



SOFCOT Infos - n°24

Juillet 2019

Rédacteur: *Philippe Merloz*



Sommaire

- › [1. Edito](#)
- › [2. Congrès de la SOFCOT sur 3 jours: 11 au 13 Novembre 2019](#)
- › [3. Contrôles de cotations CCAM](#)
- › [4. Variabilité dans le temps de la garantie subséquente de votre assurance RCP](#)
- › [5. Commission Juris - Ethique du CNP-SOFCOT \(CJE\)](#)
- › [6. Quelle est la perception de RCOT-OTSR ? Résultats d'une enquête de lectorat](#)
- › [7. Référentiel CNP-SOFCOT pour le suivi des dispositifs médicaux implantables \(DMI\) en orthopédie / traumatologie](#)
- › [8. Ostéoporose: prévenir les fractures](#)
- › [9. Intégrité scientifique: le billet d'Hervé Maisonneuve.](#)
- › [10. E congrès et E learning SOFCOT](#)
- › [11. Infos du WEB](#)
- › [12. Agenda](#)



1. Edito



Bonjour à toutes et à tous,

Voici la lettre du CNP numéro 24.

Nous fêtons cette année les **dix ans** d'OTSR / RCOT et je vous recommande de lire l'analyse de Philippe Beaufile, conduite après le sondage réalisé il y a quelques semaines et qui est le reflet de vos opinions. D'autres articles méritent également lecture :

- La garantie subséquente de vos assurances RCP (Olivier Galland)
- La cotation CCAM et les contrôles des caisses... (Bernard Llagonne)
- La commission Juris-Ethique du CNP – Sofcot (Pierre Devallet et Henri Coudane)

Voir aussi : [Ethique en Orthopédie N° 82 du BOF](#) (octobre 2017)

- Le suivi des implants : recommandation du CNP – Sofcot
- La fragilité osseuse : dernières recommandations (Jean-Marc Féron)
- Le billet d'Hervé Maisonneuve... Intéressant !

Enfin pour celles et ceux qui sont intéressés par la réforme des études médicales (I°, II°, III° cycles), Nous rappelons que toutes les infos peuvent être consultées sur :

- [BOF N° 82 \(octobre 2017\) qui fait un dossier complet sur la réforme du III° cycles des études de médecine](#)
- [BOF N° 85 \(mai 2019\) Réforme du système de Santé et du I° et II° cycles des études de médecine](#)

Bon été à toutes et à tous.

Philippe Merloz, Rédacteur en Chef

[retour au sommaire](#)



2. Congrès de la SOFCOT sur 3 jours: 11 au 13 Novembre 2019



SOFCOT

Congrès de la Société Française de
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

**11-13
NOVEMBRE 2019**

PALAIS DES CONGRÈS,
Paris, France

sofcot-congres.fr

- Thème de l'année: enseignement et recherche dans la pratique quotidienne
- Conférence d'honneur : La transmission des savoirs par [Alain-Charles Masquelet](#)

- Journées des spécialités le mardi
- Parcours de surspécialité
- 2 Symposiums : "Instabilité patellaire" et "Traumatismes complexes du pied et de la cheville"
- Nation mise à l'honneur: la Pologne
- Société mise à l'honneur: l'AFCP
- Sessions validantes DPC
- Demi-journée Orthorisq dès le lundi matin
- Ateliers pratiques, 2 Live Surgery, Séance CJO et workshops CJO
- Exposition Léonard de Vinci

[Retrouvez le détail du Programme et les modalités d'inscription sur notre site!](#)

[retour au sommaire](#)



3. Contrôles de cotations CCAM



Cher(e)s Collègues,

Le CNP-SOFCOT, par sa Commission Nomenclature, souhaite alerter les Chirurgiens Orthopédistes et Traumatologues sur les contrôles de cotations CCAM.

Quelques mots d'historique :

La CCAM a succédé à la NGAP en 2005, avec des « principes fondamentaux » comme la notion d'acte global, de code unique pour tout acte (principe de « bijectivité »). Cette bijectivité (1 code, 1 libellé) s'est très rapidement avérée difficile à respecter : en traumatologie, comment imaginer toutes les associations lésionnelles possibles avec un code unique ?

Les « dérogations » ont été rapidement acceptées, mais la règle de non association s'est progressivement diluée.

Eté 2018 :

Pendant 14 ans, aucun réel contrôle de masse n'a été effectué par les Caisses, jusqu'à l'été 2018 où le réveil fut brutal pour certains chirurgiens: indus, contestations... (épaule, pied, main).

Les médecins conseils ont souvent construit leur argumentaire sur des publications qui ne font pas office de recommandations professionnelles.

Le CNP-SOFCOT associé à la Société de Spécialité concernée, a soutenu plusieurs de nos collègues injustement mis en cause par les caisses dans l'établissement de leur cotation.

L'établissement de recommandations professionnelles est en cours de rédaction par le CNP-SOFCOT, le Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes et les Sociétés de Spécialité.

En pratique :

- Relire les « fondamentaux »
- S'y conformer (éviter le « systématique »)
- Décrire parfaitement les gestes réalisés dans les CRO

N'hésitez pas à contacter le CNP-SOFCOT qui reste à disposition pour vous conseiller et vous défendre le cas échéant ! Le but de ce courrier n'est pas de stigmatiser les pratiques : **le manque d'évolutivité de la CCAM et l'absence de revalorisation des actes** expliquent pour beaucoup l'évolution actuelle de certaines pratiques.

Nous vous prions de croire, Cher(e)s Collègues, en l'expression de nos sentiments très cordiaux.

[PJ: Annexe classification des actes médicaux](#)

Pr Didier Mainard, Président du CNP-SOFCOT, Pr Frank Fitoussi, Secrétaire Général, Dr Bernard Llagonne, Président du Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes et Membre de la CHAP pour le BLOC/UCDF

[retour au sommaire](#)



4. Variabilité dans le temps de la garantie subséquente de votre assurance RCP



Un problème qui pourrait vous concerner.

La garantie subséquente en matière de RCP des médecins est la garantie qui se prolonge, une fois que vous avez cessé d'être assuré pour le risque lié à votre activité médicale. Elle est normalement de 10 ans. Mais il est apparu que les deux termes d'activité médicale et de cessation d'activité soient sujet, pour les assureurs, du fait d'articles du code des assurances difficiles d'interprétation et potentiellement contradictoires. Dans certains cas cette garantie serait alors réduite à 5ans, ce qui est très insuffisant en chirurgie orthopédique.

Plusieurs réunions se sont tenues avec les assureurs à ce sujet.

Il fallait dissiper l'inquiétude qui était apparue à la suite de notre première audition mi- septembre 2018 devant la commission des assurances, et les incertitudes d'interprétation dans la mise en œuvre de la garantie dans le temps (la subséquente) de notre RCP après arrêt de la chirurgie, et poursuite d'autres activités comme consultations seules, expertises, ou même passage comme salarié en établissement en poursuivant la chirurgie en public comme en privé, (l'assuré étant alors l'établissement).

En effet, selon l'article L. 251-2 du code des assurances, les assureurs doivent garantir les sinistres qui se déclarent pendant un délai de 5 ans après la résiliation du contrat (garantie subséquente de 5 ans), délai qui est porté à 10 ans (garantie subséquente de 10 ans) lorsque la cessation du contrat a pour origine le décès de l'assuré ou la cessation d'activité professionnelle.

La question non résolue à ce jour consiste à interpréter la notion de cessation d'activité professionnelle. Le fait pour un chirurgien libéral, à titre d'exemple, de cesser son exercice libéral pour prendre le plein temps hospitalier, doit-il être considéré comme une cessation d'activité ? Le fait de répondre non à cette question limiterait la garantie subséquente de l'assureur à 5 ans, alors qu'une réponse positive la porterait à 10 ans.

Cette interprétation est du seul domaine du juge ; des contentieux sont en cours, dont il faut attendre le dénouement.

La MACSF nous a précisé qu'elle faisait valoir que dans cet exemple, seule une garantie subséquente de 5 ans devait s'appliquer.

Cet assureur fait néanmoins remarquer que son interprétation ne peut pas porter préjudice au chirurgien mis en cause au-delà du délai de 5 ans, car au-delà de la garantie subséquente, une réclamation tardive engageant la responsabilité du chirurgien et formulée à partir du 01/01/2012 doit être prise en charge par le fonds de garantie (Fonds de garantie des dommages consécutifs à des Actes de Prévention, de Diagnostic ou de Soins dispensés par des professionnels de santé - FAPDS). Ce fond, que nous alimentons par nos primes (25 € par an pour un chirurgien libéral) est doté de plus de 40 millions €. Il n'est encore jamais intervenu pour prendre en charge un sinistre et refuse de le faire pour les sinistres déclarés avant le 01/02/2012 en se basant sur l'interprétation de la loi qui l'a créé.

D'autre part, de la **Macsf** et du cabinet **Branchet**, nous avons reçu l'assurance qu'en cas de mise en cause leur garantie s'attacherait à défendre le chirurgien et qu'en cas de condamnation, le chirurgien serait couvert quelle que soit la décision du juge, qui condamnerait soit le Fond comme payeur soit le Chirurgien substitué par ces assureurs par activation de sa Garantie.

Notre autre Partenaire, la **SHAM** nous avait, dès le début de la découverte de cette problématique, indiqué qu'elle assurait une prise en charge, quelle que soit la situation, libre à elle d'exercer une action dans la défense légitime de ses intérêts.

La position des **autres assureurs**, pour ce qu'il nous a été communiqué est strictement l'application de la garantie dans le temps la plus restrictive, et nous n'avons pas d'indication sur leur position par rapport à une assignation du fond de garantie, ni d'ailleurs si elle se substituerait dans ce cas au chirurgien, lui assurant une activation de garantie s'il était condamné.

Ne sont pas réglés :

Les problèmes de plafonds de garantie dépassés (des indemnisations supérieures à 3 millions d'euros pour certains assureurs), après condamnation au final des collègues assurés par ces contrats avant 2012 et avant la création du fond de garantie (c'est ce problème spécifique qu'affrontent les gynécologues obstétriciens). Ces collègues qui ont cessé définitivement leur activité avant le 31 décembre 2011 ont une garantie de 10 ans. Par contre, s'ils ont continué une activité modifiée, ils entrent dans le champ de l'interprétation de limitation de subséquente à 5 ans, et donc pour ce dernier cas de figure, ils sont exposés depuis 2016 et jusqu'à 2021 à des problèmes de non garantie.

Comme vous le voyez la matière est complexe.

Le message est :

SI VOUS RENCONTREZ CE TYPE DE PROBLEME, MERCI DE SAISIR LA COMMISSION DES ASSURANCES DU CNP SOFCOT/ORTHORISQ POUR QUE NOUS PUISSIONS VOUS ACCOMPAGNER DANS VOS DEMARCHES.

Olivier Galland, Président de la Commission Assurantielle du CNP-SOFCOT

[retour au sommaire](#)



5. Commission Juris - Ethique du CNP-SOFCOT (CJE)



Avant-propos : nous reprenons ici l'article consacré à la Commission Juris - Ethique (CJE) du CNP-SOFCOT, paru en 2017 dans la lettre du CNP N° 15.

Il s'agit là d'une invitation à participer aux travaux de la CJE, destinée à toutes et à tous et notamment aux plus jeunes

1- La nécessité d'une structure professionnelle interne dédiée au droit et à la réflexion éthique.

La CJE correspond à la fusion de la « Commission Ethique » d'une part, qui existait depuis longtemps sous la houlette d'Henry COUDANE, mais de façon assez peu formelle, et de la Commission Juridique

créée en novembre 2015, sous l'impulsion de Pierre DEVALLET, Vice-Président du SNCO, et du premier Président libéral de l'histoire de la SOFCOT, Gilles WALCH.

Il est apparu en effet à cette époque que les aspects juridiques et éthiques de la vie professionnelle avaient pris de plus en plus d'importance, en particulier dans le secteur d'exercice libéral, du fait d'une judiciarisation au développement exponentiel (ayant conduit en 2008 à la création du mécanisme d'accréditation et donc d'**Orthorisq...**), mais aussi dans le secteur public du fait de l'ingérence croissante de la réglementation dans les pratiques professionnelles.

Cette évolution se traduisait déjà d'ailleurs par la création, quelque temps auparavant, des Conseils Nationaux Professionnels (CNP), dont les missions annoncées dépassaient largement le champ d'intervention d'une société savante (plutôt recherche et transmission des connaissances), pour englober tous les aspects de la vie professionnelle, et en particulier ceux tenant à la qualité des pratiques professionnelles...

Or les évolutions des pratiques, non seulement liées aux progrès technologiques, mais aussi à certaines modifications des rapports sociaux, impliquent des changements des règles de droit (civil, administratif et disciplinaire), et imposent des réflexions éthiques, qui nécessitent des compétences et connaissances dans les domaines du droit et de la philosophie. Celles-ci, qui ne font pas partie du « cursus » habituel de la formation médicale, se devaient d'être partagées et organisées au sein d'une structure plus opérationnelle et plus formelle « d'aide à la décision », pour les responsables de la profession.

2- Le fonctionnement de la CJE

- **Saisine et composition de la CJE :**
 - **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.
 - **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 : la CJE est toujours ouverte à de nouvelles bonnes volontés : n'hésitez pas à faire acte de candidature par mail (sofcot@sofcot.fr et commission.juris-ethique@orange.fr). Des compétences en Droit de la Santé ou en Ethique et Déontologie sont 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 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 lettre du CNP-SOFCOT ou du BOF.

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

En conclusion

Les rapports du droit, de l'éthique et de la chirurgie sont très étroits et impactent en permanence les pratiques quotidiennes 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, de ses structures, et des chirurgiens orthopédistes membres de la SOFCOT et de l'AOT, pour les aider dans la compréhension de leur environnement socio-professionnel sans cesse évolutif, et dans leur prise de décisions, toujours lourdes de conséquences.

Pierre Devallet et Henry Coudane, Co-Présidents de la Commission Juris-Ethique (CJE)

[retour au sommaire](#)



6. Quelle est la perception de RCOT-OTSR ? Résultats d'une enquête de lectorat

Chers Collègues, Chers Amis,

En 2009, la Revue de Chirurgie Orthopédique (notre RCO) a fait peau neuve en devenant un journal bilingue avec une version française imprimée et électronique : la Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (RCOT) et une revue en langue anglaise : Orthopaedics and Traumatology, Surgery and Research (OTSR).



OTSR est le reflet de RCOT ; c'est une revue purement électronique, référencée dans les principales bases internationales et indexée pour « l'impact factor ». Son objectif était de favoriser la visibilité des travaux orthopédiques français sur la scène internationale tout en les confrontant à des publications d'origines géographiques très variées (40% de nos articles proviennent actuellement de l'étranger).

En ce 10^{ème} anniversaire, il nous a paru important de faire le bilan de cette mutation, d'une part en interrogeant nos lecteurs (c'est l'objet de cette enquête), d'autre part en évaluant l'impact des publications françaises et singulièrement d'OTSR dans le concert international de l'orthopédie (cela fera l'objet d'articles qui paraîtront prochainement dans nos colonnes).

Les résultats de cette enquête étaient pour nous très importants pour affiner au mieux la stratégie future du journal. Quelques a priori défavorables pouvaient être soulevés : une vieille revue (plus de 100 ans), une revue généraliste dans un monde où l'hyperspécialisation progresse d'année en année, une revue papier (pour la version française) et à comité de rédaction (ce qui implique un processus d'acceptation un peu long) face à cette armée de nouvelles revues « e only » très accueillantes ou le meilleur et le pire se côtoient.

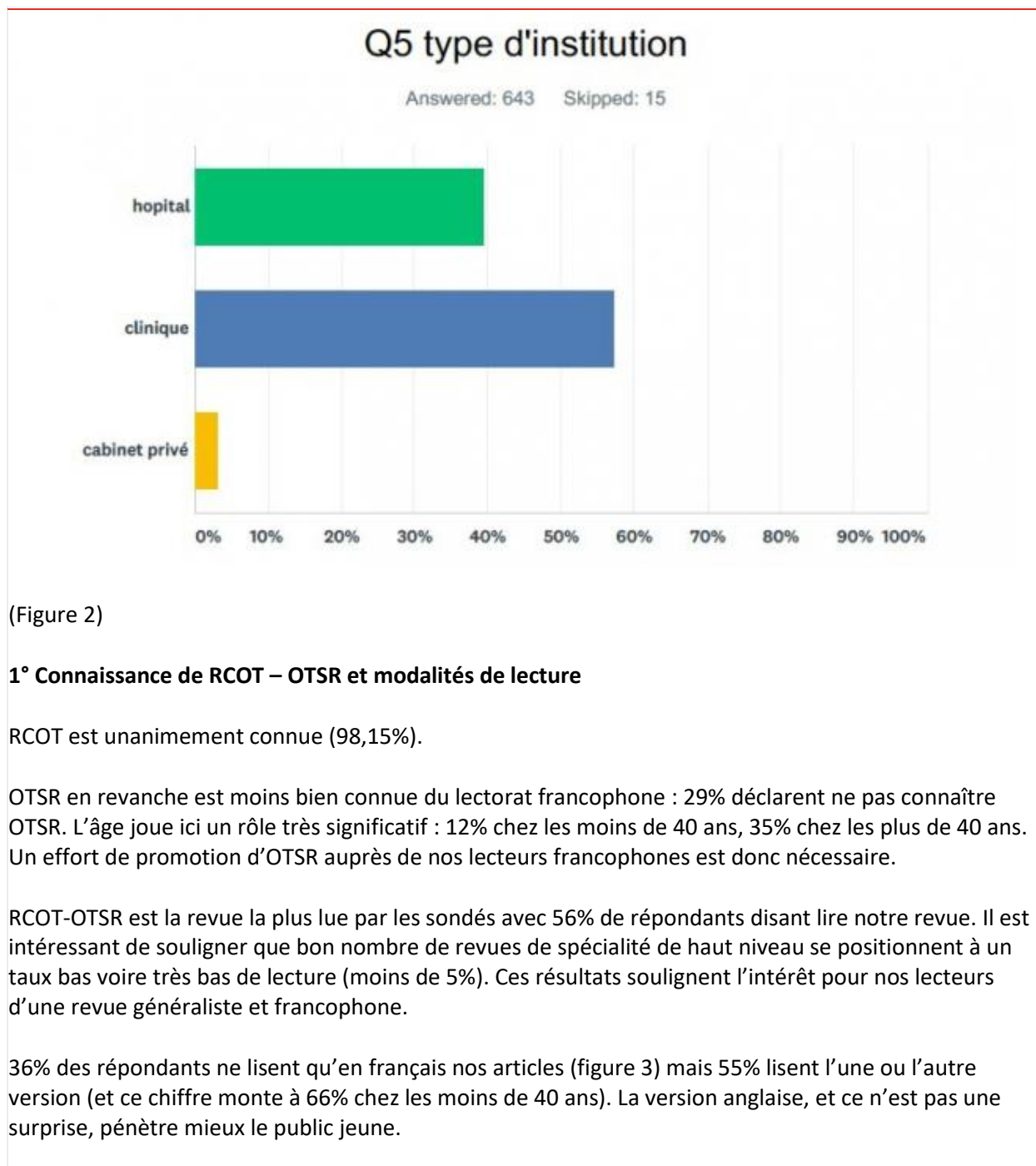
Le questionnaire a été envoyé, en mars 2018, à tous les membres de la SoFCOT, de la SFCR et de la SFA (ces deux dernières sociétés ayant été sollicitées parce qu'un certain nombre de leurs membres ne sont pas nécessairement membres de la SoFCOT). S'agissant d'un lectorat purement francophone (France 80% et pays francophones 20%), cette enquête ne pouvait avoir pour but d'évaluer l'impact international d'OTSR mais simplement, et c'est déjà beaucoup, la perception de nos lecteurs francophones.

Les questions se répartissaient en trois axes :

- La connaissance de RCOT-OTSR et les modalités de lecture
- Le contenu de la revue
- L'investissement dans la revue

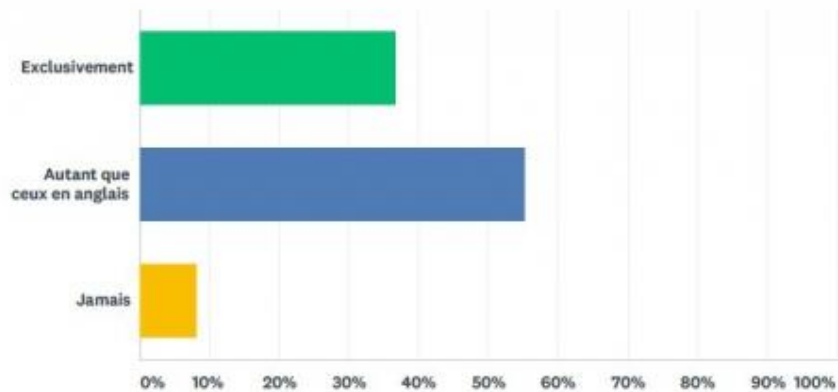
Et se terminaient par une appréciation générale.

A la date de clôture (6 mai 2019), 649 réponses ont été obtenues, taux élevé qui marque déjà l'intérêt de nos lecteurs pour leur revue. Sans entrer dans les détails, la démographie des répondants, en termes d'âge, de type de pratique (figure 2), d'hyperspécialisation était analogue à la population générale orthopédique en France. En particulier, les trois classes d'âge : 25-40/40-55/>55ans se répartissaient de façon homogène (30%,37%,33%).



Q16 Lisez-vous les articles des revues OTSR/RCOT : En français RCOT

Answered: 564 Skipped: 94

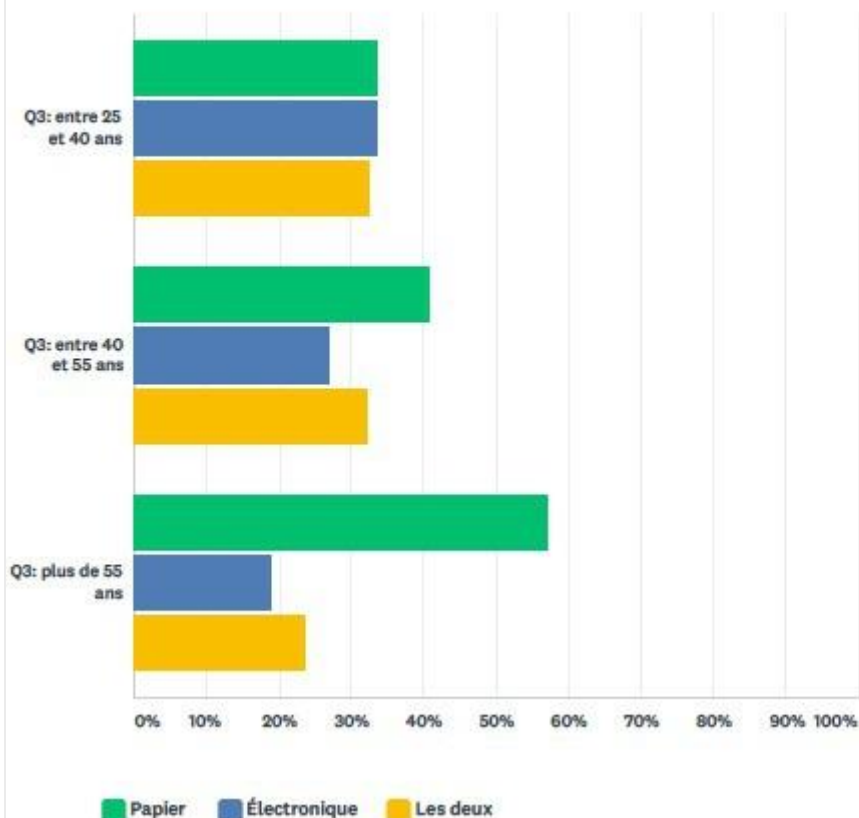


(Figure 3)

Les modalités de lecture papier – électronique sont à bien des égards instructives (figure 4). Le papier seul garde la préférence. Et l'électronique seul n'obtient que 29%. Ce choix du papier, ou à tout le moins d'une version mixte s'observe même chez les plus jeunes (67% papier exclusif ou mixte). Les plus de 55 ans plébiscitent le papier ou mixte (80%). Ces données répondent à une question stratégique importante que nous nous posons : la revue papier doit être conservée dans les années à venir. Cela correspond d'ailleurs à ce qui se fait dans toutes les grandes revues internationales.

Q18 Quel mode de lecture préférez-vous pour RCOT :

Answered: 556 Skipped: 85



(Figure 4)

2° Contenu

Quantitatif : la fréquence et le nombre d'articles publiés font l'objet d'un consensus. Il n'est pas certain que nos lecteurs aient remarqué l'augmentation récente du nombre d'articles. Il est intéressant de noter le défaut d'appréciation du nombre d'articles anglophones publiés : 36 % seulement ont donné la bonne réponse (entre 30 et 50%) et 35% ont le sentiment d'une revue essentiellement francophone. Ceci renvoie probablement au fait qu'OTSR n'est pas suffisamment connu et que les articles anglophones ne sont publiés que sous forme de résumés (en anglais avec titre français) dans RCOT.

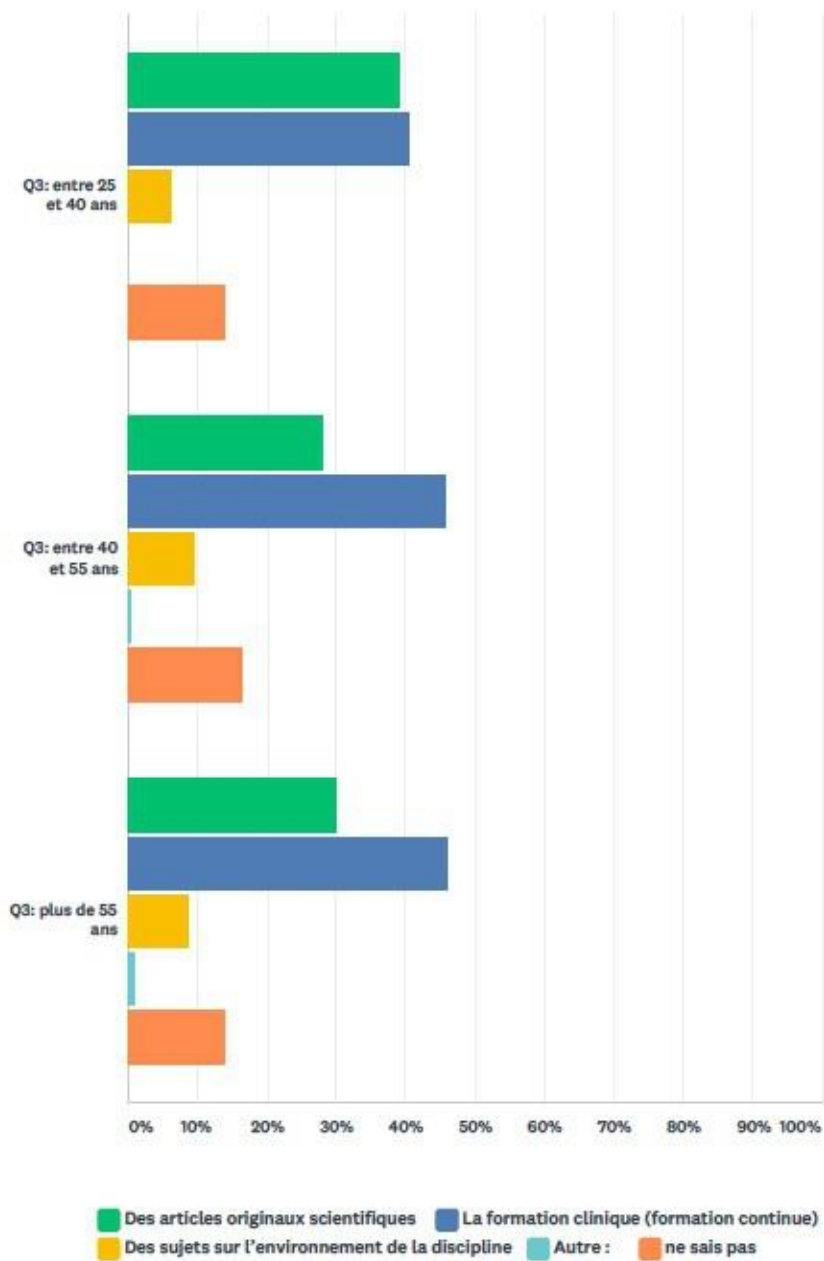
Qualitatif : la perception du rôle éditorial de RCOT-OTSR reflète le double rôle d'une revue scientifique en chirurgie : formation et amélioration de la pratique quotidienne d'une part et plateforme d'échanges entre experts sur des sujets de recherche d'autre part.

64% considèrent la revue comme une revue « scientifique » ; 32% comme une revue de formation et ceci indépendamment de l'âge.

A la question « Souhaitez-vous que la revue s'oriente davantage vers ... », les réponses sont partagées entre plus de formation clinique et plus de « revue scientifique ». Mais sur cet item, l'âge joue un rôle avec une demande plus forte de formation continue chez les plus âgés et une demande égale chez les plus jeunes (figure 5).

Q26 Souhaitez-vous que la revue s'oriente davantage vers :

Answered: 526 Skipped: 115



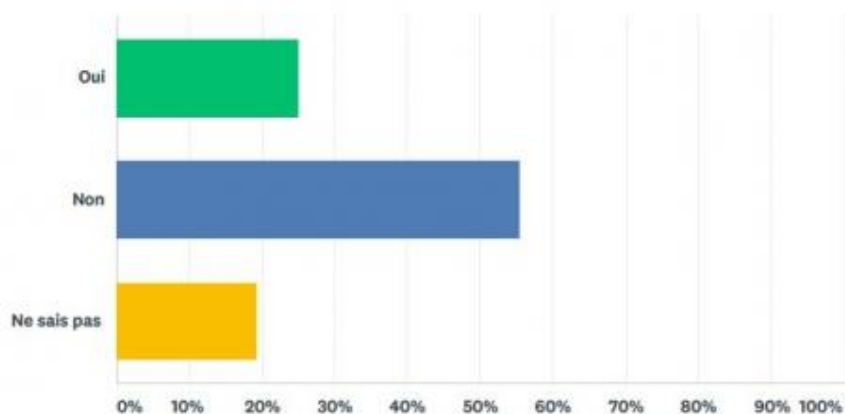
(Figure 5)

Contenu Généraliste ou hyper spécialiste ?

À la question, « Trouvez-vous le contenu d'OTSR-RCOT proche de vos intérêts ». 39% répondent oui totalement, 53% oui partiellement et 8% non. Ce résultat est plutôt positif surtout si l'on considère que l'abonnement est lié à la cotisation SoFCOT. Finalement, 56% des répondants estiment que la ligne éditoriale n'est pas trop généraliste (figure 6).

Q31 Dans le contexte actuel de l'hyperspécialisation des spécialités médicales et plus particulièrement du domaine de la Chirurgie Orthopédique, jugez-vous la ligne éditoriale d'OTSR/RCOT trop généraliste ?

Answered: 528 Skipped: 130



(Figure 6)

Pour les thématiques, les sujets hanche, genou, épaule, infection, traumatisme sont évidemment en tête des lectures régulières. Rachis, Pédiatrie, Tumeur sont sous la barre des 20%.

Pour les formats : les conférences d'enseignement sont plébiscitées à 65%.

3° L'Investissement dans la Revue

A la question, « Avez-vous soumis un article à OTSR-RCOT ces 5 dernières années » 39% ont soumis un article. Ceci est particulièrement vrai chez les jeunes et nous conforte sur la place d'OTSR-RCOT comme étape incontournable des jeunes publicants.

Il est par ailleurs réconfortant de constater que 36% des lecteurs ont déjà contribué à la marche du journal en effectuant des analyses d'articles et que 53% sont disposés à le faire (64% chez les jeunes !)

L'appréciation finale

Sur une échelle de 1 à 10, 71% des répondants notent la revue à 7 ou plus. La satisfaction est plutôt plus forte chez les jeunes avec des scores significativement meilleurs sur les scores 8 et 9

Très peu de répondants ont exprimé le désir de se désabonner par manque de temps, approche de la retraite, contenu ne correspondant pas aux attentes, place insuffisante de la francophonie, ou dans des cas exceptionnels pour raison budgétaire.

Synthèse

Cette enquête permet de tirer quelques conclusions et de travailler sur les projets. Sous couvert d'une bonne représentativité de l'échantillon orthopédique francophone, et tenant compte que cette enquête s'adressait exclusivement à des francophones, (ce dernier point ne

permettant pas d'analyser l'assise internationale d'OTSR, qui est un des éléments majeurs de notre politique de développement), on peut évoquer les éléments de synthèse suivants.

Certains points ne font pas débat :

RCOT est unanimement connu et reconnu y compris auprès de la population jeune. C'est un journal de référence qui est non seulement lu mais dans lequel beaucoup de nos collègues ont publié et singulièrement les jeunes. Nos lecteurs sont attachés à leur journal et particulièrement les jeunes. Ce n'était pas une réponse évidente, en regard des sollicitations multiples dont ils font l'objet. Ce point est majeur et suffit à lui-même à soutenir ce journal comme étant un maillon indispensable et incontournable du transfert du savoir orthopédique, en particulier francophone. Il doit être soutenu par toute la communauté. Il faut noter avec grand plaisir le fait que RCOT-OTSR arrive largement en tête dans la liste des journaux lus (avec le JBJS) et nettement avant les journaux de vulgarisation, d'autres journaux généralistes internationaux et tous les journaux de spécialité.

OTSR est moins connu de la communauté francophone, même si chez les jeunes cette différence tend à s'estomper. Il y a donc un effort de promotion à faire pour OTSR. Les sociétés savantes jouent ici, avec l'éditeur, l'APCORT et la rédaction, un rôle très important qu'il faut probablement développer.

De fait OTSR-RCOT est encore perçu comme une revue plutôt nationale qu'internationale par nos lecteurs francophones (part mal évaluée des articles anglophones, pas de souhait d'augmentation de s articles anglophones). Ceci est paradoxal car les jeunes (ceux qui publient) souhaitent une tribune internationale. Il faut aussi travailler ce point en termes d'information.

Trois points pourraient faire débat et doivent s'immiscer dans l'élaboration de la stratégie future du journal :

- *Généraliste ou hyper spécialiste ?* Les réponses sont ici plus balancées mais le caractère généraliste du journal est loin d'être balayé d'un revers de main, au contraire et en particulier par les plus jeunes. Ce qui est réconfortant. Certes quelques rubriques sont moins lues (tumeur, rachis, pédiatrie ?) mais c'est la loi du genre. Nous avons donc notre place dans ce positionnement de journal généraliste tout en essayant de faciliter la recherche des articles pour nos lecteurs hyper spécialistes : la mise en place depuis quelques mois de numéros à thème va dans ce sens.

- *Revue Scientifique ou Formation Continue ?* il y a là un vrai débat qui n'est pas nouveau et qui apparaît clairement dans les réponses. Ce débat fait référence aux objectifs différents d'une revue médicale : transférer le savoir aux lecteurs praticiens du quotidien (formation continue) et/ou participer au développement des recherches au sein d'une communauté d'experts (revue scientifique). Une réflexion pourrait être menée sur une dissociation partielle de contenu RCOT (plus formation continue) et OTSR (revue scientifique).

- *Papier ou Electronique exclusif ?* Rappelons qu'OTSR est électronique exclusif et c'est d'ailleurs peut-être un élément qui impacte sur sa relative méconnaissance. La réponse à cette question est balancée, mais la demande de l'électronique pur n'est que de 29%, et ce même chez les plus jeunes (33%). La solution mixte adoptée actuellement pour la version française semble donc être la bonne même si cette question pourra se reposer à terme. Rappelons qu'aucune grande revue internationale indexée n'a franchi ce pas à ce jour. De plus le modèle économique du tout électronique n'est pas clairement établi.

OTSR-RCOT a 10 ans et se porte bien. Cette enquête, à côté de tous les critères « objectifs » d'évaluation dont nous disposons est un élément de plus qui nous conforte dans les orientations que

nous avons prises. Il n'en reste pas moins que ce « feed-back » de nos lecteurs nous oblige et influencera évidemment la politique éditoriale future.

Philippe Beaufils et Henri Migaud (rédacteur en chef et rédacteur en chef adjoint OTSR – RCOT), Bernard Augereau (Président de l'APCORT), Didier Mainard (Président du CNP-SOFCOT), Philippe Valenti (Président de l'Académie)

drphilippebeaufils@gmail.com

[retour au sommaire](#)



7. Référentiel CNP-SOFCOT pour le suivi des dispositifs médicaux implantables (DMI) en orthopédie / traumatologie



L'objectif de ce référentiel est de guider les chirurgiens orthopédistes-traumatologues, les médecins spécialistes et les médecins généralistes dans le suivi des patients chez qui ont été implantés un ou plusieurs dispositifs médicaux en site osseux, articulaires ou combinés.

Cette surveillance concerne **4 types d'implants** :

- les **implants articulaires**, remplaçant totalement ou partiellement une articulation et donc susceptible d'usure de l'un des composants du couple mécanique.
- les **implants de fixation osseuse interne**, immobilisant définitivement 2 ou plusieurs segments osseux soit en traumatologie (fragments osseux fracturés), soit en orthopédie (arthrodèses et ostéotomies, rachis compris)
- Les **implants intra-osseux à visée d'ancrages** tendineux ou ligamentaires
- Les **biomatériaux synthétiques de comblement osseux** comblant une perte de substance pathologique (fracture ou tumeur) ou provoquée (ostéotomie).

Pour ces 4 catégories, dénommés DMI, les recommandations de surveillance clinique et par imagerie, au-delà de la période post-opératoire fixée à 1 an, peuvent être tous les 2 à 3 ans.

Ces rythmes représentent une recommandation et peuvent être modulés par le contexte clinique initial et son évolution, nécessitant un raccourcissement ou un allongement de ces délais.

L'imagerie nécessaire pour le suivi du patient, imagerie standard en rayon X, et / ou imagerie complémentaire (échographie, scanner, IRM...), devra être adaptée au type de pathologie initiale, à l'évolution clinique, radiologique et au type de DMI.

Ces recommandations sont formulées par le CNP-SOFCOT comme faisant partie de la surveillance habituelle de ces DMI rentrant dans le cadre l'exercice professionnel de la spécialité dans ses composantes soins et recherche.

[retour au sommaire](#)

8. Ostéoporose: prévenir les fractures



L'ostéoporose est une maladie osseuse caractérisée par une réduction de la résistance osseuse conduisant à une augmentation du risque de fracture. L'objectif de son traitement est de prévenir la survenue de fractures.

Deux actualisations récentes viennent de paraître :

1 - Ostéoporose : prévenir les fractures ; [HAS 2019 juin Webzine](#) :

La fiche « médicaments » a été réactualisée en avril 2019 (**voir en fin d'article**)

2 – Un article :

Actualisation des recommandations française du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique

Briot K et al. /Joint Bone Spine 85 (2018) 519–530

[DOI de l'article original](#)

Cet article est le fruit du travail de réactualisation achevé en 2018, selon la démarche HAS, avec la SFR (Société Française de Rhumatologie), le GRIO (Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses) et la SOFCOT. Les dernières recommandations du GRIO dataient de 2012.

LES MEDICAMENTS DE L'OSTEOPOROSE :

I - Bisphosphonates

Indiqués dans l'ostéoporose post-ménopausique

1° Alendronate ; Fosamax® et génériques ; Alendronate et vitamine D3

Dosages : 10 mg 1 cp/j ; 70 mg 1 cp/semaine

Traitement de l'ostéoporose masculine

2° Alendronate ; Vitamine D3 ; Fosavance® ; Adroavance®

Dosages : 70 mg 1 cp / semaine

D3 : 2 800 UI ou 5 600 UI

3° Risédronate ; Actonel® et génériques

Dosages : 5 mg 1 cp/j ; 35 mg 1 cp/semaine ; 75 mg 1 cp/j x 2 j/mois

Maintien ou augmentation de la masse osseuse chez les femmes ménopausées nécessitant une corticothérapie prolongée (supérieure à 3 mois) par voie générale, à des doses supérieures ou égales à 7,5 mg/j d'équivalent prednisone.

Traitement de l'ostéoporose chez l'homme à haut risque de fracture

4° Risédronate + calcium/vitamine D3 ; ActonelCombi®

35 mg + 1 000 mg/880 UI, 1 cp 1 fois/semaine + 1 sachet les 6 jours suivants

5° Zolédronate Aclasta® et génériques

5 mg, 1 perfusion IV/an

Traitement de l'ostéoporose chez l'homme à haut risque de fracture (notamment en cas de fracture de hanche récente lors d'un traumatisme modéré)

Traitement de l'ostéoporose associée à une corticothérapie par voie générale au long cours chez la femme ménopausée et l'homme à haut risque fracturaire.

II – Les autres médicaments :

■ Dénosumab (anticorps monoclonal inhibiteur des ostéoclastes)

Utilisation à limiter à la deuxième intent ion. *Prolia® S/C/ 60 mg*

- Indication remboursable : traitement de l'ostéoporose post-ménopausique pour réduire le risque de fracture vertébrale, non vertébrale et de hanche chez les patientes à risque élevé de fracture.

- Précautions d'emploi spécifiques

- La HAS considère que ce médicament ne doit être utilisé qu'en deuxième intention, en relais des bisphosphonates.

- Il existe un risque infectieux (urinaire et des voies respiratoires supérieures, cellulite infectieuse) et un risque allergique (éruption cutanée). Le risque d'ostéonécrose de la mâchoire est similaire à celui observé avec les bisphosphonates. Un risque de rebond du remodelage osseux lors de l'arrêt du

traitement peut conduire, avec une fréquence mal définie, à des fractures vertébrales multiples, ce qui implique de prévoir un traitement antirésorbeur par bisphosphonates à l'interruption du traitement.

- Administration : une injection sous-cutanée (60 mg) tous les 6 mois.
- Coût du traitement journalier (CTJ) : 1,04 € (non compris/le coût de l'acte infirmier d'injection).

■ Raloxifène

Efficacité démontrée seulement sur les fractures vertébrales. *Evista® et Optruma® 60 mg comprimés*

- Indication remboursable : prévention et traitement de l'ostéoporose post-ménopausique pour réduire le risque de fracture vertébrale, chez les patientes ayant une ostéoporose rachidienne à faible risque de fracture du col du fémur, âgées de moins de 70 ans, sans facteur de risque thrombo-embolique veineux et dont la carence calcique aura été supplémentée.

- Précautions d'emploi spécifiques : tenir compte des symptômes de la ménopause, des effets sur l'utérus et le sein et des risques et bénéfices cardio-vasculaires. Le raloxifène :

- est contre-indiqué en cas d'antécédent d'accident thromboembolique veineux ou en cas d'accident thrombo-embolique veineux en évolution ;

- est contre-indiqué en cas d'antécédent de cancer de l'endomètre ou de saignement génital inexplicable ;

- doit être utilisé avec précaution chez les femmes ayant un antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou

- des facteurs de risque importants d'AVC (accident ischémique cérébral transitoire, fibrillation auriculaire, etc.).

- Administration : une prise par jour.
- CTJ : 0,57 € (boîte de 28) ou 0,54 € (boîte de 84).

■ Tériparatide

Chez les patients ayant au moins deux fractures vertébrales. *Forsteo® 20 µg/80 µl injectable*

- Indications remboursables

- Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique pour réduire le risque de fracture vertébrale et périphérique, mais non de la hanche, chez les femmes présentant déjà deux fractures vertébrales. – Traitement de l'ostéoporose chez les hommes avec déjà deux fractures vertébrales.

- Traitement de l'ostéoporose cortisonique compliquée d'au moins deux fractures vertébrales chez les femmes et les hommes recevant une corticothérapie au long cours par voie générale.

- Administration : une injection S/C/ par jour.

● Médicament d'exception. La durée totale maximale du traitement est de 24 mois. Le remboursement est limité à 18 mois.

● CTJ : 11,26 € (boîte de 1 seringue préremplie).

[On trouvera la récente mise à jour sur le site de la HAS](#)

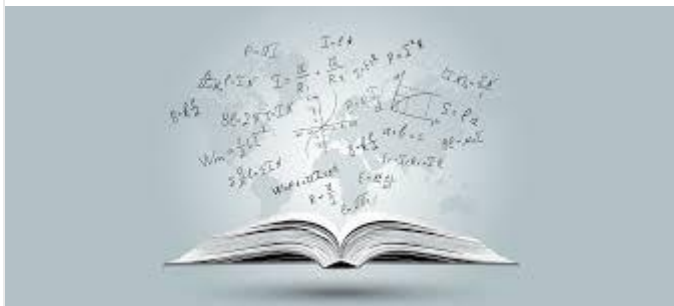
Médicaments Ostéoporose

Jean-Marc Féron, Président de la Commission Orthogériatrie du CNP-SOFCOT

[retour au sommaire](#)



9. Intégrité scientifique: le billet d'Hervé Maisonneuve.



1° *Le New England Journal of Medicine : le bras armé de l'industrie pharmaceutique ?*

2° *La règle des 5 pour un curriculum vitae : ne mentionner que 5 articles publiés dans les 5 dernières années*

3° *La mafia des SIGAPS pour allouer des ressources est active : les comportements induisent des guerres atomiques dans des services*

4° *Les chinois (19 %) ont dépassé les américains (18 %) en ce qui concerne les publications en langue anglaise pour segment Science Technique et Médecine.*

1. Le New England Journal of Medicine : le bras armé de l'industrie pharmaceutique ?

Le New England Journal of Medicine (NEJM) est une revue très prestigieuse et nous rêvons tous d'y publier un article. Cette revue publie le meilleur et le pire.

Le NEJM publie beaucoup d'essais médicamenteux de l'industrie pharmaceutique et son modèle économique dépend des ressources de l'industrie.

- Le meilleur, c'est vrai, et nous avons tous le souvenir de ces grands articles qui changent nos pratiques. Les grands essais en cancérologie sont d'excellente qualité, précis, et utiles. Notons que pour certains essais, il s'agit d'augmenter une médiane de survie d'un ou deux mois chez des patients ayant des métastases et en soins palliatifs. Cela s'appelle un progrès, mais je ne sais pas si le citoyen averti donnerait son accord pour « acheter à prix d'or » cette courte survie.

- Le pire : nous venons d'en avoir un exemple avec deux essais de non-infériorité d'une tétracycline de troisième génération.

Le NEJM appartient à la Massachusetts Medical Society. Des données sur les affaires financières du NEJM ont été analysées : son chiffre d'affaires en 2017 serait d'environ 100 millions de dollars, avec un profit de 30 %... Le calcul devient simple : le NEJM a publié 1 546 articles, soit une ressource moyenne de 65 000 \$ par article publié... C'est pas mal, quand des estimations du coût moyen de production d'un article sont entre 2 500 et 5 000 \$ environ pour une revue ! Ce sont des estimations, et les extrêmes seraient entre 50 et 150 millions de dollars pour le chiffre d'affaires du NEJM. Quand le NEJM vend à une industrie le droit de reproduire et distribuer un article (tirés à part distribués pour les médecins), la facture est entre un et deux millions de dollars. Les citations des tirés à part sont supérieures aux citations des articles n'ayant pas eu de tirés à part : gagnant-gagnant !

Un billet sur le blog de Richard Smith, ancien rédacteur en chef du BMJ, détaille la vie de ces oies dorées du comité de rédaction du NEJM. Les compensations annuelles, incluant l'assurance santé et un plan de retraite, ont été de 703 324 \$ pour le rédacteur en chef, J Drazen. Les autres rédacteurs sont entre 320 et 470 000 \$ par an. Ce sont les rédacteurs de revues scientifiques les mieux payés. Le poste de rédacteur en chef est très recherché, et le rédacteur actuel doit changer en septembre 2019 : ce sera Eric Rubin, de Harvard, comme d'habitude. Rappelons-nous que des rédacteurs vertueux du NEJM (A Relman, M Angell), voulant lutter contre les conflits d'intérêts, ont été remerciés.

Basé sur les billets du blog en date du [1 avril 2019](#) et du [24 juin 2019](#)

2. La règle des 5 pour un curriculum vitae : ne mentionner que 5 articles publiés dans les 5 dernières années

La communication inaugurale de la 6^{ème} conférence mondiale de l'intégrité scientifique a été faite par Alan Finkel, un ingénieur australien qui est le chef scientifique dans son pays. Il a eu une carrière dans le privé en Californie avec Axon Instruments. Cette bonne conférence s'est terminée sur trois recommandations pour les autorités qui financent des recherches et examinent des demandes de bourses. Pour allouer des ressources :

1. Il faut la preuve que les **chercheurs ont participé à des formations sur l'intégrité de la recherche** ; il a bien insisté sur la nécessité d'avoir des formations accréditées... et pas un petit film avec quelques questions à choix multiples ;

2. **La règle des cinq** est impérative : le dossier de demande d'un financement contient au maximum 5 articles des 5 dernières années ; pas besoin des facteurs d'impact puisque le jury va lire ces 5 articles ; l'Australie a commencé à utiliser la règle des cinq ;

3. Les agences ne doivent prendre en compte que des **articles publiés dans des revues qu'il a qualifiées de « Publication Process Quality Assurance (PPQA) »** ; il a développé en détail ce que devrait être des revues PPQA car nous aurions besoin d'un système qui « accrédite » des revues qui respectent des principes de fonctionnement de type assurance qualité... Il a comparé cela aux normes ISO-9000. Tout est à faire dans le domaine !

Sa conclusion : Rien ne sert de dire que nous voulons de la qualité en recherche tant que nous récompenserons la quantité !

Basé sur les billets du blog en date du [23 avril 2019](#) et du [3 juin 2019](#).

3. La mafia des SIGAPS pour allouer des ressources est active : les comportements induisent des guerres atomiques dans des services

La plupart de nos organismes de recherche (Inserm, Cnrs, ANR,...) ont [signé la déclaration DORA](#) dont la première recommandation est de ne pas utiliser des indicateurs inappropriés (facteur d'impact, H-index...) pour évaluer des recherches. Ils ont signé, c'est bien : vont-ils mettre en œuvre ce qu'ils signent ? Ces indicateurs n'ont jamais évalué la qualité des recherches, et les hôpitaux s'accrochent à SIGAPS (certains CNU aussi). Il faut dire que le système mafieux des SIGAPS a beaucoup changé les comportements des praticiens hospitaliers. Je me permets de le dire clairement car j'ai des témoignages, mais la plupart des praticiens ayant des suspicions, ne veulent pas être cités.

Aux USA, ce sont 40 % des universités qui utilisent encore le facteur d'impact ([Nature, avril 2019](#))... Donc l'abandon de cet indicateur semble réellement en route. Mais en France, des villages gaulois défendent les facteurs d'impact.

[Le rapport de la cour des comptes de 2017 n'a servi à rien..](#) Est-ce que le rapport de la Cour des Comptes de 2017 a servi à changer les comportements ? Je ne sais pas. Un seul extrait de ce rapport : ***Certains établissements de santé contournent le modèle en salariant pour quelques vacances, parfois une seule, des praticiens attachés, par ailleurs auteurs de publications dans le cadre de l'activité de recherche menée auprès de leur employeur principal.*** Est-ce de l'argent public gaspillé ? Probablement NON !

Des [informations sur SIGAPS](#) sont bien présentées sur le site du CHU de St Etienne ? L'évolution du calcul des points SIGAPS entre 2008 et 2017 est expliquée. Cela permet de constater les dérives, sous la responsabilité de personne. Vous pouvez faire défiler le calcul des SIGAPS de 2008 à 2017, et voir quand des changements ont été faits. Rêvez en regardant les comparaisons 2008 (point à 1478 €) et 2017 (point à 648 €).

Basé sur les billets du blog en date du [21 janvier 2018](#), et du [17 avril 2019](#).

4. Les chinois (19 %) ont dépassé les américains (18 %) en ce qui concerne les publications en langue anglaise pour segment Science Technique et Médecine.

Le « science, Technique and Medicine report » (STM report), 5ème édition d'octobre 2018 contient toutes les informations possibles sur les publications des domaines Science Technique et Médecine (STM). Ce rapport de 213 pages est commandité par IASTM, *The International Association of Scientific, Technical and Medical Publishers* qui a fêté ses 50 ans en 2018. Voici quelques points de ce rapport :

- Le marché mondial des revues STM est de 10 milliards de dollars (dont 41 % aux USA), et celui des livres STM de 3,3 milliards \$;
- Il y a environ 10 000 maisons d'édition (publishers) dont 5 000 sont dans Scopus ; il existe quelques grandes maisons d'édition mais la plupart des maisons d'édition sont très petites (presses académiques par exemple) ;
- Il y a 33 100 revues STM en langue anglaise et à comité de lecture, et 9 400 non-anglaises ; elles publient 3 millions d'articles par an ; si la croissance annuelle a toujours été d'environ 3 %, une accélération a été observée depuis 10 ans de 4 % par an pour les articles de recherche et de 5 % par an pour les revues de littérature ;
- La part des articles en langue anglaise d'auteurs chinois est de 19 %, d'auteurs américains de 18 % ; ensuite Inde (5 %), et 4 % pour UK, Allemagne et Japon ; en 2020 les budgets de recherche chinois devraient égaler les budgets américains ;

- **Royaume-Uni, France et Allemagne sont les 3 pays ayant le plus de collaborations internationales (50 %) dans les articles ;**
- Publier un article coûterait 4 000 \$ environ, sans évaluer les coûts du « peer-review », pour une revue avec le modèle abonnement avec diffusion papier et électronique ; il n'y a pas d'économies liées à l'électronique ;
- Le relecteur moyen passe 5 heures pour « reviewer » un article, et en relis 8 par an ;
- Les chercheurs semblent moins lire, et passer moins de temps par article ; un chercheur moyen lirait 250 articles par an (un peu plus en médecine et science, moins dans les sciences sociales) ; le temps moyen de lecture d'un article serait de 30 minutes.

Beaucoup d'informations dans ce rapport...

Basé sur le billet du blog du [2 avril 2019](#).

Hervé Maisonneuve

[retour au sommaire](#)



10. E congrès et E learning SOFCOT



E-Congrès

Vous avez été nombreux (359 connexions en live) à suivre notre **4^e e-congrès** (30 mars 2019) et nous tenons à vous remercier pour cette belle journée d'échanges et de partages.

Vous étiez 80 à 130 internautes par salle.

Sachez que [l'e-congrès du 30 mars 2019](#) est désormais disponible sur la plateforme si vous souhaitez le visionner.

A l'année prochaine pour une nouvelle édition que nous espérons aussi riche et variée !

Les Présidents et Secrétaires Généraux de la SOFCOT

E-Learning

Vous pouvez aussi visualiser les [e learning passés](#) :

SFCM : Les nouveaux implants pyrocarbonés

SFCM : Judiciarisation en chirurgie de la main

SOPEC : Prothèse totale d'épaule en ambulatoire

SFCM Mini-invasif arthroscopie poignet et doigt

[retour au sommaire](#)



11. Infos du WEB

[HAS : Simulation en santé et gestion des risques](#)

[retour au sommaire](#)



12. Agenda

Rendez-vous sur notre [AGENDA](#) pour retrouver les événements qui vous intéressent!



Pour vous désinscrire de cette newsletter, merci d'envoyer un message à sofcot@sofcot.fr

[retour au sommaire](#)