



SYNDICAT NATIONAL des CHIRURGIENS ORTHOPÉDISTES

EDITORIAL

Jacques CATON (Président)

LA CHIRURGIE REVALORISÉE GRÂCE A VOTRE ACTION... MAIS RESTONS VIGILANTS !

En effet, grâce au SNCO, un accord valorisant la chirurgie de façon importante, valorisation qui survient après quinze ans de blocage des honoraires, a été signé avec le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale et avec les grandes centrales syndicales. Depuis plusieurs années, le SNCO s'était investi dans la défense de la chirurgie, afin de résoudre le malaise de notre profession, nous avons tout au long de ces années et notamment de l'année 2004 fait part de nos intentions ainsi que du plan que nous avons proposé aux différents ministères, qu'il s'agisse de Bernard KOUCHNER, Jean-François MATTEI ou Philippe DOUSTE-BLAZY. Le symptôme principal de ce malaise, nous l'avons vu est la désaffection de notre profession de la part de nos jeunes collègues, problème majeur qu'il faut résoudre et, pour lequel malheureusement nous n'avons pas encore trouvé de solution. Sans cela, la question que nous avons posée "Par qui serons-nous opérés demain ?" restera d'actualité.

Pendant tout l'été, le Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes a travaillé à la réalisation de ces accords, avec le collectif "Chirurgiens de France" et a participé au mouvement "la France sans chirurgien". Cet accord est important pour notre profession. En ce qui concerne la chirurgie libérale il va permettre le passage des anciens chefs de clinique et des anciens assistants des hôpitaux qui étaient bloqués en Secteur 1, en Secteur 2 au plus tard au 30 juin 2005. Outre l'injustice réparée, cette réforme est importante car elle conforte, bien évidemment, le secteur 2 qui aurait été fortement mis en cause si nous n'avions obtenu satisfaction sur cette revendication. Par ailleurs, en ce qui concerne la revalorisation tarifaire, celle-ci est significative.

Un premier accord de revalorisation de 12,5% est paru au Journal Officiel, notre revalorisation à terme aboutira à une augmentation de l'enveloppe chirurgicale dans le cadre de la CCAM de près de 40%. Enfin la prise en charge de la permanence des soins assurée par les chirurgiens bénévolement depuis toujours est enfin prise en compte dans les établissements privés, notamment pour les établissements sièges de SAU ou d'UPATOU mais également pour les établissements qui auront passé un contrat relais où qui ont déjà passé un contrat relais avec un SAU ou un UPATOU, ce que nous vous engageons à faire le plus rapidement (**150 euros par nuit, dimanche ou jour férié**). En ce qui concerne l'envolée des primes de RCP, nous n'avons pas obtenu satisfaction, néanmoins, la mise en place de RESIRISK à travers la loi portant réforme de l'assurance maladie est probablement, nous l'espérons, une garantie que ces primes seront tout au moins stabilisées ou qu'elles pourront peut être diminuer à l'avenir lorsque cette sinistralité sera connue. Tout ceci reste pour l'instant, en dehors du décret paru valorisant le KCC de 12,5%, un accord sur le papier, il est bien évident qu'il va falloir concrétiser, le plus rapidement, dans les décrets ministériels et dans la convention qui va être discutée avec les grandes centrales syndicales et avec l'UNCAM, ces avancées. En ce qui concerne la revalorisation de la chirurgie à l'hôpital, l'enveloppe financière accordée aux chirurgiens hospitaliers a été théoriquement aussi importante que celle accordée aux chirurgiens libéraux, malheureusement les différents syndicats hospitaliers, notamment ceux qui n'ont aucun chirurgien dans leurs rangs ont été très virulents sur un accord qui revalorisait exclusivement la chirurgie et ont réclamé "une part du gâteau". Ceci est pour nous un comportement peu responsable, il semble important que l'enveloppe allouée revalorise spécifiquement la chirurgie, en effet sans revalorisation de la chirurgie hospitalière nous ne résoudrons pas le problème de la démographie chirurgicale. Comprenant les attentes légitimes des autres spécialités, nous souhaitons néanmoins que celles-ci ne parasitent pas un accord qui va être discuté à partir du 1^{er} octobre 2004. Le SNCO restera vigilant sur les termes des négociations à venir en ce qui concerne la chirurgie publique et sur l'application de l'accord en ce qui concerne la chirurgie libérale.

Mais la tâche n'est pas pour autant terminée puisque la loi portant réforme de l'assurance maladie rend obligatoire la mise en place du **dossier médical personnel** dans lequel nous devons nous investir au travers notamment des Unions Régionales des Médecins Libéraux et aussi des Syndicats hospitaliers, il en est de même de **l'évaluation des pratiques professionnelles**, mises en place à compter de cette année et qui, nous le regrettons, de volontaire va devenir obligatoire, ce qui n'était pas le but du législateur lorsqu'il a primitivement institué cette évaluation. Par ailleurs, la CCAM qui sera appliquée avec la T2A à compter du premier décembre 2004 représente pour nous un saut dans l'inconnu tant en ce qui concerne la gestion des établissements de santé que la valorisation des actes chirurgicaux. Une commission issue de la CCAM se réunira chaque année avec les représentants des grandes centrales syndicales (CSMF, SML, UCCSF et FMF) afin de revaloriser le point travail, ce qui est un progrès incontestable par rapport à ce qui existait auparavant avec des honoraires figés pendant de très nombreuses années. Néanmoins, il faudra là aussi être très vigilant puisqu'un article de la loi portant

réforme de l'assurance maladie stipule " que sont examinés de façon conjointe " la valeur du point de travail et le volume des actes. Il est à craindre que si le volume des actes augmente de façon importante l'on ne prenne ce prétexte pour ne pas revaloriser le point travail de la CCAM ou même peut être le diminuer. Là aussi, prenons garde.

Enfin, en ce qui concerne l'avenir du syndicalisme chirurgical, l'expérience de cet été nous a montré que les chirurgiens devaient être unis et parler d'une seule voix, ce qui n'est pas toujours facile. Les chirurgiens de façon isolée n'obtiendront jamais de représentativité syndicale et nous plaidons pour un renforcement des syndicats de verticalité et pour la création d'une fédération des syndicats de spécialité chirurgicale dits "verticaux" à l'instar de ce qui existe sur le plan universitaire avec son pendant représenté par le collège des spécialités chirurgicales. Il est important que cette fédération se mette en place et nous y travaillerons afin que celle-ci émette des avis, des vœux et des directives pour l'avenir de notre profession. Les chantiers restent encore importants. C'est pour cette raison que nous avons besoin de vous, de votre fidélité à votre syndicat et nous vous demandons de bien vouloir demander à vos collègues qui n'en font pas encore partie **d'adhérer au seul Syndicat qui vous défende : le Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes.**

Nous vous remercions de venir nombreux à l'Assemblée Générale, durant le congrès de la SOFCOT, Assemblée Générale au cours de laquelle nous pourrions évoquer ces problèmes et bien d'autres.

BILAN D'UNE ANNÉE SYNDICALE

Patrice PAPIN, Secrétaire Général

L'année syndicale a été marquée par le règlement du problème des primes de RCP, de l'adoption de la loi sur l'assurance maladie, par le mouvement "la France sans Chirurgien" et par la mise en place de la CCAM.

L'élément moteur est la perte d'attractivité de la chirurgie pour les jeunes médecins qui ne veulent pas s'engager dans des études longues pour un métier passionnant mais dévalorisé associant pénibilité (horaires, astreintes et gardes etc...) responsabilités, risques iatrogènes etc... Si en 2003, le dernier interne à choisir la chirurgie était classé 1700^{ième}, en 2004 il est classé 2300^{ième}.

1/La France sans chirurgien.

Le SNCO, membre du mouvement "Chirurgien de France", a participé à toutes les négociations et à toutes décisions prises par le ministère pour la revalorisation de la chirurgie.

Le SNCO a participé au mouvement Chirurgical de France dès sa création en juin 2003 voyant une opportunité de défense collective de la profession.

La politique du SNCO a été très claire depuis plusieurs années et notamment depuis le début du mouvement "La France sans chirurgien" à savoir le règlement du problème démographique touchant la profession, la revalorisation tarifaire, la défense des chirurgiens du secteur 1 pour le passage en secteur 2, l'indemnisation de la permanence des soins et indemnisations des activités transversales et dans le cadre de la formation des plus jeunes, la mise en place d'un compagnonnage par des chirurgiens seniors agréés par les collèges de chirurgie quelque soit leur mode d'exercice, public, privé ou PSPH.

Le SNCO a défendu ses idées sans varier d'un iota à l'inverse d'autres participants. Le SNCO a notamment participé aux négociations avec le ministre ou avec le directeur de cabinet jusqu'à la réunion finale du 23-24 août.

Nous nous réjouissons d'avoir maintenu le cap et d'être resté ferme sur nos positions car ceci va permettre, entre autres, le passage des anciens chef de clinique et ancien assistant des hôpitaux en secteur 2 au plus tard au trente août 2005. Le SNCO a refusé contrairement à d'autre, devant le ministre qui a approuvé la position du SNCO, toute limitation tarifaire du secteur 2. Ceci est fondamental dans la perspective de la future négociation tripartite. Nous partirons unis. Mais de nombreux syndicalistes souhaitent sans vous informer réellement de leurs intentions une limitation des dépassements et nous pouvons entrevoir des prises de position du type "notre bien à tous" ou "finalement le tact et mesure c'est 30% de dépassement".

Par principe, comme ceci a été défini au conseil national de la chirurgie, le secteur optionnel est une option que l'on peut ou non choisir.

Le SNCO a par ailleurs défendu l'opinion selon laquelle la rémunération de la permanence des soins ne devait pas être réservé aux seuls établissements sièges d'un UPATOU ou d'un SAU mais à tous les chirurgiens et tous les établissements ce qui a été accepté, à condition de passer un contrat relais avec les établissements sièges de SAU OU UPATOU.

Enfin nous vous rappelons que la revalorisation des honoraires chirurgicaux obtenue par l'ensemble des membres de Chirurgical de France est plus que substantielle par l'intermédiaire de différentes opérations en partie par les forfaits modulables. Les dédommagements pour les aides opératoires, pour la RCP seront inclus dans ces forfaits.

Malheureusement, le volet chirurgical hospitalier est catastrophique. L'INPH a saboté les accords pour détruire toute revalorisation spécifique de la chirurgie à l'hôpital. Pour l'INPH, arc bouté sur le statut des PH, relique parfaite d'un fonctionnement hospitalier ubuesque, les chirurgiens hospitaliers ne font pas d'actes décisifs, n'ont pas un travail plus pénible que les autres médecins, et encourent moins de risque qu'un psychiatre.

Pour d'autres, nous pouvons très bien nous regrouper sur d'immenses plateaux techniques privés-publics pour qu'un chirurgien de garde travaillant sans discontinuité assure l'accès à la chirurgie.

Il est aussi déplorable de constater que les mesures financières pour les urgences s'adressent aux urgences médicales exclusivement.

A terme, cette situation pose le problème de la volonté de sauvegarder une filière française de chirurgie reconnue mondialement. La chirurgie hospitalière française va se paupériser.

2/ Résirisq OU l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle

Sous l'impulsion des URML, le SNCO a participé aux travaux pour la mise la mise à plat des problèmes de RCP au sein du groupe RESIRISQ sous l'égide de l'ANAES. Ceci a aussi abouti à la création de l'observatoire de la sinistralité et à l'accréditation de la qualité des pratiques professionnelles à ne pas confondre avec l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le SNCO s'est élevé contre la mise en place de tout système coercitif, une démarche qualité de valeur ne pouvant être que volontaire et dédommée. Enfin, il est certain que les assureurs et les mutuelles seront friands de ce type d'accréditation.

Observatoire des risques médicaux

"Art. L. 1142-29. - Les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales et à leur indemnisation sont communiquées par les assureurs des professionnels et organismes de santé mentionnés à l'article L. 1142-2, par les établissements chargés de leur propre assurance, par les commissions nationale et régionales prévues aux articles L. 1142-10 et L. 1142-5, à une commission rattachée à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. Le recueil et l'analyse des données qui lui sont transmises peuvent être délégués et font l'objet, sous son contrôle, d'une publication périodique. Cette commission prend toutes dispositions pour garantir la confidentialité des informations recueillies. Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie précise les modalités d'application du présent article."

"Art. L. 1414-3-3. - Au titre de sa mission d'accréditation des médecins exerçant en établissements de santé, la Haute Autorité de santé est chargée :

"1° De recueillir auprès des médecins ou des équipes médicales qui demandent à être accrédités, les déclarations des événements considérés comme porteurs de risques médicaux et de procéder à leur analyse ;

"2° D'élaborer avec les professionnels et les organismes concernés, selon des méthodes scientifiquement reconnues, ou de valider des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles fondés sur des critères multiples ;

"3° De diffuser ces référentiels et de favoriser leur utilisation par tous moyens appropriés ;

"4° D'organiser la procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales au regard des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles ;

"5° De veiller, par tout moyen approprié, à la validation des méthodes et à la cohérence des initiatives relatives à l'amélioration de la qualité dans le domaine de la prise en charge des patients."

Accréditation de la qualité de la pratique professionnelle

"Art. L. 4135-1. – Les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée dans les conditions mentionnées à l'article L. 1414-3-3. L'accréditation est valable pour une durée de quatre ans. Les résultats de la procédure d'accréditation sont publics. Les médecins et les équipes médicales engagés dans la procédure d'accréditation ou accrédités transmettent à la Haute Autorité de santé les informations nécessaires à l'analyse des événements médicaux indésirables.

"Un décret précise les conditions de mise en oeuvre du présent article et notamment les conditions dans lesquelles la demande d'accréditation peut être réservée aux médecins exerçant certaines spécialités particulièrement exposées au risque professionnel."

Les médecins soumis à l'obligation d'assurance mentionnée à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, qui exercent les spécialités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 4135-1 du même code et qui sont accrédités ou engagés dans une procédure de renouvellement de leur accréditation, peuvent bénéficier d'une aide à la souscription d'une assurance dont le montant est fixé, en fonction des spécialités et des conditions d'exercice, par décret. Cette aide est à la charge de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

A titre transitoire et pendant une durée de trois ans, les médecins engagés dans une procédure d'accréditation peuvent également bénéficier de l'aide mentionnée ci-dessus. S'ils renoncent à demander l'accréditation ou si elle leur est refusée, les médecins qui ont perçu l'aide mentionnée à l'alinéa précédent sont tenus de la rembourser.

Initialement, le mot label qui engage le résultat avait été cité mais le rapporteur de la loi a trouvé le mot trop proche du label des poulets de Bresse. Le mot accréditation est alors inclus dans la loi mais avec une erreur sémantique (et en contradiction avec les modèles européens puisque notre accréditation est une certification (n'empêche pas d'exercer). L'accréditation constitue un acte de délivrance d'une autorisation de fonctionnement. Elle permet d'attester de la qualité du service rendu, de rendre visible un niveau de qualité. La certification pour sa part garantit cette qualité, elle donne une assurance. Elle introduit donc un niveau d'exigence supplémentaire. Ce n'est pas dans ce sens malheureusement que la loi est écrite d'où des confusions possibles.

3/ Conseil National de la Chirurgie (CNC)

Le ministre de la santé monsieur philippe Douste-Blazy a installé le Conseil National de la Chirurgie le 16 juin 2004 sous la présidence du professeur Jacques Domergue avec comme rapporteur le professeur Henri Guidicelli.

"Si rien n'est fait, nous aurons perdu 22% de nos chirurgiens dans dix ans. Aujourd'hui, déjà, l'âge moyen d'un chirurgien est de 51 ans, alors que ce métier est éprouvant et requiert une dextérité sans comparaison avec d'autres métiers. Nous ne pouvons laisser la France se vider

ainsi de ses chirurgiens. La situation est grave" a rappelé le 16 juin Philippe Douste-Blazy. Le SNCO, membre du CNC, a participé à tous les travaux du CNC. Dans ses futures missions, le CNC fera appel à toutes les expertises disponibles.

4/ La CCAM

Le SNCO a participé, à la réunion du Mardi 27 janvier 2004 SOFCOT-SNCO – Groupe d'experts du COPIL (Comité de Pilotage de la CCAM) et Pôle Nomenclature de la CNAM. Les actes peu fréquents ont été valorisés alors qu'il semble que les actes courants aient été sous estimés. Nous ne pouvons malheureusement revenir sur cette classification. Si le pôle nomenclature, le ministère ainsi que certains syndicats soutiennent la thèse d'une revalorisation de 10%, ceci est peu probable car malheureusement les actes techniques répétitifs sont toujours bien valorisés à contrario des actes techniques chirurgicaux dit décisifs.

Le coût de la pratique défini à partir des données de la DRESS sur le niveau du secteur 1 (alors que plus de 80% des chirurgiens sont en secteur 2 et bientôt plus) va sérieusement amputer toute revalorisation par la CCAM. C'est pourquoi les forfaits modulables chirurgicaux qui doivent être mise en place sont indispensable à toute revalorisation.

5/ Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

Art. L. 4133-1-1. - L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés.

"Il est satisfait à cette obligation par la participation du médecin à un des dispositifs prévus à l'article L. 1414-3-1 ou à un des dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret.

le SNCO au sein de la Fédération française de chirurgie orthopédique a participé à l'élaboration des deux premiers référentiels en chirurgie orthopédique (il faut saluer le travail de Christian Delaunay) sur le compte rendu opératoire et le compte rendu opératoire pour PTH. Cette "production" de référentiel par la fédération est indispensable pour permettre l'évaluation de nos pratiques. De nombreux responsables médicaux ou gouvernementaux parient sur l'EPP, mais oublie qu'il faut des référentiels spécifiques à nos pratiques pour pouvoir être réalisée de façon constructive.

6/ Formation Médicale Continue (FMC)

Le SNCO s'implique dans la mise en place de la FMC avec la fédération des sociétés savantes. La SoFCOT s'est engagé dans une évaluation de son congrès annuel par la fédération des spécialités médicales. Cette démarche est le premier pas vers l'installation d'une FMC dédiée à la chirurgie orthopédie. Il est rappelé que le but est d'évaluer la pertinence des processus d'élaboration de la FMC au sein de la SoFCOT : ce n'est pas une évaluation du contenu du congrès et encore moins de l'évaluation des praticiens. Il s'agit d'un engagement dans une démarche qualité.

7/ L'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) : section orthopédie

En Europe, le système libéral est minoritaire.

Les problèmes soulevés par les membres sont les mêmes de la qualification à la compétence du mode de sélection à la démographie.

Ainsi la Belgique va réduire son *numerus clausus* rendant heureuse la Hollande pendant que les jeunes du sud de l'Europe seront parfois au chômage. Les Danois ont un mode de fonctionnement comparable à celui des infirmières pour régler les problèmes du temps de travail et ont concentré les plateaux techniques. Les astreintes (on call) sont considérées comme du temps de travail si le chirurgien est sur place en moins de 15 minutes.

Les listes d'attente existent pourtant dans de nombreux pays.

La féminisation de notre métier est un phénomène européen et l'appétence des jeunes pour une meilleure qualité de vie en contradiction avec la vie actuelle des chirurgiens.

En conclusion, un syndicalisme de spécialité, fort, indépendant, est de plus en plus indispensable en particulier pour les futures négociations tripartites. Nous espérons que le bureau du syndicat a répondu à vos attentes légitimes. Nous souhaitons un engagement fort de votre part à nos côtés pour permettre de continuer de défendre les chirurgiens orthopédistes et traumatologues hospitaliers, salariés ou privés.

T2A ET IMPLANTS PROTHÉTIQUES.

Marc BOULATE

Résumons : Demain le prix de l'implant prothétique sera inclus dans le "forfait par pathologie" (T2A) que percevra l'établissement de soins, pour le séjour de tout patient opéré, en service de chirurgie.

En clair, pour "optimiser" le coût du séjour, les établissements chercheront à minimiser le prix de l'implant prothétique.

Donc le chirurgien risque à terme de ne plus avoir la possibilité de choisir le type d'implant (prothétique, clou, plaque, ancre etc ...) mis en place au cours d'une intervention.

Mais paradoxe, le chirurgien continuera à assumer toute la responsabilité de son geste chirurgical.

Le choix des établissements risque d'évoluer vers "la prothèse au meilleur prix", voire la prothèse "générique".

Comment faire lorsque l'argument de votre directeur d'établissement sera celui de "la survie économique" de votre "outil de travail" ?

Eh bien comme d'habitude, il faut négocier !

- La négociation se faisant à trois intervenants :
- 1/ la Direction (économique) de l'établissement.
 - 2/ Les Chirurgiens.
 - 3/ Les fabricants (Laboratoires) d'implants.

Avant tout, conservez à l'esprit que seules la qualité et la fiabilité à long terme de chaque implant serviront l'intérêt du patient et des trois négociateurs

Comment faire alors ?

- 1/ Etablir un cahier des charges (technique) par implant.
- 2/ Y inclure la logistique, la gestion des stocks, le service après-vente, l'aide technique etc..
- 3/ Voir quels sont les "Laboratoires" qui répondent à ces critères et décider.
- 4/ Renouveler la négociation chaque année.

Ainsi le chirurgien conserve le choix du type d'implant ; assurant la qualité de soins à son patient.

Le directeur d'établissement négocie avec les différents "Laboratoires". (Rapport qualité/prix et volume d'implants).

Les "laboratoires" font des propositions d'offre globale (implants, logistique, services)

Idyllique, impossible, me dites-vous ?

Je vous réponds : non, simplement pragmatique et je l'espère efficace.

Alors dépêchez-vous de négocier car la T2A arrive !

S.N.C.O. : UNE NOUVELLE PLACE... UN NOUVEAU LOGO

Olivier CHARROIS

Les événements récents ont démontré l'importance du S.N.C.O. qui s'est avéré être le seul organisme à même de représenter avec suffisamment d'autonomie nos demandes. Ils lui ont, de plus, donné une nouvelle place. Loin de l'image d'un syndicat ne sachant qu'œuvrer au "gagner plus en faisant moins", le S.N.C.O. a su imposer la reconnaissance de la valeur de notre travail et de nos responsabilités. Dorénavant il reviendra à notre syndicat de réévaluer celles-ci annuellement pour assurer le suivi du mouvement de cet été. Plus que jamais votre avis et votre adhésion au S.N.C.O. importent.



A l'image de cette nouvelle place notre syndicat sera dorénavant identifiable à son logo. Celui-ci symbolise ses souhaits : ouverture, mobilité et cohérence de ses objectifs.

Ouverture d'abord à tous les Chirugiens Orthopédistes, à leurs avis et à leurs critiques. Nous devons nous rassembler. Plus qu'un voeu ce rassemblement est une nécessité. Lors des négociations les pouvoirs publics n'ont pas manqué de s'étonner du faible taux d'adhésions des Orthopédistes à leur syndicat. Ne doutons pas qu'ils sauront en jouer si nous ne démontrons pas plus clairement notre soutien au S.N.C.O. Les choses évoluent, notamment chez les plus jeunes, et nous sommes en droit d'espérer que les améliorations obtenues cet été démontreront l'intérêt de notre syndicat à ceux qui ne l'avaient pas encore rejoint.

Mobilité, enfin! après une trentaine d'années sans aucune réévaluation significative de la tarification des actes qui ont abouti à la désertion de la spécialité. Cette mobilité est aussi nécessaire pour nous permettre de nous adapter à tous les changements qui nous attendent :

changement de la codification et de la tarification des actes, restructuration des relations entre secteurs public et privé, prétendue "judiciarisation" qui nous oppose beaucoup plus aux grands groupes d'assurances qu'à nos patients... Mobilité aussi du S.N.C.O. qui doit pouvoir représenter les Chirugiens Orthopédistes auprès de toutes les instances et savoir bâtir, comme cet été au sein de l'UCF, des plateformes communes sans pour autant s'inféoder aux consortiums syndicaux (CSMF, SML, UCCSF...) qui nous ont clairement fait comprendre que nos particularités ne les intéressaient pas.

Cohérence de nos objectifs, elle est symbolisée par la mire de ce logo. Notre "cible" est précise : des soins de qualité à leur juste prix. Les Chirugiens Orthopédistes français n'ont plus à prouver leur dynamisme en matière d'innovation, ils ont démontré leur dévouement et leur sens des responsabilités, ils se sont engagés efficacement dans la voie de l'amélioration des soins (CLIN, accréditation...), ce n'est que la reconnaissance de cela qu'exige le S.N.C.O. Il n'y a donc aucune raison de rougir d'un tel logo ni de son adhésion à un tel syndicat.

RENOUVELLEMENT DES MEMBRES DU BUREAU

APPEL A CANDIDATURE

Le Bureau du Syndicat National des Chirugiens Orthopédistes doit être renouvelé par moitié lors de l'Assemblée Générale Ordinaire.

Les membres du Syndicat souhaitant poser leur candidature, notamment les plus jeunes et les hospitaliers temps plein (CHG, CHU) peuvent le faire en écrivant avant le 31 Octobre au : SNCO, 56 rue Boissonade – 75014 Paris

Membres à renouveler

BIENVENUE AUX NOUVEAUX MEMBRES DU SYNDICAT NATIONAL DES CHIRURGIENS ORTHOPÉDISTES ÉLUS EN 2003/2004

AUDIC Christophe (Laval)	KUNTZ François (Villeneuve St Georges)
AUFAUVRE Bruno (Chamallières)	LEHRMANN Franck (Loubersan)
BENFRECH Eric (Carcassonne)	LEMAIRE Philippe (Aix en Provence)
BERNEZ Jean (Le Tampon – Ile de la Réunion)	LEMOINE Jérôme (Paris)
BONIS Eric (Tampon – Ile de la Réunion)	LENEVEU Eric (Brest)
CAZENAVE Alain (Berck S/Mer)	LOUISIA Stéphane (Paris)
COTTIAS Pascal (Argenteuil)	MACHET Pierre (Cluses)
DAHMANI Ouahid (Sélestat)	NOVE-JOSSERAND Laurent (Lyon)
DEGEORGES Renaud (Elancourt)	PELLETIER Arnaud (Montluçon)
DELARUE Patrice (Dinan)	RIBEYRE Damien (Mazamet)
DUEZ Max (Briançon)	SCARLAT Marius (Toulon)
FERNEZ BERTAUD Olivier (Paris)	SCHMIDER Laurent (Vincennes)
GALLAND Olivier (St Martin d'Hyères)	SETTON Daniel (Limoges)
GRELET Vincent (Biarritz)	TEISSIER Jacques (Montpellier)
HUBERT Laurent (Montargis)	VAN DRIESSCHE Stéphane (Ormesson)
KERJEAN Yves (Nantes)	WELBY France (Bobigny)



ORDRE DU JOUR

Assemblée Générale
Mardi 9 novembre 2004 - 12h30 - 14h
Salle 351 - Niveau 3
Palais des Congrès
Porte Maillot - Paris

- Allocation du Président
- Rapport moral du Secrétaire Général
- Rapport financier
- Mise en place d'une Fédération des Syndicats des Spécialités médicales
- Observatoire de la sinistralité
- Questions diverses



POUVOIR

Je soussigné Monsieur

Donne pouvoir à Monsieur

De voter pour moi au cours de l'Assemblée Générale du 09/11/04

BON POUR POUVOIR

SIGNATURE