



Lettre du CNP n°15  
Mars 2017

**Rédacteur: Rémi Kohler**



## Sommaire

- [1. 2ème e-congrès de printemps de la SOFCOT](#)
- [2. European Hip Society](#)
- [3. Académie Nationale de Chirurgie](#)
- [4. Du bon usage des rayons X](#)
- [5. La commission juris-éthique du CNP-SoFCOT \(CJE\)](#)
- [6. Système national des données de santé](#)
- [7. Reviewing : un beau métier !](#)
- [8. Vient de paraître](#)
- [9. Billet d'humeur](#)
- [10. Bibliographie du CDO](#)
- [11. Actions de DPC 2017](#)
- [12. Agenda](#)



1. 2ème e-congrès de printemps de la SOFCOT



Chers amis,

Le 2<sup>ème</sup> e-congrès de printemps de la SoFCOT aura lieu le **1<sup>er</sup> avril 2017**. Comme l'année précédente, il verra se dérouler en direct dans 3 salles plusieurs sessions comportant des analyses de dossiers animées par des experts désignés par les Sociétés Associées et Partenaires de la SoFCOT. Un des éléments forts de cet e-congrès est l'interactivité entre les internautes et les experts : il ne faut pas hésiter à leur poser des questions en direct. Pour ceux qui ne pourront pas suivre le direct, il y aura toujours la possibilité de visionner le différé. Nous avons voulu cette année qu'il y ait une continuité entre les dossiers présentés et les symposiums/tables rondes du congrès 2016, comme une sorte de passage de la théorie à la pratique. Nous avons de plus la chance cette année d'avoir au programme un atelier dédié à l'échographie au bloc opératoire. Vous pouvez vous inscrire dès à présent en suivant le lien :

[Site du e-Congrès](#)

Le 92<sup>ème</sup> congrès présentiel de la SoFCOT aura lieu du lundi 6 au jeudi 9 novembre 2017. Cette année, nous retrouverons la demi-journée Orthorisq le lundi matin et les conférences d'enseignement l'après-midi. Les inscriptions seront bientôt ouvertes avec possibilité de valider une action DPC au cours du congrès (symposium ou conférence d'enseignement). Malgré l'instabilité du DPC liée aux changements législatifs réguliers, nous faisons le maximum pour simplifier le processus de validation qui devra de toutes les façons passer par une évaluation pré et post événementielle sur une plateforme dédiée. Notre secrétariat restera à votre écoute et répondra à vos questions.

Bien cordialement.

Professeur Franck Fitoussi, Secrétaire Général du CNP SoFCOT

[retour au sommaire](#)



2. European Hip Society



Une nécessaire ouverture à l'Europe de l'expertise française en chirurgie de la Hanche

« *Bringing orthopaedic hip surgeons together* »... Voilà le slogan prometteur de l'*European Hip Society* (EHS). De fait cette société scientifique regroupe en effet 50 nations dont 32 en Europe et 18 provenant d'autres continents, à l'ouest et à l'est. A l'heure où l'on parle moins d'exception française et davantage d'ouverture de notre Communauté Scientifique au-delà de nos frontières, l'adhésion à cette société européenne apparaît largement opportune pour la diffusion de notre expertise en matière d'arthroplastie de hanche. Bien sûr nous ne maîtrisons pas toujours la langue anglaise, bien sûr le chirurgien hexagonal est souvent confortable dans ses convictions et habitudes opératoires, mais que diable, nous avons un riche héritage à faire valoir vis-à-vis de nos collègues étrangers, nous avons des options scientifiques de premier plan, que beaucoup respectent et souvent nous envie, sans véritablement les connaître, faute de diffusion efficace dans les échanges internationaux !...

Comment procéder, comment passer efficacement du savoir-faire au faire-savoir ? L'EHS peut être l'une des solutions. Sous l'égide de son Bureau Exécutif, deux comités, le comité scientifique (SciCom) et le comité pour l'éducation (EduCom) sont en charge de l'élaboration des congrès et rencontres internationales, ainsi que des programmes éducatifs tout au long de l'année, avec les contrats de « *fellowship* » ou les échanges internationaux de type « *Erasmus* ». Le relais est assuré par les représentants nationaux de chaque pays pour l'animation et la promotion de chacun de ces projets ou rencontres internationales, avec un congrès spécifique EHS tous les 2 ans, et dans l'intervalle une journée EHS durant le congrès de l'EFO RT. Outre cette coopération fructueuse avec l'EFORT, l'EHS a noué des liens étroits avec les sociétés orthopédiques américaines et asiatiques, et devient un acteur influent de la littérature via son vecteur de publications Hip International. [Son site Internet](#) offre une vitrine attractive, complétée par la newsletter mensuelle : de quoi se tenir au courant en temps réel de l'actualité internationale en matière d'orthopédie de la hanche !

Il est possible dès lors de s'interroger sur la participation française, quasi-nulle au sein de cette société, pourtant créée dès 1992, dont le nom est généralement peu connu de nos confrères français... Nous avons donc choisi de présenter cette EHS lors de la récente journée SFHG durant le congrès SOFCOT 2016 : la cohérence d'un rapprochement EHS/SOFCOT, via sa société partenaire de chirurgie de la hanche et du genou (S FHG) apparaît évidente. Pourtant force est de constater qu'à l'heure actuelle, si l'EHS regroupe près d'un millier de membres issus de la plupart des pays Européens, nous ne dénombrons que... 22 membres en France ! De surcroît à l'occasion du dernier congrès de Munich en septembre 2016, parmi les quelques 70 relecteurs de toutes nationalités chargés de sélectionner les communications, aucun n'était français !!! ... La participation française est en réalité quasi nulle, et n'est certes pas à la hauteur de la conception qui est la nôtre à propos de notre orthopédie nationale...



C'est pourquoi nous avons fortement souhaité que chaque chirurgien français pratiquant l'arthroplastie de hanche, qu'il soit ou non membre de la SFHG, adhère dès à présent à l'EHS. C'est une nécessité absolue, sur le plan individuel autant que collectif, pour permettre à la fois une meilleure connaissance de ce qui se passe en Europe dans ce domaine de la hanche, et également pour la diffusion de nos idées à l'extérieur de nos frontières. Des passerelles entre SFHG/SOFCOT et EHS existent déjà, notamment pour les tables rondes (double mobilité acétabulaire, verrouillage des tiges prothétiques, et autres..), il faut les amplifier et ne pas hésiter à s'impliquer de plus en plus au niveau Européen: l'EHS est d'autant plus intéressée par notre participation que la prochaine présidence sera française!



En raison de mon élection en qualité de futur président EHS pour les années 2018-2020, le choix de la ville d'accueil pour le **futur congrès en septembre 2020 s'est porté sur la ville de Lille**, laquelle offre des qualités exceptionnelles d'accueil pour une rencontre internationale de cette envergure. D'ores et déjà, et dans la foulée du prochain congrès 2018 en Hollande (La Haie), nous allons déployer toute notre énergie pour faire de ce premier congrès EHS 2020 en France un réel succès, en associant les compétences de chaque société savante impliquée dans ce domaine. Dès à présent renvoyez nous votre demande de bulletin d'adhésion à l'EHS à l'aide du formulaire [téléchargeable sur le site SFHG](#), nous vous enverrons en retour les modalités de soumission de candidature officielle. A noter qu'il n'est pas indispensable d'être membre de la SFHG pour soumettre sa candidature, il suffit d'être membre de la SOFCOT.

Merci par avance de votre engagement enthousiaste pour cet engagement européen, toutes nos amitiés confraternelles, et dès à présent... Join EHS!!!

Dr Jean-Alain Epinette, President-Elect of the European Hip Society, National Delegate for France of EHS

[retour au sommaire](#)



### 3. Académie Nationale de Chirurgie



## ACADÉMIE NATIONALE de CHIRURGIE

*French Academy of Surgery*

**L'Académie Royale de chirurgie** a été fondée en 1731 par le Roi Louis XV, à la demande de Georges Mareschal, chirurgien Chef de l'Hôpital de la Charité à Paris.

L'objectif était double :

- faire reconnaître les chirurgiens à l'égal des médecins qui les considéraient comme leurs « commis et serviteurs » et les tenaient à l'écart de l'Université,
- avoir un lieu destiné à étudier, discuter, divulguer les nouvelles méthodes de l'art opératoire

Mareschal en fut le premier président; elle siégeait dans un amphithéâtre construit en 1694 par l'architecte Joubert, qui existe toujours au 5 Rue de l'Ecole de Médecine (et que l'Académie souhaiterait récupérer).

Sa réputation s'étendit rapidement et ses publications, *Les Mémoires de l'Académie*, étaient lues dans toute l'Europe. Devant ce succès, sur demande du Roi, l'architecte Gondouin construisit en 1774 un nouvel amphithéâtre, toujours Rue de l'Ecole de Médecine, qui deviendra Faculté de Médecine sous le Premier Empire. En 1793, la Révolution supprima toutes les Académies. L'Académie de Chirurgie ne retrouva son titre qu'en 1935 et devint Académie Nationale il y a 20 ans, en 1997.

**Elle est dirigée par un Bureau**, élu par un Conseil d'Administration constitué de 24 Membres. Les Membres Associés et Titulaires sont élus par l'Assemblée Générale en fonction de leur CV et sur acte de candidature. Ils sont environ 350, parmi lesquels plus de 80 orthopédistes. A partir de 70 ans ils peuvent demander l'Honorariat. De plus, il existe actuellement 166 membres Associés étrangers et des Membres d'Honneur, choisis pour leur notoriété exceptionnelle.

**L'Académie tient Séance une fois par semaine**, le Mercredi après-midi.

Les séances comportent des communications avec discussion sur des thématiques intéressant la Chirurgie, aussi bien technique qu'institutionnelle, juridique ou organisationnelle. Elles font l'objet de publications sous forme de *e.mémoires* (plus de 1 million de consultations par an) et sont intégralement enregistrées et retransmises en vidéo sur le [site de l'Académie](#), totalement ouvert avec 800 consultations par jour.

**L'Académie a la volonté de rassembler les meilleurs chirurgiens** de toutes les spécialités, tous ceux qui ont honoré notre profession grâce à leurs travaux et leurs innovations. Gardienne de l'Histoire, garante de l'éthique, évaluatrice rigoureuse des développements techniques, intégrant tous les aspects modernes de la

---

Chirurgie, associée aux réformes institutionnelles, attachée à la formation des jeunes, attentive aux évolutions juridiques, l'Académie peut se présenter comme la « *Maison des chirurgiens* ».

### **La Chirurgie orthopédique est désormais bien reconnue au sein de l'Académie de chirurgie.**

Il y a eu 6 séances d'orthopédie durant l'année 2016, organisées et modérées par des membres de la SOFCOT, dont la séance traditionnelle commune avec la SOFCOT, en fin d'année civile, organisée et dirigée par le Président sortant de l'AOT (Jean-Michel Clavert).

Bien que poly-disciplinaire, l'Académie n'a eu que peu de Présidents orthopédistes (4 au cours des 30 dernières années : Jean Judet 1986, Yves Gerard 1998, Philippe Vichard 2008, et enfin moi-même en 2016). Ayant eu cet honneur, je me suis attaché à établir des liens plus étroits entre l'Académie de chirurgie et la Chirurgie orthopédique. Les secrétaires de séances (fonction importante) ont été Jacques Caton et Philippe Massin. De nombreux orthopédistes de renom ont été élus Membres de l'Académie.

L'Académie tient chaque année un Stand au Congrès de la SOFCOT.

La SFHG a souhaité organiser à plusieurs reprises sa Journée de Printemps, maintenant ouverte, dans le cadre de l'Académie.

Parmi les nombreux *Prix de Recherche* distribués par l'Académie, l'un est spécifiquement attribué à la Recherche en Orthopédie.

Enfin, lors de la séance Solennelle, j'ai eu le plaisir de remettre à Jean Félix Dubousset la *Médaille Ambroise Paré* de l'Académie (médaille attribuée à des Chirurgiens Français ayant fait briller la Chirurgie Française dans le monde). Il succède ainsi à des personnalités comme Christian Cabrol, Alain Carpentier, Jean-Michel Dubernard.

Contact: Madame Pascale Decauville [administration@academie-chirurgie.fr](mailto:administration@academie-chirurgie.fr)

Henri Judet, Past Président de l'Académie

[retour au sommaire](#)

---



#### **4. Du bon usage des rayons X**

### **Constat à l'attention des pédiatres, des chirurgiens pédiatres et particulièrement des chirurgiens orthopédistes pédiatres**

Il a été démontré, et récemment encore (Simony A, Hansen E, Eur Spine 2016) que, revues avec 25 ans de recul, les jeunes filles scoliotiques qui avaient reçu une moyenne de 16 radiographies du rachis dans leur enfance avaient 5 fois plus de chances de développer un cancer du sein ou de l'endomètre que celles qui n'avaient pas eu de radiographies du tronc. De plus (Mathews JD, Forsythe AV, BMJ 2013), sur une cohorte de 680 000 jeunes patients australiens qui avaient subi un scanner abdomino - pelvien durant leur enfance, les risques de développer un cancer du sein ou de l'ovaire étaient augmentés de 24%. Par ailleurs, mes constatations personnelles un peu partout en France, CHU et hors CHU, m'ont montré :

- non utilisation des dosimètres en salle d'opération, pas plus que le port de collier protecteur de la thyroïde ou de lunettes protectrices du cristallin
- utilisation abusive des amplis pour le moindre acte chirurgical (j'ai compté 43 shots pour une ostéotomie fémur + bassin, chez une petite fille de 3ans, sans la moindre idée de la dose reçue

par le patient ou le chirurgien), \* reconstruction 3D du squelette du tronc avec scanner X dans un but purement iconographique avec peu d'incidence sur la décision thérapeutique

- scanner X abdominal utilisé pour un diagnostic d'appendicite chez un enfant de 5 ans alors que l'échographie n'était pas démonstrative, etc...

Je ne m'étendrai pas non plus sur les cancers thyroïdiens mortels de collègues orthopédistes rachidiens ou sur les glioblastomes radio-induits, eux aussi mortels chez certains collègues cardiologues interventionnels qui avaient ignoré les avis des organismes de sûreté nucléaire du dépassement des doses cumulées autorisées.

### **Que faire ?**

A/ Être sensibilisé à ce problème du danger des rayons X, pour le patient comme pour le praticien

B/ Privilégier chaque fois que possible une imagerie non irradiante (Echo, IRM, Optique) Par exemple pour une scoliose idiopathique, une radiographie basse dose est nécessaire au départ couplée à une imagerie optique quantifiée, qui sera seule utilisée ensuite pour la surveillance clinique une radiographie basse dose n'étant demandée qu'en cas de modification significative de l'imagerie optique. Ce raisonnement étant tout autant valable pour une scoliose opérée à partir de la radio basse dose post op.

C/ Exiger une collaboration étroite avec les imageurs en public ou en privé

D/Retenir et appliquer les recommandations formulées récemment par l'Académie Nationale de Médecine

1. Le choix du type d'imagerie pour établir un diagnostic doit être fait par le médecin imageur et non le médecin prescripteur en fonction du contexte clinique, en favorisant les techniques non irradiantes, en insistant particulièrement sur les enfants et les adultes jeunes, ce qui implique une diffusion des équipements non irradiants au besoin par le biais d'une mutualisation
2. Même si le dossier personnel d'irradiation est maintenant obligatoire, il serait bon de tendre vers un enregistrement automatique et cumulé des doses reçues par le patient tout au long de sa vie au niveau du tronc et des racines des membres (au mieux réalisé par un système type Carte Vitale) sur le modèle du dossier pharmaceutique utilisé dans notre pays.
3. Étendre et contrôler rigoureusement les mesures de radioprotection individuelles pour tous les personnels médicaux et paramédicaux susceptibles d'être en contact avec les rayons X, ce qui est déjà obligatoire dans les textes, mais malheureusement mal appliquées dans les faits, au besoin en rendant ces mesures contraignantes.
4. Renforcer l'enseignement de la radioprotection pour les professionnels, et l'enseignement de ces risques pour le grand public sans l'inquiéter mais en le responsabilisant dans ses demandes.

**Pour en savoir plus :** consulter le [rapport complet présenté par J. Dubouset à l'Académie de Médecine le 15 novembre 2016](#)

Jean Dubouset

[retour au sommaire](#)



## 5. La commission juris-éthique du CNP-SoFCOT (CJE)



### 1. Rappel

La CJE correspond à la fusion de deux anciennes commissions du CNP-SOFCOT la commission Ethique d'une part et la commission Juridique d'autre part (décision novembre 2015).

### 2. Saisine et composition de la CJE

2-1 La saisine de la commission peut être effectuée par les 5 piliers de la Sofcot (CNP-SOFCOT, Orthorisq, AOT, CFCOT, SNCO) et par toutes les sociétés partenaires et associées. Elle peut, en outre, être saisie directement par tous membres de la SOFCOT et de L'AOT.

2-2 La composition de cette commission reste «ouverte».

Elle comprend, outre ses co-présidents (Pierre Devallet et Henry Coudane), des membres institutionnels que sont les Présidents et Secrétaires Généraux des structures « exécutives » du CNP (Directoire du CNP, AOT-SOFCOT, Orthorisq, SNCO, CFCOT), et qui changent en fonction des mandats.

Des membres cooptés pour leur action stratégique (responsable de la commission informatique, rédacteurs en chef des publications de la SOFCOT) ou leur compétence en matière éthique et/ou juridique (experts judiciaires, philosophes, avocats consultants)

Des membres volontaires, intéressés par les objectifs de la commission, qui ont répondu à une demande publiée dans la NL de l'an dernier. La CJE est toujours ouverte à de nouvelles bonnes volontés : n'hésitez pas à faire acte de candidature par mail ([sofcot@sofcot.fr](mailto:sofcot@sofcot.fr) et [commission.juris-ethique@orange.fr](mailto:commission.juris-ethique@orange.fr)). Des compétences en Droit de la Santé ou en Ethique et Déontologie seront appréciées, mais ne constituent pas une obligation. Le rythme des réunions dépend surtout des productions législatives ou réglementaires ; très schématiquement les membres de la commission CJE programment actuellement sur leurs agendas une réunion de 3 heures tous les 4 mois, au siège de la SOFCOT (56, rue Boissonade, 75014).

### 3. Les missions de la CJE

Elles concernent tous les aspects législatifs, réglementaires, déontologiques et éthiques de notre exercice professionnel quel qu'en soit sa forme. La commission juris-ethique assure une « veille » juridique et communique ses positions par l'intermédiaire de la Newsletter ou du BOF ; la dernière décision concerne l'aspect de la « médiatisation d'une voie d'abord » dans le cadre d'une saisine d'un membre de la SOFCOT.

---

Toutefois, cette commission ne traite pas les problèmes médico-légaux personnels des membres de la SOFCOT ou de l'AOT.

#### 4. Travaux réalisés en 2016

- Avis juridique sur la possibilité pour une société commerciale d'utiliser les données (anonymisées) du registre des prothèses de la SOFCOT portant sur ses produits, pour des publications propres.
- Avis sur une suspicion d'exercice illégal de la chirurgie orthopédique.
- Eclaircissements sur les décrets IBODES et leur impact.

#### 5. Projets 2017

Un groupe travaille actuellement sur 2 sujets conjoints : les relations entre le CNP et les diverses structures du système de santé, dont en priorité la HAS :

La déontologie des « experts » en chirurgie orthopédique : prévention des conflits d'intérêts, représentativité en vue d'une « labellisation » SOFCOT.

[\(PDF - 34,35 kB\) La force juridique des recommandations HAS](#)

Comment ces recommandations s'imposent-elles aux chirurgiens ? Rapport avec les recommandations de pratique émanant des sociétés savantes ?

D'autres missions sont en gestation....

#### 6. En conclusion

Les rapports du droit, de l'éthique et de la chirurgie sont très étroits et impactent en permanence la gestion quotidienne de notre spécialité. La CJE est une structure « technique » non exécutive, sans budget, sans lien d'intérêt avec qui que ce soit, au service du CNP-SOFCOT et de ses structures, et des chirurgiens orthopédistes membres de la SOFCOT et de l'AOT.

Pierre Devallet et Henry Coudane, Co-Présidents de la Commission juris-éthique (CJE)

[retour au sommaire](#)



#### 6. Système national des données de santé

**Les décrets encadrant l'utilisation du *système national des données de santé* ont été publiés au Journal officiel. La base de données sera disponible à compter d'avril 2017, avec une partie seulement des informations. Elle sera complétée jusqu'en 2019.**

Deux décrets publiés le 28 décembre au *Journal officiel* (JO) officialisent la mise en œuvre du *système national des données de santé* (SNDS), instauré par la [loi](#) de Santé (**voir BOF N° 80 Octobre 2016**). **Une première version est attendue pour le mois d'avril 2017** avec les données du système national d'information inter régimes d'assurance maladie (SNIIRAM) et celles du programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Les causes médicales de décès devraient l'alimenter dès juin 2017, tandis que les premières données en provenance de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) devraient arriver à partir de 2018, avant l'échantillon des organismes complémentaires en 2019, précise le ministère des Affaires sociales et de la Santé sur son [site](#). Cette base de données a pour vocation de

rassembler des informations sur le parcours de santé des Français, afin d'accroître les connaissances et d'alimenter les recherches, études et évaluations dans ce domaine.

### **Finalités du système national des données de santé (SNDS)**

Le SNDS, mis en œuvre par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) répond à **6 objectifs principaux** :

- l'information sur la santé, l'offre de soins, la prise en charge médico-sociale et leur qualité, l'orientation des usagers ;
- la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé et de protection sociale ;
- la connaissance des dépenses de santé, d'Assurance maladie et médico-sociales ;
- l'information des professionnels de santé, des structures sanitaires ou médico-sociales sur leur activité ;
- la surveillance, la veille et la sécurité sanitaire ;
- la recherche, les études, l'évaluation et l'innovation dans les domaines de la santé et du médico-social.

### **Accès permanent pour certains services de l'État**

Le premier [texte](#) publié au JO décrit les modalités de fonctionnement et de gouvernance de la base de données et fixe la liste des organismes disposant d'un accès permanent aux informations, en raison de leurs missions de service public. Il cadre par ailleurs l'information à délivrer aux usagers concernés. "*Les modalités d'accès aux données seront encadrées par un référentiel strict de sécurité qui garantira la confidentialité des données personnelles*", précise par communiqué Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé. Le ministère est d'ailleurs chargé de fixer les orientations de développement du SNDS, en réunissant un comité stratégique.

Les services de l'État, les établissements publics et les organismes chargés d'une mission de service public sont autorisés à traiter des données à caractère personnel contenues dans la base de données.

L'autorisation n'est toutefois pas illimitée, elle est définie par la profondeur historique des données, l'aire géographique ou les caractéristiques d'une population, mais également la possibilité ou non d'utiliser simultanément plusieurs variables. À défaut, les organismes devront se tourner vers la Commission nationale informatique et liberté (Cnil) pour obtenir une autorisation. Chacun de ces acteurs devra désigner nommément les personnes pouvant accéder au système national des données de santé, ainsi qu'un correspondant Cnil. Le décret entrera en vigueur le **1<sup>er</sup> avril 2017**. Dans un délai de 3 ans, chaque organisme concerné devra remettre un rapport d'évaluation de l'étendue de l'autorisation.

Parmi les structures concernées, se trouvent les services de l'administration centrale\* mais également la direction du budget et le service de santé des armées. Sont également cités les ARS, la CNSA, la Haute Autorité de santé (HAS), l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ou encore l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) et l'Institut national du cancer (Inca).

### **Un comité d'expertise composé de 21 membres**

Pour les organismes qui n'auraient pas un accès permanent au SNDS, un second [décret](#) détaille les modalités de demande d'autorisation pour utiliser la base de données. Ce texte précise par ailleurs les missions et modalités de fonctionnement de l'Institut national des données de santé et du comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé, qui se prononce

---

sur la demande de traitement de données. Il prévoit également des procédures simplifiées qui pourront être mises en œuvre avec la Cnil.

Le comité d'expertise comprend 21 membres, nommés en raison de leurs compétences en matière notamment de recherche dans les domaines de la santé, de l'épidémiologie, ou encore de traitement des données à caractère personnel. Ils prennent leur fonction pour trois ans, renouvelable une fois. Le comité se réunit au moins 12 fois par an pour étudier les dossiers qui lui sont soumis et aura l'obligation d'établir un rapport annuel de son activité.

Bernard Llagonne, Rémi Kohler

[retour au sommaire](#)

---



## 7. Reviewing : un beau métier !

« Encore un article à analyser ! Mais quand vais-je bien pouvoir faire cela ! Ils pourraient me ménager un peu !... ».

Voilà quelques réactions que l'on imagine assez volontiers lorsqu'un collègue reçoit cette demande sur son ordinateur ou son smartphone. Cette approche rapide et superficielle condamnerait-elle sans appel l'activité de *reviewing* ?

Pourquoi, cette activité est-elle indispensable ? Quels en sont les bénéfices pour le *reviewer* ? Quels sont les éléments limitants ? Et quelques idées reçues sur cette activité.

### **Pourquoi l'activité de *reviewing* est-elle indispensable ?**

Il est utile de rappeler pour commencer le processus éditorial qui conduit à la publication d'un article. Un article est soumis à une revue et est pris en charge par un rédacteur, membre de la rédaction du journal. Plusieurs relecteurs (analystes ou *reviewers*, terme que nous utiliserons dans cet article) sont alors nommés (en règle 2 à 4), à charge pour eux d'analyser l'article, de soumettre leur commentaires et de recommander une décision (rejet, resoumission, modifications majeures, mineures, ou acceptation). Le rédacteur prend alors une décision en faisant la synthèse des commentaires. Il en informe l'auteur, qui pourra ou non soumettre un manuscrit modifié, si telle était la recommandation.

Apparaît donc de façon évidente le rôle majeur des *reviewers* dans cette chaîne. De la qualité des analyses dépend la qualité des recommandations, donc des articles, donc finalement du journal. Ainsi se met en place un cercle vertueux où chaque acteur a sa part, et celui des *reviewers* n'est pas mince.

### **Quels bénéfices pour le *Reviewer* ?**

La participation à la vie de « son » journal, le plaisir personnel d'être sollicité par un journal de haut niveau, le sentiment de participer à une action collective qui promeut l'orthopédie, sont des valeurs qui, en elles-mêmes, méritent d'être mises en avant. Le terme « *peer ; review* », « revue par ses pairs » prend ici toute sa signification ! Et d'ailleurs le *reviewer* d'un jour a été, ou sera probablement, un auteur : la boucle est bouclée !

Il convient ici de souligner le rôle prééminent, moteur, que doit jouer la communauté des enseignants dans cette activité. Ils sont, par leur formation même, des experts non seulement dans leur domaine technique, mais également dans le champ de la pédagogie, et l'activité de *reviewing* entre évidemment dans ce champ et de la transmission du savoir. Le CNU d'Orthopédie l'a bien compris, qui a noué des liens étroits avec la revue *OTSR-RCOT* pour mettre en avant l'activité de *reviewing* dans l'évaluation des futurs candidats

universitaires et de la carrière hospitalo-universitaire (au titre de services rendus ou activités d'intérêt général)

Mais, au-delà de ces bénéfiques « sociétaux », le *reviewer* peut aisément trouver des bénéfiques personnels. Un *reviewer* est habituellement sollicité pour son expertise dans un champ précis. Participer à cette activité lui permet, parmi d'autres actions, de connaître « en avant-première » les évolutions dans le domaine, de découvrir de nouveaux auteurs-experts, de conforter ou non les idées des leaders du secteur... bref d'être partie prenante de ces groupes experts.

### **Quels en sont les éléments limitants ?**

La contrainte du temps est évidemment essentielle. Faire une bonne analyse prend du temps, même si, avec l'acquisition des techniques d'analyse, ce temps peut diminuer sensiblement. Nous savons tous que ce sont des activités du matin tôt ou du soir tard ou du week-end ; des activités qui viennent « s'ajouter au reste ». Toutes les rédactions ont conscience qu'il est inutile et nuisible de trop solliciter un bon *reviewer*. Mais toutes les rédactions sont confrontées à cette difficulté du nombre de soumissions d'article qui augmente très fortement : augmenter le portefeuille des *reviewers*, en étendant cette activité à des chirurgiens plus jeunes, prendre des décisions directes, sans passer par les *reviewers* pour des articles qui à l'évidence ne répondent pas aux standards de la rédaction médicale sont des actions qui vont dans le sens d'une sollicitation la plus équilibrée possible.

Voir à ce sujet l'éditorial de de Am J. Sports medicine 2016:

[\(PDF - 58,00 kB\) Le salon des refusés](#)

Le deuxième élément limitant est, il faut bien le dire, le bénévolat. Activité chronophage, non rémunérée. Est-ce encore compatible avec nos standards sociétaux actuels? Espérons que oui... En tout cas, aucun modèle économique ne permet d'envisager pour les éditeurs une rémunération à la hauteur du travail effectué. En revanche, des actions comme la publication des noms des *reviewers* dans un numéro, le palmarès des « meilleurs » d'entre eux, l'information auprès des doyens de l'activité de *reviewing* des hospitalo-universitaires, des inscriptions gratuites au congrès de la SOFCOT, sont autant de petits signes qui cherchent à marquer notre reconnaissance pour celles et ceux qui participent ainsi à la vie de notre revue. L'inscription de l'activité de *reviewing* dans le DPC serait évidemment un grand pas en avant dans cette démarche de reconnaissance : nous l'appelons fortement de nos vœux.

### **Quelques idées reçues et leurs réponses**

*Je suis trop jeune et n'ai pas suffisamment d'expertise !* C'est un sentiment bien compréhensible mais il en est du *reviewing* comme de la chirurgie. Il faut bien commencer un jour. Et le compagnonnage joue ici aussi son rôle : nous faisons en sorte d'associer à un jeune *reviewer*, un collègue expérimenté. Rappelons que les *reviewers* ont accès aux analyses « anonymes » des autres *reviewers* une fois la décision prise et peuvent ainsi en quelque sorte s'évaluer.

*Je veux bien faire mais je ne sais pas faire !* Le *reviewing* s'appuie effectivement sur des règles d'analyse plus ou moins strictes. Ces règles, qui s'apparentent à celles de la rédaction d'un article, sont aisées à assimiler et constituent un cadre qui facilite grandement l'analyse du *reviewer* et la synthèse du rédacteur. Pour faire simple, elles s'appuient sur deux grands principes : une appréciation générale avec les forces et les limites de l'étude, une appréciation détaillée chapitre par chapitre (titre, abstract, texte, références, tableaux, figures, ...). L'analyse du *reviewer* doit davantage porter sur le fond que sur la forme, cette dernière relevant du rédacteur.

Je ne sais pas évaluer le niveau de recommandation ! Refus, resoumission, modifications majeures, mineures ? Cette décision relève de nombreux facteurs : qualité intrinsèque de l'article, qualité par rapport au niveau général de la revue (le niveau d'exigence peut varier d'une revue à l'autre), articles déjà publiés sur le sujet, politique éditoriale de la revue, ... De sorte que cette décision sera, in fine, le fait du rédacteur, après synthèse des reviewings.

Je ne parle pas bien anglais. Une revue anglophone implique une analyse en anglais. C'est le cas pour les articles soumis en anglais à OTSR. Là encore il faut démystifier : une bonne analyse dans un anglais qui n'est pas native english sera parfaitement comprise par le rédacteur et l'auteur

Mon analyse ne sert à rien ; c'est la rédaction qui décide ! Dans la très grande majorité des cas, les analyses des reviewers et du rédacteur concordent même si les mots pour le dire peuvent différer et le rédacteur ne fait que retranscrire les requêtes des reviewers et proposer une décision. Mais il peut arriver que les analyses soient contradictoires. De nombreux facteurs peuvent y contribuer : l'analyse d'article, même si elle s'appuie sur des règles, reste une activité subjective. Dès lors la décision finale peut ne pas correspondre à l'analyse d'un des reviewers. Il ne faut surtout pas en tirer ombrage : c'est le jeu de la pluralité.

Je peux m'attirer des ennuis auprès des collègues que je critique ! L'analyse doit être évidemment factuelle. Elle doit respecter les règles de la déontologie et ne pas entrer dans des polémiques aussi inutiles que destructrices. Nous veillons d'ailleurs à les éviter et un auteur peut demander à ne pas être analysé par tel ou tel reviewer. Par ailleurs, le principe de l'anonymat des reviewers est évidemment strictement respecté.

**Vous l'aurez compris, l'activité de reviewing est fondamentale pour une revue** et s'inscrit tout naturellement dans les actions solidaires au service de la communauté orthopédique. Les contraintes quelle impose nous paraissent inférieures aux satisfactions qu'elle apporte et la technique s'apprend vite. Donc, rejoignez-nous !

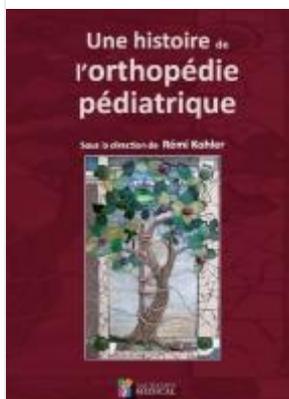
*A suivre (dans la prochaine NL) : Principes et technique du reviewing*

*Philippe Beaufiglioli, Rédacteur en Chef de la revue OTSR-RCOT*

[retour au sommaire](#)



8. Vient de paraître



**Une histoire de l'orthopédie pédiatrique**

Sous la direction de Rémi Kohler

300 pages, 200 illustrations

Prix : 30 euros TTC

Sauramps medical

Mars 2017

ISBN 979 10 30300994

C'est un livre original, richement illustré, qui a été initié pour « marquer » les 40 ans, en 2017, de la naissance d'une hyper-spécialité : « l'orthopédie pédiatrique ». Il commence par une préface de J.Cottalorda (Président de la SOFOP) et par la question d'un Maître, Henri Carlioz, « *Qui sommes-nous ? D'où venons-nous ?* » qui nous mettent en appétit.

Un premier chapitre, primordial, nous apprend que Nicolas Andry De Bois Regard créa le mot « *orthopédie* » en 1641 : ainsi, par définition, l'orthopédie est pédiatrique !

Les 10 chapitres suivants qui constituent la 2<sup>ème</sup> partie, la plus importante du livre, passent en revue les **grandes pathologies**, en 20 à 30 pages chacun : la luxation de hanche, la maladie de Legg-Calvé-Perthes, le pied bot, la scoliose, les inégalités de longueur des membres inférieurs, les maladies osseuses constitutionnelles (en particulier l'ostéogenèse imparfaite), les tumeurs osseuses malignes, les fractures de l'enfant, l'appareillage, le handicap.

Ces chapitres peuvent se lire séparément; tous retracent l'histoire de ces affections, qu'il faut connaître : il s'en dégage quelques grandes périodes (le 20<sup>ème</sup> siècle a été déterminant) et l'on voit bien que l'Europe a existé avant les Etats-Unis, que tous les chirurgiens se sont posés les mêmes questions (et les ont résolues différemment) mais toujours avec la modestie de savoir reconnaître qu'ils s'étaient parfois trompés. Le cheminement des idées, l'inventivité de chacun, sont fascinants.

J'ai eu un coup de cœur pour les chapitres concernant les maladies osseuses constitutionnelles et le handicap... peut-être parce qu'ils sont émouvants. Aucun livre n'est parfait et l'on peut regretter l'absence d'un chapitre sur « l'infection de l'os » et d'un autre sur le « cartilage de croissance », véritable substratum de cette hyper-spécialité.

Une 3<sup>ème</sup> partie parle, très bien, des **Sociétés Savantes d'orthopédie pédiatrique** (SOFOP – EPOS – POSNA) qui sont l'aboutissement de cette histoire : on retrouve la formation, le langage commun ; la place de la France y est reconnue, à juste titre (le CREPO, le GEOP, la SOFOP enfin ont ainsi structuré l'orthopédie pédiatrique au cours de ces 40 dernières années, grâce à l'action de nos « Maîtres ».

Un dernier chapitre, nommé **Epilogue**, est réjouissant : il se livre à des considérations philosophiques de portée générale sur les raisons de ces à-coups du progrès, illustrées par de nombreuses citations ; et il montre aussi que beaucoup reste à faire à l'avenir, dans le domaine étiologique en particulier.

A qui s'adresse ce livre ?

- Aux « Anciens » qui y retrouvent parfois le portrait de gens qu'ils connaissent par leurs lectures...
- Aux plus jeunes qui découvriront que leurs Maîtres se sont parfois trompés !
- A tous ceux qui ont « conscience » et quelques connaissances de l'orthopédie pédiatrique.

Qui faut-il remercier ?

- Les auteurs, qui ont contribué à ce travail de mémoire, avec passion et courage.

- Rémi Kohler, qui a coordonné ce magnifique livre, qui lui ressemble.
- Les éditions *Sauramps médical*, qui ont toujours soutenu et aidé l'orthopédie pédiatrique et qui ont eu le courage d'éditer cette « *Histoire de l'Orthopédie Pédiatrique* ».

Jean-Michel Rogez, ancien doyen de l'Université de Nantes

[retour au sommaire](#)



## 9. Billet d'humeur

### **S.O.S : Sauver l'Orthopédie Spirituelle**

#### **Humour et Esprit**

Cher confrère,

Etes-vous comme moi ? Pensez-vous qu'il faut sauver le soldat ortho par le spirituel ?

#### **Le rire :**

Assez de venir à l'hôpital ou à la clinique le matin la mine renfrognée, stressé par la journée à venir, se demandant comment il allait être possible de caser tout ce programme en un seul jour de travail plus proche des 13 à 14 heures que des 7 à 8 ?

Y-aura-t-il la place pour un sourire avec un patient, entre soignants ?

Pourra-t-on accorder de la valeur au lien en le développant avec chaleur et bienveillance ?

#### **L'esprit :**

Dans le numéro de janvier de « *Science et avenir* », Cédric Vilani qui fait la couverture encourage la pratique des mathématiques et parle des algorithmes comme un progrès indiscutable qui va « dans un futur pas si lointain, remplacer les médecins pour établir un diagnostic ». Certainement.

Et alors, établir un diagnostic, est-ce soigner ?

Les algorithmes vont également sans nul doute nous proposer une ordonnance type qui tiendra compte des antécédents du patient et des interactions médicamenteuses, voire proposer une intervention qu'il nous faudrait réaliser si les robots du futur nous en laissent la possibilité.

Soigner, n'est-ce pas d'abord créer du lien et pour cela adopter la posture juste ?

Vous avez sans doute expérimenté l'infinie gratitude qui émane d'un patient qui a le sentiment d'avoir été entendu. Savez-vous qu'il lui faut moins d'une minute pour exprimer le début de ses doléances mais qu'il est coupé en moyenne après 15 secondes par son médecin ?

Vous sentez au fond de vous, de tout votre cœur que nous faisons fausse route et perdons l'essence de notre métier de soignant. Vous en souffrez.

Alors parlons-en ! Je vous propose de vous faire connaître en vous manifestant avec un message à l'adresse suivante : [xavier.loncle@wanadoo.fr](mailto:xavier.loncle@wanadoo.fr)

Xavier Loncle, membre de la SOFCOT

[retour au sommaire](#)



## 10. Bibliographie du CDO



[Vigilance Bibliographique AFFSAPS: Le taux d'usure du polyéthylène hautement réticulé n'est pas supérieur pour les articulations les plus grosses par Howie DW, Holubowycz OT, Callary SA.. J Bone Joint Surg Am. 2016 Nov 2;98\(21\):1786-1793.](#)

[Vigilance Bibliographique AFFSAPS: Analyse économique des têtes en céramique pour prothèse totale de hanche de première intention par Carnes KJ, Odum SM, Troyer JL, Fehring TK. J Bone Joint Surg Am. 2016 Nov 2;98\(21\):1794-1800.](#)

[Référentiel pédagogique: Fracture de Monteggia : Etude monocentrique de 40 patients par Leonidou A, P agkalos J, Lepetsos P, Antonis K, Fliieger I, Tsiridis E, Leonidou O. J Pediatr Orthop. 2012 Jun;32\(4\):352-6.](#)

[Vigilance Bibliographique: Fractures Salter 2 du tibia distal : Le traitement chirurgical réduit-il le risque d'épiphysiodèse ? par Russo F, Moor MA, Mubarak SJ, Pennock AT. J Pediatr Orthop. 2013 Jul-Aug;33\(5\):524-9](#)

[Trucs et Astuces: Etude prospective comparant le Latarjet arthroscopique et à ciel ouvert avec un recul minimum de deux ans par Marion B, Klouche S, Deranlot J, Bauer T, Nourissat G, Hardy P. Arthroscopy. 2017 Feb;33\(2\):269-277.](#)

[Trucs et Astuces: Réparation du tendon distal du biceps par suture directe trans-osseuse ou fixation par endo -bouton : Etude comparative par Recordon JA, Misur PN, Isaksson F, Poon PC. J Shoulder Elbow Surg. 2015 Jun;24\(6\):928-33.](#)

[Titane ou Chrome cobalt: quelle est la meilleure tige pour corriger une scoliose de l'adolescent en utilisant les bandes sous-lamaïres ? par Angelliaume A, Ferrero E, Mazda K, Le Hanneur M, Accabled F, de Gauzy JS, Ilharreborde B. Eur Spine J. 2016 Nov 5.](#)

[Trucs et Astuces: Efficacité de la traction par halo crânien dans les déformations pédiatriques de la colonne vertébrale : Effet de la durée de traction par Park DK, Braaksma B, Hammerberg KW, Sturm P. J Spinal Disord Tech. 2013 May;26\(3\):146-54.](#)

[Vigilance Bibliographique: Efficacité de l'Exacyl par voie orale dans l'arthroplastie totale du genou: Etude contrôlée randomisée. par Alipour M, Tabari M, Keramati M, Zarmehri AM, Makhmalbaf H. Transfus Apher Sci. 2013 Dec;49\(3\):574-7.](#)

[Trucs et Astuces: Trajectoire modifiée d'un vissage de C2 : la prise bi-corticale de la vis inférieure par Rhee WT, You SH, Jang YG, Lee SY. J Korean Neurosurg Soc. 2008 Feb;43\(2\):119-22.](#)

Raphaël Vialle et toute l'équipe du CDO

[retour au sommaire](#)



## 11. Actions de DPC 2017

DPC 2017 : inscrivez-vous au plus vite ! [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr) (chirurgiens libéraux)

Actions de DPC 2017	N°
Améliorer le diagnostic et la prise en charge des infections à Propionibacterium acnes	22141700001 conférence d'enseignement SOFCOT
Chirurgie ambulatoire du pied	22141700002 Congrès de l'AFCP
Orthopédie Traumatologie et gériatrie : optimisation de la gestion péri opératoire	22141700003 conférence d'enseignement SOFCOT
Place de la prothèse d'épaule inversée en 2017	22141700004 Congrès de la SOO
Formation à la prévention des risques	22141700005 Orthorisq présentiel, congrès SOFCOT
A travers l'étude de la qualité de vie après prothèse totale de genou en améliorer les indications	22141700006 conférence d'enseignement SOFCOT
L'arthroscopie, technique mini invasive, dans la prise en charge des fractures articulaires	22141700007 Symposium SOFCOT
Dépistage des maladies neuro dégénératives.	22141700008 conférence d'enseignement SOFCOT
chirurgie prothétique ambulatoire de la hanche et du genou	22141700009 e-learning SFHG

Renseignements : <http://www.sofcot.fr/DPC-Developpement-Professionnel-Continu/Programmes-DPC-2017>

[retour au sommaire](#)



## 12. Agenda

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

save the date : 1er avril 2017



# E-CONGRÈS DE PRINTEMPS



🏠 Accueil Programme Espace stand Aide Contact Inscription/Connexion



[retour au sommaire](#)