

# Surconsommation médicale : Des responsabilités partagées

La surconsommation médicale n'est pas que médicamenteuse. Les responsabilités sont partagées entre gestionnaires, agences sanitaires, médecins, patients et médias.

La santé n'est pas un bien de consommation comme les autres. La soumettre aux lois du marché induit des comportements nuisibles. La multiplication des indications de césariennes passées de 10% à 20 % des accouchements en France entre 1980 et 2010 est officielle. Les appendicectomies sans appendicite, les coloscopies rapprochées et gastroscopies, les arthroscopies, sont d'autres exemples connus de tous.

Les chirurgiens sont payés à l'acte. Plus ils opèrent, plus ils reçoivent d'honoraires. Le chirurgien ne peut refuser d'opérer un malade adressé avec une lettre du médecin traitant affirmant l'opération nécessaire ; le médecin n'apprécierait pas de perdre la face et parfois le pourcentage des suppléments d'honoraires (dichotomie formellement interdite par le code de déontologie mais tenace). On affirme aux malades consultant pour des douleurs du genou dans de célèbres cliniques qu'une prothèse est nécessaire alors que leur articulation ne le justifie pas et que des infiltrations les auraient soulagés.

Les gestionnaires. Un chirurgien ne peut opérer sans plateau technique lourd et l'autorisation des gestionnaires, formalisée par son contrat d'activité. Certains groupes insèrent une clause d'activité exigeant un chiffre d'affaire minimum. Clause parfaitement illégale, refusée par le conseil de l'ordre lorsqu'il en a connaissance. Clause révélatrice de la pression qu'exercent les directions qui peuvent rompre un contrat de leur chirurgien pas assez « rentable », considéré uniquement en fonction de ce qu'il rapporte.

Ainsi voit-on s'afficher chaque mois dans certains blocs un tableau d'honneur des praticiens classés en fonction de leur chiffre d'affaires! (comme chez Mac Do ou en ex URSS ...)

Responsabilité des normes et des QUOTA imposées par les agences régionales de santé (ARS) et l'institut national du cancer (INCa). Il a été fixé des seuils minimums d'activité annuelle par établissement. L'une des plus « pousse au crime » concerne les cancers de la prostate: un établissement doit réaliser par an au moins 20 prostatectomies. Lorsqu'en novembre, on a opéré que 12 prostates, le directeur organise une « réunion de crise » et rappelle aux chirurgiens qu'ils doivent opérer encore 8 prostates avant la fin de l'année pour garder l'accréditation. Moralité: ne consultez pas en fin d'année. Le ministère de la santé et les médias complices. Le « palmarès des meilleurs établissements » est basé essentiellement sur le nombre d'interventions réalisées. Pour figurer en première place (dans les hebdomadaires), l'établissement doit faire opérer ses chirurgiens plus que ses concurrents. Le palmarès ne tient pas compte de l'utilité des opérations ni de leurs résultats. Peut-on rêver d'un mécanisme plus inflationniste ?

Les patients. Le mythe de la chirurgie plus efficace que la médecine est ancré et trop de patients jugent la qualité en fonction du niveau des suppléments. Une simple tendinite du genou peut conduire le médecin traitant après un premier avis chirurgical négatif à adresser son « malade » chez son correspondant, « meilleur chirurgien du secteur », qui décide le patient à se faire opérer en urgence, en payant pour une intervention banale un supplément de 700% du tarif de la sécurité sociale (annoncé à la sortie). Rappelons qu'un devis préalable est légal et qu'en son absence le malade peut refuser de payer le supplément.

Un haut niveau de ressources financières ne met pas à l'abri des actes inutiles. Mettez vous à la place de ce chirurgien américain du milieu sportif. Le pilier de l'équipe professionnelle (plusieurs

millions de dollars de revenus annuels) vient consulter pour un gros genou douloureux après choc sur le terrain. Le chirurgien diagnostique une entorse bénigne. L'alternative est simple: simple infiltration ou « par prudence » arthroscopie avec traitement chirurgical « réparateur ».

Dans la première option, (médicalement la meilleure), il recevra 1000 dollars et paraîtra peu actif. Dans la seconde, il pourra demander 20.000 dollars, il s'attirera la considération de son directeur, obtiendra une publicité gratuite qui augmentera sa notoriété (et donc le niveau de ses honoraires ultérieurs) et la gratitude du malade qu'il aura « sauvé ». Quelle proposition l'emportera ?

En conclusion le surtraitement chirurgical touche de nombreux patients, parfois source de complications graves. Pour prévenir ces interventions inutiles, il faudrait supprimer la folie des normes, les palmarès trompeurs, chasser la dichotomie (suspicion légitime) et cesser de croire que le prix est critère de qualité.