

Laurent Sedel

Chirurgien. Hôpital Lariboisière (Paris).
Directeur du laboratoire de recherche
orthopédique du CNRS

Le Monde 13.11.07

Je suis en train de disséquer laborieusement les branches d'origine du nerf sciatique ; l'intervention a commencé il y a plus de deux heures. L'opéré est un homme de 70 ans présentant une récurrence d'une tumeur maligne du sacrum. Cette tumeur est au contact du nerf sciatique, dans le petit bassin. Le risque de paralysie est donc très important. C'est sans doute pourquoi l'équipe de ce CHU du sud de la France a préféré me le confier.

Je passe entre le nerf honteux interne, le pyramidal, que j'ai coupé, le nerf du grand fessier, que j'ai conservé et qui ne doit en aucun cas être lésé : cela entraînerait une boiterie irrécupérable. L'artère fessière reste pour le moment ma hantise. Si je la blesse, il faut en faire hémostase, c'est-à-dire la lier, ce qui peut être difficile. Dans l'hypothèse où elle se rétracte dans le petit bassin, je n'y aurai alors plus accès. Je progresse cependant, je rencontre un tissu cicatriciel de la première opération, je coupe avec précaution. Heureusement que le geste était bien contrôlé : c'était l'artère fessière. Je n'ai fait qu'une plaie latérale.

A ma droite, l'étudiante de troisième année, devant l'ampleur de l'hémorragie brutale, enlève son écarteur et détourne la tête pour éviter le jet de sang. Je n'ai que le temps de mettre un doigt pour comprimer l'artère et arrêter l'hémorragie. Ensuite, tout s'enchaîne normalement : je demande à l'instrumentiste un fil serti d'une aiguille ; de l'autre main, je replace les écarteurs dans la bonne position, recentre toujours de la même main les scialytiques pour bien voir la région et, lorsque tout est en place (fils, lumières, écarteurs, aspirateur), je vérifie d'un coup d'œil la mine des assistants (ils pourraient tomber dans les pommes), j'explique aux deux aides qu'il ne faut plus bouger, quoi qu'il arrive, et place un point dit à la volée, c'est-à-dire dans le sang. Il assure déjà une hémostase par-



DR

tielle, un surjet permet de régler le problème ; quelques minutes se sont écoulées, mais la sécrétion d'adrénaline a été forte.

L'intervention est maintenant plus facile, la tumeur est repérée, enlevée au maximum. On contrôle au stimulateur que les nerfs fonctionnent toujours. L'interna vietnamien qui m'aide ce jour (deux internes sur six ne sont pas français) me dit qu'il n'avait jamais vu une telle opération chez lui : « Dans mon pays, les tumeurs ne sont pas opérées, c'est trop difficile » ; sous-entendu, cela coûte trop cher, et les cancéreux meurent.

La fermeture se passe sans problème, le patient se réveille normalement, je vais tout de suite lui demander de bouger le pied : il le fait. Ouf ! les nerfs ont été respectés. Je remonte dans mon bureau. Six heures se sont écoulées. Un sandwich et le courrier m'attendent. Parmi les lettres, le double d'un jugement dans une affaire d'infection prétendument nosocomiale : une fracture ouverte de jambe qui s'est infectée. Les torts sont partagés, et l'Assistance publique devra payer la moitié des dédommagements. J'écris pour expliquer qu'il faut faire appel de ce jugement, qu'il faut contester la version de ce patient qui a été mal reçu aux urgences.

A la séance de codage du soir, l'acte effectué le matin, qui a permis de prolonger la vie de ce patient sans aggraver son état fonctionnel, est facturé 132 euros (pour le service, pas pour moi, qui suis salarié), la tarification à l'activité (T2A) ne permettant de compter que la neurolyse du sciatique et la biopsie tumorale. Une misère. La routine !

Pourquoi la chirurgie est-elle une discipline en voie d'asphyxie ? Réponse : les recrutements se font rares, imposant le recours massif à l'immigration pour combler les postes vacants dans les hôpitaux publics. Les étudiants nous voient peu, nous connaissons mal et pensent que la chirurgie est un domaine où l'on ne parle pas avec le patient. Le public, lui, continue de vivre au rythme des feuilletons télévisés (« Urgences » et autres) ou des caricatures vues dans les films ou lues dans les romans.

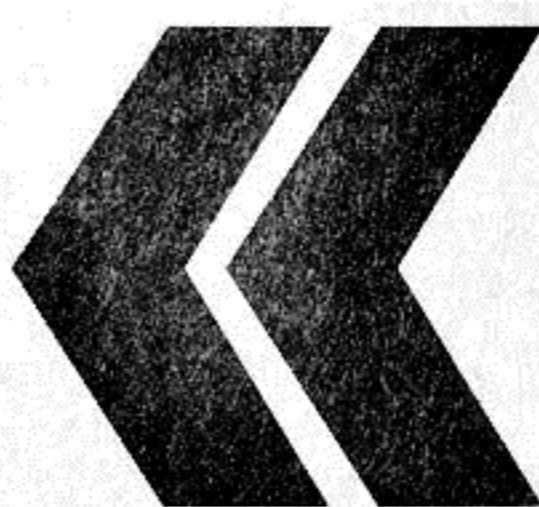
Le chirurgien fait peur, c'est ainsi. Il fascine souvent, et on l'envie parfois.

Paradoxalement, alors que les techniques s'améliorent, que l'anesthésie et la prise en compte de la douleur n'ont jamais été aussi au point, pourquoi faut-il que le service rendu ne soit plus apprécié comme il le devrait ? Je voudrais ici tenter de rétablir la vérité du métier, essayer de montrer pourquoi nous allons vers une détérioration du recrutement, de la qualité et, à terme, du service rendu.

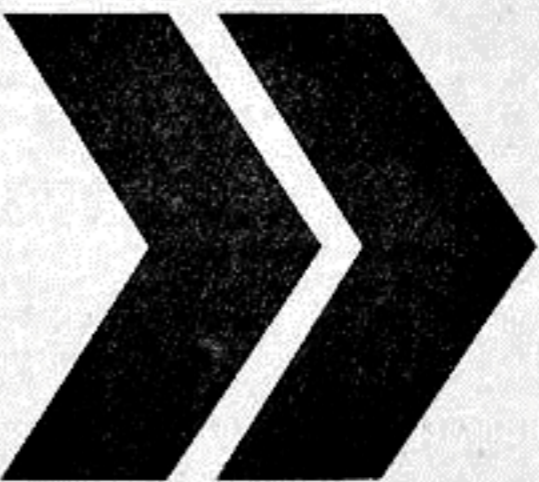
Bien sûr, il n'existe pas une mais plusieurs explications. La société évolue, plus hédoniste, plus protectrice, plus récriminatrice aussi. Il faut tenir compte du sacrosaint principe de précaution. A l'hôpital, mais aussi en clinique privée, cela conduit à la disparition du pouvoir médical, à la perte de la notion d'équipe et à la mainmise de l'administration. Les effectifs de celle-ci se sont d'ailleurs considérablement étoffés en trente ans, le nombre de chirurgiens d'un service comme le mien restant le même. Enfin, osons le dire, il faut compter avec la faiblesse des rémunérations ou, plutôt, des tarifs opposables fixés par la Sécurité sociale.

Cette faiblesse est très démotivante à une époque où les footballeurs, les acteurs, les dentistes et, parmi les médecins, d'autres spécialités gagnent beaucoup plus. Citons les radiologues, les cancérologues, les radiothérapeutes, les biologistes et les anesthésistes (données de la Caisse de retraite 2006).

Les 5 000 chirurgiens français font pourtant vivre des dizaines de milliers de gens. Beaucoup l'ont compris et en tirent profit, comme les sociétés propriétaires de cliniques, l'industrie des prothèses, les avocats qui s'enrichissent de toutes les affaires réelles ou supposées, le lobby des assurances pour qui ces mêmes affaires sont l'occa-



*Je voudrais tenter
de rétablir la vérité
du métier de chirurgien,
essayer de montrer
pourquoi nous allons
vers une détérioration
du recrutement,
de la qualité et, à terme,
du service rendu*



sion d'augmenter le prix des cotisations (environ 10 000 euros de cotisation annuelle en France, contre 200 000 aux Etats-Unis) et d'engranger des bénéfices. Et les médias enfin, dont la chirurgie est une vache à lait avec ces classements des hôpitaux aussi stupides que réguliers. Un seul perdant dans tout cela : le patient.

La formation

Je n'insisterai pas sur la nécessité d'un apprentissage long. Il faut connaître l'anatomie « sur le bout des doigts », la pathologie, les indications dans chaque spécialité, maîtriser le geste chirurgical, l'indispensable rigueur du geste. En ambiance collégiale hospitalière, c'est là que l'on discute des indications, que l'on remet en question les techniques ou les stratégies, que l'on fait de la recherche. Cet apprentissage ne peut pas se faire dans la facilité : ce sont de longues heures de travail théorique et pratique, c'est le contact avec les patients de jour comme de nuit.

Les interventions sont enseignées en opérant, véritable compagnonnage indispensable, en double commande comme la conduite automobile. Ce que l'on sait moins, ce sont les difficultés du dialogue avec les blessés, psychologiquement traumatisés, ceux qui sont culturellement différents, qui pratiquent d'autres langues que la nôtre. Et avec le public éduqué, les explications sont souvent aussi difficiles...

Pourrait-on faire l'économie de cette formation longue et créer, comme le proposent certains, des sortes d'officiers de santé qui réaliseraient certaines opérations répétitives ? Je ne le crois pas.

L'équipe chirurgicale

Une opération ressemble à une pièce de théâtre. Pour qu'elle puisse se dérouler, il faut un ensemble d'acteurs, de machinistes et de techniciens. J'énumère les conditions requises : un patient à jeun depuis plus de six heures, examiné par le chirurgien, souvent de façon collégiale en CHU, l'anesthésiste, qui l'a jugé « opérable », un bloc opératoire libre, stérile, des infirmières compétentes, une infirmière anesthésiste, sans laquelle l'anesthésiste refuse d'endormir sauf en cas d'urgence, et enfin, outre le chirurgien, au moins un aide et, pour les interventions plus difficiles, une instrumentiste.

Tout cela demande une coordination rigoureuse, quasi militaire, or c'est un peu chacun pour soi : le chirurgien, même lorsqu'il est chef de service, n'a aucun pouvoir. Chaque corps de métier possède ses règles de fonctionnement : les brancardiers, organisés en pool commun, ont un sens de la ponctualité variable ; les anesthésistes doi-

vent travailler un nombre d'heures au-delà desquelles ils ont droit aux RTT. Ils fixent leurs horaires, décident vers 15 heures qu'il est trop tard pour faire descendre le malade suivant puisque cela les ferait sortir après 17 heures. Ils sont pour la plupart arrivés à 8 h 30, en décalage de 30 minutes avec l'infirmière anesthésiste.

Pour les infirmières de salle d'opération, nous avons pu obtenir certains progrès. Avant l'instauration des 35 heures, elles arrivaient toutes à 7 heures du matin : les interventions commençant au mieux à 8 h 30, cela faisait du temps non utilisé. Certaines décalent maintenant leurs horaires, permettant ainsi au bloc de tourner l'après-midi. Mais il faut bien reconnaître que le quasi-blocage des rémunérations lié aux 35 heures a eu des effets pervers sur ces emplois techniques, dont les effectifs sont insuffisants. L'un de ces effets est le recours de plus en plus habituel à l'intérim. L'intérim étant généralement assuré par des personnels qui cumulent avec un emploi statutaire dans une autre structure : mais que n'ai-je dit là ? C'est illégal même si tout le monde le sait ! Et tout cela parce que les heures supplémentaires étaient jusqu'à ce jour bloquées.

Comprenons-nous bien : nous ne mettons pas en cause la valeur des individus, ni leur compétence ni leur fiabilité, encore moins leur conscience professionnelle. Le problème est l'absence de notion d'équipe soudée autour du but commun. Chaque corps de métier obéit à ses propres règles, ses syndicats, sa logique, son organisation. Alors que c'est l'équipe tout entière qui gagne ou perd. C'est comme si une équipe de foot ou un corps de ballet voyait ses éléments changer à chaque match ou ballet. On imagine les performances !

En chirurgie, les conséquences sont surtout une perte de temps avec les dix acteurs concernés par l'acte opératoire au chômage technique parce que l'un d'entre eux manque à l'appel ou n'a pas fait son travail, parce que le brancardier, par exemple, n'a pas emmené le patient au bloc et que tout le monde attend. La solution consiste à imposer une autre organisation, un autre management et, surtout, à redonner du pouvoir au chirurgien.

En garde, c'est pire, les chirurgiens sont souvent jeunes, les anesthésistes qui travaillent en équipe ne sont plus affectés à une spécialité chirurgicale. Les cas bénins ne les intéressent pas, toutes ces fractures,

ces plaies, ces bobos divers qui représentent la grande majorité des soins à donner et qui doivent être opérés en urgence. Ces cas « simples » peuvent, mal traités, représenter de véritables catastrophes individuelles : un tendon fléchisseur du pouce coupé chez un travailleur manuel peut l'obliger à changer de métier après six mois de convalescence et de rééducation.

(Le médecin urgentiste) Patrick Pelloux s'élève contre l'indisponibilité des services de chirurgie, alors que cela n'a souvent rien à voir avec les chirurgiens. C'est un problème de gestion de flux, de disponibilité des lits (l'administration), des blocs opératoires et des anesthésistes (département d'anesthésie), des instruments stériles (la pharmacie). Cette désorganisation organisée engendre des pertes de temps à répétition. Elle est vécue par le chirurgien comme vexatoire.

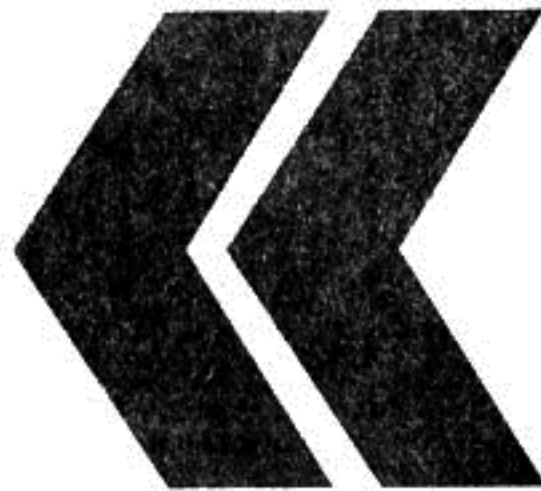
Des solutions, il y en a : je pense notamment à la possibilité de recréer la notion d'équipe. C'est ce que pourrait autoriser la nouvelle organisation en pôle si elle incluait l'équipe d'anesthésistes, dont le chef deviendrait le chef du pôle. Il faudrait aussi attribuer des primes à l'activité pour l'équipe tout entière. Une nouvelle directive, qui ne sera sans doute jamais appliquée, propose d'attribuer des primes d'activité aux chirurgiens seuls : magnifique machine à perdre dans l'ambiance hospitalière actuelle !

Le principe de précaution

Une autre machine à perdre est l'application du nouveau principe de précaution. Ce principe, découvert par les administratifs après l'affaire du sang contaminé, a fait partie de tout temps de la formation chirurgicale. Il n'est pas une indication opératoire qui ne repose sur une évaluation aussi précise que possible des avantages, des risques. En pesant le pour et le contre. L'explication la plus précise doit être donnée au malade, le plus difficile étant de lui faire part de ce que nous ne savons pas. Les données sont statistiques, mais, pour un patient, le résultat – bon ou mauvais – sera, lui, à 100 %.

L'appropriation du principe de précaution par l'administration n'a qu'un seul but : se couvrir pour qu'un scandale ne soit plus de son fait. Cette « idéologie » de la précaution concerne tous les acteurs : pour le patient, c'est la liste exhaustive de

tout ce qu'il risque, même si cela ne fait que l'effrayer, augmentant ainsi le risque anesthésique. Pour les jeunes chirurgiens, c'est la peur des rayons : tablier de plomb ; peur de l'hépatite. Mais le pire est sans doute la peur de l'échec. Or il n'y a pas et il ne peut pas y avoir de chirurgie sans complications. Une ambiance de précaution absolue conduit à terme, soit à supprimer toute intervention réparatrice non vitale au prétexte qu'elle n'était pas indispensable, soit à employer des méthodes beaucoup plus radicales. Par exemple, amputer d'emblée un traumatisme grave de l'avant-bras ou



L'intérim est généralement assuré par des personnels qui cumulent avec un emploi statutaire dans une autre structure : mais que n'ai-je dit là ? C'est illégal, même si tout le monde le sait !



de la jambe au prétexte que le membre n'était pas récupérable, la vérité étant que la tentative de conservation, beaucoup plus difficile techniquement, pouvait entraîner une longue chaîne d'ennuis dont le patient aurait à souffrir.

On nous reproche souvent de ne pas accepter l'évaluation. Mais la seule évaluation valable est celle que nous pratiquons et dont les résultats sont publiés et comparés dans la presse spécialisée. Elle est quantifiée en qualité de vie, reprise des activités, absence de réintervention, et ce pour une durée importante. Nous calculons aussi les durées de séjour, les seuils de douleur, l'indice de satisfaction, etc.

La pression financière

On parle tous du trou de la Sécurité sociale. Sait-on la quantité d'argent perdu par une mauvaise organisation ? Nous avons déjà développé la perte que représente l'absence de fonctionnement d'équipe, la mauvaise coordination, la mauvaise gestion des équipements. D'autres gouffres financiers sont bien connus : c'est notamment le maintien, pour des raisons politiques, de petites structures dans de petites villes, parce que les administrés, manipulés par le maire, sont persuadés que parcourir 30 kilomètres pour aller se faire opérer est une perte de temps inouïe.

C'est un gâchis, car les grosses structures, renforcées de ces personnels, seraient plus efficaces. Les patients attendraient moins et pourraient rapidement retourner près de chez eux. Ils seraient accueillis dans l'hôpital de proximité dont le bloc opératoire a fermé, mais transformé en centre de convalescence ou de plus longs séjours pour personnes âgées dont la France manque cruellement.

Problème économique encore : la politique des marchés. Aujourd'hui, nous avons de nouveaux bistouris, de nouveaux champs opératoires : le « mieux disant » a obtenu le marché. Il a gagné. Le chirurgien ou le malade, pas toujours. Les nouvelles lames cassent plus facilement ou ne coupent plus après un passage. On en change donc deux fois plus souvent. Il en est de même des champs stériles qui ne résistent pas et sont troués. Tout le monde aura compris que cela n'entraîne pas de réelle économie.

Autre exemple récent, je demandais un clou d'humérus spécial (300 euros) qui per-

mettait d'éviter, pour certaines fractures de l'épaule, de poser une prothèse (environ 2 000 euros). Comme le clou d'humérus était « au marché » à 180 euros, l'administration n'admettait pas de payer un clou plus cher. Il m'a fallu plus d'un an de lettres à la direction pour expliquer cela. Il est normal que l'Etat fixe des prix en fonction du service rendu. Mais, pour le reste, le produit implanté doit rester de la responsabilité du chirurgien, qui seul est à même, par sa formation, de juger de sa pertinence.

Une autre dérive économique, beaucoup plus grave celle-là, est la pression financière des établissements privés, de plus en plus souvent regroupés en grandes sociétés multinationales. Le besoin dans ces établissements de « faire du chiffre » peut conduire à des dérives incontrôlables. Le chirurgien est formé, comme nous l'avons dit, à n'opérer que lorsqu'il juge l'intervention inévitable. Mais quand on connaît la faiblesse des rémunérations, actuellement fixées par des organismes publics, quand on sait que les honoraires pour une prothèse de hanche (environ 490 euros) ou une appendicite (environ 120 euros) ont baissé en valeur constante depuis vingt ans, que sur ces sommes il devra payer son aide, sa secrétaire et, bien sûr, ses charges sociales et ses impôts, qui peut s'étonner des dépassements tarifaires ?

Dans les hôpitaux, où cette culture du tarif n'existait pas jusqu'à présent, on pourrait assister, avec le nouveau système de financement à l'activité, à ces dérives. Comment l'empêcher ? Une revalorisation significative des tarifs serait beaucoup plus efficace. L'économie réalisée par la limitation des actes inutiles viendrait vite compenser le surcoût.

J'ai essayé de démontrer la lourdeur de mon métier et l'angoisse qu'il génère, le temps passé et la difficulté d'en trouver pour communiquer. Cependant, je dirais qu'il vaut mieux un bon chirurgien taiseux qu'un communicant incompetent. Le chirurgien est finalement un médecin comme les autres. Il doit assurer le même travail d'écoute, de décision, de suivi. Il doit être compétent et consciencieux. Il doit surtout arrêter de subir : il doit reprendre la main sur l'activité chirurgicale, redevenir le chef d'orchestre de son équipe. C'est comme cela qu'il restera disponible, efficace dans le système de santé français, l'un des meilleurs du monde. ■