

## Edito : CCAM et doubles cotations en Orthopédie: qu'en pense la SFHG ?...

Par André Ferreira, Secrétaire Général 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 apparaît 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 radiothérapique ...) 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.