raccourci d'un an à partir de 2017.

L'Hôpital, les hôpitaux, privés et publics évoluent. La productivité au bloc opératoire, l'effondrement des DMS, l'Ambulatoire ont fragilisé le compagnonnage qui ne peut plus être l'outil principal de la formation

de l'interne dans son acceptation historique. Les technologies se modernisent avec l'accès en un clic sur chaque smartphone, de chaque interne, à la totalité du savoir orthopédique. Enfin, l'Europe se structure et ceux qui en fréquentent les instances scientifiques (EFORT, Boards des Sociétés) ou qualifiantes (EBOT) constatent depuis quinze ans le retard grandissant, voire abyssal, pris par la France, figée dans ses archaïsmes, régionaux ou nationaux.

Les ministères nous ont rattrapés et rappelés à l'ordre : la réforme de l'enseignement du 3^{ème} cycle, qui se fera quel que soit le résultat des élections présidentielles, représente une étape fondamentale de la restructuration de la formation initiale des étudiants hospitaliers du 3^{ème} cycle que sont nos internes. Ne pas l'écouter, ne pas le comprendre serait suicidaire. Par pitié plus de « *de mon temps ce n'était pas comme cela...* » ! D'ailleurs, nos jeunes collègues portés par une génération prometteuse, et s'exprimant au travers du CJO, l'ont bien compris (cf. article suivant de N. Reina - CJO). Les universitaires, loin d'être des fossiles, l'ont intégré et les présidents du CNU et du CFCOT se sont battus, dans l'ombre, tout ce printemps pour que la formation de l'interne puisse rester à 7 voire 8 ans avec un assistant qui reste un assistant et non un interne « mis en responsabilité ». Il a bien sûr fallu faire des concessions car les 600 internes en formation en temps réel dans notre spécialité ne représentent que 2% des internes de toutes les spécialités et sont donc peu visibles pour nos tutelles...

Alors soyons actifs, soyons acteurs. Car les premiers internes « nouveaux régimes » prendront leur fonction en novembre 2017, passeront leur thèse en 2021 (fin de phases socle et d'approfondissement) pour être assistant hospitalier (statut unique pour tous) en 2021 et 2022. Après cette 3^e phase dite de « consolidation », ils seront qualifiés et pourront s'installer soit directement (2023), soit 1 ou 2 ans plus tard s'ils souhaitent compléter leur formation par un post-DES. Ce post-DES se fera soit en Orthopédie-Traumatologie généraliste, soit en surspécialité et au titre d'assistant hospitalier spécialiste ou d'assistant chef de clinique s'ils ont exprimé précocement un intérêt pour la recherche et l'enseignement (master 2, publications...).

Pour construire tout cela, les outils d'enseignement et de docimologie vont tout simplement subir une REVOLUTION. Tout d'abord dans l'organisation temporelle du temps de travail des internes car il s'agit d'une obligation légale qui, outre le repos de garde, libère l'interne une journée sur cinq pour sa formation personnelle ou tutorisée (universitaire ou non universitaire, publique ou privée).

Ensuite par la mise en place d'outils, **enfin nationaux**, et non plus locaux comme aujourd'hui et plus ou moins efficaces selon l'énergie et la bonne volonté des uns et des autres.

La « plateforme numérique d'enseignement à distance », les centres de simulation sont des outils voulus et financés à terme par les ministères. N'importe quel interne aura enfin accès à un savoir national, uniformisé et consensuel, construit par tous les acteurs de la formation sous l'égide du CFCOT et accessible 24h sur 24h. Cette plateforme a été baptisée eTGW pour notre spécialité. La SOFCOT et le CFCOT, stimulés par le CJO et soutenus par le CNU, l'ont voulue et la financent pour l'instant. Il nous faut maintenant la construire car, loin d'être une simple importation de topos déjà faits, voire ressassés, c'est bien un Savoir nouveau construit en 3 niveaux qu'il nous faut élaborer, topos par topos :

niveau 1- « socle » : ce que l'interne qui prend la garde, ou fait le staff doit connaître (le fondamental, l'examen clinique, les classifications...)

niveau 2- « approfondissement » : ce que l'assistant qui va prendre la garde en responsabilité en 5^{ème} année doit savoir indiquer et réaliser

niveau 3- « consolidation » : ce que le chirurgien qui va s'installer, seul face à ses responsabilités, doit connaître soit en Orthopédie-Traumatologie Générale, soit dans une sur spécialité.

Le CFCOT et le CJO construisent cette plateforme répartie en **9 modules**, du Fondamental jusqu'au rachis en passant par la main, sans oublier l'Orthopédie Pédiatrique jalon incontournable de la formation. Les directeurs de modules sont les pilotes, décident des items de formation et choisissent les experts, le tout en concertation permanente avec les Sociétés Scientifiques ce qui place celles-ci au centre de la construction

pédagogique de la plateforme, magnifique reconnaissance pour elles de la part des pouvoirs publics. Les 9 membres de la « *Task Force* » (ou cellule active) du CFCOT sont en permanence à leur côté pour les conseils pédagogiques et techniques, afin de construire des diaporamas courts, de 15 à 20 min, tous structurés de façon identique et sonorisés. Les internes en formation devront à terme y avoir accès gratuitement car telle est la loi pour la formation initiale expliquant, au passage, la disparition des DIU en temps qu'outils de celle-ci. Ces DIU persisteront pour le DPC mais s'éteindront progressivement sur 6 ans pour la formation initiale des internes.

D'autres chantiers sont ouverts telle que la Simulation qui, pour l'Orthopédie-Traumatologie, à la chance de pouvoir se faire sur os secs, maquettes, simulateurs ou sujets cadavériques. Les facultés mettent en place ces structures et le CFCOT, au travers de ses coordinations inter-régionales et régionales du futur DES veillera à ce que chaque interne puisse en disposer et être évalué, année après année, en tenant à jour son *logbook* technique (en ligne sur la plateforme numérique).

La docimologie est également profondément bouleversée, devant rattraper en quelques années les normes européennes. Fini le DES de Chirurgie Générale et vivent le contrôle continu par le log- book, les épreuves QCM nationales (1^{er} examen réalisé avec succès en 2016 grâce à la coordination nationale de l'actuel DESC), la thèse en 4^{ème} année avec rédaction obligatoire d'un article référencé, tous ces éléments autorisant l'évaluation finale sur dossiers cliniques dont l'organisation sera alignée sur celle de l'EBOT. Alors peut-être aurons-nous la joie de voir nos internes passer les épreuves de qualification européenne où leur absence est une honte pour notre spécialité (1 seul candidat français sur 140 candidats aux épreuves EBOT d'Octobre 2016 à Lisbonne...).

Cette newsletter ne permet pas d'aller plus loin dans la description de tout ce qui vous attend dans vos Services chaque fois que vous côtoyez ou accompagnez un interne. Le CFCOT multipliera les actions de communication en commençant par une « assemblée générale renforcée » à la SOFCOT, à laquelle vous êtes chaleureusement conviés pour découvrir la plateforme et échanger sur biens des aspects dont, par exemple, l'agrément de vos Services en tant que terrain de stage. Une présentation complémentaire vous sera faite dans le prochain BOF.

Le CFCOT, le CJO, le CNU et la SOFCOT ne pourront mener tout cela que grâce à vous tous, à l'échelle individuelle ou à celle des Sociétés Scientifiques. A ce prix l'interne « archaïcus » sera remplacé par un interne « modernicus » qui doit avant tout rester un médecin éclairé qui opère et non un technicien supérieur hyper spécialisé mono-articulaire ; le CFCOT, le CNU et les sociétés scientifiques se sont battus pour cela. Vive le nouvel internat et vive un compagnonnage nouveau à réinventer!

[Site du Collège](#)

Hervé Thomazeau et Pierre Journeau, Président et Secrétaire Général du CFCOT

[retour au sommaire](#)



4. Comment l'arbuste a grandi ? Faisons le point sur cinq ans du nouveau CJO



La dynamique lancée il y a plus de cinq années maintenant avec Matthieu Ollivier, Régis Pailhé et Simon Horstein a largement bénéficié du soutien de nos présidents successifs AOT et SOFCOT. Car c'est bien la place qui nous a été faite au sein de notre congrès qui détermine notre légitimité et notre visibilité : la légitimité, car nous sommes associés à la SOFCOT et, à ce titre, participons maintenant aux bureaux du Collège (CFCOT) et de la SOFCOT ; la visibilité car tous les internes qui souhaitent embrasser notre spécialité doivent savoir que le CJO existe et ce qu'ils peuvent y trouver. C'est le rôle de notre site www.cjortho.fr, de nos campagnes de mailing et de notre application iPhone et Android gratuite (CJOrtho) avec les scores cliniques et les classifications des fractures. Une tâche à recommencer incessamment. Cette visibilité doit être l'opportunité pour chacun de participer à différents projets nationaux, à une table ronde, à un symposium. Une place large est faite aux chirurgiens juniors dans les sociétés partenaires et associées et nous devons nous en féliciter. Nous devons également promouvoir le statut de membre junior de la Sofcot qui donne accès aux journaux et au congrès gratuitement ; chaque interne rentrant la filière doit être informé.

Nous vous avons plusieurs fois sollicité lors de sondages dans le cadre de tables rondes ou de la session CJO à la SOFCOT. Vous avez répondu massivement, c'est là aussi votre action active. Nous avons toujours des retours positifs de ces sessions et n'oubliez jamais que toute velléité de participation est bienvenue comme l'ont fait Jérémy Cognault ou Xavier Ohl, à présent membres du bureau. Nous devons rester un tremplin pour les initiatives. C'est ainsi que nous avons accompagné la création il y a 2 ans de la Société Française d'Arthroscopie Junior, cellule « jeune » de la SFA. Ils permettent d'apporter des idées et facilitent la communication dans cette société très dynamique.

On voit que la cure de jeunisme contamine toute notre planète Orthopédie. Il ne s'agit pas de remplacer, il s'agit de permettre à toutes les générations d'échanger. Et ce virus n'a pas de frontière. *FORTE*, émanation de l'*EFORT*, tient à porter un projet européen de l'Orthopédie en devenir. Il s'agit d'une société très dynamique qui a d'ailleurs organisé un *Summer Camp* cette année. Charles Rivière, actuellement *fellow* à l'*Imperial College* à Londres a beaucoup contribué à la représentation de notre collège dans cette aventure.

Mais quels sont les projets à venir ?

Un des sujets majeurs des mois et années à venir est la plateforme d'enseignement. Comme nous vous l'avons déjà expliqué, elle servira de support d'enseignement national et à terme d'évaluation des connaissances. Plusieurs internes et chefs de cliniques participent à la gestion et l'animation des groupes de travail de sous spécialités (Science Fondamentales – Pied/Cheville – Genou – Hanche – Epaule – Coude – Main – Rachis – Pédiatrie). Ils travaillent en binôme et sous la responsabilité de responsables de modules universitaires. Une cellule pédagogique et une cellule technique auxquelles nous participons également coordonnent l'action globale. Enfin, ce vaste projet nécessite une participation financière de la SOFCOT et du Collège d'Orthopédie qui ont immédiatement souscrit, avec le soutien du CNU, à ce projet initié par le CJO.

N'oubliez pas la Table Ronde CJO lors du congrès annuel SOFCOT du mardi matin 8h30 – 10H00. Cette année, la robotique est à l'honneur. Nous explorerons les nouvelles possibilités et l'avenir de la robotique avec la participation du Pr F. Haddad de Londres ou du Pr J. Troccaz, Médaille d'argent CNRS. C'est aussi notre ligne de conduite et certainement notre rôle de parler de sujets nouveaux ou de bousculer des

habitudes. A ce titre, nous pouvons également annoncer que notre sujet 2017 sera orienté vers la place de l'interne dans les services hospitaliers. Est-il un acteur indispensable au fonctionnement ou seulement un apprenant comme semblent le souhaiter les systèmes anglo-saxons ? Avec cette question en arrière-plan : où place-t-on l'intérêt supérieur du patient ?

Qui d'autre que le CJO peut poser cette question impertinente?

Un des chantiers majeurs sera l'attractivité vers notre spécialité plus précocement dans le cursus. Il faut encore sensibiliser les jeunes internes orthopédistes ou en devenir. Il est fréquent que les étudiants en Médecine dans d'autres pays participent à des études ou collectent des données. Ce seront des aides pour leur carrière à venir. Pour beaucoup d'entre nous, l'Orthopédie était une évidence avant même l'internat et l'aperçu donné pendant les stages d'externe est parfois trop rapide. Le stakhanovisme n'est pas réservé à ceux qui embrassent une carrière universitaire. La recherche sera de plus en plus importante dans le futur alors que notre spécialité est de plus en plus technique. Par ailleurs, de plus en plus de centres privés réalisent des études majeures sur de larges séries. C'est le prix pour exister en France, en Europe et dans le monde et c'est l'avenir de l'Orthopédie que de pouvoir faire une recherche clinique et fondamentale structurée.

Cinq années donc c'est le temps de finir un internat et un clinicat. Après on n'est plus jeune ou moins jeune et surtout de nouvelles idées viennent et remuent la planète Orthopédie. Ainsi, c'est un nouveau bureau avec Marc Olivier Gauci à sa Présidence qui se met en place à partir de la SOFCOT.

We need you!

www.cjortho.fr

App Android / AppStore CJOrtho

Nicolas Reina, Marc-Olivier Gauci et le Bureau du Collège des Jeunes Orthopédistes

[retour au sommaire](#)

5. Une nouvelle commission « relations internationales » à la SOFCOT : pourquoi faire ?



De nombreuses actions, pas toutes recensées, et un manque de coordination...

- Des conditions d'échanges et d'invitations effectuées souvent au cas par cas,
- Une image forte de la SOFCOT pour l'étranger (pays francophones en particulier) mais une lisibilité des échanges à améliorer,
- Une nécessaire visibilité à l'étranger pour recruter des publics nouveaux au congrès.

Donc nécessité d'une meilleure organisation avec renforcement d'une communication «interne» et «externe»; cette commission RI sera le point d'appui et de coordination de ces actions

Qui sont les responsables de cette commission ?

Les deux past présidents (CNP et AOT), dans l'année N+ 2 de leur Présidence (relais de leur action après départ du bureau, s'appuyant sur expérience acquise pendant 3 ans) et une secrétaire dédiée anglophone (Eléonore)

Quels axes de travail pour cette nouvelle commission ?

- Recenser les accords existants (SOFCOT) et les liens personnels entre membres SOFCOT et chirurgiens étrangers (actualiser la liste des membres d'honneur étrangers et leur appui). Merci aussi aux membres de la SOFCOT, s'ils le veulent bien, de nous faire connaître et partager les relations qu'ils ont pu établir à titre individuel
- Mettre en place des conventions, des partenariats avec des sociétés étrangères type Argentine, Chine, etc... Lister les congrès étrangers où la SOFCOT est habituellement représentée : EFORT, AOLF, SICOT, Maghreb, etc....
- Recadrer les échanges de la France vers Pays étrangers. Vers quels pays? À quelles conditions matérielles (qui paie voyage, séjour, inscription) ?
- Recadrer les échanges de Pays étrangers vers la France:
Accueil au congrès de Paris : qui invite, à quelle condition (congres + séjour)? Cadeaux?
En cas d'invitation d'un pays par la SOFCOT es qualité (ex Chine, AAOS) établir un groupe de travail avec un interlocuteur identifié de chaque côté
- Soutenir les associations existantes type OTSF, AFJO...
Dans tous ces échanges, essayer de s'appuyer sur des contacts existants (binômes de collègues, un français, un étranger).
- Éclairage des présidents pour le choix des pays invités aux congrès futurs SOFCOT; faire historique et liste prospective sur 4-5 ans à venir
Impact financier / conditions d'invitation de la délégation ? Qui est invité ? Faut-il prévoir une traduction simultanée au congrès (qui n'est plus automatique)
- Collaboration avec la commission des bourses : lesquelles facilitent départ ou accueil de chercheurs ?
- Instruire les courriers « internationaux » (invitations, annonces) et agir plus en amont et en avance que actuellement (pour décider qui part à un congre par ex). Une liste plus vaste des congrès internationaux devra être mise à jour et on décidera (avec le directoire) ceux qui justifient une représentation de la SOFCOT ; s'appuyer sur nos collègues qui parlent espagnol, portugais, allemand. Faire une Enquête ?
- Développer l'international via le site internet SOFCOT (onglet spécifique accessible pour les étrangers, en anglais, donnant les infos sur la société, les possibilités de communiquer en anglais..; et aux français un récapitulatif des règles existantes (AFJO par ex)

Cette commission fera un point semestriel au directoire.

Rémi Kohler, Norbert Passuti (avant de passer prochainement le flambeau à Gilles Walch et Henry Coudane)

[retour au sommaire](#)



6. Rédaction médicale: des « outils » pour bien écrire vos articles

Rédiger un manuscrit pour une revue biomédicale à comité de lecture nécessite de connaître les méthodes de rédaction. **Les instructions aux auteurs de la revue choisie doivent vous orienter vers les outils recommandés dans votre spécialité.** Voici quelques suggestions :

1. Les livres sur la rédaction

[La rédaction médicale](#) Maisonneuve H, Lorette G, Maruani A, Huguier M (2010). Notre ouvrage étant épuisé, la 6^{ème} édition devrait être publiée en 2017.

Deux livres en français insuffisamment connus :

[Guide de rédaction scientifique](#) par D Lindsay, P Poindron avec comme sous-titre L'hypothèse, clé de voûte de l'article scientifique

< p>[Stratégies de publication scientifique](#) par P Volland-Nail (gratuit) pour bien expliquer où, quand comment et avec qui publier. Deux ouvrages des éditions Quae.

Les classiques anglo-saxons :

[How to write and publish a scientific paper](#) actualisé en 2016 ; B Gastel et R Day ont écrit un livre adapté à un public large de scientifiques, et facile à lire.

Deux ouvrages de l'American College of Physicians, écrits par un statisticien, T Lang : [How to report statistics in medicine](#). Annotated guidelines for authors, editors and reviewers est un livre didactique ; [How to write, publish, & present in the health sciences](#). A guide for clinicians & laboratory researchers a de bons conseils généraux.

[Citing Medicine](#) de la National Library of Medicine est très utile avec 26 chapitres, 6 annexes, et tout en accès libre.

2. Les recommandations

Les recommandations du « International Committee of Medical Journal Editors » sont le texte le plus fédérateur. Dix-huit pages de conseils de rédaction, avec des parties sur l'éthique du système. Une [traduction française est téléchargeable](#) : Recommandations pour la conduite, la présentation, la rédaction et la publication des travaux de recherche soumis à des revues médicales.

[Equator-Network](#) est un site qui collecte toutes les lignes directrices pour écrire des articles originaux selon la méthode (essai randomisé, cohorte, cas clinique, étude médico-économique, étude animale, etc..). Plus de 200 recommandations proposent des listes d'items que les auteurs suivent, ce qui facilite leur travail.

[GPP3](#) est le jargon des recommandations spécifiques pour les études sponsorisées par un industriel : Good Publication Practice for Communicating Company-Sponsored Medical Research: GPP3. La version, publiée dans les Annals of Internal Medicine, apporte des conseils précieux pour faciliter le travail et les relations entre auteurs/investigateurs et promoteurs d'études industrielles.

3. Des outils pour choisir une revue

D'apparition plus récente, des sites internet vous proposent des noms de revues publiant votre thème de recherche. Vous entrez soit des mots-clés, soit votre abstract, voire les deux, et le système vous liste des revues par pertinence décroissante. J'en connais cinq, mais il doit en exister d'autres, et je ne sais pas vers lequel orienter selon vos attentes.

[Find the perfect journal](#) par Elsevier

[Find the right journal for your manuscript](#) par Springer

[JournalGuide](#) par Research square

[Jane](#) par The Biosemantics group

[Journal Selector](#) par Edanz

Cette liste n'est pas exhaustive, car vous trouverez des sites universitaires avec des conseils, parfois pour sélectionner les revues d'une profession.

4. Des conseils pour écrire

Il existe des ressources étonnantes comme [AcademicPhraseBank](#) (Université de Manchester) proposant des phrases types en anglais. Je n'en suis pas un fana ! Les maisons d'éditions proposent des conseils avec de nombreuses ressources. [Publishing with Elsevier](#) : step-by-step apporte de bonnes idées. [Author Academy](#) proposé par Springer/Edanz est intéressant.

Allez explorer ces ressources, avec des vidéos bien faites. Vous aurez aussi accès à tous les conseils utiles concernant l'éthique des publications.

5. Des outils pour gérer vos références

Les outils pour gérer vos références : [Zotero](#) (gratuit) est un système qui convient très bien aux thésards, aux débutants ; [EndNote](#) (payant) est plus adapté aux chercheurs, et souvent acheté par des institutions ; [Mendeley](#) (Elsevier) est très utilisé, c'est non seulement un outil de gestion des références, mais aussi un réseau social très puissant ; [ReadCube](#) a des outils pour chercheurs.

6. Réviser votre anglais

Faire réviser localement par un rédacteur proche de votre laboratoire ou de votre département est la meilleure option.

Il existe de nombreux sites proposant ces services, et je ne sais pas choisir ceux qui peuvent être recommandés. J'en connais plus de 50. J'en ai pas mal utilisés, avec des résultats et des prix variables. Les grandes sociétés ont une offre très variée, dans tous les domaines. Ces sociétés ont des réseaux de plus de 500 à 1 400 rédacteurs (employés et/ou freelance) avec de nombreux services : aide à la rédaction, traduction, révision de votre anglais américain ou British, double révision de votre manuscrit, aide pour répondre aux relecteurs, peer-review avant envoi à une revue (vous soumettez ensuite votre article avec les avis des relecteurs en montrant vos modifications sur votre manuscrit). Une de ces sociétés traite 100 000 articles par an !

En général, les instructions aux auteurs des revues donnent des conseils et orientent vers des sociétés de rédaction.

7. Les sites, blogs et forums de discussion

J'anime un blog en français sur lequel je publie chaque jour ouvrable un billet sur des problématiques des revues biomédicales : [Rédaction Médicale et Scientifique](#) ; le premier jour de chaque mois, j'envoie à plus de 10 000 personnes une newsletter résumant le mois passé (vous pouvez vous abonner sur le blog, ou m'adresser votre email à herve@h2mw.eu)

[RetractionWatch](#) est un blog géré par deux journalistes américains (dont l'un est médecin), avec l'objectif de commenter toutes les rétractations d'articles. Ce blog s'est développé, a eu des ressources de fondations,

emploi de jeunes collaborateurs, et publie plusieurs billets pas jour. La newsletter hebdomadaire est très documentée.

Le blog [Scholarly Open Access](#) s'intéresse aux revues prédatrices. J Beall est assez agressé par les rédacteurs qu'il dénonce.

De nombreux forums existent, souvent créés par des revues de spécialité. Les revues de vos spécialités ont des blogs dédiés aux discussions dans la spécialité.

8. Les manuels de style

Les manuels de style sont destinés aux auteurs et aux rédacteurs de revues. Ils contiennent d'excellents conseils pour les illustrations, les nomenclatures, les références et autres thèmes.

Un manuel européen est celui de EASE : [Science editor's handbook](#). Smart P, Maisonneuve H, Polderman A editors, de 2013 avec 56 chapitres.

Trois manuels américains sont utiles : 1) pour les médecins, celui de l'American Medical Association ([AMA Manual of style](#). A guide for authors and editors. 10th edition, JAMA 2007) ; 2) pour les sciences biologiques, celui du Council of Science Editors ([Scientific style and format](#). The CSE manual for authors, editors, and publishers. 8th edition, 2014) ; 3) pour un public plus large de scientifiques (y compris sciences sociales) celui des Presses universitaires de Chicago ([The Chicago manual of style](#). The essential guide for writers, editors, and publishers, 16th edition 2010).

9. Les sites des sociétés de rédacteurs scientifiques

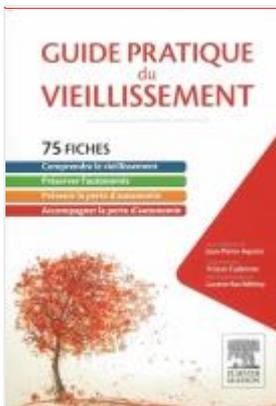
Ces sites apportent des ressources, des informations sur les congrès de rédaction, des discussions sur des problèmes d'actualité. En Europe, beaucoup de ressources : [European Association for Science Editors](#) ; [Committee On Publication Ethics](#) ; [European Medical Writers Association](#) ; et d'autres en Amérique ([Council of Science Editors](#)) et Asie particulièrement.



Hervé Maisonneuve
hervé@h2mw.eu

[retour au sommaire](#)

 7. Analyse d'ouvrage



Guide Pratique du Vieillissement

Sous la direction de Jean Pierre Aquino, gériatre (Hôpital La Porte Verte, Versailles) avec la collaboration efficace de Lucette Barthélémy (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et de Tristan Cudennec, gériatre (CHU Paris, Ile de France Ouest).

Elsevier-Masson Editeur, Paris, Janvier 2016.

Les patients âgés que nous soignons ont tous de façon plus ou moins marquée, une homéostasie diminuée, des pathologies multiples se présentant souvent de façon atypique, avec un enchevêtrement de facteurs somatiques, psychiques et sociaux et une pharmacocinétique différente des sujets jeunes. Un vieillissement pathologique se surajoute à un vieillissement physiologique avec pour une population donnée, une variété et une hétérogénéité étendues des trajectoires de vieillissement, avec à la fin le risque de dépendance. Le World Alzheimer Report de 2013 estimait le nombre de personnes dépendantes à travers le monde à 350 millions. Notre système de santé n'est pas adapté pour faire face à une telle situation, dont le coût apparaît très élevé. La médecine en général et la gériatrie en particulier doivent donc orienter leurs actions vers la promotion du bien vieillir. Il est donc tout aussi essentiel de préserver l'autonomie des personnes âgées que d'accompagner l'éventuelle perte d'autonomie.

Le Guide Pratique du Vieillissement est un ouvrage très complet et parfaitement d'actualité. Réalisé sous la direction de Jean Pierre Aquino, gériatre (Hôpital La Porte Verte, Versailles) avec la collaboration efficace de Lucette Barthélémy (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et de Tristan Cudennec, gériatre (CHU Paris, Ile de France Ouest), ce guide condense à travers 75 fiches pratiques rédigées par plus de 130 spécialistes, toutes les connaissances techniques et outils nécessaires à la prise en charge des personnes âgées. Chacun y trouvera des solutions concrètes pour, comprendre le vieillissement, préserver l'autonomie, prévenir la perte d'autonomie, et accompagner cette perte d'autonomie. Le lecteur peut disposer d'informations très nombreuses et variées allant de la description du processus de vieillissement, à l'usage des médicaments, à la recherche d'un état de fragilité et jusqu'à la formation des aidants. Les aspects éthiques, épidémiologiques, démographiques, médico-économiques sont également traités ainsi que des informations pratiques sur les filières de carrières professionnelles en milieu gériatrique.

Le chirurgien orthopédiste trouvera de précieuses données concernant l'état de fragilité, l'ostéoporose, la sarcopénie, l'exercice physique, les chutes, les sorties d'hospitalisation, le maintien à domicile et les aides proposées par les structures de gériatrie. L'un des points remarquables de cet ouvrage est que chaque fiche pratique est rédigée avec des références bibliographiques spécifiques et récentes conférant à ce travail un véritable label "d'état de l'art". A l'heure où l'Orthopédie Gériatrique émerge et acquiert une spécificité et au moment où la loi d'adaptation de la société au vieillissement vient d'être promulguée, chaque chirurgien orthopédiste devrait posséder cet ouvrage dans sa bibliothèque, tant les informations fournies sont récentes, abondantes, claires et parfaitement documentées. A lire absolument.

Philippe Merloz, Responsable de la Commission Gériatrie

[retour au sommaire](#)



8. E Learning : programme à venir

SOFOP

08/10/2016 Fractures de l'avant-bras chez l'enfant - Cours validant **DPC**

Bruno Dohin (Saint-Etienne), Yann Lefèvre (Bordeaux), Thierry Odent (Tours), Philippe Violas (Rennes) - cours validant DPC



GETRAUM/SFHG

29/10/2016 Fractures sur prothèses - Cours validant **DPC**

Thierry Bégué (Paris), Thierry Favier (Manosque), Philippe Massin (Paris), Dominique Saragaglia (Grenoble)

SFCR

03/12/2016 Rachis et ambulatoire

Bertrand Debono, neurochirurgien (Blagnac), Jean-Charles Le Huec (Bordeaux)

SOO

17/12/2016 Reprise de prothèse totale de genou

Frédéric Dubrana (Brest), Paul Bonnevalle (Toulouse), Christian Mabit (Limoges), Thomas Goulven (Brest), Patrice Mertl (Amiens), Thierry Musset (Lorient)

[INSCRIPTION SUR NOTRE SITE](#)

[retour au sommaire](#)



9. Bibliographie du CDO



[Vigilance Bibliographique AFFSAPS: Hemiepiphysiodèse pour Tibia Vara de l'enfant et de l'adolescent : Comparaison du coût et de l'efficacité des différents implants. par Funk SS, Mignemi ME, Schoenecker JG, Lovejoy SA, Mencia GA, Martus JE. J Pediatr Orthop. 2016 Jan ;36\(1\):29-35](#)

[Référentiel pédagogique: Fracture du col du radius chez l'enfant et l'adolescent : évaluation et résultats du traitement orthopédique et chirurgical. par De Mattos CB, Ramski DE, Kushare IV, Angsanuntsukh C, Flynn JM. J Pediatr Orthop. 2016 Jan ;36\(1\) :6-12](#)

[Vigilance Bibliographique: L'infection par VIH augmente-t-elle le risque de survenue de complications postopératoires après Arthroplastie Totale de Hanche ? par Naziri Q, Boylan MR, Issa K, Jones LC, Khanuja HS, Mont MA. Clin Orthop Relat Res \(2015\) 473:581–586](#)

[Vigilance Bibliographique: Le délai pour la réalisation d'une Arthroplastie Totale de Hanche après injection ou infiltration dans l'articulation influe sur le risque d'infection postopératoire par Werner BC, Cancienne JM, Browne JA. J Arthroplasty. 2016 Apr;31\(4\):820-3.](#)

[Référentiel pédagogique: Le score ASIA est prédictif du risque de trachéotomie après traumatisme médullaire cervical par Childs BR, Moore TA, Como JJ, Vallier HA. Spine \(Phila Pa 1976\). 2015 Sep 15;40\(18\):1407-13.](#)

[Référentiel pédagogique: Le type de voie d'abord pour la réalisation d'une prothèse intermédiaire de hanche ne modifie pas le résultat fonctionnel rapporté par le patient. par Leonardsson O, Rolfson O, Rogmark C. Bone Joint J. 2016 Apr;98-B\(4\):542-7.](#)

[Vigilance Bibliographique: Augmentation des souches de Staphylocoques résistants à la Methicilline dans les infections musculosquelettiques communautaires acquises. par Sarkissian EJ, Gans I, Gunderson MA, Myers SH, Spiegel DA, Flynn JM. J Pediatr Orthop 2016;36:323–327](#)

[Référentiel pédagogique: Ostéonécrose après fracture du col fémoral chez l'enfant et l'adolescent : Analyse des facteurs de risque. par Spence D, DiMauro JP, Miller PE, Glotzbecker MP, Hedequist DJ, Shore BJ. J Pediatr Orthop 2016;36:111–116](#)

Raphael Vialle et toute l'équipe du CDO

[retour au sommaire](#)



10. Le registre multicentrique des prothèses totales de hanche de la SOFCOT, bientôt la maturité ?



Créé en 2004, sous l'impulsion de J Witvoet, JY Nordin et JL Lerat et en partenariat avec l'équipe d'épidémiologistes et de statisticiens de l'université de Berne (ex-MeMdoc), le registre des prothèses totales de hanche (PTH) de la SOFCOT a débuté son existence en 2006. Moderne, exclusivement accessible par internet, initialement calqué sur le modèle du registre européen des prothèses (qui ne vit finalement jamais le jour) puis développé sur le modèle du registre Australien, il est réellement fonctionnel depuis janvier 2007.

Après 9 années d'existence, malgré un manque d'engouement de la profession et des oppositions internes mortifères, ce registre multicentrique, essentiellement implémenté par une quarantaine d'«irréductibles

Gaulois» bénévoles (dont un bon tiers membres de la SFHG), collige 3% des PTH primaires et de révisions réalisées en France. 10 000 inclusions ont ainsi été ajoutées depuis le rapport 2013 et la dernière version 2015 porte sur 23 909 PTH primaires et 2901 Révisions. Depuis 2 ans, la collaboration au registre fait partie du programme de validation des bilans annuels permettant l'accréditation HAS des membres d'Orthosisq (activité optionnelle) ainsi que du programme du DPC-COT. Chaque participant peut y trouver depuis 3 ans son rapport individuel qu'il peut ainsi comparer au rapport général, lui permettant d'évaluer ses pratiques à l'aune de celles de ses confrères.

Le registre liste les principaux implants utilisés en chirurgie primaire et en première révision et a atteint un nombre suffisant de révisions de PTH primaires y étant déjà implémentées (290) pour commencer à pouvoir comparer les performances des implants utilisés entre eux (*bench marking*). La méthode utilisée est celle du calcul du «taux de révision pour cent composants observés année», popularisée par le registre Australien lorsque le décès des patients n'est pas connu, donnée sensible indispensable pour l'établissement de véritables courbes de survie.

On y voit déjà poindre certaines tendances fortes. Pour les PTH primaires, un engouement pour les implants non cimentés, une progression des couples alumine-alumine, un frémissement des voies antérieures,... Pour les révisions, les luxations récidivantes sont en deuxième position après le descellement aseptique et des révisions complètes ou partielles unipolaires équilibrées (45,3% / 43,6%) ...

Malgré sa faible représentativité et ses ambitions nationales modestes (le CNP participe à d'autres projets de registres nationaux), il commence à intéresser certains industriels français cherchant à combler un manque de données cliniques indépendantes qui leur sont actuellement demandées par la HAS et la CNEDIMTS en particulier pour légitimer certaines innovations. Bien que les données du registre soient la propriété exclusive du CNP de la SOFCOT, ce dernier est bien entendu disposé à collaborer avec les industriels intéressés par des rapports ciblés sur leurs propres implants ou plus généralement sur certains concepts (cupules à double mobilité) moyennant une participation financière fort raisonnable lorsque l'on compare au prix de revient d'une étude clinique prospective de longue durée.

Le rapport 2015 sera bientôt disponible en accès libre sur le site du CNP-SOFCOT où il rejoindra les versions précédentes. Alors, bonne lecture et bienvenue aux collègues qui souhaiteraient le rejoindre!

Christian Delaunay, Commission des Registres et Futur Président du CNP-SOFCOT

[retour au sommaire](#)



11. Agenda

Retrouvez tous nos évènements sur notre [AGENDA](#)

[retour au sommaire](#)