

# IX - LES CONDITIONS D'EXERCICE

## IX.1 - Plateau technique

La pratique de la chirurgie orthopédique et traumatologique nécessite de regrouper dans la même unité de lieu les salles d'opérations et les locaux de stockage des matériels implantables.

### IX.1.1 - L'architecture des salles opératoires doit permettre :

#### A - La lutte contre les infections nosocomiales

Celle-ci impose des salles d'opérations nues, sans carrelage, sans relief au niveau des fenêtres et luminaires, sans placard, sans mobilier accroché aux murs pour permettre un nettoyage et une désinfection complète. Le revêtement des murs en matériaux souples résiste mieux aux lavages et aux chocs que la peinture.

La salle doit être ventilée en hyperpression par un circuit d'air soufflé à partir d'un plafond ou à la rigueur d'un mur. Dans ce dernier cas, l'air est soufflé d'un côté de la pièce et aspiré de l'autre. La vitesse de soufflerie est basse. L'air est filtré à ses entrées dans la salle d'opérations. L'aspiration se fait en partie haute et surtout basse. Avec ces conditions les particules donnant naissance à des colonies (p.n.c.) dans les prélèvements d'air doivent être en dessous de 10 p.n.c. par m<sup>3</sup> ; des prélèvements réguliers doivent s'assurer du bon fonctionnement de la filtration (tous les 3 mois) ; En cas de résultats non-conformes, des vérifications du système de ventilation doivent être faites immédiatement et leur efficacité contrôlée.

La zone opératoire peut être délimitée par des parois amovibles telles que les parois de la tente de Charnley. D'autres serres ont été construites avec des parois en verre. Ces parois s'arrêtent à 20 ou 30 centimètres au-dessus du sol pour permettre l'évacuation de l'air. D'autres serres ont des minijupes descendant moins bas qui permettent de maintenir un flux unidirectionnel au niveau de la plaie, éliminant les risques de balayage par de l'air extérieur, elles protègent la plaie opératoire et les tables d'instruments.

L'efficacité de ces serres a été discutée, mais les statistiques de LIDWELL sur 6 000 patients, l'ont démontré surtout lorsque l'équipe chirurgicale est habillée de scaphandres.

La contamination de la plaie vient essentiellement du personnel qui doit appliquer des règles d'hygiène et d'habillement empêchant la diffusion des germes dont il est porteur. L'utilisation de champs et de casaques à usage unique et résistant est recommandée. Le malade est aussi porteur de germes ; la préparation de sa peau selon des procédures validées est nécessaire.

L'antibiothérapie peropératoire dans les interventions à risque a permis de réduire encore la fréquence des complications infectieuses.

### **B- La chirurgie arthroscopique.**

Elle permet la réalisation d'interventions avec un abord très limité. Un orifice permet le passage d'un tube optique et le contrôle des gestes articulaires. Un ou deux autres orifices permettent l'introduction d'instruments permettant la réalisation des actes techniques.

Cette chirurgie peu invasive permet une hospitalisation courte. Elle se pratique au niveau de presque toutes les articulations.

Cette technique exige des colonnes fournissant écrans de vision, source de lumière froide, etc... Elle impose des contrats de maintenance.

### **C - La chirurgie assistée par ordinateur**

Elle est encore limitée par le coût des appareils, mais elle devrait se développer dans les prochaines années. Elle permet une chirurgie plus précise, notamment pour l'implantation des prothèses et les réparations ligamentaires. L'utilisation de robots est encore du domaine de la recherche.

### **D - L'utilisation d'autres matériels**

Il s'agit de l'amplificateur de brillance, éventuel appareil de récupération et filtration du sang, le matériel d'anesthésie, les tables orthopédiques adaptées, etc...

### **E - Conclusion sur les salles d'opérations**

La chirurgie ostéo-articulaire moderne nécessite un matériel important et justifie des salles de dimensions suffisantes.

La vraie question est donc : "Faut-il des salles réservées à la chirurgie orthopédique ou peut-on faire n'importe quelle chirurgie dans les salles de conception actuelle, étant donnée les possibilités de décontamination et de désinfection ? Le consensus professionnel orthopédique est en faveur de salles dédiées à la chirurgie ostéo-articulaire, en particulier pour toute la chirurgie prothétique et avec installation de flux unidirectionnel avec jupes courtes.

## **IX.1.2 - Les locaux de stockage**

La deuxième particularité de la spécialité concerne le matériel d'ostéosynthèse et les implants articulaires qui doivent être disponibles sur place. Il est nécessaire de disposer de toutes les tailles du(des) modèle(s) choisi(s) par le(s) chirurgien(s). Cela nécessite un stock important et justifie le regroupement des plateaux techniques plutôt que la mutualisation du matériel.

Pour le matériel ancillaire et le matériel de pose en général, la gestion des stocks doit être organisée et suivie. De plus en plus souvent le matériel est fourni par le distributeur, à la demande. Ce matériel doit être pré-désinfecté, stérilisé à son arrivée, puis nettoyé et décontaminé après utilisation avant renvoi à son distributeur.

### IX.1.3 - En Conclusion

Toutes ces exigences concernant le plateau technique doivent être remplies pour autoriser cette activité. La traçabilité de tout le matériel utilisé et le contrôle de toutes les procédures doivent être exigés par le chirurgien orthopédiste, pour lui permettre d'exécuter ses actes opératoires dans les conditions requises.

Ces exigences ont un coût, mais lorsqu'elles sont respectées, elles contribuent à la diminution des complications chirurgicales et de leurs conséquences financières, ce qui devrait réduire les primes d'assurance des établissements de santé.

---

## IX.2 - La chirurgie ambulatoire en orthopédie

---

La chirurgie ambulatoire a pris une part importante en chirurgie orthopédique, à l'instar de la chirurgie de la main.

Elle a été officiellement autorisée à partir du 2 octobre 1992. Le décret créant cette activité, a été très exigeant sur les conditions techniques, en particulier pour le bloc opératoire, afin d'éviter l'ouverture de centres n'offrant pas de garanties de sécurité.

Le plus souvent, ces unités ont été installées dans des établissements publics et privés qui disposaient déjà d'un plateau technique et d'une hospitalisation conventionnelle en chirurgie. Deux centres seulement n'entrant pas dans ce cadre ont été conventionnés par la C.R.A.M. pour la chirurgie de la main, l'un à Strasbourg et l'autre à Angers.

Les pathologies pouvant être traitées en ambulatoire au sein d'un établissement relèvent d'une décision commune chirurgien-anesthésiste en fonction de l'état général et de l'environnement socio-familial du patient. La continuité des soins doit être assurée, l'information pré-opératoire bien comprise et la prise en charge de la douleur de qualité.

A la suite d'études faites par l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire, le CREDES, la CNAM, etc..., plusieurs facteurs interfèrent dans cette décision. Cette chirurgie s'est plus développée dans le privé que dans le public, et dans les petits établissements. Elle a été favorisée par le développement de la pratique des anesthésies locorégionales.

En orthopédie, la CNAM a retenu 3 actes indicateurs du niveau de pratique chirurgicale ambulatoire:

- le canal carpien
- la maladie de Dupuytren
- l'arthroscopie du genou

Les chiffres relevés donnent un pourcentage de 72 % de canaux carpiens traités en ambulatoire. Pour la maladie de Dupuytren, 46 % sont traités en ambulatoire et ce chiffre aurait atteint 75 % dans les chiffres cités par l'étude du CREDES d'avril 2002.

Quant à l'arthroscopie, sa pratique en ambulatoire dépend autant du type de chirurgie que des choix de l'opération.

Toutes ces conditions étant respectées, ce mode d'hospitalisation ne peut que se développer de façon importante. Quant à l'argument économique il reste à évaluer par le biais d'études comparatives analytiques.

---

## **IX.3 - Les relevés d'activités, la classification des diagnostics et des actes**

---

### **IX.3.1 - Le code MEARY et le PMSI**

La nécessité de classer les différentes pathologies et les différents actes réalisés en chirurgie orthopédique et traumatologique pour les patients et la bibliographie, a été une préoccupation très ancienne de la SOFCOT. En 1966, dans la Revue de Chirurgie Orthopédie tome 52 n° 1 bis R. Meary publie le premier : "Code de classement des affections, interventions et références bibliographiques intéressant l'orthopédie et la traumatologie."

En 1995 Olivier Gagey et M P. de Resende de la mission PMSI à la Direction des Hôpitaux, réalisent un transcodage informatique MEARY-CIM10 (classification internationale des maladies 10ème édition). Ce travail permet la création du logiciel Susie Ortho, utilisé à l'AP de Paris. Des articles explicatifs ont été publiés dans Maîtrise Orthopédique par O. Gagey et R. Nizard ainsi que par E. Morgon dans le Bulletin des Orthopédistes Francophones (BOF) n° 31 d'octobre 1996.

Le codage des diagnostics et des actes devenant obligatoire dans l'ensemble des établissements de soins publics et privés par le décret du 22 juillet 1996, JL Rouvillain et B Ben Mansour réalisent une version papier de ce transcodage édité par Sauramps Médical - Montpellier 1999. Les actes y sont uniquement classés selon la Classification des Actes Médicaux (CdAM).

Avec l'arrivée de la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM), il semble difficile de réaliser un transcodage avec le code MEARY. D'autre part ce nouveau code commun de classement des actes médicaux a été conçu avec une large participation de l'ensemble des spécialistes et il est préférable de travailler à l'évolution de ce code plutôt qu'à vouloir maintenir le code MEARY pour les actes.

### IX.3.2 - CCAM (Classification commune des actes médicaux)

La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global : c'est-à-dire que chaque libellé comprend tous les éléments nécessaires à sa réalisation. L'objectif de la réforme de la Nomenclature était de créer un instrument unique (remplaçant les deux nomenclatures actuelles NGAP en libéral, CDAM en hospitalisation), en dissociant pour les actes techniques :

**1 - Le Travail médical** : a été déterminé pour chaque acte suivant les 4 critères " TEST " (temps-effort-stress-technique) par rapport à un acte de référence et hiérarchisé de façon experte par les sociétés savantes. L'inter-spécialité a été élaborée suivant une méthodologie propre à la CNAMTS.

Un nombre de " points travail " p, est déterminé pour chaque acte. La valeur financière du point de travail médical p, identique pour toutes les spécialités, est négociée avec les Caisses d'Assurance Maladie.

**2 - Le Coût de la Pratique** : a été estimé à partir des charges globales en secteur I pour chaque spécialité à partir des données chiffrées de la Direction Régionale (DRESS) tirées de la déclaration des revenus 2035. Cette somme, ramenée au nombre de points de travail médical de la spécialité, aboutit à la charge par point de travail médical, qui elle est différente pour chaque spécialité (ainsi, une même intervention peut avoir un coût différent suivant la spécialité de l'intervenant).

**(1 + 2) - l'Honoraire par acte** est le nombre de points travail affecté à chaque acte multiplié par la valeur unique du point additionné du montant du coût de la pratique par point-travail pour la spécialité considérée.

L'application stricte de la CCAM pourrait ne pas apporter de revalorisation à la chirurgie orthopédique et traumatologique. Les actes techniques chirurgicaux se trouvent appréciés aux mêmes niveaux que les actes techniques médicaux répétitifs. La CCAM a plutôt valorisé les gestes rares et difficiles au détriment des actes fréquents, avec un différentiel de rémunération à la minute atteignant une amplitude de 1 à 5. Finalement, c'est le temps passé qui a principalement été pris en compte.

Un supplément modulable pour la chirurgie s'ajoutera au point travail et au coût de la pratique, sans remettre ainsi en cause la CCAM dans son ensemble.

#### **A - Les modificateurs**

Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte et/ou sa valorisation ; il exclut les actes pour lesquels il est implicite. Il s'applique à la fois sur le travail médical et le coût de la pratique et concerne une liste d'actes : par exemple un ongle incarné ne pourra être coté en urgence !

Un cumul est possible sur 2 modificateurs mais 4 modificateurs pourront être codés.

- modificateur "**critère d'âge**" : < 28 jours, + 40% ; < à 3 ans, + 23% pour les actes nécessitant une anesthésie générale ou locorégionale ; < à 5 ans, + 17% pour tous les actes ; âge > ou = à 80 ans, + 20% (non cumulable avec le modificateur ASA pour le même intervenant).

- modificateur "**Indice de masse corporelle**" (pour les anesthésistes et la chirurgie abdominale ou cervicale) ; si IMC > à 35 : + 30%
- modificateur "**intervention sur antécédent d'intervention chirurgicale précédente**" depuis plus de vingt jours avec modifications tissulaires (brides) augmentant la durée de l'acte de plus de 30% : + 30%
- \* modificateur "**urgence Nuit, Week-End et Jours Fériés**" (Samedi à partir de 12H ?) : reste à définir l'urgence.

### **B - les associations d'actes techniques**

Une association correspond à la réalisation de plusieurs actes différents, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin.

**La CCAM prévoit la prise en compte du 1<sup>er</sup> acte à 100 %, du 2<sup>e</sup> à 40 % et du 3<sup>e</sup> à 40 %.**

En cas de voie d'abord différente, le 2<sup>ème</sup> acte est pris en charge à 75 %.

Ainsi, **3 actes associés sont possibles, y compris les actes complémentaires**, sauf pour les traumatismes multiples et la réanimation qui pourront associer plus de 3 actes.

Quant à l'**acte complémentaire**, c'est un geste facultatif au cours d'un acte isolé et ne peut être réalisé de manière indépendante. Il est toujours coté à 100%.

Enfin, les associations existant actuellement avec les Consultations sont maintenues.

### **C - Les modalités de codage**

La CCAM comporte 3 échelons de codage :

#### **1 - Le Code principal :**

Il comporte 7 caractères : 4 lettres et 3 chiffres :

- la première lettre concerne le grand appareil - par exemple **N** pour membre inférieur.
- la deuxième lettre l'organe (ou la fonction) dans cet appareil - par exemple **E** concerne l'articulation coxo-fémorale
- la troisième lettre définit l'action - par exemple **K** = remplacer
- la quatrième lettre identifie la voie d'abord (ou la technique utilisée) - par exemple **A** pour abord direct
- les 3 chiffres suivants servent à différencier les actes ayant le même codage en lettres.

#### **2 - Le code d'activité du praticien :**

Il identifie les différents intervenants pour un même acte - exemple **1** pour le chirurgien et **4** pour l'anesthésiste. Dans certains actes en plusieurs temps, il s'ajoute un code de phase de traitement, ainsi qu'un possible code documentaire : cela a été demandé par les Sociétés Savantes, mais n'est pas encore validé.

#### **3 - Le code des modificateurs :**

Il viendra le cas échéant s'ajouter aux codes principal et d'activité : **U** pour un acte réalisé en urgence, **E** pour un enfant de moins de 5 ans...

Enfin, pour certains actes à surcoût, on indique un code supplémentaire "C".

---

## IX.4 - Les responsabilités

---

### IX.4.1 - Juridique

#### A - L'information des personnes

Malade ou blessé à la fin du siècle dernier, le patient du 3<sup>ème</sup> millénaire est maintenant devenu aux yeux de la Loi une personne libre de ses actes et de ses choix. Le futur opéré est donc sensé pouvoir tout comprendre, à partir du moment où on lui explique clairement les risques et bénéfices de l'intervention qui lui est proposée et pouvoir se décider une fois informé. Cette information, que le patient peut refuser (ce qu'il faudra prouver, si besoin) est principalement orale en consultation, éventuellement étayée par des documents, si possible validés par les Sociétés Savantes de la spécialité (avis du Conseil de l'Ordre des Médecins). Rien n'empêche bien entendu la personne d'aller chercher sur Internet l'information contradictoire car sa validation scientifique est actuellement rarement assurée. Ceci légitime la démarche du site Persomed en cours d'évaluation par la SOFCOT.

Il peut être demandé au patient une preuve sous la forme d'un document de consentement éclairé à l'option thérapeutique choisie témoignant de la qualité de l'information. Cette preuve porte sur le respect de la procédure de la prise de décision "en toute connaissance de cause" et sur le délai de réflexion séparant la phase d'information (date de(s) la consultation(s) d'information) de la phase de décision (date de signature du document de consentement faisant foi). Cette démarche est censée faire la preuve qu'aucune pression n'a été imposée sur cette prise de décision, que l'entourage (la personne de confiance) a pu y participer, que d'autres avis ont matériellement pu être requis, etc... Ce scénario juridique "idéal", ne concerne aujourd'hui que la chirurgie programmée, les urgences en étant encore exclues. En réalité, nombreux sont les patients qui s'avouent plus inquiétés que rassurés voire déstabilisés par le protocole d'information sus-décrit.

C'est encore aujourd'hui autour de la signature du document dit de "consentement éclairé" que tourne la polémique française, quoiqu'il s'agisse indéniablement d'un élément qui ne saurait desservir le praticien. Ce document insuffisant à lui seul pour faire la preuve d'une information de qualité, qui doit avant tout être orale, est encore interprété actuellement par les avocats et les derniers assureurs encore actifs sur la marché sinistré de la responsabilité civile professionnelle (RCP) des chirurgiens, comme "nul et non avvenu" ou "tout particulièrement fondamental", selon qu'il dessert ou sert leurs intérêts..

#### B - Le dossier médical et sa communication (Loi du 4 mars 2002)

Le dossier médical est devenu la propriété du patient. Sa communication exhaustive à la demande de ce dernier ou de ses ayant-droits est exigible dans les 8 jours suivant la fin de l'hospitalisation, sous la responsabilité de la direction de l'établissement et aux frais du patient (photocopies, timbrage).

### **C - Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) : le "clash" de 2002**

Depuis l'arrêt Hédreul (février 1997), l'inversion de la preuve a bouleversé le monde de l'assurance en RCP en santé, en particulier des chirurgiens, anesthésistes et gynéco-obstétriciens. Il s'en est suivi non pas tant une élévation significative du nombre des procédures civiles qu'une augmentation "vertigineuse" des primes d'assurance. L'arrêt Perruche de 2001 puis la loi Kouchner du 4 mars 2002 sont venus aggraver la situation, conduisant au retrait de nombreuses compagnies d'assurance de ce secteur devenu "non rentable" et à "haut risque". La Loi du 30 décembre 2002 contrecarrant l'effet dévastateur de l'arrêt Perruche, la création d'un fond d'indemnisation (ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux) et d'un pôle commun d'assureur a permis de passer un cap. Il est cependant difficile de prévoir l'évolution de la situation, compte tenu des modifications législatives envisagées pour les années suivantes. La profession a réagi aux dérives sus-décrites, en particulier par la création de cellules de veille et de prévention des risques ("Orthorisq" pour les orthopédistes) en cours de finalisation, afin d'étudier objectivement la sinistralité et ses réelles conséquences juridiques et financières.

## **IX.4.2 - Les vigilances**

### **A - Hémovigilance, pharmacovigilance**

Elles concernent peu les chirurgiens orthopédistes, les transfusions étant essentiellement prescrites par les anesthésistes-réanimateurs et réalisées sous leur responsabilité. La collaboration des chirurgiens orthopédistes traumatologues dans ces domaines reste secondaire à côté de celle des pharmaciens et médecins anesthésistes.

### **B - Matérovigilance**

Il n'en est pas de même de la matériovigilance qui concerne au premier chef les COT, fort prescripteurs et consommateurs de matériels implantables dans le corps humain. Les procédures de déclaration sont bien codifiées, tout accident "grave" (et toute réintervention pour un problème de matériel est un accident grave du fait de la reprise de risques opératoires par le patient) doit conduire à une déclaration obligatoire par le responsable de matériovigilance de l'établissement. Ce dernier transmet le dossier de déclaration à l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) qui centralise les informations et instruit les dossiers. Le caractère obligatoire de ces déclarations n'est pas encore parfaitement appréhendé par les professionnels de santé, alors que l'absence de déclaration d'un incident/accident matériel est un acte illégal qui rend la défense du praticien particulièrement délicate en cas de poursuites. Afin de mieux répondre aux requêtes des Pouvoirs Publics en ces domaines, la SOFCOT s'est dotée depuis 1999 d'une cellule spécifique (le GEDIM, Groupe d'Etude des Dispositifs Implantables Médicaux) pour traiter de ces questions.

### IX.4.3 - Les instances au sein des établissements

#### A - Commission (public) ou Conférence (privé) Médicale d'Établissement (CME)

Créée dans les établissements publics, elle a été instituée dans les établissements privés en 1991 (article 12, Loi du 31 juillet portant réforme hospitalière). Elle est un des lieux d'échange entre l'administration et le corps médical. Elle intervient à titre consultatif dans tous les secteurs d'activité médicale et de fonctionnement administratif de l'établissement, l'évaluation des pratiques, les démarches d'accréditation, les flux de praticiens, la mise en place des vigilances, etc ... Dans les établissements privés, les COT en font partie de droit comme tout praticien exerçant dans l'établissement. Dans les grands établissements publics et universitaires, seuls certains praticiens élus par leurs pairs y siègent. De même dans ces grands centres (comme l'APHP), chaque hôpital possède une Commission Consultative Médicale (CCM) qui gère avec les administratifs le fonctionnement de l'établissement en observant les recommandations issues de la CME.

#### B - Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

L'investissement des COT au sein de cette structure devrait être majeur compte tenu de la lourdeur des procédures touchant leur activité dans le domaine de l'infection post-opératoire. En effet, même si la Loi du 30 décembre 2002 a mieux réparti les responsabilités et les charges d'indemnisation entre praticien, établissement de soins et ONIAM, une infection reste susceptible d'être considérée comme nosocomiale si elle survient dans l'année suivant un acte chirurgical ostéo-articulaire avec matériel implanté au lieu d'un mois pour les actes sans implants. Cette définition, datant de 1994, et qui ne tient pas compte du facteur "terrain" pouvant favoriser l'infection (état de santé général du patient et tares associées) mérite d'être revue et corrigée à la lumière de l'évolution des mentalités et de la jurisprudence de ces 10 dernières années.

D'autres instances organisées au sein des établissements de santé concernent les COT comme tout praticien y exerçant. Citons : **le Comité du médicament (COMEDIS)**; **la Commission de conciliation** (saisie par les patients ou leurs représentants légaux afin d'aplanir les litiges et de tenter de limiter les recours judiciaires); **le Comité de lutte contre la douleur (CLUD)**.

Précisons enfin que la participation au bon fonctionnement légalement obligatoire (accréditation oblige) de toutes ces instances reste volontaire et bénévole ...

### IX.4.4 - Les codages

#### A - La cotation des actes chirurgicaux

La Classification Commune de Actes Médicaux (CCAM) supposée prendre en compte l'effort intellectuel, la pénibilité des actes, la rémunération des équipes nécessaires à leur bonne réalisation, la lourdeur des suites opératoires devait remplacer en 2005 l'ancienne nomenclature (NGAPS). Elle privilégie la rémunération des interventions lourdes et stressantes au détriment des actes simples et répétitifs. Cette codification a été mise en application en même temps que la tarification à l'Activité (T2A), au prix là encore d'une charge de travail supplémentaire.

## **B - Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)**

Depuis le décret du 22 juillet 1996, obligation a été faite à tous les établissements de soins publics et privés de coder les diagnostics des pathologies traitées et des actes thérapeutiques réalisés à partir du Code International des Maladies (CIM) de l'OMS.

Plus de 6 000 actes sont ainsi regroupés dans le Catalogue des Actes Médicaux Français (CdAM). En chirurgie, ce codage comprend un diagnostic principal (DP) associé à des diagnostics associés (secondaires ou étiologiques, DA), à des pathologies intriquées (terrain) et aux actes anesthésiologistes et chirurgicaux pratiqués (souvent associés). Il doit être réalisé par les praticiens responsables de ces actes (anesthésistes et chirurgiens), sous le contrôle d'un médecin en charge du Département d'Informatique médicale (DIM) de l'établissement qui en assure la validité, l'exhaustivité et la transmission. Ce codage relativement complexe a le grand intérêt de créer des groupes homogènes de malades (GHM).

Toutes ces obligations administratives et non spécifiquement rémunérées se font au détriment des activités de soins des praticiens.

---

## **IX.5 - Soins de Suite & de Réadaptation (SSR)**

---

### **IX.5.1 - Introduction**

Les établissements de santé publique ou privée ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de suite ou de réadaptation, à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion globale. Leurs objectifs sont la limitation des handicaps physiques, la restauration somatique et psychologique, l'éducation du patient et, éventuellement de son entourage, la poursuite et le suivi des soins et du traitement, la préparation de la sortie et de la réinsertion. Le principe de la continuité des soins apparaît donc comme le fil conducteur en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation. Enfin, en aval, la mission des SSR est de préparer la réinsertion sociale, familiale et le cas échéant professionnelle des malades et leur prise en charge par des acteurs sanitaires, extra-hospitaliers et sociaux. Ces objectifs sont définis par la loi (Article L. 6111-2 du Code de ta Santé Publique - Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000) et la circulaire (DH/EO n°97-841 du 31 décembre 1997, relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation).

La durée moyenne de séjour (DMS) se réduisant de plus en plus lors d'une hospitalisation dans des lits de courts séjours pour une affection nécessitant les soins d'un chirurgien orthopédiste et traumatologue (COT), le besoin en lits de soins de suite s'est fait de plus en plus pressant, et malheureusement, les lits de soins de suites sont fréquemment occupés pour des problèmes sociaux.

## IX.5.2 - Classification des activités de SSR

La classification des activités des SSR est actuellement la suivante : lits de soins de suite médicalisés spécialisés (SSMED1), soins de suite médicalisés généralistes (SSMED2), médecine physique et de réadaptation (MPR) et enfin lits de réadaptation post-réanimation (SRPR) avec une différenciation entre lits de MPR Adultes et lits de MPR Enfants.

## IX.5.3 - Les patients

Le recrutement des patients à destination des lits de SSR est double :

- 1) les patients nécessitant une rééducation spécialisée après poly-traumatismes ou interventions orthopédiques complexes : ils sont généralement hospitalisés dans des lits de MPR Adultes ou Enfants.
- 2) les personnes vivant seules et non autonomes : il s'agit souvent d'un placement social qui relève alors des soins de suite médicalisés (SSMED 1 ou 2), en fonction de la pathologie initiale en sachant qu'un certain nombre de patients pourrait être également hospitalisé dans des structures d'aval relevant du médico-social (EHPAD ou autres structures). Enfin, après le moyen séjour représenté par ces structures, un certain nombre de patients, notamment les plus âgés vivant seuls, peuvent relever de structures de longs séjours.

## IX.5.4 - Les soins

### A - Les soins de suite et de réadaptation en chiffres

En 2000, selon la DREES ont été recensés en France 90.000 lits de SSR, dont environ 38.000 lits en hospitalisation publique, 28.000 lits d'hospitalisation privée sous dotation globale (PSPH) et 22.000 lits privés sous OQN (Cliniques privées). Deux millions de patients ont été hospitalisés en 2000 dans ces 90.000 lits, dont 590.000 dans des lits publics, 350.000 dans des structures privées sous dotation globale et, 460.000 dans des structures privées sous OQN. Ces deux millions de patients ont consommé 27 millions de journées d'hospitalisation (onze millions dans les structures publiques, huit millions cinq cent mille dans les structures privées sous dotation globale, sept millions cinq cent mille dans les structures privées sous OQN). Le taux d'occupation moyen de ces structures a été de 82%, en ce qui concerne l'hospitalisation conventionnelle, en sachant que de plus en plus de structures se sont dotées de lits d'hospitalisation ambulatoire. La DMS en hospitalisation conventionnelle était de 33 jours, relativement stable et correspondant à la durée réglementaire. Il est difficile de différencier les structures relevant strictement de la chirurgie orthopédique et traumatologique des autres. Le taux de couverture des besoins en lits de SSR dans les régions est très variable puisque cette autarcie va de 95% en Haute Normandie avec une excellente couverture de la population à 10% en Champagne Ardennes. **Le minimum à atteindre est de 1 lit de SSR pour 1.000 habitants.**

## **B - Les activités**

Seul un tiers des patients qui relèvent d'une prise en charge en SSR le sont à la suite d'un problème traumatique et/ou rhumatologique. Le coût moyen d'une journée de SSR est variable suivant les régions. Il était évalué en moyenne en 1995 à 120 euros avec une fourchette allant de 84 euros dans des lits de convalescence à 175 euros en rééducation fonctionnelle. Le coût moyen par patient en SSR était en 1995 de 3.552 euros avec une fourchette variant de 2.210 euros à 5.320 euros en rééducation fonctionnelle. Le taux de demande de lits de SSR va croissant du fait du vieillissement de la population. Il était récemment de 127 demandes pour mille lits de courts séjours, ce taux variant de 0,003 pour la pédiatrie à 0,988 pour les spécialités chirurgicales.

## **IX.5.5 - Conclusion**

Les problèmes rencontrés aujourd'hui dans les soins de suite et de réadaptation sont divers et multiples :

- 1) Inégalité de répartition sur le territoire national, suivant les régions
- 2) Inégalité au sein des régions de la répartition des lits de rééducation fonctionnelle.
- 3) Nécessité d'intégrer la rééducation fonctionnelle à une filière de soins à proximité des plateaux techniques hospitaliers afin d'éviter "l'exil" des patients de plus en plus âgés.
- 4) Nécessité de développer des alternatives à l'hospitalisation, avec développement des structures de maintien à domicile.
- 5) Nécessité de coopération plus étroite entre les services de courts séjours et de SSR en optimisant leur fonctionnement.
- 6) Problème de démographie médicale ; le nombre de médecins en formation dans la spécialité de rééducation fonctionnelle ne permettra pas, à l'avenir, de répondre quantitativement aux véritables besoins de la population.

---

## **IX.6 - Le Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes (SNCO)**

---

Celui-ci a été fondé en 1968 sous l'impulsion de Paul Masse. La reconnaissance par le Conseil National de l'Ordre des Médecins de la spécialité en chirurgie orthopédique a été le principal motif de sa création ; cette reconnaissance n'a été obtenue qu'en 1983 sous la négociation tenace de Jean Mallet, président à ce moment là.

L'action du syndicat depuis sa création s'est orientée dans de nombreuses directions et en tout premier lieu vers la reconnaissance de la spécialité. Auparavant, le syndicat avait obtenu la création d'une compétence et d'un exercice exclusif, le dédoublement des activités chirurgicales (un chirurgien "pour le dur", un chirurgien "pour le mou" dans les hôpitaux généraux et les établissements privés), puis plusieurs chirurgiens orthopédistes en particulier pour assurer la garde conjointes. Il a également permis l'individualisation de la chirurgie orthopédique pour des raisons d'asepsie et d'équipement des plateaux techniques.

La spécialité obtenue en 1983, les compétences du Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes se sont étendues à la démographie des chirurgiens orthopédistes et traumatologues et à la défense de leur spécialité.

Les relations entre le SNCO, le Collège et la SOFCOT sont permanentes par le biais des réunions régulières de la Fédération de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique. Cette relation se concrétise pendant les congrès de la SO.F.C.O.T. par une après-midi professionnelle où le syndicat peut exposer et discuter de ces missions devant un auditoire important. Le syndicat a organisé un Séminaire sur l'Évaluation en chirurgie orthopédique et traumatologique en 1996 sous l'égide de la Fédération associant SOFCOT, Syndicat et Collège. Il a de même organisé un séminaire sur la place du chirurgien orthopédiste dans l'accueil et le traitement des urgences quelques années plus tard.

Outre les problèmes de la démographie des chirurgiens orthopédistes et traumatologues, le Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes intervient dans la commission générale de la nomenclature et de la nouvelle CCAM. Du temps de la NGAPS, la représentation des orthopédistes n'était assurée que par l'intermédiaire des centrales dites représentatives. La commission qui assurera le suivi de la CCAM devra absolument inclure un orthopédiste.

Le Syndicat est en relation avec le Ministère de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Il est l'interlocuteur des autres syndicats chirurgicaux et médicaux ainsi que des grandes centrales multidisciplinaires (C.S.M.F., F.M.F., S.M.L., U.C.C.S.F.). Il est en relation avec le syndicat des fabricants de matériel (SNITEM). Il a aussi établi des relations avec les associations de malades et les Unions Régionales des Médecins Libéraux. Il intervient dans les conflits entre praticiens et Caisses Primaires d'Assurance Maladie, il s'est attaché en 2001 les services d'un Conseiller Juridique. Enfin, le syndicat s'est investi dans l'Europe au sein de l'Union des Médecins Spécialistes (UMS).

Bureau 2005 :     Président : Jacques CATON  
                          Secrétaire général : Patrice PAPIN  
                          Email SNCO : sofcot@sofcot.com.fr