

SANTÉ François Aubart, vice-président du Conseil national de chirurgie, revient sur la fermeture d'un service de l'hôpital de Metz :

«La chirurgie doit basculer dans l'évaluation»

François Aubart, chef du service de chirurgie orthopédique à l'hôpital d'Euville (Val-d'Oise), est vice-président du



Peut-on évaluer les pratiques chirurgicales ?

A Metz, tout cela a été possible parce que ce service fonctionnait en autarcie. La chi-

irurgie doit basculer dans une évaluation, conciliant aussi bien les données cliniques des patients que les pratiques éthiques.

Ce n'est pas le cas ?

Non. Aujourd'hui, c'est l'opacité. A l'image du chirurgien qui, après avoir terminé son clinat, va exercer pendant vingt ou trente ans sans la moindre évaluation extérieure. Un pilote de ligne va régulièrement être évalué, mais pas le chirurgien...

Que faudrait-il faire ?

D'abord, il faut évaluer la qualité des informations données aux patients avant l'opération. Il faut que la décision d'opérer soit fondée sur l'information bénéfico-risque et que les alternatives à la chirurgie soient abordées. Le patient doit être informé. Deuxième volet : il faut évaluer l'acte en lui-même, en salle d'opération.

C'est-à-dire ?

Il n'y pas 36 possibilités. Régulièrement, disons tous les cinq ans, des médecins seniors devraient pouvoir participer aux opérations, et les suivre pendant quarante-huit heures. Etablir cette évaluation, ce n'est pas remettre en cause la pratique du chirurgien. C'est au contraire apporter un regard extérieur indispensable pour que les relations de confiance entre le patient et l'équipe se maintiennent à un haut niveau.

L'affaire du service de chirurgie cardiaque de Metz, où le chirurgien a été suspendu, vous semble-t-elle un cas unique, ou bien révélatrice de certaines pratiques ?

D'abord, selon le rapport des experts, il y a de quoi être surpris. Avec des taux de mortalité, dans ce service, deux fois et demi supérieurs au taux national pour la chirurgie des coronaires et quatre fois et demi pour le valvulaire, ce n'est pas anodin. Et on apprend que cette situation n'est pas en lien avec la gravité de l'état des malades. A Metz, les patients à bas risque ont une mortalité multipliée par deux et ceux à haut risque ont une mortalité multipliée par quatre. Les experts écrivent que notamment pour les opérés âgés, «il est pratiqué une chirurgie maximaliste, extensive, longue et particulièrement délétère».

Et à cela s'ajoute la question des dépassements d'honoraires. A ce niveau-là, il ne s'agit pas de dépassements banaux, mais d'une véritable entreprise de surcotation. Au passage, on ne peut que s'étonner que la direction de l'hôpital ait pu ne pas connaître cette situation. Bref, il y a, semble-t-il à Metz, une situation très particulière. En même temps, cette affaire pose la question plus générale de l'évaluation de nos pratiques.

Qu'est ce qui bloque ?

Dans notre milieu de la chirurgie, il y a une réserve de principe, car on reste dans une culture de la culpabilisation. L'évaluation est perçue comme la recherche d'une faute. En Grande-Bretagne, il y a une acceptation, voire une revendication de cette

évaluation. Au Conseil national de la chirurgie, nous plaçons pour cela. Il ne s'agit, en aucun cas, de faire la police, mais de rendre explicites les pratiques individuelles. L'évaluation n'est pas là pour stigmatiser, mais pour rendre visible.

Recueilli par **ÉRIC FAVEREAU**