

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

SOMMAIRE

LES CONTRÔLES DE COTATIONS CCAM : ÉTÉ 2018 : PREMIÈRE SALVE DEPUIS... 14 ANS !	1
Dr B. LLAGONNE - Président du SNCO	
CCAM ET DOUBLE COTATIONS EN ORTHOPÉDIE	5
Mr FERREIRA - Secrétaire Général de la SFHG	
ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE DU PIED	7
Mr COILLARD - Président AFCP	
CONTRÔLE DES FACTURATIONS DES ACTES	8
LES LIMITES DE GARANTIE DANS LE TEMPS DE LA RCP MÉDICALE	10
Dr PAPIN - Secrétaire Général	
• SYNDICAT - ADHÉSION	12

LES CONTRÔLES DE COTATIONS CCAM : ÉTÉ 2018 : PREMIÈRE SALVE DEPUIS... 14 ANS !

Histoire de la Maladie :

Après plus de 4 ans de travail plutôt bien ficelé (2001 à 2005), la Commission de la Hiérarchisation des Actes Professionnels (CHAP) avait accouché d'une nouvelle nomenclature des actes professionnels, soit 7200 actes, dont la majeure partie actes de chirurgie (ADC). Nous étions en 2005, et enfin les conflits TASS, SAS, allaient disparaître avec cette « CCAM » (Classification Commune des Actes Médicaux). Elle serait « réactive », et notam-

ment le « cout de la pratique » allait être revu chaque année... afin de ne plus se trouver en situation d'obsolescence comme naguère et feu la NGAP !

Mais rapidement la maladie gagna la CCAM : l'immobilisme !

Maladie bien difficile à traiter, car les syndicats de médecins « non chirurgicaux » n'avaient guère intérêt au mouvement...

Alors chacun trouva son chemin, « sa » cotation, validée par d'autres collègues, mais dérivant au fil du temps du principe même de la CCAM : « 1 acte = 1 code ». Et si plusieurs procédures doivent être réalisées de façon courante, un nouveau code doit être trouvé.

14 ans sans séquelle à cet « immobilisme » et « adaptation ».



© Goodluz - AdobeStock.com

CONCENTREZ-VOUS
SUR L'ESSENTIEL,
SHAM ASSURE LE RESTE !

Exclusivité
Sham !
- 15%*

Avec **la Responsabilité Civile
Professionnelle Sham**, vous bénéficiez :

- d'une **couverture optimale**
- d'un **accompagnement personnalisé**
avec une équipe dédiée

Sham, un acteur solide et pérenne qui s'engage à vos côtés

* Offre réservée aux praticiens qui exercent dans un ou plusieurs établissements assurés par Sham

UN CONSEIL ? UN DEVIS ?
LES EXPERTS SHAM SONT À VOTRE ÉCOUTE
04 72 75 20 00
relationclient@sham.fr - www.sham.fr

 **sham**

PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE



Et au cours de l'été 2018, la salve de contrôles CCAM fut déclenchée par l'ex-RSI (S.S des Indépendants maintenant).

Epaule, pied, main, hanche et genou...

Le SNCO alerté, comme l'UCDF et en lien direct, obtint conformément à la réglementation (cf infra), que l'avis des Sociétés Savantes puisse être pris :

Les courriers suivants ont été co-écrits et validés par le CNP ; leur poids, celui de NOTRE Société Savante, a permis enfin d'ouvrir une porte de négociation.



p45 de la "CCAM descriptive à usage PMSI" :

« Pour connaître le contenu implicite des actes décrits, on consultera, selon les cas, de telles publications, les protocoles, recommandations ou guides de bonnes pratiques élaborés par les sociétés savantes, ou les documents rédigés par la HAS.

Pour les actes de chirurgie, on se reportera généralement à l'Encyclopédie médicochirurgicale (EMC), Techniques Chirurgicales (ELSEVIER, Paris). Le libellé recouvre toutes les variantes de l'acte décrit, quand celles-ci n'ont pas été individualisées par des libellés spécifiques.

Pour éviter toute ambiguïté, une note sous certains titres ou certains libellés précise le contenu technique des actes correspondants, énumérant ceux des gestes qui ne doivent pas être codés en sus parce qu'implicitement inclus.

En cas de difficulté, un utilisateur pourra interroger les rédacteurs de la CCAM ou la société savante concernée pour connaître le contenu implicite d'un acte.»

Les courriers suivants ont été co-écrits et validés par le CNP ; leur poids, celui de NOTRE Société Savante, a permis enfin d'ouvrir une porte de négociation: merci pour l'implication de toutes et tous; à nous d'agir dans cette « porte ouverte », même s'il ne faut guère s'illusionner, elle n'est qu'entrouverte...

Les finances seront toujours une limite !...

Dr Bernard LLAGONNE
Président SNCO ; Membre de la CHAP

DONJOY®

La vie est belle, même avec une attelle !



DuoForm+™



RhizoForm™



RespiForm+™

CarpaForm™



RespiForm™



DuoForm™



DigiForm™



DigiForm+™



ErgoForm™

CCAM ET DOUBLES COTATIONS EN ORTHOPÉDIE : QU'EN PENSE LA SFHG ?...

André Ferreira

Secrétaire Général de la SFHG

La SFHG, comme les autres sociétés savantes partenaires de la SOFCOT, a été sollicitée récemment par certains de ses membres, mais également par d'autres chirurgiens orthopédistes, pour les aider dans des conflits les opposant aux caisses d'Assurance Maladie. Des doubles cotations d'actes chirurgicaux leur sont reprochées et des indus réclamés. Les médecins contrôleurs s'appuient d'une part, sur la CCAM définissant (plus ou moins précisément parfois) les actes et d'autre part, sur des références de la littérature scientifique leur confirmant que les actes incriminés étaient inclus dans l'acte principal coté.

Nos collègues sont en premier lieu surpris par ces nouveaux contrôles qui attaquent des pratiques anciennes jusqu'à maintenant non remises en cause. Certes ce réveil est tardif, mais on ne peut reprocher aux caisses d'exercer leur rôle, à condition que les arguments utilisés soient les bons.

Ce nouvel épisode dans l'histoire de nos relations avec les tutelles montre que l'évolution constante de notre art doit s'accompagner d'une mise à jour constante des règles qui régissent notre activité et en particulier la codification de nos actes. Leur valorisation mérite évidemment d'être revue mais ce sont les syndicats et l'Ordre des médecins qui ont pour vocation de la défendre. La SOFCOT et ses sociétés savantes, quant à elles, doivent demeurer les garants des bonnes pratiques de notre chirurgie. Elles organisent la réflexion scientifique et font régulièrement l'état de l'art dans chaque discipline. Elles émettent des recommandations ou des consensus qui doivent permettre

d'éviter toute dérive, que ce soit de notre part ou de celle des pouvoirs publics.

Les situations qui nous sont soumises sont individuelles et peuvent varier d'un chirurgien à l'autre. La SFHG va essayer de répondre à chacune d'elles, si elles concernent l'arthroplastie de la hanche ou du genou, mais il est nécessaire de clarifier le débat.

Le caractère systématique d'une double cotation apparait d'emblée comme anormal, du moins dans notre spécialité. Sauf à considérer que la CCAM est totalement inadaptée, direction que nous ne prendrons pas, les actes cotés ont le plus souvent une cohérence. Implanter, par exemple, une prothèse totale de genou recouvre un certain nombre de gestes indispensables à la réussite de la chirurgie et tacitement inclus dans le libellé de l'intervention même s'ils ne sont pas toujours réalisés. Ils n'ont donc pas vocation à être individualisés. De même, il existe des boîtes d'instruments chirurgicaux de base, variés et différents d'un chirurgien à un autre, mais dont la finalité est unique : permettre le bon déroulement de l'intervention. C'est le cas de la synovectomie, de la libération des coques condyliennes postérieures ou de la patellectomie verticale externe. Nous considérons, dans le même esprit, qu'une neurolyse du nerf sciatique par voie d'abord postérieure de hanche est un acte exceptionnellement nécessaire mais inhérent à la technique opératoire ; en revanche, si le patient a un antécédent particulier qui a conduit à augmenter le danger à l'égard de ce nerf (chirurgie préalable, irradiation radio-

thérapeutique ...) ce geste est spécifique au patient et mérite d'être individualisé et coté. Il en est de même avec le relèvement de la tubérosité tibiale lors d'une prothèse de genou ; si elle appartient à la voie d'abord, elle n'a pas de raison d'être valorisée, d'autant que des alternatives existent. En revanche, s'il s'agit d'un acte rendu nécessaire par une raideur majeure ou un trouble authentifié de l'appareil extenseur, il répond à une situation particulière et sa cotation pourrait être justifiée si elle n'est pas régulière. Pour reprendre l'exemple des ancillaires, il y a des cas où il faut une instrumentation spécifique (à un implant, à une technique...) ce qui la différencie du matériel de base.

Enfin, il existe des actes « nouveaux » qui conduisent à une réflexion sur leur intégration ou non dans les évolutions de la CCAM. La généralisation des protocoles de RRAC (Récupération Rapide Après Chirurgie) conduit à pratiquer des injections péri-capsulaires de produit analgésique. Doit-on pour autant coter l'infiltration associée à la prothèse ? Cet acte thérapeutique appartient désormais à la technique de base et nous ne pensons pas qu'il mérite d'être distingué. Mais le débat peut s'ouvrir à ce sujet, comme il devrait l'être pour les nouvelles technologies (navigation, PSI, robot...) superbement ignorées par les instances administratives.

Ainsi, la SFHG souhaite voir nos pratiques évoluer et être parfaitement valorisées en évitant toute dérive. Certains actes méritent d'être cotés en plus de l'intervention de base, mais ils doivent répondre à une situation particulière, non régulière, et nous aiderons les chirurgiens à défendre cette position. Si de nouvelles pratiques voient le jour, nous attendons des syndicats, et en particulier du SNCO (Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes), qu'ils défendent leur intégration dans la CCAM. Mais utiliser systématiquement l'imprécision qu'apporte, inévitablement, le libellé générique d'une intervention ne pourrait qu'apparaître dangereux et non souhaitable.



Association Française de Chirurgie du Pied

BUREAU EXECUTIF

Président

Jean Yves COILLARD
jy.coillard@gmail.com

Vice-Président

Carlos MAYNOU
carlos.maynou@chru-lille.fr

Secrétaire Général

Barbara PICLET
barbarapiclet@gmail.com

Trésorier

Christophe PIAT
christophe.piat@yahoo.fr

Responsable des Affaires Réglementaires

Alexandre ROCHWERGER
richardalexandre.rochwerger@ap-hm.fr

1er Secrétaire Adjoint

Julien BELDAME
julien.beldame@gmail.com

2eme Secrétaire Adjoint

Véronique DARCEL
v.darcel@yahoo.fr

Responsable des Travaux Scientifiques

François LINTZ
dr.f.lintz@gmail.com

Président sortant

Bruno FERRÉ
brunoferre2@wanadoo.fr

DÉLÉGUÉS

Responsable des relations avec les sociétés savantes internationales et représentant des membres étrangers

Nazim MEHDI
nazim.mehdi@gmail.com

Responsable de l'information des patients

Thierry FAVIER
tfavier.orthopedie@wanadoo.fr

Responsable de la gestion des membres

Philippe BEAUDET
Philippe.beudet@clinique-trenel.com

Cher Confrère,

Nous avons été interpellés par nos membres au sujet d'une action de contrôle massive et planifiée de facturation des actes de chirurgie du pied réalisés en 2017. Très naturellement, nos confrères se sont tournés vers leur Société Savante, l'AFCP (association Française de chirurgie du pied) société partenaire de la SOFCOT (société française de chirurgie orthopédique et traumatologique).

La majorité des opérations de refus porte essentiellement sur la cotation d'un acte sur l'hallux et la réalisation concomitante de geste tendineux sur les orteils adjacents. Il est ainsi question du refus de la cotation des actes :

NDPA011 : Ostéotomie du métatarsien et de la phalange proximale du premier rayon du pied, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil
Avec ou sans : résection arthroplastique

Ou

NDPA013 : Ostéotomie du métatarsien et de la phalange proximale du premier rayon du pied, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil et ostéotomie de plusieurs métatarsiens latéraux

Avec ou sans : - résection arthroplastique - arthrodèse interphalangienne

avec

NJPA025 : Section ou allongement d'un tendon de muscle extenseur ou de muscle fléchisseur des orteils à l'avant-pied

ou

NJPA029 : Section ou allongement de plusieurs tendons pour correction d'attitude vicieuse du pied

Nous comprenons parfaitement les règles de codage et notamment « *le principe d'un d'acte global, incluant implicitement tous les temps obligés de sa réalisation selon les bonnes pratiques admises par les sociétés savantes de la discipline, de la préparation à la rédaction du compte rendu* ».

Cependant, et dans le cadre des déformations globales de l'avant pied comprenant une déformation du 1^{er} rayon et des orteils adjacents, la réalisation d'un acte sur le premier rayon NE PEUT englober les actes tendineux sur les orteils adjacents. En effet, même si le code NDPA011 comprend les motifs « *avec ou sans transfert ou allongement tendineux* », ces motifs s'appliquent au libellé d'un acte spécifique au 1^{er} orteil. Ces motifs ne s'appliquent aucunement aux orteils latéraux.

Concernant le code NDPA013, rentrant dans le cadre d'une déformation osseuse de l'hallux et des orteils adjacents, il n'est nullement question de l'ensemble des interventions tendineuses des orteils latéraux que peuvent être les ténotomies, les capsulotomies, les transferts ou allongement tendineux notamment.

Ainsi, notre société savante ne peut que déplorer cette politique de refus de ces associations d'actes qui relève manifestement d'une méconnaissance complète de la pratique chirurgicale et de la cotation CCAM. Nous apportons donc ici notre soutien le plus complet à nos collègues visés par ces refus.

Nous demandons officiellement à la CHAP de se saisir de cette divergence de vue, et souhaitons un moratoire dans l'attente.

Nous travaillons sur ce sujet depuis plusieurs années et avons noté un nombre important de situations où l'association de gestes différents et nécessaires fait défaut.

C'est l'occasion de travailler ensemble et dans la même direction pour adapter enfin la nomenclature aux pratiques validées actuelles.

Très cordialement,

Jean Yves Coillard
Président AFCP



Cher Confrère,

Nous avons été interpellés par nos membres au sujet d'une action de contrôle de facturation des actes d'arthroscopie d'épaule réalisés en 2017.

Pour le codage des actes, le chirurgien se réfère à la classification commune des actes médicaux qui, dans sa dernière version V52, ne fait état d'aucune modification concernant les règles de codages pour les actes en question (MEMC003 et MJEC001-002). Aucune modification n'a été retrouvée sur les versions précédentes qui s'appliquaient en 2017. Dans les principes des règles de codage et notamment dans le principe 1 concernant la notion d'acte global, il est écrit « *pour connaître le contenu implicite des actes décrits, on consultera, selon les cas, les publications, les protocoles, les recommandations ou guides de bonne pratique élaborés par les sociétés savantes, et les documents rédigés par la haute autorité de santé* ». A ce sujet, nos sociétés savantes n'ont pas été consultées et aucune recommandation validée n'a été émise concernant l'association systématique d'une acromioplastie à une réparation de la coiffe des rotateurs sous arthroscopie.

Dans les règles de codage, il est précisé au Principe 1, Règle 1, Corollaire 1 : « On ne doit jamais coder deux actes quand l'un est nécessaire à la réalisation de l'autre ». En l'occurrence il est tout à fait possible de réaliser une acromioplastie sans réparation de la coiffe ou une réparation de la coiffe sans acromioplastie, même si cette association est souvent réalisée.

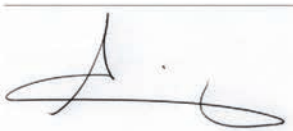
Les recommandations éditées par l'HAS en 2008 (https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/chirurgie_des_tendinopathies_rompues_de_la_coiffe_des_rotateurs_-_recommandations.pdf), qui font référence, concernant le traitement des ruptures de la coiffe des rotateurs, ne font pas état de la nécessité de réaliser une acromioplastie systématique. La démarche est appuyée sur un article de l'EMC « techniques chirurgicales » publié en 2007, mais il ne s'agit en aucun cas d'un consensus, ni d'une recommandation validée par les sociétés savantes.. Des études prospectives randomisées n'ont pas démontré l'intérêt d'une acromioplastie systématique lors d'une réparation de la coiffe des rotateurs (cf références ci-dessous). Des travaux récents suggèrent que l'acromioplastie, en réduisant le « critical shoulder angle » pourrait diminuer le risque de rupture itérative après réparation arthroscopique de la coiffe. Aujourd'hui, la décision de réaliser ou non une acromioplastie au cours d'une réparation de la coiffe des rotateurs est laissée à l'appréciation du chirurgien sur des critères cliniques, d'imagerie et les constatations per-opératoires.

En l'état actuel, l'acromioplastie ne peut pas être considérée comme un acte inclus implicitement lors d'une réparation de la coiffe des rotateurs sous arthroscopie.

Restant à votre disposition,

Cordialement.

Pr F. Sirveaux
Président de la SFA



Pr J-F Kempf
Président de la SOFCOT



Dr P. Valenti
Président de la SOFEC



J Bone Joint Surg Am. 2011 Nov 2;93(21):1953-60. doi: 10.2106/JBJS.K.00488.
Arthroscopic rotator cuff repair with and without acromioplasty in the treatment of full-thickness rotator cuff tears: a multicenter, randomized controlled trial.
MacDonald P¹, McRae S, Leiter J, Mascarenhas R, Lapner P.

Arthroscopy. 2012 May;28(5):628-35. doi: 10.1016/j.arthro.2011.10.016. Epub 2012 Jan 20.
The efficacy of acromioplasty in the arthroscopic repair of small- to medium-sized rotator cuff tears without acromial spur: prospective comparative study.
Shin SJ¹, Oh JH, Chung SW, Song MH.

Am J Sports Med. 2014 Jun;42(6):1296-303. doi: 10.1177/0363546514529091. Epub 2014 Apr 14.
Arthroscopic Repair of Full-Thickness Rotator Cuff Tears With and Without Acromioplasty: Randomized Prospective Trial With 2-Year Follow-up. Abrams GD¹, Gupta AK², Hussey KE³, Tetteh ES³, Karas V⁴, Bach BR Jr³, Cole BJ³, Romeo AA³, Verma NN³.

J Orthop Traumatol. 2015 Sep;16(3):167-74. doi: 10.1007/s10195-015-0353-z. Epub 2015 May 24. Is acromioplasty necessary in the setting of full-thickness rotator cuff tears? A systematic review.
Familiari F¹, Gonzalez-Zapata A, Iannò B, Galasso O, Gasparini G, McFarland EG.

Am J Sports Med. 2018 May 1:363546518767634. doi: 10.1177/0363546518767634. [Epub ahead of print]. Large Critical Shoulder Angle Has Higher Risk of Tendon Retear After Arthroscopic Rotator Cuff Repair. Li H¹, Chen Y¹, Chen J¹, Hua Y¹, Chen S¹.

LES LIMITES DE GARANTIE DANS LE TEMPS DE LA RCP MÉDICALE

Patrice Papin

Secrétaire Général du SNCO

En RCP médicale, la loi du 30 décembre 2002, dites loi ABOUT a réformé l'assurance des professionnels de santé et retenu pour son fonctionnement le principe de la « réclamation ». Elle impose à l'assureur dont le contrat est en cours au moment de la première réclamation du patient de prendre en charge le sinistre quelle que soit la date à laquelle les faits se sont produits, sauf les cas de « passé connu (du précédent assureur) ».

La loi ABOUT définit le sinistre (tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers), la réclamation (toute demande en réparation amiable ou contentieuse) et la durée des garanties subséquentes en cas d'expiration ou de résiliation de tout ou partie des garanties : **cinq ans** si le chirurgien conserve une activité, lorsque ces sinistres sont imputables aux activités garanties à cette date, et s'ils résultent d'un fait générateur survenu pendant la période de validité du contrat, **dix ans** en cas de cessation d'activité professionnelle ou de décès.

S'agissant des montants de garanties, le législateur a prévu des montants minimums obligatoires prévus qui en 2003 étaient à 3 M€ par sinistre et de 10 M€ par année d'assurance. Certains assureurs, par l'intermédiaire de courtiers ou directement, proposait ce plafond de garantie pour les chirurgiens orthopédistes, estimant qu'il n'y avait que peu de risque d'avoir un sinistre dont le coût dépasserait le plafond. Cette stratégie leur a permis de proposer des primes d'assurances plus attractives.

C'était sans prendre en compte l'évolution constante du montant des indemnités qui laissaient peu de doutes sur le fait que les décisions de justice allaient rapidement faire exploser les plafonds en vigueur. Dans notre spécialité, le risque de sinistres à plus de 3 millions était particulièrement évident pour les chirurgiens du rachis.

Au-delà des 3M€, le chirurgien orthopédiste mis en

cause est alors responsable sur ses biens personnels.

En 2011, MIC (assurance proposée par le courtier Branchet) était le seul assureur à proposer encore des garanties limitées au minimum réglementaire de 3M€.

La Médicale, Groupe Pasteur Mutualité et Le Sou Médical avaient des plafonds compris entre 6 et 7,6 M€. Axa et Sham, quant à eux, couvraient déjà leurs assurés à hauteur de 8M€.

Suite à la mobilisation des obstétriciens et chirurgiens, la loi du 28 décembre 2011 (article 146) a créé le Fonds de Garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé. Le Décret n° 2011-2030 du 29 décembre 2011 relatif aux plafonds de garantie a relevé ces plafonds de 3 M€ à 8 M€ par sinistre et de 10 M€ à 15 M€ par année d'assurance,

Mais les dispositions du décret sont applicables seulement aux contrats conclus, renouvelés ou modifiés à compter du 1^{er} janvier 2012.

Le fonds est susceptible de prendre en charge les dossiers pour les montants dépassant les plafonds de garantie et les sinistres déclarés au-delà des garanties subséquentes.

Mais cette loi n'a pas résolu le problème des chirurgiens ayant eu un sinistre avant 2012 et faisant l'objet d'indemnités supérieures au plafond (le plus grand risque étant pour les assurés ayant un plafond à 3M€). Certains souhaiteraient que le Fonds de Garantie prenne en charge ces sinistres, pour protéger les praticiens concernés du risque de faillite personnelle.

Mais le fond de garantie est abondé par les cotisations des médecins et paramédicaux libéraux (de 15 à 25 euros annuels) pour les sinistres ouverts à partir de 2012 et n'a pas été dimensionné pour reprendre les sinistres antérieurs.



Si le Fonds de Garantie devait prendre en charge ses sinistres, il devrait être refinancé. A défaut, il risque de ne pas être suffisamment pourvu lorsque se présenteront à lui les sinistres pour lesquels il a été conçu.

Deux solutions sont envisageables pour refinancer le fonds :

- Augmenter les cotisations de chaque professionnel (mais est-ce aux professionnels de palier aux insuffisances de plafonds proposées à l'époque par certains acteurs du marché ?)
- Demander aux assureurs concernés de prendre en charge le refinancement, chacun au prorata de ses engagements sur des dossiers de ce type

Un autre problème est celui des chirurgiens résiliés du fait de leur âge : ces chirurgiens retrouvent difficilement un assureur car, selon la loi, le dernier assureur couvre les sinistres déclarés pendant les 10 ans qui suivent la cessation pour l'ensemble de la carrière du praticien, alors même qu'il n'aura perçu que quelques années de cotisation (souvent entre 1 et 3 ans).

Enfin, il existe de plus en plus de chirurgiens qui changent d'activité sans cessation d'activité. Le chirurgien reste assuré pour sa nouvelle activité et dans ce cas, c'est la garantie de 5 ans qui est valable.

Prenons l'exemple d'un chirurgien orthopédiste de 64 ans, qui décide d'arrêter d'opérer au 31/12/2018, mais de continuer de consulter pendant encore 2 ans, jusqu'au 1/1/2021. Il signale donc un changement d'activité à son assureur. Mais il n'est pas en cessation d'activité.

C'est la garantie de subséquente de 5 ans qui va commencer à s'appliquer à compter du 1/01/2019 pour les réclamations liées à son activité chirurgicale. Si un sinistre lié à son activité de chirurgien est déclaré par exemple le 30 mars 2026, il ne sera pas couvert par la

garantie subséquente qui dans ce cas est de 5 ans, et se sera terminée le 31/12/2023. La question sera de savoir si le Fonds de Garantie acceptera de prendre en charge le sinistre, alors qu'en l'état, il ne semble engagé que sur pour les sinistres survenant au-delà de la subséquente de 10 ans (celle consécutive à la cessation d'activité)

Il y a donc là un risque de trou de garantie pour les chirurgiens.

Ainsi il reste des chirurgiens peu nombreux avec des sinistres hors garantie, ceux dépassant le plafond de garantie d'avant 2012, surtout si le montant était à 3M€. Il persiste aussi un risque en cas de changement d'activité en raison de la durée de garantie subséquente limitée à 5 ans.

Nous devons négocier avec les assureurs et les pouvoirs publics.

S.N.C.O - SYNDICAT NATIONAL DES CHIRURGIENS ORTHOPEDISTES

Pour adhérer, veuillez nous adresser :

- Photocopie de votre Compétence ou Spécialité en orthopédie
- Attestation sur l'honneur d'exercer exclusivement la chirurgie orthopédique (en dehors des urgences)
- Une attestation du Conseil de l'ordre attestant de votre spécialité de chirurgie orthopédique

S.N.C.O.

56 rue Boissonade - 75014 PARIS

Tél. 01 43 22 47 54 - Fax. 01 43 22 46 70 - E-mail : sofcot@sofcot.com.fr

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