



Cher membre, cher collègue,
cher ami,

Voici le deuxième numéro de SFA actualités, cette lettre d'information qui a vu le jour grâce au dynamisme d'Hubert Lanternier et à notre partenaire MCO est un outil de communication et d'information destiné à aux membres de la Société Française d'Arthroscopie. Si les membres du bureau ont contribué largement aux deux premières éditions nous souhaitons que le relais soit pris par l'ensemble des membres de la SFA. Petites annonces, billets d'humeur, informations syndicales sont autant de thèmes qui trouveront leur place ici et cette liste n'est pas exhaustive. Alors à vos claviers, stylos et dictaphones !
Arthroscopiquement votre

Ph. Hardy
Président

La SFA et La Chirurgie Mini Invasive

Depuis plus de 20 ans la SFA s'est singularisée au sein des autres Sociétés Savantes en fondant son action sur l'analyse d'une technique et non sur l'étude d'un organe.

La chirurgie mini invasive est à la mode, on en parle beaucoup, des opinions contradictoires circulent, le débat d'idées est lancé.

La SFA ne restera pas en dehors de la réflexion mini invasive et apportera au débat son expérience acquise depuis longtemps pour l'arthroscopie, procédé mini invasif par excellence. Sa place y est toute légitime car elle a montré que :

- une nouvelle méthode moins invasive n'est licite que si elle est aussi précise que le procédé conventionnel
- le caractère moins agressif du geste ne doit pas faire dériver les indications
- l'implant est au service de l'opération et pas le contraire
- la voie d'abord est au service de l'opération et pas le contraire

La SFA ne se met pas à la Chirurgie prothétique, elle veut seulement apporter sa contribution à la réflexion en cours.

A PROPOS D'UNE HISTOIRE...INSTRUCTIVE

J'ai été invité en tant que Président de la SFA à me présenter en personne au cabinet de Madame le Juge d'Instruction Anne AUCLAIR-RABINOWITCH du Tribunal de Grande Instance de Paris le 7 octobre 2003 à 15h00 pour y être entendu en qualité de témoin sur les faits reprochés à un collègue chirurgien orthopédiste dans une affaire l'opposant à Mademoiselle M. C.

La nature des faits reprochés était :

● mise en danger d'autrui (risque immédiat de mort ou d'infirmité par violation manifestement délibérée d'une obligation réglementaire de sécurité ou de prudence et prévue et réprimée par les articles 223-1, 223-18 et 223-20 du Code Pénal)

● blessure involontaire par manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements ayant entraîné une ITT de moins de 3 mois, prévue et réprimée par l'article 222-20 du Code pénal

En appendice de cette convocation, il m'était précisé que mon audition porterait sur la qualité requise pour procéder à des arthroscopies du genou et il m'était demandé de me munir de documents nécessaires pour répondre à cette question.

L'affaire était la suivante :

l'un de nos collègues, chirurgien orthopédiste (dont je ne connais bien sûr pas le nom) a été poursuivi par l'une de ses patientes en raison de la survenue d'une complication thrombo-embolique suite à une arthroscopie du genou. Cette patiente a en effet été opérée d'une arthroscopie du genou à la suite de laquelle elle a développé une phlébite sévère et une embolie pulmonaire ayant imposé plusieurs semaines d'hospitalisation et qui semble-t'il avait encore des séquelles post-phlébitiques gênantes. Elle n'avait pas bénéficié d'une protection par un anti-coagulant alors qu'il existait des antécédents thrombotiques.

L'expert nommé par le Juge d'Instruction avait conclu dans son rapport (que je n'ai pas lu mais qui m'a été rapporté par Madame le Juge) qu'il estimait qu'il y avait eu faute à ne pas prescrire un traitement préventif vu le contexte de la patiente, reproche que l'on peut comprendre. Par contre, il estimait aussi que ce chirurgien ne présentait pas toutes les garanties requises pour réaliser les arthroscopies, n'étant pas membre de la Société Française d'Arthroscopie ! C'est sur ce dernier point bien sûr que Madame le Juge d'Instruction souhaitait m'entendre.

Je lui ai bien précisé que l'adhésion à une Société Savante n'était pas une obligation pour réaliser des actes techniques quels qu'ils soient et que seule la qualification obtenue auprès du Conseil de l'Ordre faisait loi. Qui plus est, je lui ai rappelé mais elle le

savait, qu'en l'état actuel de la législation, un acte technique comme l'arthroscopie pouvait être réalisé par tout docteur en médecine pour peu qu'il exerce son art conformément au code de déontologie, c'est-à-dire de donner des soins en âme et conscience, dans les conditions réglementaires, et en donnant ces soins conformément aux données actuelles de la science. Je lui ai aussi précisé les conditions que devait réunir un candidat pour être membre titulaire de la Société Française d'Arthroscopie et l'existence récente d'un diplôme inter-universitaire d'arthroscopie.

Cette convocation à témoin inspire quelques réflexions :

● manifestement, certains de nos collègues experts analysent le niveau de compétence d'un médecin ou chirurgien incriminé dans une affaire de droit civil ou de droit pénal et l'appartenance à une Société Savante semble être un critère de qualité.

● pour le futur, cela m'amène à penser qu'un jour ou l'autre la possession d'un diplôme complémentaire de formation pour certaines techniques invasives particulières comme l'arthroscopie ou l'appartenance à une Société Savante dédiée à cette technique sera plus que conseillée !

● bien entendu, Madame le Juge d'Instruction a convenu qu'à l'heure actuelle, ce n'était pas le cas et elle m'a clairement exprimé son souhait de ne pas tenir compte de la remarque du médecin expert concernant la non-appartenance de ce chirurgien à notre Société Savante mais à plutôt tenir compte de son cursus de formation qui semble avoir été très correct et de sa pratique habituelle de l'arthroscopie qui semblait aussi le cas.

Bien que je ne sois pas en possession des conclusions qu'elle a pu tirer de mon entretien avec elle, je pense qu'elle n'a pas tenu compte des dernières réflexions de l'expert.

Par contre, cet événement me semble symptomatique de l'exigence toujours plus élevée de notre niveau de compétence et l'adhésion à une Société Savante et mieux encore une participation active aux travaux scientifiques de celle-ci seront certainement de nature à apporter une preuve supplémentaire que nous possédons les compétences nécessaires pour réaliser nos gestes techniques.

J.F. Kempf



Congrès SFA Bordeaux 2004

Michel Allard, Philippe Colombet et Pierre Henri Flurin nous accueilleront en décembre prochain. Attention cette année c'est le deuxième WE de décembre (9,10 et 11) et non pas le premier WE comme d'habitude.



Congrès SFA Paris 2005

François Kelberine et François Bonnet dirigent le Symposium sur l'arthroscopie du coude, Congrès de Paris 2005.

Ils sollicitent les membres de la SFA.

Cher Ami,

Dans le cadre du symposium sur l'arthroscopie du coude qui se tiendra lors de la SFA 2005 à Paris, nous menons plusieurs études. Comme de tradition, nous proposons à tous les membres de la SFA d'apporter leur pierre à l'édifice.

Ces études portent sur :

- 1• La situation épidémiologique en 2004-2005 de l'arthroscopie du coude au sein de la SFA.
- 2• Une analyse rétrospective des résultats concernant les indications les plus fréquentes (corps étrangers, lésion ostéochondrale du condyle huméral, pathologie synoviale).
- 3• Des pathologies spécifiques que sont l'arthrolyse et l'épicondylite. Afin de comparer les traitements arthroscopiques et conventionnels, nous conduisons une analyse rétrospective et une étude prospective.

Si tu as l'expérience de ce type de chirurgie (que ce soit sous arthroscopie ou à ciel ouvert) tu peux contacter l'un de nous afin qu'il te fasse parvenir les critères d'inclusion.

Toutes les fiches seront accessibles sur le site www.sofarthro.org ou chez l'un des François.

En vous remerciant par avance de votre participation

Avec toutes nos amitiés.

Pr. François BONNET
Francois.Bonnet@chru-strasbourg.fr

Dr. François KELBERINE
drfk@wanadoo.fr

L'erreur de côté

Hubert Lanternier & Henry Coudane

L'erreur de côté est un drame dévastateur et heureusement rare. Cette complication est particulière car elle existe malgré une prévention théorique totale. Il est apparu logique à l'équipe de Rhode Island (Patient compliance in avoiding wrong-site surgery. Christopher W. Di Giovanni and al. JBJS 85 A N° 5 May 2003) d'essayer d'améliorer la situation... Le bilan décevant de leur travail est exposé ci dessous. A lire et à méditer. **H. Lanternier.**



Par tradition le Chirurgien est omniscient, il maîtrise tout et le patient s'en remet à lui. L'identification du site opératoire correct est donc l'affaire de l'équipe soignante, le patient étant démuné (ou privé ?) d'initiative en la matière alors qu'il est en principe ici le meilleur garant de sécurité.

L'idée naturelle a donc été de l'impliquer. 100 patients ambulatoires consécutifs (chirurgie pied ou cheville) ont été invités (lors de la consultation préopératoire, oralement et par écrit) à inscrire « NO » sur le pied non concerné à l'aide d'un stylo marqueur indélébile noir. A l'admission la «patient's compliance with the pre operative instruction» était analysée. Résultats décevants : 59 % seulement d'inscriptions correctes, 4% d'inscriptions non conformes...et aucune inscription dans 37 % des cas !

Commentaires : l'implication du patient dans sa démarche de soins n'est pas encore fiable, on a tous connu des patients qui, impressionnés par la technicité ambiante et son impression de rigueur scientifique, se laissent docilement préparer un champ opératoire sur le mauvais côté. Notre démarche doit être double : verrouiller nos procédures pour éviter l'erreur et progressivement impliquer le patient et lui faire prendre conscience de sa position centrale dans l'action... «les droits légitimement acquis confèrent aussi des devoirs de cogestionnaires de la Santé». (Le Figaro mars 2004).

Henry Coudane nous livre une petite histoire vraie ...



Il était une fois un collègue arthroscopiste débordé (comme moi) qui fréquentait assidûment les réunions de la SFA (comme moi) et qui m'a téléphoné un matin :

"Salut Henry il faut que tu m'aides parce que je me suis trompé de côté en faisant une arthroscopie de genou ; en fait je m'en suis aperçu qu'à la fin quand on a récupéré les radios et le dossier. Je ne crois pas que ce soit trop grave car figure toi que j'ai trouvé une lésion méniscale sur le mauvais genou ; comme c'était sous AG, j'ai aussitôt fait l'autre côté ou entre parenthèse il y avait une lésion bien moins importante. Le soir j'ai expliqué à la patiente que j'avais fait un examen clinique de son genou (l'autre) et que j'avais dépisté une lésion et que j'avais préféré lui traiter

les deux genoux. Bien évidemment je n'ai facturé qu'un seul côté. Les suites sont simples mais la patiente a mal du "mauvais côté" et va voir un collègue qui lui a dit que cette histoire était louche ; bref je te passe les détails mais elle a fini par m'envoyer un huissier. Mon avocat dit qu'il vaut mieux transiger à l'amiable et que l'assurance est d'accord mais je n'en ai pas trop envie. Pourrais tu être l'expert dans cette affaire si on va au tribunal ?"

Voici ce que j'ai répondu au collègue : "Sois raisonnable ; tu as beaucoup de chance que ton assurance veuille régler cette affaire à l'amiable ; accepte tout de suite et abstiens toi de tout car sinon tu es sûr de plonger et avec un peu de malchance au pénal".

Il semble que la sémantique du message soit passée et que la solution à l'amiable ait été acceptée. La morale de cette affaire est dans les actes du Congrès de la Baule sur les complications des arthroscopies : je vous laisse la retrouver dans le cadre de la prévention et de la gestion des erreurs de côté ; comme l'écrivait un grand homme politique "n'ayons pas peur de nos fautes".

Erreur de côté : gestion pratique

- 1• Ne pas raconter d'histoires : le prétendu « examen sous AG qui a dépisté une lésion plus grave sur l'autre genou, alors j'ai préféré la traiter » ne tiendra pas un instant à l'expertise.
- 2• Expliquer tout de suite que l'on s'est trompé. Pas facile, mais c'est le seul espoir de conserver le contact. « La vérité finira toujours par sortir, autant que ce soit par moi ».
- 3• Si découverte en per opératoire, faut-il continuer et faire ensuite « le bon côté » ? Oui sûrement s'il

s'agit d'une opération dont la bilatéralité ne change pas radicalement les suites (ménisectomie arthroscopique). Le patient est venu pour un problème : si on lui inflige une erreur et que, en plus, on ne règle pas le problème ça fait beaucoup.

- 4• Si la bilatéralité change les suites, il faut s'abstenir. Une ostéotomie de genou qui passe de 6 semaines de cannes anglaises à 6 semaines de fauteuil roulant pour bilatéralité ne sera pas contente.
- 5• Prévenir son assureur.

Travelling fellows

Faites acte de candidature auprès de David Dejour et allez sur le site www.sofarthro.org, vous y trouverez le rapport de voyage enthousiaste de C. Conso et F. Sirveaux.





P. Djian et C. Hulet étaient à Athènes au 11ème Congrès de l'ESSKA en mai 2004.

Rapport de voyage.

Reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA) et contrôle de la stabilité rotatoire du genou :

Plusieurs symposiums ont permis d'approcher ce problème. Les questions qui ont été soulevées sont : quels sont les mouvements anormaux qui provoquent l'usure cartilagineuse lors d'une laxité antérieure chronique ? Les reconstructions actuelles du LCA restaurent-elles les mouvements physiologiques du genou ?

Plusieurs éléments de réponses peuvent être apportés par l'étude 'in vivo' des mouvements en 3D par analyse de la marche. A Georgoulis a rapporté une étude de la marche, lors d'une activité de descente et de pivot et de réception de saut en pivot. L'étude de patient ayant une laxité antérieure par rupture du LCA met en évidence une libération de la rotation tibiale interne qui est délétère pour le revêtement cartilagineux du plateau tibial médial. Les reconstructions actuelles, qui ne remplacent que le faisceau antéro-médial du LCA, ne restaurent que partiellement la rotation tibiale interne physiologique. Dans les activités en pivot, les reconstructions actuelles ne permettent pas de contrôler les rotations tibiales par comparaison au genou controlatéral sain. La différence est statistiquement différente. Les reconstructions actuelles ne sont pas anatomiques ; elles reconstruisent le faisceau antéro-médial alors que le LCA natif présente deux faisceaux dont un faisceau postéro latéral qui contrôle au mieux la rotation tibiale. Malgré ces réserves, le faisceau antéro-médial contrôle d'une façon tout à fait satisfaisante la laxité antérieure.

S Woo a souligné l'importance des deux faisceaux dont les reconstructions au laboratoire et contrôlé par le robot (UFS testing system) montrent la supériorité des techniques doubles faisceaux dans le contrôle de la laxité antérieure et rotatoire.

Les études cliniques préliminaires permettant une reconstruction des deux faisceaux sont prometteuses. La laxité antérieure est contrôlée de manière tout à fait satisfaisante. La laxité rotatoire est actuellement difficile à apprécier cliniquement et il nous manque un dispositif permettant de mesurer cette laxité rotatoire de manière simple et reproductible.

Les techniques chirurgicales de reconstruction des deux faisceaux sont actuellement au point et peuvent être effectuées sous arthroscopie à l'aide des tendons ischio-jambiers médiaux. Plusieurs équipes dans le monde travaillent sur ce sujet, les Japonais sont les premiers à avoir travaillé dessus in vivo.

Remarques : sujet passionnant en pleine évolution dont les résultats permettront d'augmenter le pourcentage de bons résultats dans cette chirurgie difficile aussi bien à court et à long terme ; en effet, le pourcentage de lésions cartilagineuses à long terme, laisse à penser que les reconstructions actuelles ne reconstituant que le faisceau antéro-médial sont insuffisantes.

Autre sujet de controverse, le choix de la greffe dans la reconstruction du LCA avec plus de huit études (Springer, Marcucci, Bizzini, Giron, Siebold, Laxdal, Feller, Wagner, Harites). Ces études parviennent de tous les pays d'Europe mais aussi d'Australie. Les effectifs sont compris entre 26 et 87 cas par groupe et le recul moyen est de 1 an minimum. Springer et Wagner donnent un léger avantage au DIDT, mais les différences sont minimales. Laxdal ne retrouve pas de différence, Bizzini retrouve des genoux plus stables avec le tendon rotulien surtout chez les femmes. Dans cette population plus sujette à "discussion", Giron retrouve des résultats sans différence avec des douleurs antérieures présentes dans les deux cas.

Ce sujet reste toujours très conversé et les études actuellement ne permettent pas de conclure à la supériorité d'une technique par rapport à l'autre. Les comparaisons entre les différentes études sont difficiles du fait des différentes techniques de fixation utilisées.

Retour aux activités sportives après reconstruction du ligament croisé antérieur

Les critères de retour aux activités sportives sont actuellement sujets à discussion dans le monde. Aucun critère objectif et fiable n'est reconnu.

La majorité des athlètes, après une reconstruction du LCA veulent reprendre leurs activités sportives au même niveau qu'avant l'accident le plus rapidement possible. Cela suppose, pour le chirurgien, de regagner une stabilité anatomique identique au côté opposé. Cela suppose aussi pour le médecin de rééducation, de regagner, une mobilité, un volume musculaire et une force musculaire identique au côté opposé.

S. Werner rappelle, qu'une force supérieure à 85% par rapport au côté opposé, est communément admise pour le retour aux activités sportives. Une combinaison d'exercices en chaîne cinétique fermée et ouverte semble de manière significative donner une force quadricipitale plus importante avec un retour aux activités sportives plus tôt qu'avec les seuls exercices en chaîne cinétique fermée.

Pour la rééducation proprioceptive, S Werner rappelle que peu de choses sont connues mais que ce type de rééducation est certainement favorable avant la reprise des activités sportives.

Au total, S. Werner propose les critères suivants : mobilité normale et symétrique, force musculaire quadricipitale à 85 % par rapport au côté opposé sans douleur et sans gonflement.

May Risberg a évalué une série de patients jusqu'à deux ans postopératoire. Pour elle, la force musculaire quadricipitale et des ischio-jambiers augmente régulièrement jusqu'à la deuxième année. Dans cette étude, la force musculaire est la valeur la plus importante à prendre en compte pour la reprise d'une activité sportive.

Remarques : actuellement, le retour aux activités sportives après reconstruction du LCA se fait de manière empirique. Il n'y a aucun critère objectif. Il est temps de définir ces critères.

Symposium sur les réparations méniscales

Il s'agit d'un travail européen multicentrique sur les réparations méniscales sur genou stable ou instable. Après un rappel anatomique et biomécanique qui insiste sur la transmission des forces intra-articulaires, les auteurs rappellent que la méniscectomie totale peut entraîner une augmentation des forces de 55 % sur le tibia. Concernant les études biomécaniques, le fil de suture reste l'élément le plus sûr pour faire une réinsertion méniscale. Tous les autres implants ont des tenues biomécaniques inférieures au fil de suture. Par ailleurs des complications cartilagineuses sont décrites avec les implants résorbables. Les études cliniques ont permis de dégager les taux de cicatrisation méniscale. Une cicatrisation complète sur des lésions verticales est obtenue dans 43,4%, une cicatrisation incomplète dans 27,3% et enfin un échec dans 29,3% des cas. Lorsque l'on sépare les étiologies, sur genou instable dans l'étude prospective, 75 % des ménisques ont cicatrisé (42% complètement et 33% incomplètement). Dans la série de genoux dits stables, 80 % des ménisques dans l'étude prospective ont cicatrisé (45% complètement et 35 % incomplètement).

Remarques : étude très intéressante qui démontre, qu'aujourd'hui, nous disposons d'une fixation solide qui permet une cicatrisation méniscale effective. Ceci devrait changer à long terme le résultat sur la dégradation cartilagineuse.

Technique Mini invasive pour la mise en place des prothèses totales de genou.

Depuis quelques années, des techniques dites « mini invasives » se développent pour la mise en place des prothèses totales de genou. Dans un symposium, plusieurs auteurs ont fait part de leur expérience. D. Murray a rapporté son expérience de l'unicompartimentaire par cette technique. Cela fait plusieurs années que les utilisateurs de l'Oxford ont développé un ancillaire spécifique. L'incision cutanée fait 5 cm en parapatellaire interne. Il n'y a aucune section ligamentaire. Le problème majeur est que cette technique est réputée facile pour les promoteurs. Cependant, cette technique doit être utilisée par des opérateurs entraînés dans ce type d'intervention car la vision intra-articulaire est petite et les fautes techniques peuvent survenir rapidement.

M.Pagnano et S. Hass aux Etats-Unis ont fait part de leur expérience de technique mini invasive. Il s'agit de voies d'abord profondes en « mid vastus » ou en voie de Gernez qui épargne donc le tendon quadricipital. La rotule n'est pas retournée mais simplement luxée en externe. L'instrumentation utilisée est beaucoup moins encombrante qu'à l'habitude. L'économie sur les parties molles est réelle et les suites opératoires sont simplifiées en termes de récupération, de saignement et de douleur. La courbe d'apprentissage ne semble pas très longue. Nous ne savons pas si cette technique peut s'appliquer à de grandes déformations car l'accès aux parties molles semble limité.

N.Thomas a conclu sur une communication de prudence car comme toujours toute nouvelle technique doit être évaluée.

Remarques : sujet encore nouveau et controversé. Il est certain qu'il s'agit d'une technique d'avenir qui a le mérite d'épargner les tissus mous (ligaments et muscles) adjacents à l'articulation.

IRCAD EITS

les Cours de la SFA s'ouvrent à l'Europe.



François Kelberine continue à animer avec énergie les Cours de l'IRCAD EITS, Inscriptions et renseignements sur le site www.sofarthro.org ou par téléphone au secrétariat de l'EITS 03 88 33 90 18.

Les cours 2005

- 11 et 12 Janvier : cours francophone épaule
- 13 et 14 Janvier : cours anglophone genou en collaboration avec l'AGA
- 07 et 08 Juin : cours épaule francophone
- 09 et 10 Juin : cours anglophone épaule avec la SECEC
- 29 et 30 Novembre : cours genou anglophone avec l'ESSKA
- 01 et 02 Décembre : cours cheville francophone



Infos Congrès 2004 - 2006

L'Arthroscopie reste une discipline jeune : elle bouge, elle travaille, les idées s'échangent; Philippe Hardy vous fait le point sur les congrès à venir.

Date	Titre	Lieu	Inscriptions	Site web
1-2/10/2004	AGA REUNION ANNUELLE	LUZERN SUISSE	Intercongress Gmbh Krautgartenstr 30 65205 WIESBADEN • ALLEMAGNE Tel +49 61 19 77 16 35 Jutta.wachter@intercongress.de	www.aga-luzern2004.ch
7-10/10/2004	INTERNATIONAL COURSE ON SHOULDER ARTHROSCOPY AND SHOULDER SURGERY	MUNICH ALLEMAGNE	Intercongress • Sabine de Fries Karlsruhe Strasse 3 79108 FREIBURG • ALLEMAGNE sabine.de.fries@intercongress.de	www.sporthortho.de www.registration.intercongress.de
15-16/10/2004	11 ^{èmes} JOURNÉES LYONNAISES DE CHIRURGIE DU GENOU	LYON FRANCE	ALRM 8 rue de Margnolles 69300 CALUIRE • FRANCE Tel +33 47 20 76 222 • Fax +33 47 20 40 666 alm@wanadoo.fr	www.lyon-genou.com
30/10-01/11/2004	7 th CONGRESS OF TURKISH SOCIETY OF SPORTS TRAUMATOLOGY ARTHROSCOPY AND KNEE SURGERY COMBINED WITH THE 3 rd CONGRESS OF ASIA-PACIFIC KNEE SOCIETY	ISTAMBUL TURKIE		www.asia-pacific-turkspor.org/
2-12/11/2004	SOFCOT Congrès Annuel	PARIS FRANCE	SOFCOT 56 rue Boissonade 75014 PARIS • FRANCE Tel +33 14 32 24 754 • Fax +33 14 32 24 670 sofcot@sofcot.com.fr	www.sofcot.com.fr
9-11/12/2004	SFA Congrès annuel	BORDEAUX FRANCE	MCO Congrès 27 rue du Four à Chaux 13007 MARSEILLE • FRANCE Tel +33 49 50 93 800 • Fax +33 49 50 93 801 info@mcocongres.com	www.sofarthro.org www.mcocongres.com
14-17/12/2004	IRCAD Cours en Anglais EPAULE ET GENOU	STRASBOURG FRANCE	IRCAD Hopital Civil • BP 426 67091 STRASBOURG Cedex 2005 • FRANCE	www.sofarthro.org www.eits.org
23-30/01/2005	ADVANCED COURSE ON SHOULDER ARTHROSCOPY	VAL D'ISÈRE FRANCE	Centre de Congrès BP 228 73155 VAL D'ISERE CEDEX • FRANCE	www.valdisere-congres.com
26/02/2005	AAOS Congrès annuel	WASHINGTON USA	American Academy of Orthopedic Surgeons 6300 North River Road Rosemont ILLINOIS 60018-4262 • USA	www.aaos.org
3-7/04/2005	ISAKOS	HOLLYWOOD FLORIDA • USA	ISAKOS 145 Town and Country Drive Suite 106 DANVILLE CA 94526-3963 • USA	www.isakos.com
29-30/04/2005	INTERNATIONNAL CONFERENCE ON SHOULDER ARTHROPLASTY	PARIS Palais des Congrès FRANCE	Institut de la Main • Clinique Jouvenet 18, rue Jouvenet 75016 PARIS • FRANCE	www.institutdelamain.com
12-15/05/2005	AANA Congrès annuel	VANCOUVER CANADA	Arthroscopy Association of North America 6300 North River Road Rosemont ILLINOIS 60018-4262 • USA	www.aana.org
25-27/05/2005	ASSOCIATION ESPAGNOLE D'ARTHROSCOPIE	TARRAGONE ESPAGNE	aea@aearthroscopia.com	www.servitel.es/aearthroscopia
14-17/07/2005	AOSSM Réunion Annuelle	KEYSTONE COLORADO • USA	AOSSM 630 North River Road Suite 500 ROSEMONT IL 60018 • USA	www.sportsmed.org
21-24/09/2005	SECEC Congrès annuel	ROME ITALIE	AISC MGR AIM GROUP Via Adelaide Ristori 38 00197 ROMA • ITALIA secec2005@aimgroup.it	www.secec.org www.aimgroup.it/2005/secec
2006				
11/03/2006	AAOS Congrès annuel	NEW ORLEANS USA	American Academy of Orthopedic Surgeons 6300 North River Road Rosemont ILLINOIS 60018-4262 • USA	www.aaos.org
18-21/05/2006	AANA Congrès annuel	HOLLYWOOD FLORIDA • USA	Arthroscopy Association of North America 6300 North River Road Rosemont ILLINOIS 60018-4262 • USA	www.aana.org
29/06-02/07/2006	AOSSM Réunion Annuelle	HERSHEY PENNSYLVANIA • USA	AOSSM 630 North River Road Suite 500 ROSEMONT IL 60018 • USA	

Calendrier Scolaire

2004 / 2005	ZONE A	ZONE B	ZONE C
Rentrée des enseignants		1er sept. 2004	
Rentrée des élèves		2 sept. 2004	
Toussaint		23 oct. / 4 nov. 2004	
Noël		18 déc. 2004 / 3 janv. 2005	
Hiver	12-28 fév. 2005	5-21 fév 2005	19 fév. / 7 mars 2005
Printemps	16 avr. / 2 mai 2005	9-25 avr. 2005	23 avr. / 9 mai 2005
Début des vacances d'été		2 juillet 2005	

2005 / 2006	ZONE A	ZONE B	ZONE C
Rentrée des enseignants		1er sept. 2005	
Rentrée des élèves		2 sept. 2005	
Toussaint		22 oct. / 3 nov. 2005	
Noël		17 déc. 2005 / 3 janv. 2006	
Hiver	18 fév. / 6 mars 2006	11-27 fév 2006	4-20 fév. 2006
Printemps	22 avr. / 9 mai 2006	15 avr. / 2 mai 2006	8-24 avr. 2006
Début des vacances d'été		4 juillet 2006	