

## **COMPTE-RENDU DE RÉUNION DU BUREAU DU SNCO**

30 Janvier 2010

### **Membres présents**

Patrice Papin (Président du SNCO), Jacques Caton (Ancien Président et Président d'Honneur du SNCO, Président de l'AOT), Claude Reboul (Trésorier), François Loubignac, Bernard Llagonne, Olivier Badelon (Secrétaire général)

Membres invités: Gérard Bollini (Président de la SOFCOT) et Jacques-Yves Nordin (Président d'ORTHORISQ)

Nouveaux membres du bureau : Baudouin Redréau et Pierre Devallet\*

### **Le bureau du SNCO est très heureux de les accueillir.**

La présence de Gérard Bollini, Président de la SOFCOT, de Jacques-Yves Nordin, Président d'ORTHORISQ, et celle de Jacques Caton, Président de l'AOT, témoignent à la fois de l'importance de l'action du SNCO au sein de la profession et de l'étroite collaboration qui doit régner entre nous tous.

Pierre Devallet a une grande expérience de la vie syndicale et il est expert auprès des Tribunaux depuis longtemps. Il est déjà Vice-Président de l'UCDF qui a la vocation d'être un organisme syndical représentatif regroupant l'ensemble des chirurgiens. Il voudrait rapprocher le SNCO de l'UCDF et apporter son expérience au bureau du SNCO comme conseiller juridique.

Baudouin Redréau est un nouveau représentant du Sud de la France qui est particulièrement représentée et active au sein du SNCO.

### **Nouveaux membres inscrits au SNCO :**

- Dr Julien DUMAS, 8 rue Alphonse KARR, 06000-NICE, Polyclinique St Jean à Cagnes sur Mer et Clinique du Belvédère à Nice
- Dr Didier MAILHE, 5 rue Gérhardt, 34000-MONTPELLIER ; Polyclinique Saint Roch

### **Loi HPST**

Patrice Papin fait un rappel des conséquences de la loi HPST qui est une loi fondatrice.

Elle remet en question les fondements de la médecine libérale en obligeant

- le secteur privé à participer au service public.
- les médecins praticiens des établissements privés à assumer toutes les charges de travail d'un salarié sans avoir les garanties d'un vrai contrat de travail ni les avantages sociaux, avec en plus une entière responsabilité en RCP, notamment vis à vis des patients pris en charge en urgence.

Jacques Caton rappelle que la solution peut être la création de l'Entreprise chirurgicale qui permettrait d'envisager une organisation régionale globale et d'être un partenaire crédible pour l'ARS et les établissements de soins aussi bien publics que privés.

### **Politique de recrutement et cotisations au SNCO**

Claude Reboul souligne le manque d'attractivité du SNCO pour les membres de la SOFCOT alors que son rôle est « d'assurer la défense ses intérêts professionnels des ses membres, d'étudier, de préparer de concert avec les pouvoirs publics et tous organismes compétents l'application des mesures générales concernant l'exercice de la chirurgie orthopédique et des disciplines annexes ».

Olivier Badelon donne les chiffres de 2008 : il y avait seulement 421 chirurgiens orthopédistes qui cotisaient au SNCO, alors qu'il y avait 2599 membres de la SOFCOT, dont 463 juniors, à priori tous intéressés par l'avenir de leur profession.

Claude Reboul rappelle le rôle fondateur du SNCO dans la création d'ORTHORISQ dont tous les chirurgiens orthopédistes peuvent profiter alors qu'ils ne sont pas forcément inscrits au SNCO.

Le SNCO a le statut d'une section de la SOFCOT mais il n'a pas les moyens d'être indépendant et d'assurer son budget de fonctionnement. Les membres du bureau assurant eux-mêmes les frais de déplacement pour les réunions du bureau et la participation aux commissions diverses.

Il propose de réduire la cotisation annuelle à 1 euro symbolique et de demander en contrepartie une subvention à la SOFCOT pour assurer les frais de fonctionnement avec en retour une contrôle annuel des dépenses.

Patrice Papin nous apprend qu'il a obtenu de la SOFCOT la prise en charge du secrétariat du SNCO. Les frais personnels pour les réunions du bureau restent à la charge de ses membres.

Olivier Badelon rappelle que la cotisation annuelle de 150 euros a toujours été modeste.

Il est vrai que la majorité des chirurgiens orthopédistes qui se sont inscrits à ORTHORISQ (et qui souvent ne cotisent pas au SNCO) l'ont fait surtout pour pouvoir bénéficier du remboursement d'une grande partie de leur RCP.

La prévention des accidents thérapeutiques est un souci quotidien pour la plupart d'entre nous. La SOFCOT était depuis très longtemps la structure idéale pour en assurer la qualité et la pérennité, avec maintenant ses sociétés filles. Les complications sont mises en avant dans la majorité des travaux scientifiques et font souvent l'objet de tables rondes ou de communications groupées, par exemple au GEOP-SOFOP.

Il faut espérer qu'ORTHORISQ permettra une diminution des cotisations des RCP par l'amélioration de la qualité. Il faudra absolument que ce retour soit évalué très rapidement.

### **Mise en commun des fichiers de la SOFCOT et du SNCO**

Patrice Papin réclame l'accès au fichier informatique de la SOFCOT pour pouvoir informer et démarcher ses membres.

Olivier Badelon rappelle qu'il a déjà fait cette demande auprès de Mme Keller lorsqu'il a été nommé Secrétaire général du SNCO mais que cela lui avait été refusé de façon catégorique.

Il a scanné la liste des membres de la SOFCOT avec un logiciel de reconnaissance automatique de texte, mais qu'il faudrait beaucoup de temps pour les rentrer dans une base de données.

Gérard Bollini et Jacques-Yves Nordin sont surpris que cela ne soit pas déjà le cas. Ils acceptent cette demande qui leur tout à fait paraît légitime.

Il est convenu que les fichiers informatiques de la SOFCOT puissent être accessibles au secrétariat et au bureau du SNCO, après avis du président du SNCO et du président de la SOFCOT.

Olivier Badelon leur demande de prévenir le secrétariat de la SOFCOT pour que cela puisse être fait rapidement, surtout en ce moment qui est particulièrement conflictuel avec les pouvoirs publics, avec l'application de la loi HPST et les trous de garanties de la RCP qui menacent notre exercice professionnel et nos ayants-droits.

Ce fichier pourrait d'ailleurs être commun, ce qui serait beaucoup plus simple à gérer par le secrétariat, d'autant que c'est bien la SOFCOT qui va assurer le secrétariat du SNCO.

Il est évident que leur utilisation devra rester dans les limites de l'action syndicale du SNCO sans aucune divulgation des informations à des tiers et en demandant l'accord de la SOFCOT pour toute action vers les membres de la SOFCOT qui ne serait pas inscrits au SNCO.

### **Aide opératoire**

Pierre Devallet intervient pour signaler que la T2A comprend la mise en œuvre des tous les moyens nécessaires à la prise en charge des patients. Pour la chirurgie, cela voudrait dire de façon très claire que ce sont bien les établissements qui doivent prendre en charge les aides opératoires, aussi bien en privé qu'en public.

Olivier Badelon rappelle qu'il avait proposé de défendre la rémunération de l'aide opératoire de façon séparée par rapport à celle du chirurgien, ce qui était un moyen simple de revaloriser celle du chirurgien, car la loi faisait obligation d'être aidé par un Infirmier Spécialisé en Bloc Opératoire (IBODE) ou un autre chirurgien compétent.

La T2A est une solution immédiate qui est beaucoup plus simple. Il faut absolument mettre au clair cette interprétation de la T2A car cela simplifiera beaucoup la gestion en personnel des chirurgiens libéraux.

Pierre Devallet devra nous présenter de façon plus complète cette information lors de la prochaine réunion du bureau.

### **Les trous de garantie des RCP**

Patrice Papin rappelle le rôle de l'Observatoire de la Sinistralité dont l'objectif était d'améliorer la connaissance réelle des accidents thérapeutiques et de leur indemnisation. Leur publication est une obligation légale.

Pourtant, il y a eu une seule réunion qui est restée sans suite devant l'absence de collaboration des assureurs qui ont la connaissance des chiffres mais qui probablement se refuse à les divulguer.

Pour mémoire, Patrice Papin nous a alerté dès la fin de l'année 2009 de l'augmentation des mises en cause de chirurgiens qui ont touché un chirurgien sur deux en 2008.

#### **« C'est ce qu'affirme le rapport annuel du Sou médical-MACSF »**

De la simple réclamation écrite à la plainte au pénal, la vie professionnelle des médecins peut être émaillée de multiples mises en cause, surtout dans certaines spécialités. Ainsi, en 2008, près d'un chirurgien sur deux (45,8%) exerçant en libéral (clinique) a fait l'objet d'une déclaration de sinistre, selon le dernier bilan annuel du Sou médical-MACSF,

qui assure la majorité des médecins en responsabilité civile. En comparaison, le taux de «sinistralité» est de 21,8% chez les anesthésistes-réanimateurs, et de 2,54% chez les médecins libéraux. Les réclamations, qui se règlent à l'amiable avec les assureurs, sont les litiges les plus fréquents (un tiers des cas), les procédures civiles comptent pour 20%. Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI), créées par la loi des malades du 4 mars 2002 sont désormais saisies dans plus de 20% des sinistres. L'accès à ces commissions, gratuit et dispensé du ministère d'avocat, est en augmentation, en particulier dans les cas d'aléa thérapeutique. Les plaintes ordinaires (10%) et pénales (environ 5%) sont moins courantes, selon le rapport du Sou médical. En 2008, 34 décisions pénales ont été rendues, soit 8 de plus qu'en 2007. Le taux de condamnation est de 62% : 15 peines d'emprisonnement ont été prononcées (de deux mois avec sursis à deux ans ferme), trois praticiens ont eu une interdiction temporaire d'exercer (dont l'un pour cinq ans), six ont écopé d'une amende de 1.500 à 20.000 euros et un a été dispensé de peine. Entre novembre 2007 et novembre 2008, l'Ordre des médecins a rendu 1.253 décisions, dont 158 avertissements, 127 blâmes et 171 interdictions d'exercice (de 7 jours à 3 ans) ; 17 praticiens ont été radiés. Les motifs de poursuite ordinaire sont variés. Les problèmes de «devoirs envers les malades», confraternité, immixtion dans des affaires de famille... sont nettement plus fréquents que les fautes professionnelles et erreurs de ...

Olivier Galland et Patrice Papin nous ont alerté dès le 29 décembre des modifications législatives apportées par le nouveau Code de Santé publique voté le 24 décembre avec la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2010.

#### Article 44

Après l'article L. 1142-21 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1142-21-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1142-21-1. - Lorsqu'un médecin régi, au moment des faits, par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 du même code et exerçant, dans un établissement de santé, une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation, est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime à l'occasion d'un acte lié à la naissance, que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 du présent code est épuisée, et que la victime ne peut obtenir l'exécution intégrale de la décision de justice auprès du professionnel concerné, cette victime peut saisir l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux institué à l'article L. 1142-22 en vue d'obtenir le règlement de la part d'indemnisation non versée par le professionnel au-delà des indemnités prises en charge par l'assureur dans le cadre des contrats souscrits en application de l'article L. 1142-2. Le professionnel doit alors à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux remboursement de la créance correspondante, sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par le cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré ou que le juge compétent a constaté l'incompatibilité du règlement de la créance avec la solvabilité du professionnel

#### Interprétation entre la couverture L 1142-2 CODE SS et la couverture L 251.-2 CODE ASSURANCE

Article L251-2 Modifié par Loi 2003-706 2003-08-01 art. 80 V, VII JORF 2 août 2003 en vigueur le 2 novembre 2003  
Modifié par Loi n°2003-706 du 1 août 2003 - art. 80 (V) JORF 2 août 2003 en vigueur le 2 novembre 2003

**Constitue un sinistre**, pour les risques mentionnés à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, **tout dommage ou ensemble de dommages** causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable ou d'un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique, imputable aux activités de l'assuré garanties par le contrat, et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations.

**Constitue une réclamation toute demande en réparation** amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit, et adressée à l'assuré ou à son assureur.

Tout contrat d'assurance conclu en application de l'article L. 1142-2 du même code garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires des sinistres pour lesquels la première réclamation est formée pendant la période de validité du contrat, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre, dès lors que le fait dommageable est survenu dans le cadre des activités de l'assuré garanties au moment de la première réclamation.

Le contrat d'assurance garantit également les sinistres dont la première réclamation est formulée pendant un délai fixé par le contrat, à partir de la date d'expiration ou de résiliation de tout ou partie des garanties, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité du contrat et dans le cadre des activités garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre. Ce délai ne peut être inférieur à cinq ans.

**Le dernier contrat conclu, avant sa cessation d'activité professionnelle ou son décès**, par un professionnel de santé mentionné à la quatrième partie du code de la santé publique exerçant à titre libéral, garantit également les sinistres pour lesquels la première réclamation est formulée pendant un délai fixé par le contrat, à partir de la date de résiliation ou d'expiration de tout ou partie des garanties, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité du contrat ou antérieurement à cette période dans le cadre des activités de l'assuré garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre. **Ce délai ne peut être inférieur à dix ans.** Cette garantie ne couvre pas les sinistres dont la première réclamation est postérieure à une éventuelle reprise d'activité. **Le contrat ne peut prévoir pour cette garantie un plafond inférieur à celui de l'année précédant la fin du contrat.**

**Le contrat ne garantit pas les sinistres dont le fait dommageable était connu de l'assuré à la date de la souscription.**

Lorsqu'un même sinistre est susceptible de mettre en jeu la garantie apportée par plusieurs contrats successifs, il est couvert en priorité par le contrat en vigueur au moment de la première réclamation, sans qu'il soit fait application des dispositions des quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 121-4.

Article L1142-2 modifié par la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 75

Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, mentionnés à l'article L. 5311-1 à l'exclusion du 5°, sous réserve des dispositions de l'article L. 1222-9, et des 11°, 14° et 15°, utilisés à l'occasion de ces activités, sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité.

Une dérogation à l'obligation d'assurance prévue au premier alinéa peut être accordée par arrêté du ministre chargé de la santé aux établissements publics de santé disposant

des ressources financières leur permettant d'indemniser les dommages dans des conditions équivalentes à celles qui résulteraient d'un contrat d'assurance.

Les contrats d'assurance souscrits en application du premier alinéa peuvent prévoir des plafonds de garantie. Les conditions dans lesquelles le montant de la garantie peut être plafonné pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'assurance des professionnels de santé, des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur est impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical.

Le crédit-bailleur de produits de santé ou le loueur assimilable au crédit-bailleur ne sont pas tenus à l'obligation d'assurance prévue au premier alinéa.

En cas de manquement à l'obligation d'assurance prévue au présent article, l'instance disciplinaire compétente peut prononcer des sanctions disciplinaires.

Le Quotidien du Médecin nous a prévenu de l'initiative de 2 sénateurs, Dominique Leclerc et Alain Mignon, qui ont déposé un recours au Sénat le 20 Janvier 2010 (n°222).

Ils réclament la suppression de l'article L. 1142-21-21 qui obligeait le médecin ou ses ayants-droits à payer sur leurs biens propres l'indemnité allouée à la victime, en cas de dépassement du délai des dix ans ou du plafond d'indemnité prévu par le contrat d'assurance.

Ils proposent une modification de l'article L. 1142-15 pour que l'ONIAM prennent en charge cette indemnisation en complément de l'Assureur sans recours possible contre le professionnel ou ses héritiers.

Ils proposent que l'État finance l'ONIAM par la création d'une taxe additionnelle sur les taxes sur le tabac et les alcools.

Patrice Papin a été à l'initiative d'un communiqué de presse à publier le 25 janvier 2010 pour alerter les chirurgiens sur les impacts et les risques des trous de garantie.

Le Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes (SNCO) s'inquiète de la non prise en compte par le gouvernement des trous de garantie des assurances en RCP.

En dépit de certaines allégations, le trou de garantie existe bien après cessation d'activité. Le décret explique clairement que c'est uniquement après faillite personnelle que l'ONIAM intervient.

Ceci a des conséquences très importantes pour la filière universitaire française de chirurgie orthopédique. En effet, quel jeune médecin acceptera une telle épée de Damoclès ?

L'inflation des primes d'assurance (de 9000 Euros en moyenne il y a 5 ans à 14000 euros aujourd'hui pour un chirurgien orthopédiste) est due, non pas à l'augmentation de la sinistralité mais à l'augmentation des plaintes, la recherche systématique de perte de chance par l'Oniam, l'inflation des compensations attribuées par les juges, l'action récursoire des caisses.

Le deuxième trou de garantie est celui du montant de garantie des assureurs.

Pour certains il est situé à 6 millions. Il reste cependant de nombreux assureurs ou courtiers qui plafonnent leurs contrats à seulement 3 millions d'Euros. De fait, le patrimoine du chirurgien peut être remis en cause lors de sinistre en chirurgie du rachis ou en pédiatrie, sinistre extrême certes mais pouvant arriver à n'importe lequel d'entre nous.

Nous déconseillons à nos adhérents, surtout lorsqu'ils exercent une spécialité à risques, d'adhérer à un contrat ayant un montant de garantie limité à 3 millions d'Euros.

C'est sur la base de ce communiqué que la discussion s'est engagée. Elle a été très riche et a remplie la majorité de la réunion car le sujet est particulièrement grave.

Patrice Papin a fait un rappel de l'évolution des RCP.

Pierre Devallet a fait un exposé pratique très clair pour expliquer la situation dont voici le rapport.

### Données légales

- **Tout chirurgien/obstétricien/anesthésiste** réalisant un acte quelconque est susceptible d'être mis en cause, et condamné à des indemnisations de la victime, si l'expert et le juge admettent une faute.

- **Une assurance civile est obligatoire depuis 2002**, particulièrement pour l'exercice libéral (la responsabilité civile en secteur public est assurée par l'établissement, la responsabilité pénale n'est pas assurable.....)

- **la garantie « trentenaire » n'existe plus**, quoi qu'il soit noté sur les contrats, même anciens.....

**Tout Chirurgien exerçant une activité libérale et étant assuré à ce titre en RCP, est obligatoirement dans un de ces deux cas :**

**1. Il a arrêté complètement son activité (retraite, maladie ou autre) depuis 2002, ou quand il le fera:**

**Son assurance civile ne le couvre que pendant 10 ans à partir de la date d'arrêt, et un patient opéré pendant sa période d'activité pourra toujours engager une procédure en responsabilité civile contre lui ou ses héritiers, beaucoup plus de 10 ans après son arrêt.**

Une indemnisation éventuelle sera donc à sa charge personnelle (ou à celle de ses héritiers), et une fois éventuellement insolvable car ruiné, l'ONIAM interviendra pour finir d'indemniser la « victime »

*NB : il aura dans ce cas deux procédures à suivre et à financer :*

- pour se défendre contre cette attaque en responsabilité civile
- pour attaquer son dernier assureur pour l'obliger à le prendre en charge (et ce n'est pas gagné..)

**C'est le Trou de Garantie 1 , dit « des 10 ans » ou « TG 10 ans »**

**2. est en activité, et paye (cher..) ses primes d'assurance RCP :**

Il est assuré..... **, sauf si l'indemnisation accordée par un juge dépasse le plafond de garantie noté sur son contrat (3 millions d'€ c/o certains assureurs dont Branchet, 6 millions chez d'autres) :** dans ce cas, on lui demandera de payer le surplus, et une fois que lui (ou ses héritiers en cas de décès prématuré, le suicide ne servant donc à rien...) sera ruiné, l'ONIAM interviendra pour finir d'indemniser le « patient- victime ».

*NB : les indemnisations accordées de plus de 3 M d'€ sont plus fréquentes chez les obstétriciens que les chirurgiens, mais certaines affaires non*

*obstétricales ont déjà donné lieu et vont donner lieu de façon certaine à des indemnités de cet ordre... peut-on être sûr de ne pas en faire partie ???*

C'est le **Trou de Garantie 2 dit « du Plafond » = « TG Plafond »**

Donc , un **chirurgien exerçant une activité libérale (en secteur public ou privé)** qu'il soit

- en activité
- à la retraite depuis 2002
- ou en passe d'arrêter son activité
- faisant des actes liés à la naissance ou pas

**N'importe quel acte qu'il fait, a fait depuis 2002, ou va faire demain est susceptible de l'acculer à la ruine , ou à celle de ses proches et héritiers.....**

**C'est une situation inédite d'insécurité**

➤ **Analyse de fond du « TG 10 ans ».**

Le problème de la TG 10 ans vient de la nouvelle inadéquation entre

- **la durée de prescription d'une procédure civile** pour un patient (10 ans actuellement , 30 ans avant) et de sa date de début qui est
  - **avant 2002** : date du fait générateur qui était connue et forcément pendant la période d'activité du chirurgien
  - **après 2002** : date de consolidation du dommage : par définition impossible à prévoir
- **la date de l'arrêt de la couverture par le contrat d'assurance RCP**
  - **avant 2002** : trente ans à partir de l'arrêt d'activité
  - **après 2002** : 10 ans à partir de l'arrêt d'activité (et non de la date de consolidation...)

Les durées et dates de début des périodes assurantielles et de prescription ne se recouvrent plus, laissant donc un trou potentiel de garantie.

Ce trou n'est pas couvert par l'ONIAM.

Il est donc à notre charge...

➤ **Analyse de fond du « TG plafond »**

- Nous sommes les victimes impuissantes d'un jeu d'influence et de rentabilité pour les sociétés d'assurance et/ou courtiers., qui forment un lobbying très puissant auprès des gouvernants.
- L'augmentation du plafond se traduira par une augmentation des primes
- Une solvabilité plus haute des médecins va faire monter les indemnisations attribuées par les juges
- Nous sommes coincés entre
  - les contraintes toujours croissantes de qualité, d'évaluation, de missions de service public, la limitation exponentielle de notre indépendance dont celle du secteur 2, (et tout est fait actuellement pour nous empêcher de répercuter nos charges sur nos revenus)
  - la loi du marché de l'assurance, qui elle, relève d'une logique purement commerciale...

- Il y a actuellement une guerre , reprise par certains médecins, entre le cabinet BRANCHET et les autres Cie d'Assurance, pour des problèmes purement commerciaux et concurrentiels dont nous faisons les frais.

### Commentaires :

Cette situation était connue depuis 2002 par les juristes et les syndicats, mais

- le montant des indemnisations ne cesse de croître
- l'indemnisation des victimes « d'accidents médicaux » est la priorité de la Justice , quel que soit le payeur
- le budget de l'ONIAM est celui de la Sécurité Sociale, actuellement en perdition....
- l'ONIAM s'était engagé – verbalement – à prendre en charge les dépassements de garantie , soit du fait de la période d'assurance (**TG 10 ans**) soit du fait du dépassement du plafond (**TG plafond**) : or d'une part le gouvernement a refusé de concrétiser cet engagement (alors qu'il s'y était engagé) dans les deux lois (HPST de juillet 2009 , et PFLSS de novembre 2009) récentes, d'autre part une jurisprudence administrative 2009 interdit à l'ONIAM d'intervenir dans d'autres domaines (judiciaires civil donc) que les procédures « amiables » passant par les CRCI , démarches administratives et non judiciaires.
- cette attitude des responsables politiques , assumée en refusant les propositions de loi proposées par certains sénateurs et députés, traduit une volonté manifeste , déjà inscrite dans la loi HPST , **de nous assujettir aux établissements**, mais sans nous pousser au salariat , (car dans ce cas , c'est l'établissement qui prend notre RCP...) : résultat : nous perdons tout avantage du secteur libéral, pour assumer toutes les contraintes du secteur public.
- Les syndicats ont dénoncé cette situation (RCP) depuis des années , mais ont été bernés par des promesses non tenues lors des dernières lois sur le système de santé..  
*D'où la colère des obstétriciens qui sont prêts pour beaucoup à arrêter l'obstétrique libérale....*

Les responsables politiques et surtout l'administration de la Santé ont déjà condamné l'obstétrique libérale à court et moyen terme....

**Beaucoup de chirurgiens arrêtent avant la limite d'âge...pour faire autre chose, voire aller dans le secteur public .**

**Evolution subie ou voulue ?**

**On peut se demander si le même calcul**

**n'est pas fait volontairement pour la chirurgie libérale....**

Il est évident que la discussion a été très animée après un tel exposé.

Que faire pour réagir à cette situation inique qui menace de fait tous les médecins, et en particulier les spécialités à risque surtout touchant les patients jeunes, en particulier les enfants ?

Faut-il menacer d'arrêter d'opérer nos patients 10 ans avant l'âge de notre retraite et de nous transformer en simple consultant ?

Faut-il déclarer tous les patients à risque 10 ans avant la fin de notre carrière, tout en sachant que notre propre décès est imprévisible ? C'est une démarche très astreignante qui ne ferait qu'augmenter les RCP par l'ouverture d'un nombre incalculable de dossiers.

Il faut alerter l'ensemble des professionnels de santé, des syndicats, des sociétés savantes, rencontrer un maximum de personnalités influentes sur le plan politique.

Il faut certainement aider les Sénateurs Dominique Leclerc et Alain Milon dans leur projet de modification de la loi et essayer d'informer les autres Sénateurs et Députés pour qu'ils les rejoignent au-delà des clivages politiques.

L'ensemble des participants souligne qu'il ne faut pas chercher à mettre en avant un syndicat plutôt qu'un autre, mais tous agir dans le même sens.

Gérard Bollini se propose de mettre cette question à l'ordre du jour de la prochaine réunion du bureau de la SOFCOT, et de saisir le Conseil National de la Chirurgie.

Pierre Devallet demande que le SNCO agisse de concert avec l'UCDF comme avec tous les syndicats où la profession peut être défendue.

Olivier Badelon rappelle qu'il faut faire peser le poids de notre influence à la veille des élections régionales et faire comprendre que l'ensemble des professionnels de Santé est prêt à se mobiliser pour faire campagne dans les élections à venir.

### **Place et rôle du Secrétaire général du SNCO**

En fin de réunion, en comité restreint aux seuls membres titulaires du bureau, Olivier Badelon rappelle le courriel qu'il a envoyé à tous les membres du bureau au sujet de son investissement personnel qui est difficile pour des raisons d'emploi du temps et d'organisation.

La rédaction d'un compte-rendu est presque impossible sans dénaturer la réunion quand les idées fusent dans tous les sens avec souvent des abréviations et des explications techniques difficiles à comprendre.

Il demande que tous les participants fassent un résumé écrit de ses propres interventions pour faciliter la rédaction du compte-rendu de réunion.

Patrice Papin nous informe régulièrement par internet de l'actualité politique, des textes de lois et des règlements qui régissent notre vie professionnelle.

Pour le moment ces informations sont réservées aux membres du bureau et certaines sont publiées sur le site du SNCO. Il faudrait les envoyer directement à tous les cotisants du SNCO, et pourquoi pas à tous les membres de la SOFCOT, à la fois pour les informer et pour leur montrer l'importance de leur cotisation au SNCO, quitte à reverser à leur demande une quote part à un syndicat transversal, car beaucoup de confrères sont inscrits directement à un de ces syndicats et ne cotisent pas au SNCO.

Un calendrier des réunions et des commissions où la représentation du SNCO est nécessaire. Il devrait être établi par le Président, avec un nom pour chaque réunion, et un remplaçant en cas d'absence, et pourquoi un appel de volontaire auprès des membres du SNCO pour les investir dans l'action syndicale, si les membres du bureau ne sont pas disponibles.