



Lettre du CNP n°16 Juin 2017

Rédacteur: Rémi Kohler



Sommaire

- [1. Congrès de la SOFCOT 2017 - inscrivez-vous avant le 1er Juillet!](#)
- [2. DPC : Le feuilleton continue...](#)
- [3. Le « reviewing » d'un manuscrit \(2\) : la technique](#)
- [4. Peer review : une coïncidence en forme de clin d'œil](#)
- [5. Parcours de soins et parcours de santé : la place des ostéopathes aux côtés des professionnels de santé](#)
- [6. 1918-2018 la SoFCOT a 100 ans](#)
- [7. Une expo à visiter cet été à Bar le Duc!](#)
- [8. Fiche d'information de la DGS sur la mise en œuvre d'antibiogrammes ciblés dans les infections urinaires à Escherichia coli](#)
- [9. Bibliographie du CDO](#)
- [10. Agenda](#)



1. Congrès de la SOFCOT 2017 - inscrivez-vous avant le 1er Juillet!



Chers Collègues,

Le 92^{ème} congrès présentiel de la SoFCOT aura lieu du lundi 6 au jeudi 9 novembre 2017. Après avoir réglé votre cotisation annuelle sur notre site www.sofcot.fr en vous connectant à votre espace membre (identifiant: votre email et mot de passe), vous aurez la possibilité de vous inscrire au congrès à un tarif préférentiel de 200 euros (bouton rouge "inscription congrès") **AVANT LE 1er JUILLET**.

Vous pourrez à cette occasion vous inscrire à une action de DPC.

Notre secrétariat restera à votre écoute et répondra à vos questions au 01 43 22 47 54.

Bien cordialement.

Professeur Franck Fitoussi, Secrétaire Général du CNP SoFCOT

[retour au sommaire](#)



2. DPC : Le feuilleton continue...



Le décret du 8 Juillet 2016 relatif à l'organisation du Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé a mis en place l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) par convention entre l'état et l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). L'ANDPC pilote le DPC et contribue à son financement. Le Directeur Général nommé pour 3 ans est Madame Lenoir-Salfati, et son Président Eric Haushalter.

A côté du Haut Conseil du CNP, composé de 150 membres, on retrouve deux commissions scientifiques indépendantes (CSI) : une pour les généralistes dans laquelle ne siègent que les généralistes et une pour les spécialistes, où siègent généralistes et spécialistes.

Notre CSI de spécialistes est composée de 26 membres dont 13 nommés par les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) dont le CNP-COT. Ces CSI ont comme mission de valider la qualité des actions de DPC proposées par les organismes de DPC.

Concernant ces organismes, l'ANDPC a obligé tous les organismes existants - dont le nôtre, l'ODPC-COT - à déposer un nouveau dossier pour être enregistré comme organisme de DPC avec une date limite qui était le 21 Décembre 2016 pour le dépôt de ce dossier. Ce dossier comportait de nombreuses obligations formelles auxquelles il a fallu se plier sauf à voir notre demande rejetée ; il devait ensuite circuler au sein de l'agence pour vérifier qu'il était complet et conforme ; le 16 Avril 2017 un courriel nous demandait des compléments d'information à fournir sous 15 jours calendaires sauf à voir à nouveau notre dossier rejeté, et après avoir fourni les données manquantes, nous recevions le **17 Mai 2017** un avis nous informant que notre dossier était complet. Il faudra maintenant attendre Septembre pour savoir si il est conforme...

Parallèlement à ces démarches, nous avons déposé auprès de l'ANDPC des **actions de DPC**. Pour que ces actions de DPC soient recevables - et donc finançables par l'ANDPC - il faut que la thématique de l'action corresponde aux orientations nationales de DPC telles que définies par [l'arrêté du 8 Décembre 2015](#) fixant pour les années 2016, 2017, 2018 la liste de ces orientations. Il faut ajouter à cette liste d'orientations nationales les 3 orientations fixées par notre CNP-COT pour cette même période de 3 ans à savoir : optimisation des temps d'hospitalisation, nouveaux dispositifs médicaux implantables et techniques mini-invasives.

Il nous a donc fallu trouver dans un programme de congrès déjà établi pour Novembre 2018, dans la liste des séances de e-learning, ou dans les programmes des Sociétés Associées et Partenaires, des conférences, tables rondes, symposiums ou autres pouvant correspondre à des orientations nationales ou de notre CNP-COT pour en faire des « actions de DPC ». Vous trouverez ces actions sur le site de la SOFCOT à la rubrique « ODPC-COT ».

Nous vous invitons à vous inscrire rapidement car le financement de ces actions se fait au fil de l'eau, et comme l'enveloppe n'est pas extensible, les actions ne seront plus financées quand elle sera épuisée... Pour mémoire l'année dernière le financement s'est tari au mois d'Août !

Pour répondre à son obligation de DPC le professionnel a 3 voies :

1. Soit il participe à l'accréditation et à ce titre il répond à son obligation de DPC,
2. Soit il suit un parcours de DPC établi par son CNP,

en effet, le CNP constitue pour chaque professionnel une recommandation afin de satisfaire à son obligation triennale de DPC.

Cette recommandation est un enchaînement de formation continue, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques estimées nécessaires par la profession pour le maintien, l'actualisation des connaissances et des compétences et l'amélioration des pratiques.

3. Soit enfin il réalise sur une période de 3 ans au moins, 2 actions correspondant soit à de la formation continue, soit à de l'évaluation des pratiques professionnelles, soit à de la gestion des risques. Il faut qu'au moins une de ces deux actions s'inscrive dans le cadre des orientations nationales ou du CNP-COT.

Rien n'empêche quelqu'un inscrit dans l'accréditation de faire en plus une action de DPC sachant qu'un praticien peut faire jusqu'à 21 heures d'action de DPC par an, dont au maximum 10h de non présentiel, sachant qu'une heure est rémunérée 140 Euros dont 45 Euros pour le praticien et 95 Euros pour l'organisme de DPC.

Un praticien réalisant 21 heures de DPC annuel recevrait donc 945 Euros.

Pour faire simple et pratique :

1. Vous êtes engagé dans l'accréditation vous répondez à votre obligation de DPC mais rien ne vous empêche de réaliser en plus des actions de DPC financées

2. Vous n'êtes pas dans l'accréditation :

- **Vous êtes libéral** : allez sur le site Mondpc et choisissez une ou des actions de DPC de votre organisme de DPC l'ODPC-COT qui seront financées par l'ANDPC si vous vous inscrivez rapidement.
- **Vous êtes salarié** : demandez à l'ODPC-COT un formulaire de prise en charge pour l'action ou les actions que vous aurez choisis à faire valider par votre CME pour que vous puissiez être rémunéré par l'OPCA (organisme payeur) de votre établissement.

3. Vous pouvez enfin suivre le parcours de DPC que votre CNP doit vous proposer

J'espère avoir éclairci votre compréhension du DPC. Sachez que l'ODPC-COT fait tout ce qui est en son pouvoir pour vous permettre de réaliser des actions de DPC qui correspondent à des thématiques qui soient intéressantes pour vous et qui soient financées.

Pr Gérard Bollini, Président de l'ODPC-COT

[retour au sommaire](#)



3. Le « reviewing » d'un manuscrit (2) : la technique

Après avoir indiqué pourquoi l'activité de reviewing était importante (voir NL N°15), nous proposons maintenant quelques recommandations permettant de réaliser une analyse complète et de qualité.

L'analyse ou « reviewing » d'un manuscrit peut être, en première approche, considérée comme une activité éminemment subjective ; cette subjectivité est inhérente à toute activité humaine mais peut cependant être réduite par des règles systématiques, susceptibles de balayer l'ensemble des éléments d'un manuscrit : **fond**, (forces et limites du propos, biais..) et **forme** (structure, syntaxe, coquilles...).

Le rendu de l'analyse d'un manuscrit est composé de 2 parties :

- une destinée à la rédaction du journal. Cette analyse est confidentielle et permet au relecteur en quelques lignes d'émettre une recommandation : acceptation, modification, resoumission ou refus, en motivant cette recommandation. Cette partie est très utile à la rédaction. Elle suit habituellement le plan suivant :

- quelques lignes résumant le contenu de l'article
- originalité ou non ; innovation ou non
- design de l'étude avec les forces et les limites
- les principaux biais de l'étude
- la recommandation - ou non - de publication
- le tout suivi du document destiné à l'auteur correspondant (voir ci-dessous)

- une autre destinée à l'auteur correspondant, qui est évidemment anonyme. Cette dernière, **qui ne doit jamais être polémique**, devrait idéalement s'appuyer sur la structure proposée ci-dessous.

Analyse destinée à l'auteur

Elle contient des commentaires généraux et des commentaires détaillés. Le relecteur s'intéressera essentiellement au fond et à la structure de l'article. La correction de la forme, de la syntaxe, de l'orthographe, etc... relève habituellement de la rédaction.

Commentaires généraux

Sur le fond

- intérêt du travail

Originalité ou répétition de ce qui est connu. A ce titre, le rôle de relecteur donne accès à partir du site de soumission à Scopus (base de données), pendant une période de 30 jours, pour éventuellement télécharger des articles traitant du même sujet. Il permet également d'accéder à des logiciels type *Knowledge Finder* qui vérifient l'originalité du travail soumis par rapport aux données de la littérature. Sur le site de soumission d'OTSR, dans l'onglet correspondant à l'article et en cliquant sur « similar article in Medline », le reviewer accède au logiciel Knowledge Finder qui permet de retrouver très aisément les articles traitant du sujet. Ce logiciel, qui donne un pourcentage de « similarité » est très utile pour vérifier la pertinence d'une liste de référence. D'autres logiciels tels que Crossref Title Search (<http://search.crossref.org>) ou Ithenticate (www.ithenticate.com) permettent d'évaluer plus ou moins précisément l'éventuel plagiat. Ils sont habituellement plutôt utilisés par les rédacteurs et non par les reviewers.

- qualité du design de l'étude : si le reviewer veut vérifier la déclaration ou non d'un protocole, il peut rejoindre les sites Clinical Trial (<https://www.clinicaltrials.gov/ct2/search>) ou Eudract ou plus exactement EU Clinical Trials Register (<https://www.clinicaltrialsregister.eu>) qui lui donneront toutes informations sur l'énoncé, la date d'enregistrement du protocole. Cette pratique doit être encouragée pour toute étude, y compris rétrospective.
- principaux biais de l'étude

Sur la structure

- Longueur du texte. **Les manuscrits sont habituellement trop longs.** Un manuscrit trop long est le reflet de répétitions, de défauts de structure, ou de digressions non supportées par l'étude. Autant d'éléments qui nuisent à la clarté du message. Par exemple, dans OTSR, la longueur requise pour un mémoire original est de 3500 mots, texte, résumé, références et tableaux inclus.

Commentaires détaillés

Il est utile pour cette partie d'utiliser la numérotation par ligne du manuscrit. Voici à titre d'exemple, pour un mémoire original, les points principaux auxquels le reviewer devra s'attacher.

Titre

- il doit être **concis** et correspondre aux objectifs du travail et renfermer le message de l'article de sorte qu'à la lecture simple du titre, le lecteur connaisse ou du moins prête attention au message de la conclusion principale
- ne pas hésiter à proposer une modification en rapport avec les objectifs du travail

Résumé (Abstract)

- il doit être **court** (250 à 300 mots)
- **structuré** (en tout cas pour un mémoire original) avec des sous sections : introduction comportant des questions qui ont servi de base à la construction du manuscrit, une hypothèse qui correspond à la question principale), matériel et méthodes, résultats, conclusions
- il doit commencer en une phrase par les motivations du travail (background) (fait nouveau, gestion d'une controverse, importance du problème posé)
- doit **reprélever les principales données** du corps du texte mais ne pas en ajouter d'autres
- doit comporter des résultats chiffrés précis
- il se termine par le niveau d'évidence

Les mots clés

- doivent être pertinents pour une recherche bibliographique

L'introduction

- doit expliquer le **fondement de l'étude** et donner en quelques phrases les motivations du travail (background) (fait nouveau, gestion d'une controverse, importance du problème posé)
- par des références à la littérature
- doit expliquer comment l'étude se positionne par rapport à ce qui est connu
- doit se terminer par les **objectifs (1 à 4 questions dont 1 principale) et l'hypothèse** de travail (qui correspond à la question principale, pour les études cliniques). Attention, l'hypothèse est souvent omise.

Matériel et méthode

- le but est ici que le **lecteur puisse reproduire l'étude** à la lecture de cette section. C'est donc une section qui doit être détaillée

- dans les études **rétrospectives**, la **description de la série** est dans cette section
- dans les études **prospectives** : les **critères d'inclusion et d'exclusion** sont précisés ici et la description de la série est à Résultats
- vérifier la réalité d'une déclaration de recherche clinique si elle est nécessaire (étude prospective randomisée)
- vérifier la **pertinence du design de l'étude**. En particulier la pertinence de l'appariement des groupes dans une **étude cas-contrôle, la réalité et la qualité d'une randomisation pour les études prospectives (déclaration site *Clinical Trial* ou numéro *Eudract*, calcul de puissance)**
- la description des techniques chirurgicales doit être au passé. Il faut dire ce qui a été réellement fait et non pas idéalement fait.
- **La méthode d'évaluation doit être très précisément indiquée** ; en particulier le délai de révision, les perdus de vue. Une figure type « flow chart » est bienvenue.
- **Définir les critères d'évaluation principale et secondaire, devant idéalement répondre aux questions principales et secondaires**
- Ce chapitre se termine systématiquement par une sous-section : **analyse statistique**

Résultats

- les résultats sont **directement issus** de ce qui est exprimé à matériel et méthodes, en respectant l'ordre des critères principaux et secondaires (ordre des questions principales et questions secondaires).
- **Ce chapitre doit comporter tous les résultats mais rien que les résultats.** Aucune interprétation des résultats ne doit apparaître
- les valeurs absolues avec écart types sont données pour les variables quantitatives
- le **texte doit être court, concis, mettant en valeur les principaux résultats et renvoyant à des tableaux et figures** pour consulter l'ensemble des résultats

Discussion

Ce chapitre est souvent le plus confus; il doit suivre un plan immuable :

- commencer par les principaux messages apportés par l'étude et dire si l'hypothèse de travail est confirmée ou non
- intégrer ces résultats avec les données de la littérature, que ce soit l'objectif principal et les objectifs secondaires, en soulignant les points de convergence et les points de divergence. (l'auteur ne doit pas seulement donner les résultats des autres séries mais les analyser à la lumière des résultats de l'étude). Un tableau dit de la littérature est souvent utile
- les forces et les limites de l'étude. Ce paragraphe doit être particulièrement détaillé. Les limites les plus fréquentes sont le niveau d'évidence scientifique faible (étude rétrospective), l'effectif insuffisant, le taux de perdus de vue, ...
- les conséquences pratiques ou les nouvelles orientations qu'apporte l'étude

Les erreurs fréquentes:

- répéter ce qui a été dit dans l'introduction
- satisfaire à **des « pulsions pédagogiques »** : l'auteur part dans des digressions qui n'ont rien à voir avec le sujet et s'apparentent à une conférence d'enseignement
- annoncer de **nouveaux résultats** non indiqués au chapitre précédent ; ou la reprise de l'ensemble des résultats

- donner des orientations qui ne sont **pas corroborées par les résultats de l'étude**

La conclusion

- n'est pas obligatoire si la discussion se termine par les orientations cliniques (voir ci-dessus)
- doit de toute façon être très courte
- n'est ni un résumé, ni une discussion

La déclaration d'intérêt

- doit être **systématique et doit inclure tous les auteurs**
- ne s'applique pas seulement aux liens directs avec l'objet de l'étude mais à **tous les liens avec le sujet au sens large** (financiers et autres)
- la déclaration du financement de l'étude doit être explicite

Références

- elles doivent suivre les **règles formelles de la revue**. Chaque revue a ses propres règles (l'auteur doit avoir lu les recommandations aux auteurs)
- elles doivent être **actualisées et pertinentes**
- la liste ne doit **pas être trop longue (une trentaine)**
- veiller à ne pas oublier **d'éventuelles citations pertinentes du journal dans lequel l'article est soumis**

Figures et tableaux

- les figures doivent illustrer le texte soit par de l'iconographie soit/et par des graphiques.
- le contenu des figures et tableaux ne doit pas répéter le texte principal mais doit au contraire servir à raccourcir et aérer le texte
- des vidéos si elles sont utiles, peuvent être proposées comme annexe électronique, surtout sur des aspects de technique chirurgicale
- des tableaux trop complexes, des scores fonctionnels longs, sont difficilement imprimables mais peuvent être publiés en annexe électronique. Il est toujours intéressant que le lecteur puisse avoir accès à des informations complémentaires.

Philippe Beaufile, Rédacteur en Chef d'OTSR-RCOT

[retour au sommaire](#)



4. Peer review : une coïncidence en forme de clin d'œil

Un monument curieux a été inauguré tout récemment à Moscou, le 26 mai 2017 : en fait, un bloc de béton de 1,5 tonne évoquant le concept de « *peer-review* », autrement dit le fait de demander à des chercheurs leur analyse d'un article avant sa publication et ainsi garantir la robustesse d'une étude (voir ci-dessus l'article de Ph Beaufile)

Les 5 faces visibles de ce monument en forme de cube énoncent les 5 conclusions possibles proposées par les relecteurs et le rédacteur à l'issue de cette révision:

- article accepté,
- article refusé,
- à réviser et resoumettre,
- demande de changements mineurs,
- demande de changements majeurs.

Ce monument, installé sur le campus de l'Ecole d'Economie de Moscou, a été financé par des chercheurs... dont les publications se retrouvent également citées sur les arrêtes du cube !



Rémi Kohler

[retour au sommaire](#)



5. Parcours de soins et parcours de santé : la place des ostéopathes aux côtés des professionnels de santé

La chaire Santé de Sciences Po (Paris) a organisé le 29 novembre 2016 à Paris un congrès qui a réuni environ 400 participants sur le sujet « le Parcours de soins et parcours de santé : la place des ostéopathes aux côté des professionnels de santé ».

Cette réunion venait clore des travaux dirigés par Edouard Couty, Conseiller maître honoraire à la Cour des comptes, membre de la chaire Santé/Sciences-Po/Paris qui se sont déroulés pendant le premier semestre de l'année 2016 et qui avaient pour but de déterminer la place de l'ostéopathie dans le système de santé.

Le Pr Henry Coudane a été désigné par le CNP/SoFCOT pour participer à ce groupe de travail

1. La notion de « professionnel de santé »

Il n'existe pas en France de définition précise sur le plan juridique de la notion de « professionnel de santé ». Il faut se référer au Titre IV du code de la santé publique qui s'intitule professionnels de santé et qui décline les professions médicales (médecins, sages-femmes, dentistes, pharmaciens) et para médicales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, etc...).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) défini la santé comme « un état de complet bien-être physique mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition, inscrite dans le préambule de la constitution de l'OMS n'a pas été modifiée depuis 1946.

D'autres professions (chiropracteurs, psychologues, ostéopathes...) ayant un lien étroit avec le champ de la santé tel qu'il est défini par l'OMS ne sont pas reconnues en France comme des « professions de santé » sur le plan législatif ou réglementaire.

2. L'ostéopathie en France

2-1 L'ostéopathie a des racines anciennes qui rejoint celles des thérapies manuelles décrites en Chine dès le premier millénaire avant JC et reprises par les Grecs, puis par les médecins arabes du moyen âge. C'est un chirurgien américain Andrew Taylor Still qui définit à la fin du XIX^{ème} siècle les principes de l'ostéopathie et en particulier la notion fondamentale « la structure gouverne la fonction ». La première école d'ostéopathie, l'American School of Osteopathy est créée en 1892. Au début du XX^{ème} siècle, l'enseignement de l'ostéopathie est assuré en Grande Bretagne dès 1917 (*British School of Osteopathy*).

2-2 Schématiquement en France, l'ostéopathie va se développer vers 1950 et connaîtra des évolutions différentes selon qu'elle soit effectuée par des médecins ou des non médecins. Pour les médecins, c'est la notion d'ostéothérapie qui est développée par Robert Maigne et qui aboutira à une reconnaissance universitaire par l'intermédiaire d'un diplôme interuniversitaire qui, comme son nom l'indique, n'est pas un diplôme national mais simplement universitaire. Les kinésithérapeutes fondent dès 1957 la première école d'ostéopathie (Ecole Française d'Ostéopathie). C'est ainsi que certains kinésithérapeutes devaient décider d'abandonner la profession réglementée pour n'effectuer exclusivement que des actes d'ostéopathie (non réglementés) et parfois être engagés dans des procédures judiciaires d'exercice illégal de la médecine ...

Le parlement européen dès 1999 devait inciter les parlements des états membres à effectuer une réglementation concernant des disciplines qualifiées de non-conventionnelles : l'ostéopathie, la naturopathie, l'acupuncture et l'homéopathie. En France, la loi du 4 mars 2002 correspond à la première reconnaissance légale de l'ostéopathie dans une loi relative « aux droits des patients et à la qualité du système de santé ». Les décrets d'application qui constituent l'acte de naissance de l'ostéopathie sont publiés en 2007, et les dernières modifications datent du 14 décembre 2014. Le métier d'ostéopathe est alors défini comme une thérapeutique qui traite les troubles fonctionnels qui prennent naissance au niveau des membres mais aussi des articulations, des viscères ou du crâne. Actuellement l'ostéopathie peut être définie comme une thérapeutique holistique basée sur 3 principes :

- (1) l'homme forme un tout et l'ostéopathe analyse le patient dans sa globalité-corps et esprit-
- (2) il existe une interrelation et une interdépendance des structures entre elles –anatomie, physiologie, biomécanique
- (3) l'ostéopathe recherche la cause du déséquilibre et ne traite pas les symptômes- le patient est donc unique et la prise en charge individuelle

2-3 La démographie des ostéopathes en France (2016) :

On compte un peu plus de 16000 ostéopathes en France : environ la moitié exercent leur spécialité en tant qu'ostéopathes à diplôme exclusif; 9000 sont aussi masseurs-kinésithérapeutes ; un peu plus de 2000 sont médecins ; environ 300 sont infirmiers ; il existe aussi des sages-femmes ostéopathes ainsi que des orthophonistes, des orthoptistes, des psychologues, des pédicures-podologues, des techniciens de laboratoires.

3. La formation des ostéopathes

3-1 Sur le plan réglementaire les décrets d'application relatifs à la loi du 4 mars 2002 sont parus en 2007 et ont été modifiés le 12 septembre 2014.

3-2 La durée de formation des ostéopathes est de 5 ans comprenant un total d'environ 4860 heures de formation. Les titulaires d'autres diplômes (médecins, sages-femmes) ou para médicaux (kinésithérapeutes, infirmières etc.) doivent effectuer une formation complémentaire dont les modalités sont définies dans le décret de 2014.

4. La place de l'ostéopathie dans le système de santé

4-1 le point de vue des professionnels de santé :

Force est de constater qu'il existe une appréciation différente selon que l'on s'adresse ou non à des professionnels de santé. Il faut évoquer la réticence à l'égard de l'ostéopathie exercée par des non-professionnels de santé ayant entraîné il y a quelques décennies des plaintes pour exercice illégal de la médecine ... Le Conseil National de l'Ordre des Médecins distingue toujours les ostéopathes exclusifs et les ostéopathes professionnels de santé.

L'Ordre des sages-femmes a une position plus nuancée et ne fait pas de distinction entre ostéopathes exclusifs et ostéopathes titulaires d'un diplôme de professionnel de santé. Les sages-femmes ostéopathes peuvent ainsi pratiquer l'ostéopathie dans le cadre de leur compétence de sage-femme mais aussi de façon exclusive et peuvent avoir une patientèle masculine...

Les kinésithérapeutes ont adopté une position intermédiaire : dans un avis rendu le 26 mars 2016, les actes de « manipulations crâniennes » sont assimilés à une « dérive thérapeutique lorsqu'elles sont effectuées par un kinésithérapeute »

4-2 le point de vue des usagers du système de santé :

Il faut constater que les usagers ont recours de plus en plus à l'ostéopathie. Un sondage IFOP effectué à la demande des Ostéopathes de France réalisé en avril 2016, a montré que près de 2/3 de la population avait fait appel à l'ostéopathie au moins une fois dans leur vie. Près de 90% des patients ayant recours à l'ostéopathie se déclarent satisfaits ou très satisfaits. De façon schématique, le patient intègre l'ostéopathie comme faisant partie de l'arsenal thérapeutique et par corollaire l'ostéopathie s'est développée à partir de cette demande croissante.

5. Conclusions

Les ostéopathes certes n'appartiennent pas au cadre réglementaire des professionnels de santé lorsqu'ils exercent cette profession (reconnue par la législation en France), quand ils ne sont pas, par ailleurs titulaires d'un diplôme supplémentaire (médecin, kinésithérapeute, sage-femme etc.). Leur formation, quand elle est exclusive, aboutit à un diplôme Bac + 5.

L'ostéopathie s'est en partie créée à travers la demande des patients qui ont une vision très positive de cette pratique dans le cadre de l'amélioration de leur santé et leur bien-être.

Actuellement les ostéopathes exercent leur profession quasi exclusivement dans le système libéral. L'amélioration de l'accessibilité des usagers de santé passe probablement par l'intégration, réglementairement possible, des ostéopathes dans des structures de soins.



Note : Cet article est un résumé du texte publié sous la direction de Edouard Couty et Marie Mesnil (Editions de Santé et Presses de Science Po, Collection « séminaires » 2016) dans lequel sont annexés les membres du groupe de travail piloté par E. Couty pendant l'année 2016.

Pr Henry Coudane

[retour au sommaire](#)



6. 1918-2018 la SoFCOT a 100 ans

A large, bold, red handwritten number '100' is displayed. The number is written in a thick, slightly irregular font. Below the number, there are two horizontal red lines, one above the other, serving as a double underline for the number.

C'est en 1918 qu'Edouard Kirmission, chirurgien Orthopédiste Pédiatre aux Enfants Malades, fonda avec un groupe de collègues la Société Française de Chirurgie Orthopédique.

En 2018, le congrès de novembre sera donc celui du Centenaire.

A cet effet, un comité que j'ai l'honneur de coordonner, a été constitué avec les 2 présidents de la SoFCOT (JF. Kempf) et de l'AOT (Ph. Rosset), les 2 secrétaires généraux: F. Fitoussi et A. Poignard et

un groupe de volontaires: P. Beaufils, G. Bollini, H. Coudane, Ch. Court, JP. Courpied, Ph. Hernigou, R. Kohler, G. Lecerf, AC. Masquelet, Ph. Merloz et C. Msika.

Pour honorer cette "vieille jeune dame", un certain nombre de manifestations qui coïncideront aussi avec la fin de la grande guerre et d'expositions auront lieu :

1) L'édition d'un **ouvrage commémoratif dont le sujet principal sera : 1918-2018: France, terre d'innovations en chirurgie orthopédique et traumatologique.**

Outre un chapitre spécifique sur la création de la SoFCOT, plus de 20 chapitres seront consacrés aux apports majeurs de la France à l'Orthopédie mondiale, en le centrant sur les innovations techniques, et seront rédigés par les écoles qui en sont à l'origine; comme la double mobilité, la prothèse d'épaule inversée, le clou gamma, le cotrel-Dubousset, la céramique, le clou d'allongement, ECMES, etc...

2) **5 vitrines au niveau du Hall Terne** du palais des congrès seront consacrées à l'histoire de notre société, à des objets retraçant des aspects de notre spécialité, par des maquettes provenant de Bar le Duc. Des objets, tableaux et instruments provenant du Val de Grace grâce à nos collègues militaires (le Général Cavallo, S. Rigal et G. Versier) rappelleront la guerre de 14/18 et l'histoire de la création de la Radiologie avec notamment le Lyonnais DESTOT (collection Albert Renaud, léguée aux HCL).

3) **Tables rondes et symposium** avec nos collègues étrangers invités marqueront ces évènements avec la SICOT, l'EFORT et l'AOLF. Une mention particulière pour les orthopédistes Australiens dont beaucoup de soldats venus nous défendre sont morts sur le sol Français à Villers-Bretonneux.

4) **Les sociétés partenaires et associées** ainsi que notre revue nationale RCOT/OTSR seront également impliquées.

Nous recherchons à ce propos le No 1 de la RCO. Si quelqu'un l'avait en sa possession merci de se manifester auprès de la SOFCOT ou d'un membre du comité.

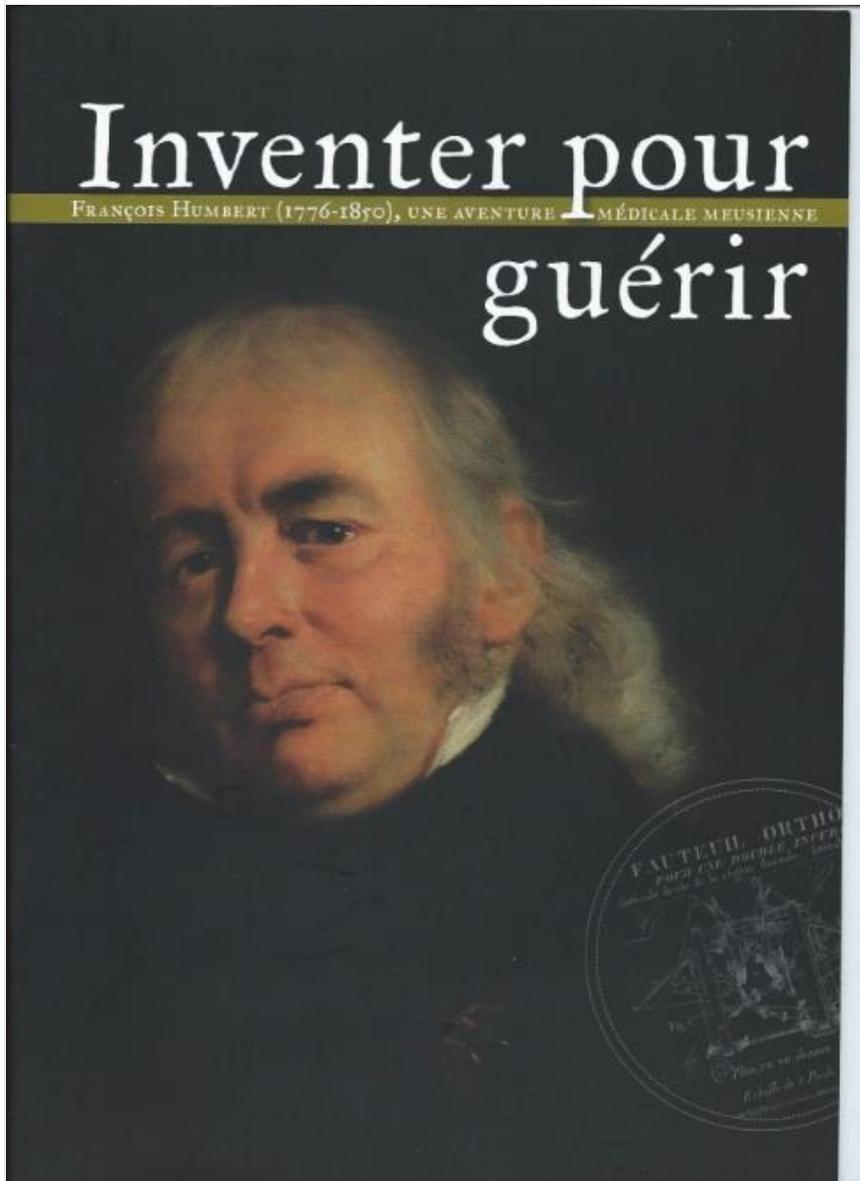
Il faut que ce congrès soit l'affaire de tous et soit un grand succès. Merci d'en parler, de vous préparer et d'être présents, c'est l'occasion pour ceux qui ne sont pas encore membre de notre société de le devenir.

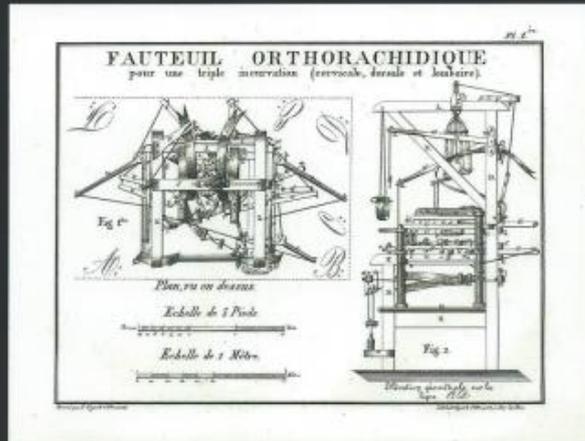
Jacques CATON, Coordonnateur du Comité du Centenaire

[retour au sommaire](#)

 7. Une expo à visiter cet été à Bar le Duc!

François Humbert, un pionnier de l'orthopédie, fondateur il y a 200 ans du premier "institut orthopédique" à Morley !





En 1817, François Humbert ouvre le premier établissement orthopédique français dans le village de Morley (Meuse). Passionné d'anatomie et de mécanique, il y propose de nouveaux traitements de la scoliose et de la luxation congénitale de la hanche.

L'exposition du 20 mai au 24 septembre 2017 au Musée barrois rend hommage à son inventivité tout en remettant ses actions dans le contexte de l'histoire de la médecine. Elle met aussi en valeur sa collection dont sont issus quelques-uns des chefs-d'œuvre du Musée barrois.



PRIX : 5 €
ISBN : 978-2-9529962-3-5

Inventer pour guérir

FRANÇOIS HUMBERT (1776-1850),
UNE AVENTURE MÉDICALE MEUSIENNE

AUTEURS :

Bluenn BOULANGÉ, restauratrice métal.
Antoine DESSEAUX, chirurgien-orthopédiste à l'hôpital de Brest.
Sébastien MILLEVILLE, restaurateur bois.
Claire PAILLÉ, attachée de conservation, responsable du Musée barrois.
Michel PIONNIER, président de l'Association F. Humbert de Morley.
Marguerite PRÉAU-SIDO, assistante principale de conservation,
chargée des collections au Musée barrois.

Exposition au Musée barrois, Bar-le-Duc
du 20 mai au 24 septembre 2017
En partenariat avec l'Association F. Humbert de Morley

ÉDITION DE LA COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION BAR-LE-DUC SUD MEUSE

[retour au sommaire](#)



8. Fiche d'information de la DGS sur la mise en œuvre d'antibiogrammes ciblés dans les infections urinaires à *Escherichia coli*

Document destiné aux professionnels de santé



LE POINT SUR
RISQUES INFECTIEUX

La mise en place d'antibiogrammes ciblés dans les infections urinaires à *Escherichia coli*

Les infections urinaires sont une des principales causes de prescriptions d'antibiotiques¹, notamment les antibiotiques critiques, qui comprennent les antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes ainsi que les antibiotiques de dernier recours.

Leur maîtrise, en termes de prescription et de consommation, est indispensable pour lutter contre les résistances bactériennes. La mise en place des antibiogrammes ciblés dans les infections urinaires à *Escherichia coli* y participe.

→ La mise en œuvre des antibiogrammes ciblés

Pour faciliter et améliorer la prise en charge de vos patients souffrant d'infection urinaire et lutter contre l'antibiorésistance, le ministère chargé de la Santé a donc demandé au Comité de l'antibiogramme de la Société Française de Microbiologie (CA-SFM) de proposer et de diffuser, aux laboratoires de biologie médicale, un cahier des charges pour la mise en œuvre d'antibiogrammes ciblés dans les infections urinaires à *Escherichia coli*.

Ce cahier des charges a été diffusé aux laboratoires en mars 2017 par le biais des recommandations annuelles du CA-SFM². La pratique des antibiogrammes ciblés dans les infections urinaires n'est pas une mesure obligatoire. Elle se mettra progressivement en place dans les laboratoires de biologie médicale qui souhaitent participer à la lutte contre l'antibiorésistance.

D'ici un an, une évaluation des modalités de mise en place et des difficultés rencontrées sera réalisée et des aménagements pourront, si nécessaire, être envisagés.

→ Les impacts sur votre pratique

A la lecture d'un antibiogramme, vous êtes amenés à prescrire l'antibiothérapie en fonction de la liste des antibiotiques testés. Or, aujourd'hui, cette liste est très large et peut amener à prescrire des antibiotiques critiques pour des infections qui ne le nécessitent pas.

L'antibiogramme ciblé consiste, pour le laboratoire de biologie médicale, à vous rendre un résultat partiel de l'antibiogramme (avec une liste d'antibiotiques suffisante), en ciblant les antibiotiques les plus pertinents dans le contexte considéré, et en épargnant autant que possible les antibiotiques critiques. L'ensemble des résultats de l'antibiogramme reste cependant disponible à votre demande.

¹ Près de 10 millions de prescriptions ont été remboursées par les organismes de Sécurité Sociale en 2014 et, en 2015, 15% des prescriptions d'antibiotiques étaient liées à des infections urinaires.

² http://www.sfm-microbiologie.org/UserFiles/files/casfm/CASEMV1_0_MARS_2017.pdf (page 119)



[retour au sommaire](#)

9. Bibliographie du CDO



[Chirurgie à ciel ouvert versus arthroscopie pour la prise en charge des fractures des épines tibiales chez les enfants par Chad D. Watts, MD, A. Noelle Larson, MD, and Todd A. Milbrandt, MS, MD
J Pediatr Orthop Volume 36, Number 5, July/August 2016](#)

[Est ce que le diamètre du transplant ou l'âge du patient influencent les résultats d'une ligamentoplastie du LCA ? par Marchand JB, Ruiz N, Coupry A, Bowen M, Robert H. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2016 Sep;24\(9\):2998-3004.](#)

[Obésité et traumatologie pédiatrique par Witt CE, Arbabi S, Nathens AB, Vavilala MS, Rivara FP. J Pediatr Surg. 2017 Apr;52\(4\):628-632.](#)

[Meilleure qualité de vie et fonction sexuelle chez les hommes opérés de fractures de la charnière thoracolombaire par montage court plutôt que par montage long. par Cankaya D, Balci M, Deveci A, Yoldas B, Tuncel A, Tabak Y. Eur Spine J. 2016 Apr;25\(4\):1128-34.](#)

[Luxation volontaire de l'épaule : Etude clinique, électromyographique et psychiatrique de 26 patients par Rowe CR, Pierce DS, Clark JG. J Bone Joint Surg Am. 1973 Apr;55\(3\):445-60.](#)

[Entraînement des internes à l'arthroscopie du genou sur simulateur : Etude randomisée par Cannon WD, Garrett WE Jr, Hunter RE, Sweeney HJ, Eckhoff DG, Nicandri GT, Hutchinson MR, Johnson DD, Bisson LJ, Bedi A, Hill JA, Koh JL, Reinig KD. J Bone Joint Surg Am. 2014 Nov 5;96\(21\):1798-806.](#)

[Résultats de l'arthrodèse dans les cyphoses cervicales chez les enfants atteints d'une neurofibromatose de type I par Helenius IJ, Sponseller PD, Mackenzie W, Odent T, Dormans JP, Asghar J, Rathjen K, Pahys JM, Miyanji F, Hedequist D, Phillips JH. J Bone Joint Surg Am. 2016 Nov 2;98\(21\):e95.](#)

[L'âge du traitement ou le choix de la voie abord chirurgicale est-il associé à une ostéonécrose dans les luxations congénitales de hanche : Revue systématique et méta – analyse par Novais EN, Hill MK, Carry PM, Heyn PC. Clin Orthop Relat Res. 2016 May;474\(5\):11 66-77.](#)

[Peut-on se dispenser d'un temps final d'arthrodèse vertébral après traitement des scolioses à début précoce par tiges de croissance ? par Jain A, Sponseller PD, Flynn JM, Shah SA, Thompson GH, Emans JB, Pawelek JB, Akbarnia BA; Growing Spine Study Group. J.Bone Joint Surg Am. 2016 Jul 6;98\(13\):1073-8.](#)

[Tiges de croissance magnétique dans le traitement des scolioses à début précoce: Etude multicentrique de 30 cas par J. Lebon, C. Batailler, M. Wargny, E. Choufani, P. Violas, D. Fron, J. Kieffer, F. Accadbled, V. Cunin, J. Sales De Gauzy. European Spine Journal. 2016 Nov. pp 1–10.](#)

Raphaël Vialle et toute l'équipe du CDO

[retour au sommaire](#)



10. Agenda

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

dont [HIP Toulouse le 21-22-23 Septembre 2017](#)

[retour au sommaire](#)