

Sécurité d'abord

Fabrizio Cantelli est directeur de la Ligue des usagers des services de santé. « En fait, durant la première vague, la définition des soins essentiels n'était pas claire. En conséquence, on a assisté à la déprogrammation générale d'interventions. Dans la seconde vague, le système a tiré quelques leçons. On constate tout de même de grandes variations dans le report de soins entre hôpitaux, voire entre services d'un même hôpital. Il reste à faire un énorme effort d'information pour ne plus voir arriver des patients avec des diagnostics tardifs extrêmement graves. C'est d'autant plus important qu'on encourage les "non-covid" à ne plus hésiter à consulter. Mais nous demandons, pour que le message porte, qu'il soit proposé un accueil le plus sécurisé possible. Par ailleurs, nous attendons des autorités qu'elles mettent le paquet pour assurer à tout prix la poursuite normale des soins. » E.B.

maladies cardiovasculaires**Le mystérieux quart en moins...**

E.B.

Il y a, parmi les sous-diagnostics et les malades qui s'ignorent en cette période de covid, une diminution inquiétante : durant le premier confinement, le nombre d'admissions à l'hôpital liées à un infarctus a diminué de 26 %. Cette donnée belgo-belge n'a pas encore - fait l'objet d'analyses plus approfondies. En revanche, le professeur Ruben Casado Arroyo, cardiologue et chef de clinique à l'hôpital Erasme (ULB) et Chirec, décrypte pour *Le Soir* la littérature scientifique récente à ce sujet.

« Des données italiennes décrivent une hausse très importante de patients décédés à la maison, sans pouvoir appeler de médecin. Cette incidence plus importante de mort subite est une première explication. » Une explication elle-même liée au fait que des gens ont peur d'aller à l'hôpital, qu'ils font partie d'un groupe à risque, qu'ils hésitent à demander de l'aide... « On estime que l'incidence de ces morts subites représente une augmentation de 58 % des cas. »

Le tout est particulièrement genré : en Italie, la baisse du nombre d'admissions pour infarctus touche davantage les femmes (-41 %) que les hommes

(-25 %). De manière plus détaillée, on sait par exemple que les cas d'hospitalisation dans un contexte d'insuffisance cardiaque sont en baisse de 46 %, les cas de fibrillation auriculaire montrent une dépression de 53 % alors que l'embolie pulmonaire est en chute libre de 63 %. Les actes de cardioversion électrique (une intervention pour rétablir un rythme cardiaque normal en cas de fibrillation auriculaire, NDLR) sont eux en baisse de 29 %.

« Ces chiffres sont ceux de l'Italie, mais je n'entrevois pas pourquoi ce serait fondamentalement différent en Belgique. Nous sommes face à une situation générale très répandue en Europe. »

Chaque minute gagnée compte

Le docteur D^r Ruben Casado Arroyo en profite pour tirer la sonnette d'alarme : « Je sens que la population a peur de venir à l'hôpital. C'est particulièrement préoccupant car, au-delà des morts subites à la maison, c'est tout le processus de traitement qui est en jeu : pour les soins cardiaques, chaque minute gagnée permet d'améliorer le pronostic à long terme et de diminuer le risque induit de mortalité. »

le médecin « Faut-il privilégier la quantité ou la qualité de vie ? »

ENTRETIEN

E.B.

Comment, sur la base de quels critères, établir des priorités entre une opération pour un cancer à un stade avancé ou pratiquer une chirurgie de revalidation ?

Professeur Vincent Donckier

Chef du service de chirurgie oncologique à l'Institut Jules Bordet

”

Alors que la deuxième vague ralentit sa cadence, quelles leçons en tirez-vous ?

Entre la première et la deuxième vague, il y a eu une reprise partielle des activités hospitalières classiques. Au cœur de la deuxième vague, la situation était comparable à la première mais elle fut plus difficile à gérer en pratique, notamment en raison de la fatigue accumulée dans les hôpitaux. Quoi qu'il en soit, cette situation a globalement retardé nos activités dans la chirurgie du cancer. La chaîne a été interrompue en plusieurs points essentiels, depuis le dépistage jusqu'au traitement précoce et la prise en charge à long terme. C'est illustré par les chiffres récemment communiqués montrant une diminution significative des diagnostics de cancers. On sait que l'efficacité des traitements dépend des stades auxquels ils sont diagnostiqués et du délai entre le diagnostic et le traitement. On doit donc malheureusement s'attendre à une surmortalité liée au cancer dans les prochains mois et les prochaines années.

Comment les oncologues réagissent-ils dans cette situation ?

Plusieurs sociétés médicales et les autorités sanitaires ont proposé des recommandations pour les soins généraux et pour la chirurgie du cancer en particulier. Les consignes sont notamment de postposer les interventions chirurgicales non urgentes, comme la chirurgie esthétique, le placement d'une prothèse de hanche... l'idée étant de réserver les capacités chirurgicales aux soins des pathologies pour lesquelles le délai a un plus grand impact. Et le cancer en fait souvent partie. Encore faut-il établir un ordre et il n'est pas nécessairement facile de déterminer si tel ou tel patient doit être opéré dans les trois jours, les

trois semaines ou les trois mois, ni comment établir les priorités entre deux types de cancers différents. Dans un cadre très spécialisé et parfois segmenté, certaines recommandations ont été faites de façon isolée sans nécessairement tenir compte de l'ensemble de la demande de soins, c'est-à-dire de l'ensemble des patients porteurs de cancers, mais aussi des autres patients. Ces recommandations ne sont donc pas toujours facilement applicables dans un objectif d'efficacité globale. A cela s'ajoute une difficulté supplémentaire qui est l'incertitude quant à la durée de cette crise. Ce facteur peut directement influencer le choix des traitements : dans la situation actuelle, en particulier si elle se prolonge, certaines alternatives peuvent être globalement plus efficaces que les traitements classiquement recommandés, par exemple si elles peuvent être utilisées immédiatement et/ou si elles épargnent des ressources pour d'autres soins.

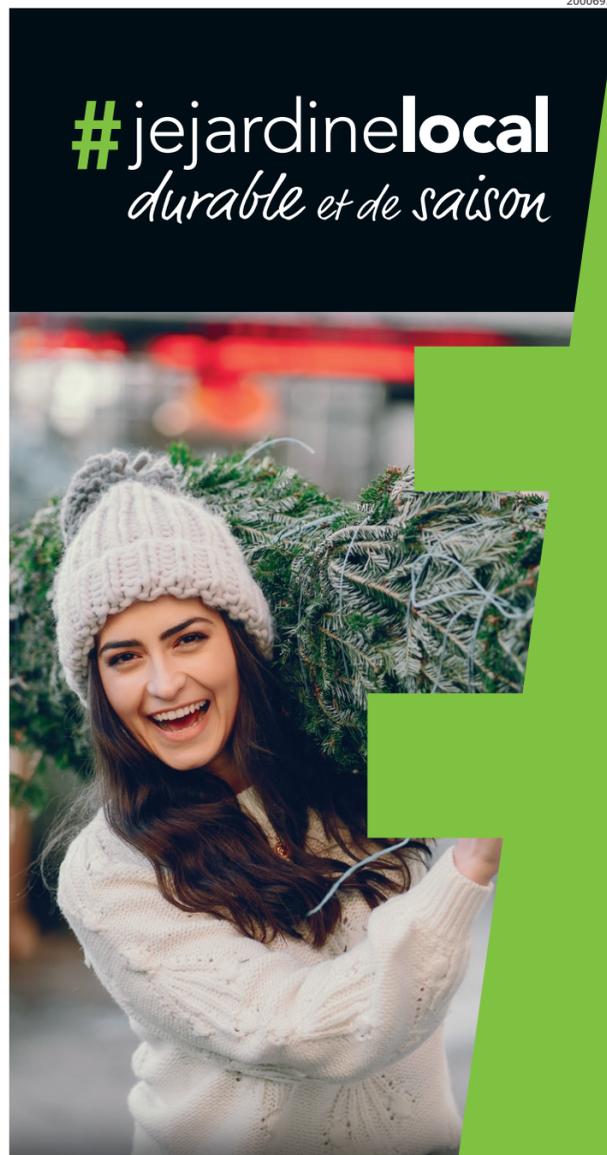
Avec, pour vous, des questionnements éthiques ?

A partir du moment où on opère en priorité les urgences et les cancers, il y a nécessairement un impact sur d'autres secteurs, par exemple pour les pathologies cardiaques ou l'orthopédie. Faut-il réserver les forces médicales pour opérer une personne présentant un cancer avancé qui a 10 % de chance de survie à cinq ans ou pour opérer une personne âgée qui ne peut plus marcher et sera totalement revalidée si une prothèse de hanche était placée ? Faut-il privilégier la quantité ou la qualité de vie ? A partir du moment où les ressources globales diminuent, ici en raison de la mobilisation du personnel et des équipements pour le covid, cette question se pose. Le corps médical a besoin de forger un consensus sur les actes qu'il faut privilégier. Comment, sur la base de quels critères établir des priorités entre une opération pour un cancer à un stade avancé ou pratiquer une chirurgie de revalidation ? Je pense que cette question est compliquée. Je crois qu'il est important d'organiser une méthode pour en débattre, dans le monde médical mais aussi dans la société. Dans ce débat, les principes éthiques doivent être considérés en priorité, en particulier celui de l'équité de l'accès aux soins.

« L'opération a été postposée à quatre reprises »

Le 25 janvier dernier, Gabriel Dozin se blesse en jouant au football. Après un passage aux urgences et chez plusieurs spécialistes, les médecins lui découvrent une rupture des tendons au niveau de l'épaule. Une intervention chirurgicale s'avère alors nécessaire. « L'opération pour recoudre mon tendon était initialement prévue fin mars. Avec l'apparition de l'épidémie en Belgique et les mesures sanitaires, l'intervention a été postposée à plusieurs reprises (avril, mai et juin) », se souvient le Liégeois de 45 ans. « Les premiers mois, c'était très douloureux. Je ne savais plus conduire. Il m'était impossible de lever mon bras droit plus haut que l'épaule. J'ai dû me bourrer d'antidouleurs. »

Le personnel hospitalier finit par ne plus programmer l'opération et conseille à Gabriel de le rappeler plus tard. « J'ai donc repris contact avec l'hôpital en juillet. Mon chirurgien étant en vacances, l'opération s'est seulement déroulée le 28 août. Soit sept mois après la déchirure. » Heureusement, il n'a pas subi de complications. En revanche, ses muscles se sont atrophiés, les douleurs se sont exacerbées et Gabriel a pris l'habitude d'adopter une mauvaise posture. « La kiné a immédiatement remarqué que l'opération avait tardé. La rééducation prend plus de temps à cause de ça. » Avec l'apparition de la 2^e vague, certaines séances ont par ailleurs été décalées. C.H.



#jejardinelocal
durable et de saison

Soyez acteur
de votre
consommation

Soyez l'artisan
de votre
cadre de vie

Privilégiez
la proximité
et la confiance

Consommez
en protégeant
l'environnement

COMMENT ?

En vous engageant sur :
jejardinelocal.be



Apaq-W

ABONNÉS

LE SOIR

Retrouvez l'intégralité de l'entretien et d'autres témoignages sur notre site.

plus.lesoir.be