



SFA Actualités

LETTRE D'INFORMATION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ARTHROSCOPIE

Publiée par le Bureau de la SFA. Rédacteur Hubert Lanternier

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
D'ARTHROSCOPIE

www.sofarthro.org

N°4

LE MOT DU PRÉSIDENT

Chers Amis, chers Membres,

FMC, EPP, PDC sont des acronymes dont nous entendons beaucoup parler actuellement et qui sont en passe de devenir des réalités quotidiennes pour nous, médecins, dans les années à venir. En effet, comme vous le savez, 2007 sera l'année n°1 de la FMC, et nous aurons en 2012 à produire nos certificats des 5 dernières années.

La SFA a donc décidé, lors de son congrès annuel 2007 qui se tiendra à Lyon, d'intégrer des séances de formation qui, je vous le rappelle, devraient rapporter 8 crédits pour une journée et 4 crédits pour une demi-journée. Ces sessions « FMC » seront : les symposia, les conférences d'enseignement, et les trois sessions « mise au point », « controverse » et « discussion de cas cliniques », mais aussi les ateliers du matin que nous avons transformés, pour cela, en conférences d'enseignement. Cela sous-tend, bien entendu, une évaluation avant, pendant et après les sessions, avec questionnaire en ligne sur le site SFA. Par ailleurs, le bureau a décidé également d'intégrer une session « EPP » (Évaluation des pratiques professionnelles) de 40 minutes qui consistera à présenter les référentiels de la SFA au travers des symposia réalisés en 2002 et 2003. Cette session comportera donc 4 présentations de 10 minutes pour chacun des 4 symposia.

Le bureau de la SFA travaille également activement sur un dossier de demande d'agrément pour l'évaluation des pratiques professionnelles qui va être déposé à l'HAS, et je tiens ici à remercier Pascal Gleyze qui en assure la coordination.

Vous entendrez aussi parler d'Orthorisq : C'est l'organisme de gestion des risques qui recueillera les déclarations anonymisées d'événements porteurs de risque, en assurera le traitement statistique, élaborera des recommandations pour éviter ces risques et en assurera la diffusion... Orthorisq s'articule autour des trois composants de la SoFCOT (SNCO, ACOT et CFCOT). La SFA siège à son Conseil d'Administration. Orthorisq est l'organisme officiel d'accréditation des chirurgiens orthopédistes et vous approchera par l'intermédiaire de la SOFCOT.

Comme vous pouvez le constater le bureau tout entier s'investit avec beaucoup d'énergie dans l'organisation d'une structure de formation professionnelle dispensatrice de points FMC et souhaite pouvoir ainsi contribuer à faciliter l'attribution des points-crédits pour ses membres.

Bien amicalement.

P. Djian
Président

TRAVELLING FELLOWSHIP SFA/AGA

Le travelling fellowship AGA-SFA du 9 au 20 octobre a emmené deux français, Eric Boukobza et Nicolas Bonin, un allemand Christian Wimmer et un suisse Henrik Behrend. Cette formule créée en 2002 a remporté encore un vif succès auprès de nos jeunes collègues et le résumé du voyage qu'ils en font en témoigne.

L'arrivée à Innsbruck (Autriche) fut un peu chaotique : personne à l'aéroport, il fallut se débrouiller, sans aucune coordonnée, dans une langue oubliée... Heureusement, le lendemain, le jeune et talentueux Pr Fink nous accueille chaleureusement. Son programme opératoire est impressionnant. Il nous apprend tous ses petits « trucs » (et il en a plein !) sur la ligamentoplastie du LCA au tendon rotulien et au DI-DT. Au couché du soleil, nous visitons les bars montagnards du pays d'Heidi.

Le mardi, départ pour Munich. Accueil très bavarois (resto et bière) par le Dr Mayr et le Pr Wiedemann. Au bloc, nous alternons ligamentoplasties (au DI-DT fixation par rigidfix), PTG, PTH par voie antérieure de Rotinger et reconstructions arthroscopiques de coiffes, sans parler d'une très belle Mosaic Plasty sous arthro! Le soir, visite guidée du stade Allianz Arena organisée après présentation de nos communications lors d'un symposium de médecine du sport. Les jours suivants sont consacrés au congrès épaule, magnifiquement organisé par le Pr Imhoff. Notre prise en charge est très V.I.P. (Chauffeur, A8, soirées...).

Dimanche, petite pause pour rejoindre Strasbourg. Le Dr Gleyze à Colmar nous présente sa chirurgie de l'épaule et ses techniques de rééducation. Le service du Pr Kempf nous impressionne par la technicité de sa chirurgie : Prothèses et ligamentoplasties naviguées par le Dr Jenny, arthroscopie de coude brillamment réalisé par le Dr Clavert, chirurgie arthroscopique de coiffe et d'instabilité par le Pr Kempf...

Le mercredi, nous rejoignons Caen. Le Pr Hulet nous attends pour un repas très convivial. Nous visitons le service le lendemain. Les salles opératoires dernier cris sont magnifiques et le programme à la hauteur ! Le Pr Hulet réalise une superbe arthroscopie du coude et de la cheville. Nous profitons de l'expérience du Dr Locker dans la reconstruction du ligament croisé antérieur. Le staff du soir dirigé par le Pr Vielpeu est bien rempli et les présentations de chacun apportent de grandes discussions dans ce service très universitaire. Après un Jacuzzi-champagne relaxant, nous sommes prêts pour la dernière étape : Le Havre.

Le Dr Courage met la barre haute avec des reconstructions de coiffe que l'on pensait irréparables... le tout sous arthroscopie, grâce au manie-ment du banana lasso! La dernière soirée a lieu dans les tribunes présidentielles du stade de foot où le Havre remporte la victoire.

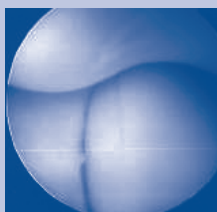
Les adieux sont difficiles tant le voyage fut intense, mais nous nous retrouverons à Nice pour conter notre histoire et crier haut et fort :



Le Fellowship SFA, il faut le faire !!!

QUIZ ARTHRO

Que représente cette vue opératoire ? Quelle articulation ? Quel coté ? Quelles surfaces articulaires ?



Réponse sur :
www.sofarthro.org

SFA EN BREF

La SFA début 2007 :

584 membres, dont 235 titulaires et 14 étrangers (Liban, Maroc, Tunisie, Mexique, Iran, Angleterre, Suisse, USA).

Annuaire accessible à tous sur
www.sofarthro.org

L' AVENTURE DES DMI, CHAPITRE 1. (à suivre)

Les ancrés, vis d'interférence et autres systèmes d'ancrages ou de fixations rentrent dans la catégorie des DMI (dispositifs médicaux implantables). Ces éléments utilisés en nombre variable selon l'intervention pratiquée étaient historiquement facturés et remboursés à la pièce.

Fin février 2006, un arrêté ministériel applicable au 1^{er} mars (Xavier Bertrand) inclut forfaitairement les DMI dans la tarification T2A. L'émotion des opérateurs est grande, la liberté et la qualité sont en danger, une manifestation est organisée devant le ministère le 11 avril, la SFA est présente mais n'est pas à la table des négociations.

Il est vrai que le problème est d'importance puisque la restriction de ces dispositifs risque de rendre impossible la chirurgie arthroscopique moderne de l'épaule et du genou.

La SFA mène alors, avec l'aide des experts du SNI-TEM, un travail de fond sur les GHS utilisés en arthroscopie pour faire de bien curieuses découvertes.

Toute la Chirurgie arthroscopique tient en 4 GHS. L'un d'entre eux, le 08C11V est particulièrement étonnant et hétéroclite puisqu'il met dans la même catégorie l'hygroma du coude, sous scopie ou non, (pas d'implant), la fracture de Pouteau (une broche) et la coiffe à ciel ouvert (avec ou sans ancrés) avec une allocation de 1280 €. Si la même coiffe est opérée sous arthroscopie, on tombe à 661 € (24C17Z). Plus loin on va découvrir que la méniscectomie à ciel ouvert (08C10V) est mieux rémunérée à 1778 € (08C10V) que son homologue arthroscopique à 661 € (24C17Z). Et ainsi de suite...

L'affaire dépassait donc, et très largement, l'inclusion ou non des DIM dans les GHS et nous avons orienté différemment notre action auprès des Représentants du Ministère : une T2A qui règle presque 3 fois plus cher la méniscectomie ouverte ou qui alloue presque 2 fois plus pour un hygroma du coude à ciel ouvert que pour une coiffe complexe sous arthroscopie est anormale. Anormale car inéquitable, pénalisant les centres performants qui font de la chirurgie complexe

et anormale car dangereuse, risquant de pousser le gestionnaire peu scrupuleux vers les pratiques les plus lucratives et les moins performantes.

Nous avons été entendus au cours des diverses réunions qui ont eu lieu cet été, à l' HAS et au Ministère en particulier avec Mme le Dr Martine Aoustin. A ce jour les DMI sont à nouveau facturés à part pour la Chirurgie arthroscopique et la révision des GHS est en cours de réflexion, la SFA sera partie prenante.

le bureau de la SFA défend vos intérêts. Aucune action n'est possible sans une bonne coordination avec nos partenaires industriels. Nous restons vigilants. Les contacts sont bons avec les autorités de tutelle en partie grâce aux éléments objectifs que nous avons pu apporter après l'enquête effectuée auprès des membres de la SFA. Nous aurons sûrement encore besoin de vous, tenez vous prêts.

PS : Les tarifs indiqués correspondent à l'allocation moyenne reçue par un établissement privé, hors honoraires.

PRÉSIDENT DU CONGRÈS
David DEJOUR

6, 7 & 8 décembre
Centre de Congrès
Lyon 2007

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
D'ARTHROSCOPIE
www.sofarthro.org

COURS & CONGRES ANNUELS
Annual Course and Congress

INVITÉ D'HONNEUR
PREMIÈRE ANNONCE FIRST ANNOUNCEMENT

SYMPOSIA
QUELLE PLASTIE DU LCA, POUR QUELLE LAXITÉ, POUR QUEL PATIENT ?
Which ACL reconstruction, for which laxity, for which patient? D. Dejour, JF. Potel

LES TENDINOPATHIES CALCIFIANTES.
Calcifying Tendinitis P. Clavert, F. Sirveaux

FMC



L'EUROPEAN ARTHROSCOPY FELLOWSHIP 2007

Le travelling fellowship de l'AGA-SFA poursuit sa croissance et sa transformation. Créé en 2002 il permettait de faire voyager trois chirurgiens français puis trois chirurgiens de l'AGA pendant une période de 15 jours dans la zone Fance-AGA, en 2002 avec l'aide de la compagnie Smith&Nephew nous avons transformé la formule en une formule plus dynamique emmenant alors deux fellows SFA et deux AGA voyageant ensemble et créant ainsi une dynamique d'échange beaucoup plus riche, cette formule à eu un grand succès et a redynamiser les demandes de nos jeune collègues.

Nous souhaitons aller encore plus loin et faire un réel fellowship d'arthroscopie européen et grâce au concours et à la volonté de 4 sociétés d'arthroscopie (SFA-AGA-SIGASCOT « Italie »- AEA « Espagne ») Un nouveau programme de travelling fellowship voit le jour en Octobre 2007. Les critères de sélection reste les mêmes et sont disponible sur le site :

www.sofarthro.com

Ce voyage de trois semaines permettra une visite des centres les plus performant en arthroscopie et médecine du sport européen. Le financement est intégralement pris en charge. C'est un moyen de faire connaître à l'étranger les travaux réalisés dans vos services car durant ce voyage des sessions scientifiques sont organisés et chacun présente en anglais une ou deux communications qui seront reprises dans une session spéciale durant le congrès de la SFA en décembre. Ces voyages sont également un moyen de rencontrer et de créer des liens qui se prolongent dans le futur et se réactualisent à chaque nouveau congrès international.

Pour postuler à ce fellowship il faut se rendre sur le site web SFA et envoyer sa candidature à C. Bensimon.

**La prochain deadline est juin 2007
venez nombreux !**

David DEJOUR

TÉNOÏSE DE LA LONGUE PORTION DU BICEPS BRACHIAL ET HAS : ÇA AVANCE.

Ténoïse et/ou résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial. par arthroscopie.

Libellé transmis pour évaluation :

Classement CCAM : 13

Date de l'avis : 21 IO612006

Ténoïse et/ou résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial. par arthroscopie.

Code : non codé

Le service attendu est considéré suffisant. Par conséquent l'avis de la HAS sur l'inscription de l'acte à la liste des actes prévus à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale est favorable avec les précisions suivantes :

Indications principales

Tendinopathies isolée ou non de la longue portion du biceps brachial de l'adulte symptomatiques.

Gravité de la pathologie

Elle est liée à la douleur et à l'atteinte fonctionnelle : handicap fonctionnel, qualité de vie.

Caractère préventif curatif ou symptomatique de la technique

La tenoïse/ténomie est un traitement symptomatique de la douleur et a une efficacité sur la fonction de l'épaule

Place dans la stratégie thérapeutique

Le traitement chirurgical sous arthroscopie par ténoïse ou ténomie est le traitement de seconde intention (après échec du traitement médical ou fonctionnel), en alternative avec la chirurgie à ciel ouvert.

Amélioration du service attendu

Non connue.

Population cible.

Les experts du groupe de travail ont estimé le nombre de ténomies réalisées en France à environ 15 000 par an, et le nombre de ténoïse à environ 5 000 par an.

Modalités de mise en œuvre

Sans objet.

Exigences de qualité et de sécurité

Une formation en arthroscopie de l'épaule est nécessaire

Objectifs des études complémentaires et recueils d'informations correspondants

Sans objet.

Réalisation de l'acte soumis à l'accord préalable du service médical en application des dispositions prévues par l'art. L. 315-2.

La HAS ne se prononce pas sur ce point pour cet acte.

Remarque

En raison principalement d'une technicité différente (le geste de ténoïse est techniquement plus difficile, nécessitant un temps opératoire long, et un dispositif médical adapté, il apparaît nécessaire d'éclater le libellé en un acte de résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial, par arthroscopie, et un acte de ténoïse avec résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial, par arthroscopie.

Haute Autorité de santé

Service Evaluation des actes professionnels

1 Juin 2006

L'INFORMATION DES PATIENTS

L'information des patients est un domaine sensible : il y a des Lois, on en parle sans cesse et on ne sait toujours pas ce qu'il faut faire car la règle suggérée est impossible à appliquer (lequel d'entre vous a expliqué les tenants et aboutissants de la gangrène gazeuse à sa dernière arthroscopie ?).

Le Bureau a invité Pascal Gleyze et Hubert Lanternier à venir exprimer librement leur humeur.



Hubert Lanternier

1 • Au début était la Chirurgie, l'opération, l'action. On expliquait ce qui était fait, c'était normal.

2 • Puis l'explication a commencé à dévier : il ne fallait pas tellement expliquer ce qu'on allait faire, mais surtout indiquer les complications qu'on pouvait générer en faisant, (cette première déviation est curieuse car on appelle « information » une explication sur ce qui est censé ne pas arriver).

3 • Ensuite, il a fallu pouvoir prouver qu'on avait informé comme il faut.

4 • L'étape en cours, car rien n'est jamais assez, est le contrôle de la traçabilité du recueil de la preuve de l'information.

Avant on faisait, maintenant on contrôle qu'on vérifie qu'on prouve qu'on dit qu'on fait.

Que faut-il penser de tout cela ?

Les instructions en matière d'information sont limpides et le raisonnement est rigoureux : information, preuve de l'information, vérification de sa compréhension, traçabilité de la preuve d'information. Mais le contenu, quant à lui, est flou : on doit tout dire, mais on sait que c'est impossible, on doit tout prouver mais aucun outil de preuve n'est admis. Un raisonnement rigoureux sur des bases fausses s'appelle un sophisme et il est dénoncé par la Science.

Alors il s'agit peut être d'un jeu (même Pascal Gleyze le pense puisqu'il nous parle de « Joker » dans l'organe de presse de la SoFCOT, le BOF Juillet 2006, N° 52). Les règles sont confuses, les limites du terrain sont variables, l'arbitre aura toute latitude pour sanctionner le joueur qui ne saura pas, « sur un faisceau d'arguments » prouver sa bonne foi. Jusqu'au jour où les joueurs ne rentreront plus sur le terrain.

Le jeu est peut-être plus pervers : il ne vous aura pas échappé que, dans un souci louable de qualité des soins, un nombre croissant d'intervenants veut nous inciter à améliorer notre pratique. Très bien. Mais notre terrain de jeu n'est pas très accessible : les intervenants n'aiment pas venir en salle d'opération, c'est impressionnant et ils ne savent pas très bien si le tunnel foré au fond du genou est à la bonne place. Donc ils ont laissé tomber et ont créé d'autres terrains de jeu virtuels sur lesquels les chirurgiens seront plus faciles à contrôler, les procédures d'information en sont un exemple.

Le jeu est peut être encore plus pervers : la peur génère un marché et nul doute que des organismes en tout genre vont apparaître pour nous aider à mieux jouer en nous expliquant que c'est un peu obligatoire.

Il faut maintenant ouvrir les yeux. Il est difficile de croire qu'il existe beaucoup de Chirurgiens assoiffés de sang qui vont, à dessein, dissimuler un risque pour poser une indication hasardeuse (et d'ailleurs rien dans ces instructions confuses ne les éloignera de leur noir dessein). Il est difficile de croire qu'il existe des patients ignorant le risque d'infection après une opération, il est difficile de croire que l'information soit impossible à trouver.

Il faut que la confiance revienne, et ce n'est pas en se bardant de « consentements-signés qui n'ont-pas-de-valeur-mais-on-le-fait-quand-même » que les choses avanceront.

Parlons avec nos patients, faisons de bonnes consultations détaillées, et répétées si besoin. Expliquons leur que c'est sérieux, et que la Chirurgie arthroscopique n'est pas la prestation flatteuse et légère qui est répandue à l'envie, qu'il y a des risques et que la décision opératoire doit être prise calmement, prenant en compte l'histoire naturelle, l'amélioration à attendre et le risque encouru. Soyons humains et humanistes au lieu de faire remplir des papiers.

Revenons sur notre terrain, c'est là que nous nous exprimons le mieux et c'est ce que les patients nous demandent. Nous maîtrisons l'action, ne nous laissons pas embarquer dans une spirale sans fin qui n'est pas la nôtre. La consultation ne prépare pas seulement le procès qui va inévitablement suivre : elle réunit aussi les conditions d'une bonne intervention chirurgicale.



Pascal Gleyze

Exercer la chirurgie, c'est prendre en charge la souffrance des autres et, grâce à des techniques apprises et éprouvées, y porter remède au mieux.

Notre pratique consiste à évaluer ce qui représente souvent des années de douleur et de handicap et à proposer des solutions, chirurgicales ou non, que nous mettrons nous-même en œuvre et qui vont engager l'avenir fonctionnel, professionnel et familial du patient. Nous parlons souvent de techniques, mais il ne faut pas sous-estimer l'engagement moral et affectif que représente le fait d'exercer ce métier.

Nous ne doutons pas que chaque fois que nous opérons, c'est qu'un patient nous a confié sa vie et qu'il nous a fait confiance. Une confiance rare dans une société déresponsabilisée, une confiance qui vaut bien plus que la rétribution que nous percevons pour faire un geste psychologiquement beaucoup plus lourd à porter que ce que nous imaginons.

Nous transgressons chaque matin notre culture judéo-chrétienne puisque nous faisons du mal en mettant en danger des gens, parce que nous estimons (à juste titre), que si l'opération est une réussite, nous aurons fait le bien... Notre société nous autorise à le faire parce qu'elle a confiance en nous et en nos techniques et nous l'assumons au mieux parce que nous sommes formés pour cela et que nous y retrouvons ce qui fait la richesse de nos exercices.

Il y a longtemps que nous ne sommes plus des mustangs sauvages errant librement dans les étendues désertes, nous exerçons dans une société, nous avons nos règles et un cadre d'exercice qui, eu égard à nos responsabilités sociales et aux coûts de nos exercices, ne peut être édulcoré.

La qualité de nos exercices ? Pourquoi les recommandations d'information péri opératoire ? Qui peut être choqué de lire qu'il nous faut prendre un peu plus de temps avec le patient ? (art.35-36 code déont., Loi 4 mars 2002, ANAES 2000, 2005) (Loi 22002-303 du 4 mars, Art L1111-4), s'assurer qu'il a compris un minimum ? (Sargos, G. du Palais 1997-274), qu'il a eu le temps de réfléchir ? (Loi 22002-303 du 4 mars, Art L1111-4), que les alternatives thérapeutiques lui ont été bien présentées ? (art. L1111-2 code de la santé publique, Arrêt) que l'opération proposée correspond aux règles de l'art ? Que son établissement s'attache à une bonne information du patient ? (décret 74-27 du 14.01.74), etc.

Il ne s'agit pas d'une agression ou d'une remise en cause de nos personnes ou de nos exercices, simplement des recommandations. Et nous, en tant que patient, qu'attendrions-nous d'un soignant ?, autre chose ? Qui peut nier avoir eu la nausée en relisant certains rapports d'expertises consécutifs à des plaintes de patients ?, pas d'examen clinique, mauvaise indication, technique improvisée, implant non conforme, etc. Qui a le courage de rencontrer les associations de patients ? ... pour découvrir qu'il n'y a pas de ressentiment sur notre profession dont l'image est magnifique auprès du public, mais juste un souhait d'être mieux informé, d'une manière plus complète, plus adaptée, pour une meilleure relation avec le praticien mais aussi afin que chacun, et en particulier le patient puisse prendre ses responsabilités, en particulier par rapport au respect qu'il doit au chirurgien, et ce précisément lorsque les choses tournent mal !

Le contrat passé avec le patient est la clé de chaque prise en charge. Le colloque singulier et les informations péri opératoires sont essentiels à la décision commune et nous savons tous à quel point cette information enrichit notre relation, en particulier humaine. Le problème est que, en l'état des recommandations, le colloque singulier ne peut suffire et que nous n'avons pas le temps, les outils et les moyens de répondre à cette demande d'information (Qui a parlé de l'embolie gazeuse avant une arthroscopie du genou ?) que le patient n'envisage en général pas, ... de prime abord, mais que nous nous devons désormais de lui donner.

L'information péri opératoire ne peut se réduire à une information négative sur les risques (le "marché de la peur"). Ceux-ci doivent s'intégrer au sein d'une information globale, pédagogique et positive sur le processus thérapeutique qui doit mener à la guérison espérée. Pour ma part, cela fait maintenant sept ans que je travaille avec toute une équipe de

spécialistes de la vulgarisation scientifique à la mise en texte d'une consultation théorique idéale, celle que l'on nous demande mais que l'on ne pourra jamais faire, où tout serait dit, en respectant à la lettre toutes les recommandations institutionnelles, et en protégeant et en valorisant au mieux l'exercice médical. Un outil qu'il suffit de faire lire au patient au décours du colloque singulier pour remplir sans effort supplémentaire ses obligations et, c'est en tout cas mon expérience, changer radicalement le regard du patient.

Il s'agit là très précisément de l'outil qui manquait. La bienveillance et le soutien croissant dont bénéficie ce fonds de la part des institutions me conforte dans cette voie en passe de devenir référentielle.

Chacun est néanmoins libre de ses choix, de son exercice et de l'image qu'il souhaite donner mais pourquoi se priver de faire mieux pour le patient, à fortiori si cela correspond aux recommandations d'exercice ?, pourquoi rejeter ces recommandations parce que l'on estime ne pas pouvoir les respecter alors qu'elles enrichissent nos exercices ?

La protection de nos exercices

Le législateur nous demande de pouvoir prouver l'information péri opératoire donnée, pourquoi ? pour nous mettre aux bans ou pour nous protéger ?

Nous savons que le patient n'intègre pas l'essentiel de l'information péri opératoire, nous vivons mal le fait que le défaut d'information argué par le patient, à posteriori, quand les choses tournent mal, n'est souvent qu'un prétexte.

Pourquoi refuser la possibilité de prouver que l'on a correctement informé ?

Le législateur ne nous demande pas de signature, il nous demande juste de pouvoir présenter un ensemble d'éléments démontrant que nous avons informé correctement, considérant qu'un défaut d'information est considéré comme un défaut de soins (art. L1112-1 du code de la santé publique) et une perte de chance pour le patient du fait d'informations manquantes à sa décision (art. L1111-2 code de la santé publique).

La encore le bât blesse, nous n'avons pas les moyens de prouver sans contester avoir bien fait. Le faisceau de présomption (lettre explicative au correspondant, au patient, notes dans le dossier, etc.) ne peut pas répondre aux recommandations, alors, tout cela est à la libre appréciation du juge ...

On peut ne rien faire, on a tous une bonne clientèle et les problèmes n'arrivent qu'aux autres.

Faire signer, oui mais quoi ? Un consentement éclairé ne protège pas car le contenu de l'information y est défini de manière générique et sujette à discussion (j'ai reçu une information loyale etc.) !

Je pense qu'il faut cosigner avec le patient une attestation d'information précisant le contenu et les modalités de cette information.

Nous avons travaillé des mois avec des experts et des juristes pour définir une attestation d'information péri opératoire dans laquelle le contenu de l'information est certifié puisque basé sur des documents déposés et protégés. Il s'agit là d'une innovation majeure puisque la responsabilité de la preuve du contenu de cette information est transférée à un tiers (Persomed) qui a les moyens légaux de cette preuve (dépôt légal). Ce document reprend toutes les recommandations, il n'a qu'à être signé au décours du colloque singulier, après que le patient ait pris connaissance du document d'information correspondant. Pour le patient ? Un consentement éclairé est mal perçu, une attestation d'information cosignée est toujours comprise et, si l'information est de qualité, la démarche est unanimement appréciée par le patient.

En conclusion ?

En matière d'information péri opératoire, on nous demande des évidences que nous ne pouvons réfuter : Faire un peu mieux. Le législateur nous demande de pouvoir prouver que nous le faisons bien, pour pouvoir nous protéger et pour éviter les dérives actuelles et leurs incidences négatives sur nos exercices et notre image avec un coût de sinistralité non justifié qui risque de devenir exorbitant pour notre société

Il ne faut pas en tirer prétexte pour éviter de progresser dans ce qui constitue la partie la plus riche de notre quotidien, l'échange et la confiance avec nos patients.

Le rôle d'une société savante est de contribuer au mieux à l'évolution des recommandations et des lois et d'apporter à ses membres les informations et les moyens de progresser et de se protéger dans un métier d'exception où il ne suffit plus d'avoir « un cœur gros comme ça » pour s'épanouir.



DATE	TITRE	LIEU	INSCRIPTIONS
13-18/02/2007	AAOS American Academy of Orthopaedic Surgeons	SAN DIEGO USA	http://www.aaos.org
7-11/03/2007	SIA Société Italienne d'Arthroscopie	MODENA ITALIE	http://www.siaonline.it/
11-15/05/2007	EFORT Fédération Européenne	FLORENCE ITALIE	http://www.efort.org
27-31/05/2007	ISAKOS International Society of Arthroscopy, Knee Surgery and Orthopedic Sport Medicine	FLORENCE ITALIE	http://www.isakos.org
8-9/06/2007	GRECMIP Chirurgie Mini-invasive de la Cheville et du pied	ARCACHON FRANCE	http://www.grecmip.com
12-15/07/2007	AOSSM American Orthopaedic Society os Sport Medicine	CALGARY CANADA	http://www.aossm.org
4-8/08/2007	AANA Congrès annuel Arthroscopy Association of North America	DENVER USA	http://www.aana.com
16-20/09/2007	ICSS International Congress on Shoulder Surgery	BAHIA BRESIL	http://www.icss2007.com
28-29/09/2007	AGA Association Germanique d'Arthroscopie	COLOGNE ALLEMAGNE	http://www.aga2007.de
20/10/2007	ABA Association Belge d'Arthroscopie	LILLE FRANCE	http://www.arthroaba.be
5-8/11/2007	Académie de la SOFCOT Socété Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	PARIS FRANCE	http://www.sofcot.com.fr
2-5/12/2007	SFR Société française de Rhumatologie	PARIS FRANCE	http://www.rhumatologie.asso.fr
6-8/12/2007	SFA Cours et Congrès Annuel	LYON FRANCE	http://www.sofarthro.com

Cours d'Arthroscopie IRCAD EITS - Strasbourg

23-24 Février	Arthroscopie du Poignet	(Anglais)
27-28 Février	Arthroscopie du Genou	(Français)
12-13 Juin	Arthroscopie de la Cheville	(Français)
14-15 Juin	Arthroscopie de l'Epaule	(Français)
23-24 Novembre	Arthroscopie du Poignet	(Anglais)
27-28 Novembre	Arthroscopie du Genou	(Anglais)
29-30 Novembre	Arthroscopie de l'Epaule	(Anglais)



DIU & EITS : FORTE PARTICIPATION DE LA SFA POUR LA FORMATION

Une des préoccupations majeures de la SFA a toujours été la formation. Initialement, un cours était organisé parallèlement aux congrès.

Depuis une dizaine d'année il a été remplacé par un diplôme national inter-universitaire qui réunit 17 facultés. Il s'adresse aussi bien aux chirurgiens installés qu'aux chefs de clinique et aux internes. Le DIU comprend un enseignement théorique qui s'étale sur 3 séminaires et qui est sanctionné par un examen écrit. Un apprentissage technique est prévu dans ce DIU par l'intermédiaire d'un stage de plusieurs mois auprès d'un praticien, arthroscopiste confirmé, véritable compagnon qui peut exercer en privé ou en public. Un critère nécessaire mais non suffisant pour encadrer un étudiant est d'être membre titulaire de la SFA. Enfin, ce DIU favorise la communication scientifique par la réalisation d'un mémoire proposé par le maître de stage. Les 3 meilleurs mémoires sont présentés lors du congrès annuel de la SFA et reçoivent un prix. Quant aux lauréats du DIU, ils gagnent une session de formation pratique. La difficulté d'obtention du diplôme (validation des 4 modules) traduit sa valeur ; il demande un investissement important durant une année.

Voici 7 ans, la SFA a aussi mis sur pied un centre de formation pratique sur pièces anatomiques fraîches. Situé à Strasbourg dans les exceptionnels locaux de l'European Institute of Tele Surgery, il permet au participant de réaliser des gestes arthroscopiques de base comme de se perfectionner sur des techniques plus avancées (suture méniscale, ligamentoplastie, réparation de coiffe, etc...) avec des conditions de matériel similaires à celles d'un vrai bloc opératoire. Il a obtenu l'agrément de centre formateur par l'ISAKOS.

Les sessions sont dédiées à une articulation (genou, épaule ou cheville) et sont limitées à 30 participants. Chaque participant possède sa propre pièce anatomique et travaille en binôme encadré par des experts reconnus.

Les cours durent deux jours. Les trois premières demi-journées se déroulent au laboratoire expérimental ; elles comprennent la démonstration d'un expert, puis la reproduction de la technique par chaque étudiant. La dernière demi-journée comprend des cours théoriques consacrés aux techniques et indications ; elle joue un rôle de débriefing interactif.

Certains cours sont réalisés en collaboration

avec l'AGA, l'ESSKA ou la SECEC en langue anglaise.

Nous tenons à remercier sincèrement les partenaires industriels spécialisés en arthroscopie dont le soutien a été un facteur déterminant dans la réalisation du projet et qui, depuis des années, ont fourni matériel et personnel sans lesquels ces cours ne seraient pas ce qu'ils sont.

L'arthroscopie nécessite une formation technique spécifique. **La SFA se fait un plaisir de partager ses connaissances : à bientôt !**

François Kelberine
Coordinateur du DIU &
Directeur des cours EITS

RENSEIGNEMENTS :

• Secrétariat DIU : Mme Monique Laudicina
Tel : 02 98 05 20 91
e-mail : monique.laudicina@chu-brest.fr

• Secrétariat EITS : Mme Cécile Poquet
Tel : 03 88 11 90 59 e-mail : Cecile.Poquet@ircad.u-strasbg.fr

• Web site SFA : sofarthro.com