

LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES CHIRURGIENS ORTHOPÉDISTES



RESPONSABLES DE PUBLICATION : P. PAPIN, B. LLAGONNE

RÉDACTEURS : P. PAPIN, P. DEVALLET, F. LOUBIGNAC, B. LLAGONNE

FONDATEURS: Jacques CATON

EDITORIAL



Dr Patrice Papin
secrétaire général



Dr Bernard Llagonne
Président du SNCO

L'ÉPISODE DE SOINS (EDS) : SUITE... ET PAS FIN ! L'INNOVATION POUR L'UNCAM/DGOS/MINISTÈRE : 1^{ER} TEST : LA PROTHÈSE TOTALE DE HANCHE...

*Suite de l'article du N°19, 2017, de la REVUE du SNCO:
ÉPISODE DE SOINS, par Dr B.LLAGONNE*

• L'épisode de soins, c'est quoi ?

C'est un forfait parcours proposé pour toute PTH, « all-inclusive » : consultation du généraliste en amont, examens complémentaires qu'il aurait ou pas demandés, spécialistes, cardiologue, biologiste, radiologue, médecin anesthésiste et ... chirurgien ! Sans oublier le fournisseur de PTH, l'établissement...

Et « cerise sur le gâteau », toutes les complications éventuelles !!!... : « all-inclusive ».

Autant dire peu réaliste de prime abord pour qui

SOMMAIRE

L'INNOVATION POUR L'UNCAM/DGOS/MINISTÈRE

Dr B. LLAGONNE

NOTRE SYSTÈME DE CONTRÔLE DES CONNAISSANCES À 4 NIVEAUX EST-IL EFFICIENT ?

Dr P. PARIS

5

ENQUÊTE CHIR.ORTHO/MARE

Dr B. LLAGONNE

8

COMMUNIQUE DE PRESSE

Rémunération forfaitisée d'un épisode de soin

9

HOMMAGE MAX ANDRÉ DOPPA

• SYNDICAT - ADHÉSION

10

11

manie le paiement à l'acte (Libéraux) ou même le paiement à l'activité en secteur public (complications des cliniques ?...) et encore plus pour les patients, guère avertis (libre choix ?...).

Et pourtant... le test est parti ! (expérimentation permise par la loi TOURAINE).

Dans notre N°19 de 2017, nous vous alertions ; et restions vigilants... la suite arrive... !

• L'épisode de soins, pourquoi ?

La logique de financement au processus est clairement comptable. Et les disparités de coûts selon les chirurgiens, les établissements, les régions, restent non maîtrisées par les dirigeants ; particulièrement les « surcoûts » des SSR, HAD... car ce n'est pas le coût chirurgical qui pose problème : CCAM = NEKA020 = 459,80€ depuis 1990...

• Bilan des expériences internationales :

L'UNCAM avance une étude suédoise qui tendrait à prouver qu'existe moins de complications/descellements depuis l'avènement du paiement à l'EdS.

Le CNP, le SNCO et l'UCDF ont missionné un expert médico-économique (F.Bizard) afin d'étudier ce « mode innovant de paiement », et de rédiger un rapport qui puisse nous apporter un peu de lumière.

Les grandes lignes sont claires, après analyse des 2 pays où il est appliqué :

En Suède : (Comté de Stockholm)

Pour l'UNCAM dont la vision est sélective, il aurait baissé de 26% le taux de complications des PTH, argument massue pour annoncer par le Directeur de l'UNCAM et le Ministère cet épisode de soins.

Et derrière ce taux vertueux, se cache :

• un système totalement différent :

- taux de couverture de 4% par assurances privées en Suède, contre 96% en France ;
- 95% d'hôpital et 5% de cliniques
- 90% de médecins salariés
- listes d'attente (parfois jusqu'à 1 an) ;
- sans libre choix de son chirurgien, pour le patient
- Forfait de 5630€, tout inclus

• des taux de complications totalement différents

- Taux de reprise à 2 ans : 2,22% en France ; 5% en Suède
- Taux de complications à 6 mois : 1,26% en France ; 6% en Suède.

Au final en Suède où il a été préconisé dans un système essentiellement public, il a abouti à favoriser le secteur privé (+218%), et augmenter les volumes de chirurgie (+20%) ; mais il est vrai qu'il a réduit les délais d'attente en introduisant plus de concurrence, introduit la notion de libre choix du patient, transféré l'activité des grands centres universitaires vers des centres plus petits publics et privés, réduit les complications

jusqu'alors beaucoup plus fréquentes qu'en France ; mais l'interprétation de cette réduction est biaisée par le périmètre d'offre très différent entre avant et après l'EdS.

Le rapport officiel de l'expérience suédoise du Comté de Stockholm révèle qu'il est impossible d'affecter les résultats médico-économiques au programme d'EdS (Bundled Payment). Le transfert d'activité, l'intensité concurrentielle, et les autres mesures de politique de santé peuvent expliquer en grande partie les résultats constatés.

Aux Etats Unis :

Dès 1991, Medicare a expérimenté sans suite un paiement à l'EdS sur les pontages coronaires.

En 2009, un programme de 3 ans dans 12 hôpitaux du New Jersey n'a pas conclu à de véritables économies ni amélioration de qualité.

D'autres expérimentations à grande échelle ont débutées en 2013 sur la PTH et PTG, impliquant d'importants investissements et restructurations ; elles démontrent certes un potentiel d'économies situé au niveau des soins post-opératoires, mais une complexité administrative, une incitation au tri des patients pour écarter les cas complexes, et des refus de soins.

Au final aux US, et malgré un lourd investissement, l'EdS dans l'Etat de Californie est un énorme échec. Des études menées en 2016 et 2017 ont confirmé que l'EdS (Bundled Payment) ne réduit pas les couts ni n'améliore la qualité, mais pénalise les médecins qui prennent en charge les patients les plus pauvres, et incite à trier les patients pour écarter les cas complexes.

• Alors l'EdS en France ?

L'expérimentation, permise par la Loi Touraine, va débiter ; ... à titre « expérimental » pour l'heure... **Suite au prochain numéro**, car à la suite du travail de F.BIZARD, il apparaît que :

L'épisode de soins est mortifère, pour l'hôpital et pour les libéraux ! A suivre donc...

Dr Bernard Llagonne,
Président SNCO

NOTRE SYSTÈME DE CONTRÔLE DES CONNAISSANCES À 4 NIVEAUX EST-IL EFFICIENT ?

Dr Philippe PARIS

Membre du bureau SNCO, Marseille

Un jeune étudiant me questionna il y a quelques jours sur l'efficacité de l'organisation de la formation en orthopédie en 2018. Je répondis :

- Tu vas voir c'est simplissime ! D'abord l'efficacité c'est l'optimisation de la consommation des ressources utilisées dans la production d'un résultat. En santé cela concerne en premier lieu l'organisation de parcours de soins simplifiés et cohérents.

La formation professionnelle, elle, est définie d'une façon générale comme l'**apprentissage nécessaire à l'exercice d'une activité professionnelle**. Cet apprentissage se décompose en **formation initiale** avant l'obtention du diplôme qui autorise l'autonomie professionnelle et formation continue, appelée officiellement aussi **formation professionnelle tout au long de la vie**. La formation initiale est la formation a priori, la formation continue, la formation a *posteriori*. Depuis 1971 la formation professionnelle continue des travailleurs salariés est une obligation légale en France (article L6111-1 du Code du travail).

De la même façon notre vie professionnelle est la mise bout-à-bout de ces deux phases successives. Notre formation initiale est l'enseignement hospitalo-universitaire reçu depuis notre admission en PCEM à la faculté jusqu'à la fin de notre Internat. Ensuite que se passe-t-il après obtention de l'autonomisation, pendant la période de **plein exercice**, à partir du clinicat-assistanat puis après l'installation (en libéral ou comme PH) ? Et comment cela se passera-t-il à terme pour toi, futur orthopédiste ?

Eh bien, de longue date **cette formation continue**

était une mise à jour des connaissances que nous auto-gérons par la lecture de revues et ouvrages spécialisés, la participation à des congrès et aux réunions de service de notre ancien service du CHU. Effectivement, si l'enseignement hospitalo-universitaire que nous avons reçu de nos maîtres était organisé, formel et obligatoire, la mise à niveau de nos connaissances était informelle et facultative, même si toujours inspirée par la nécessité de mettre à niveau notre efficacité thérapeutique au service de nos patients comme le Code de déontologie le stipule : « La déontologie exige du médecin qu'il donne des soins "conformes aux données acquises de la science" : le médecin a le devoir de s'informer des progrès de la médecine nécessaires à son activité». « La compétence est la première exigence de la morale professionnelle. Elle suppose non seulement un savoir aussi large que possible, mais aussi une bonne adaptation à l'exercice de l'activité médicale. »

L'obligation était morale mais nos dirigeants ont manifestement considéré que c'était insuffisant et nos soins pas assez efficaces. La machine administrative se mit donc en branle :

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins renforça le simple devoir déontologique qu'exprimait l'article 11 du code par une obligation légale pour tout médecin de se soumettre à une formation continue (FMC) et institua un ensemble de règles et de contrôles : « L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un **devoir professionnel**. » Obligation, attestation quinquennale, sanctions tout y fut mis d'emblée.

Dans la foulée, l'**ANAES**, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé fût créée par l'**Ordonnance n° 96-346**. Ses missions : établir l'état des connaissances à propos des stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine et contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé et en médecine libérale. Elle organisa Recommandations pour la Pratique Clinique, Conférences de Consensus, évaluation des pratiques professionnelles, démarches d'évaluation et d'accréditation. L'évaluation des pratiques (EPP) fût intégrée à l'accréditation des établissements de santé.

En 1999, débuta l'accréditation V1 des établissements (en 2004 cette accréditation devient certification des établissements de santé, voir plus bas l'importance de ce détail).

La **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 59** replit : « La FMC constitue une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'ordre des médecins »

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance-maladie rendit l'Evaluation des Pratiques Professionnelles, EPP, obligatoire pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice : 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. ».

En 2006 la HAS (qui avait remplacé l'ANAES en 2004), lança l'accréditation des médecins, **démarche volontaire** de gestion des risques médicaux en établissement de santé, grâce à un organisme accréditeur placé sous la responsabilité du CNP de la spécialité, pour nous orthopédistes **Orthorisq** et le CNP-SoFCOT. L'accréditation des médecins fonctionne depuis 2009 pour les spécialités de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie, et des spécialités interventionnelles

telles que la cardiologie ainsi que des activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs. En pratique être accrédité permet d'être remboursé de 55% du montant de sa prime en responsabilité civile et professionnelle pour les secteur 2 et 66% pour les secteur 1. Ce dispositif facultatif est de fait fortement incitatif pour les libéraux et leurs grosses RCP à acquitter.

Mais **l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)** et la **formation médicale continue (FC)**, étant jugées non fonctionnelles, **la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009**, les intégra dans un dispositif unique, le développement professionnel continu (DPC), alors facultatif.

En **janvier 2016**, dans son **Livre Blanc**, l'Ordre des médecins proposa la création d'un portfolio mis à jour tout au long de la carrière du médecin sous forme d'une **recertification** pilotée par l'Ordre, du ressort des collèges nationaux de spécialités, reprenant le principe d'un « **portfolio étudiant** dès la deuxième année d'études pour recenser résultats, stages, acquisitions de compétences tout au long des études avec l'objectif de la **certification finale par l'Université** à l'obtention du Diplôme d'études spécialisées (DES) ». Dans le Livre Blanc il est rajouté : « **Les programmes de formation dans le cadre du DPC sont inadaptés** : le système est coercitif, déconnecté du parcours professionnel du médecin, et ne permet aucune passerelle ni évolution de carrière. » !

Courant 2016, le dispositif du DPC évolua encore : « Chaque professionnel de santé doit justifier sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation, d'analyse, évaluation et amélioration des pratiques et de gestion des risques. La toute nouvelle **agence nationale du DPC (ANDCP)** est alors chargée d'en assurer le pilotage. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et il constitue une obligation quel que soit le mode d'exercice, libéral ou salarié. »

Le troisième cycle des études de médecine fût enfin

réformé pour la rentrée 2017 (arrêté du 12 avril 2017, article 14) créant une obligation d'évaluation de la formation initiale des internes ou plutôt des étudiants de troisième cycle des études médicales, avec le **Portfolio** :

« 1° Un portfolio est annexé au contrat de formation. Rempli par l'étudiant, il permet le suivi de la construction des connaissances et des compétences en vue de la validation de la formation de l'étudiant. Il comporte les travaux significatifs et les pièces justifiant du parcours de formation de l'étudiant. Il constitue un outil permettant de déterminer si l'étudiant répond aux exigences pédagogiques de chacune des phases définies dans la maquette de formation de la spécialité suivie.

2° Le portfolio comprend un carnet de stage dans lequel figurent l'ensemble des éléments qui permettent de justifier de l'acquisition des connaissances et compétences professionnelles au cours du stage.

3° Le carnet de stage comprend notamment les fiches d'évaluations de stage. Le contenu du portfolio est transféré au cours de la vie professionnelle dans le portfolio professionnel. »

Comment donc clarifier la situation pour toi, mon jeune ami ? Eh bien :

1/ Tu seras diplômé par ta faculté, ça tu le sais.

2/ Le DPC est redevenu obligatoire, il est piloté par l'Agence Nationale du DPC. Tu devrais ne pas y couper !

3/ L'accréditation est facultative, mais on l'a vu, quasi-incontournable. C'est l'HAS qui s'en charge via Orthorisp. Si tu veux récupérer quelque denier je te conseille vivement de t'y engager.

4/ La recertification obligatoire va arriver avec le portfolio professionnel, promise par le Conseil de l'Ordre. Tu noteras ici que 'recertification' est ambigu car le terme est utilisé pour l'évaluation de la qualité des établissements de santé, mais à la complexité du système tu devras t'y faire !

Voilà ! Tu sais tout, rajoutais-je.

Pour bien m'assurer qu'il avait bien tout saisi, il résuma :

- Donc avec la réforme du 3° cycle, je vais avoir à remplir le portfolio de l'étudiant pendant mon cursus, qui sera peut-être englobé dans celui du conseil de l'ordre pour la recertification. Je devrais aussi m'engager dans le DPC car c'est obligatoire et si je veux récupérer une partie de ma RCP, être accrédité.

J'acquiesçai :

- Ce sera beaucoup de temps passé mais ta formation sera, à n'en pas douter, excellente car tu seras diplômé-certifié, a priori, puis développé, accrédité et recertifié, a posteriori.

Après une minute de silence, comme pour faire le deuil de quelque chose en lui disparaissant pour toujours, il demanda :

- Peut-on dire que le parcours dans ce dispositif est efficient ?

Il se remémorait le début de notre échange. Je répondis qu'il l'était car les autorités ayant intégré que 4 niveaux de contrôle (1 initial donc et 3 au cours de la vie) faisaient trop pour les praticiens des plateaux techniques lourds, ces autorités ont décidé que l'accréditation validerait obligation de DPC et probablement recertification aussi...

Décontenancé par le fait qu'un dispositif facultatif, l'accréditation, puisse en valider deux obligatoires et comprenant bien que la fusée à 4 étages en avait 1 (ou 2) de trop, mais finalement soulagé par la perspective d'une seule obligation de contrôle continu pour lui, futur chirurgien, il conclut :

- En fait l'efficience, c'est l'art, après avoir créé des machines à gaz, de contourner leur utilisation.

- C'est tout à fait ça, dis-je. Comme je te disais au début, c'est l'optimisation de la consommation des ressources dans la production d'un résultat ... en revanche, je ne sais pas comment on appelle l'art de faire fonctionner le système en évitant d'emblée de créer des usines à gaz.

ENQUETE CHIR.ORTHO/MARE

Relations entre chirurgiens orthopédistes et médecins anesthésistes réanimateurs dans le cadre de leur exercice autour du patient

Dr Bernard LLAGONNE - *Président de SNCO*
qui remercie ici tous les « répondants » !!!

Les relations Anesthésiste-Chirurgien ont réputation d'être comme celles d'un « vieux couple » : M6, Scènes de ménage, Huguette et Raymond...

Mais surtout et plus sérieusement, à l'heure des procédures de plus en plus fréquentes (1 tous les 18 mois pour un Orthopédiste), le défaut relationnel au sein de l'équipe ne peut manquer de participer à la sinistralité des uns et des autres, ainsi que de l'établissement : la HAS au travers de la certification le pointe : c'est l'Equipe qui est visée !... même si les juges considèrent encore trop souvent que le « chef d'Equipe » reste le Chirurgien, qui pourtant ne choisit plus ses coéquipiers pas plus que ses conditions d'exercice...

Le fort taux de réponse (41%) prouve s'il en était besoin l'intérêt des Orthopédistes pour cette préoccupation.

Les Libéraux semblent plus intéressés à répondre (72% de répondants alors qu'ils ne sont que 50% de l'ensemble des Orthopédistes) :

- Inquiétude judiciaire ? seuls les Libéraux assument intuitu personae la responsabilité civile ;
- Ou plus de difficultés relationnelles ? les commentaires ne semblent pas en attester, bien que sans valeur statistique. Notons tout de même leur extrême fréquence : plus de 70% de commentaires sur le degré de satisfaction, pourtant globalement bon !

Les reproches concernent parfois les compétences, mais plus souvent le désinvestissement, le manque d'implication dans le suivi post opératoire, une collaboration difficile, des conduites mercantiles de prestataires de services...

Mais lorsque les avis sont positifs, ils tiennent à la stabilité, souvent liée à l'ancienneté, et au travail en binôme.

Prise en charge de la biologie (63%), du traitement personnel (90%), d'examens complémentaires (75%), de l'antibioprophylaxie (81%), reviennent au MARE ; mais ce dernier n'est que peu présent en peropératoire, une fois l'anesthésie lancée : 35% lors de la check-list, 20% en présence permanente (modificateur 7).

Par contre et de façon surprenante, la visite post-opératoire est faite en équipe Chirurgien et Anesthésiste dans 35% des cas !

La prise en charge de la douleur se fait à part égale entre les deux acteurs, mais cela est certainement lié à des protocolisations. Cependant, de nombreux commentaires regrettent que la prise en charge de la part de nos collègues anesthésistes ne soit que limitée dans le temps, ce qui n'est pas conforme aux règles de l'acte global et de son suivi « médical » dans les 15 jours post-opératoires.

Enfin les « tâches administratives » (codage, courriers,...) sont exclusivement chirurgicales.

Les complications sont fort judicieusement gérées selon les compétences des uns et des autres.

Au total donc, une impression générale plutôt bonne, puisque la satisfaction des Orthopédistes envers leurs collègues Anesthésistes est notée à 7 sur 10. Mais de nombreux commentaires atténuent cette note globale, et prouvent s'il en était besoin que nos relations restent du domaine de l'Humain...

Néanmoins, un complément d'enquête sera fait, dans les mois à venir, tant ce taux de satisfaction élevé semble discordant avec le vécu quotidien de nombreux chirurgiens, comme en attestent les nombreux commentaires négatifs.



COMMUNIQUE DE PRESSE

Rémunération forfaitisée d'un épisode de soin

Paris - 17 mai 2018

La communauté médicale s'interroge quant à la pertinence de cette évolution en France.

La mise en place du paiement à l'épisode de soins fait partie d'un des 5 chantiers de transformation de notre système de santé annoncé le 13 février par le Premier Ministre. Le décret permettant de lancer les expérimentations a été publié le 21 février dernier, pour un lancement mi-2018, tandis que les modalités pratiques de mise en place du côté de l'administration sont à l'état d'ébauche.

Cette volonté des Pouvoirs Publics ne reposant sur aucune base scientifique, la SOFCOT et LE BLOC ont souhaité explorer ce mode de paiement groupé à partir des pays qui l'ont expérimenté. Une **analyse médico-économique a été confiée à l'économiste Frédéric Bizard qui a étudié la rémunération au forfait d'un épisode de soins sur la prothèse de hanche et de genou telle qu'elle se pratique en Suède et aux USA** et notamment les prérequis incontournables pour que ce mode de rémunération soit probant en France.

DES RESULTATS MITIGES, UN MODE DE REMUNERATION A HAUT RISQUE POUR LES PATIENTS COMME POUR LES SOIGNANTS :

Le modèle suédois :

Pour réduire des délais d'attente très longs en chirurgie, les autorités du Comté de Stockholm ont lancé en 2009 un programme de paiement de forfait à l'épisode de soin pour toutes les opérations de prothèse de hanche et de genou sur la base d'un libre choix des établissements et la suppression d'un quota d'activité par établissement.

Le paiement groupé a généré :

- un reste à charge important pour les patients,
- des difficultés managériales et organisationnelles accrues

Le modèle américain :

Mis en place à grande échelle, les effets négatifs l'emportent, avec des conséquences organisationnelles néfastes :

- renforcement de l'effet de sélection des patients (population âgée ou fragile)
- pas d'amélioration de la qualité des soins

Malgré un lourd investissement, la mise en place du paiement groupé s'est soldée par un échec en Californie et a été abandonnée début 2018.

La rémunération à l'épisode de soins en France :

Des prérequis non réunis pour débiter une expérimentation :

- un important retard en matière de numérisation et d'investissements
- des preuves non établies sur la qualité et la pertinence des soins

Des effets pervers attendus pour les patients et pour les soignants :

- sélection des patients parmi les plus fragiles
- des surcoûts administratifs élevés
- une complexité des circuits financiers générant des tensions entre les acteurs du parcours
- remise en cause de la responsabilité et de l'indépendance professionnelles

Ce nouveau mode de financement n'a pas fait ses preuves en Suède ou aux USA.

Dans un contexte de crise profonde de notre système de santé, la communauté médicale tire la



sonnette d'alarme contre l'importation d'un modèle de financement clé en main de pays dont les systèmes de santé sont très différents du nôtre.

En l'état, la SOFCOT et Le BLOC ne peuvent adhérer à ce projet, mais restent mobilisés sur la qualité et la pertinence des soins.

PJ : synthèse de l'étude & étude complète.

Christine MORGES – 06 08 25 67 76 –
christinemorges@yahoo.fr

Pr JF.KEMPF, Président SOFCOT

Pr F.FITOUSSI, Secrétaire général SOFCOT

Dr Bernard LLAGONNE, Président SNCO

Dr P.CUQ, Président Le BLOC, UCDF

CONTACTS :

A propos de la SOFCOT :

L'Orthopédie-Traumatologie est représentée par un CNP (Conseil National Professionnel) qui est l'interlocuteur de la profession auprès des pouvoirs publics. Le CNP-SoFCOT regroupe :

- ***le syndicat des chirurgiens Orthopédistes,***
- ***l'Académie d'Orthopédie Traumatologie (AOT),***
- ***Orthorisq, organisme agréé de gestion des risques, qui accrédite les chirurgiens orthopédistes, et a initié une réflexion sur la pertinence des soins,***
- ***le Collège Français de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (CFCOT),***
- ***et les sociétés filles ou associées qui représentent les diverses spécialités :***

Association française de la chirurgie du pied (AFP)

Groupe d'étude en traumatologie ostéo-articulaire (GETRAUM)

Groupe d'étude sur les tumeurs osseuse (GSF-GETO)

Société française de chirurgie rachidienne (SFCR)

Société française de la hanche et du genou (SFHG)

Société française de l'épaule et du coude (SOFEC)

Société française d'orthopédie pédiatrique (SOFOP)

Société française d'arthroscopie (SFA)

Société française de chirurgie de la main (SFCM)

A propos du BLOC :

né de l'union syndicale AAL - SYNGOF - UCDF* est le premier syndicat représentatif des anesthésistes, gynécologues obstétriciens, et chirurgiens de France.

Co-présidé par Philippe CUQ (Président de l'UCDF), Bertrand de Rochambeau (Président du SYNGOF) et Jérôme Vert (Président de l'AAL), il est signataire de la convention avec l'UNCAM en 2016. Il est le deuxième syndicat des médecins spécialistes libéraux Français.

*AAL (Syndicat de médecins Anesthésistes Réanimateurs Libéraux) ; SYNGOF (Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France) ; UCDF (Union des Chirurgiens de France).

Hommage à Max-André Doppa



C'est avec une grande tristesse que nous avons appris le décès brutal à 64 ans (AVC du tronc cérébral) de notre ami syndicaliste Max-André DOPPIA vice-président de notre union APH qui regroupe Avenir Hospitalier et CPH.

Nous avons perdu notre doc. Max grand spécialiste des systèmes de communication avait, entre autre, créé le site "dis donc t'as ton doc" pour inciter tous les médecins à avoir un médecin traitant. Cette initiative a été reprise et adaptée dans plusieurs pays dans le monde. Nous devons annoncer la mise en route de son dernier bébé l'OSAT (observatoire de la souffrance au travail) consacré en particulier aux PH pour les écouter, les aider et les soutenir.

Ce site existe et nous poursuivrons cette action.

C'est un humaniste qui nous quitte.

Un anesthésiste avec qui il était plaisant de discuter...

Le SNCO souhaite s'unir à tous les hommages déjà rendus et à s'associer à la peine de sa famille.

Dr J.M. LELEU C.A SNCO Délégué Général CPH (FNAP Avenir APH)



EDITIONS DYK :
12 avenue du 8 mai 1945
95200 sarcelles

Tél : 06 20 59 55 86 - 01 39 91 87 88
e-mail : dykeditons@gmail.com

Directeur de la publication : Yves CHEMAMA