

Vaut-il mieux être patient COVID ou non COVID ?

La réponse peut paraître évidente, mais...

Le récit de Francis Vuillemet, neurologue, administrateur du SNPHARE

Dans une région très touchée par la première vague, comme le fut l'Alsace, le leitmotiv des instances administratives fut, après celle-ci, quelque chose qui pouvait ressembler de près ou de loin à : « on a quand même bien géré ». Comme une sorte de refrain, qu'on aurait du mal à ne pas reprendre. Mais n'était-ce pas plutôt, au fond, une sorte de mantra ? Quelque chose qui pourrait signifier : « on s'en est mieux tirés qu'on aurait pu le craindre » ; voire même : « on l'a échappé belle ». Dans ce tourbillon, que sont devenus les « autres » patients et comment ont-ils été pris en charge ?

« ON L'A ÉCHAPPÉ BELLE » !

Dont acte : soignants vous êtes là pour soigner et ça s'est plutôt bien passé. Passé ? Êtes-vous bien sûr, que c'est passé ? Chercher des failles après la bataille aurait quelque chose de malséant, indécent presque, qu'on se le dise. Mais si la proposition « on l'a échappé belle » peut aussi parler aux soignants, c'est possiblement avec un sens bien différent.

À part l'apprentissage -théorique- du tri des victimes pendant les classes, au service militaire, je n'avais personnellement jamais connu, dans ma pratique en trente ans de carrière, une pareille hécatombe. Nombre d'entre nous ont aussi eu peur pour leur peau : je crois qu'il faut avoir le courage de l'avouer. Ainsi, au reflux de la première vague, du côté des médecins et des paramédicaux, on était surtout meurtris, ravis qu'une accalmie semble vouloir se dessiner ; et, surtout, plus jamais ça...

Héros ? Mais oui, héros.

« ON L'A ÉCHAPPÉ BELLE 2 » !

Le nombre des victimes de la COVID n'est un secret pour personne. Tout le monde le sait, les caméras sont pointées sur elles et le décompte quotidien des personnes décédées est là pour le rappeler, telle une macabre litanie, pour ceux qui voudraient essayer d'oublier. Mais, pendant ce temps, que sont devenus les autres patients ? Comment ont-ils été pris en charge ?

C'était bien écrit un peu partout dans les hôpitaux : ici, circuit COVID, là, circuit non COVID.

Comme si le virus avait la capacité de lire nos panonceaux et de respecter les frontières, bien artificielles, qu'on lui indiquait.

Car le coronavirus est transgressif : bien incapable de tenir compte ne serait-ce que du long délai de rendu des tests PCR, pourtant crucial dans le contexte du manque de lits que l'on connaît dans les hôpitaux, sans compter de possibles faux négatifs... Bref, le SARS-Cov2, comme tout virus, reste invisible.

Pour rester dans la thématique des germes, on pourrait s'étonner tout autant, d'ailleurs, de l'apparente disparition des bactéries multirésistantes, ou plutôt très certainement de leur recherche et de leur suivi plus ou moins systématique au sein des hôpitaux (certains patients se passeront peut-être, non sans joie, d'un écouvillon anal hebdomadaire ?) ; comme si c'était devenu là une préoccupation secondaire.

LES PATIENTS ORDINAIRES

Mais revenons-en aux autres patients, les non COVID, les patients « de d'habitude », les patients « ordinaires ». On avait parfois l'impression que l'épidémie les avait fait disparaître. Ou occultés.

Mais passé une sidération initiale bien compréhensible, comment imaginer, par exemple, que l'incidence des AVC ait diminué ? Évidemment, il n'en fut rien. Mais si l'incidence globale des AVC n'a pas changé, tout comme le nombre des admissions, le nombre de patients admis dans un délai permettant d'envisager une procédure de revascularisation (thrombolyse IV et/ou thrombectomie), a quant à lui, bel et bien chuté :

“ **Comment imaginer que l'incidence des AVC ait diminué ? Évidemment, il n'en fut rien !** ”

entre 30 et 40 % plus faible que l'année précédente à la même période. Et clairement, certains patients victimes d'AIT ou d'AVC mineurs ne sont tout simplement pas arrivés jusqu'en UNV.

LE PARCOURS DU COMBATTANT

- Du centre 15, historiquement service d'aide médicale urgente, mais dont l'étendue des missions n'a cessé de s'étendre au fil des années, pour devenir avant l'heure une sorte de numéro unique de recours médical : premier goulot d'étranglement, quand les appels se sont multipliés et malgré les renforts formés à la hâte. Avec pour conséquence, une inévitable augmentation des temps d'accès et/ou d'attente.
- Saturation des capacités de transport, ensuite ; là où parfois, déjà d'ordinaire, un transfert inter-hôpitaux non médicalisé doit attendre sagement son tour (dernier demandé, dernier réalisé) ; et comment ne pas considérer l'impact des temps d'habillage - déshabillage des ambulanciers, dans leurs scaphandres COVID...
- Arrivée aux urgences enfin, où la notion de filière était inévitablement plus compliquée à respecter, eu égard à l'afflux massif et là aussi trié des patients.
- Saturation des soins de suite enfin, des unités de MPR ayant été reconverties en unités COVID.

Toutes pathologies confondues, il y eut ainsi les patients qui n'osaient pas venir, sachant que l'hôpital concentrait les malades et donc des virus, avec la crainte entendable de risquer d'être contaminé (comme, par exemple, les patients sous immunosuppresseurs ou ceux qui se sentaient plus vulnérables). Il y eut ceux aussi qui ne savaient plus ce qu'ils pouvaient faire, s'ils devaient venir ou non : urgences ou prudence ? Urgence relative, mais qui finit par en devenir une vraie...

Et il y eut ceux, aussi, pour qui la prise en charge n'a pas été ce qu'elle aurait pu être, s'il n'y avait pas eu

l'épidémie : interventions déprogrammées, examens et du coup diagnostics retardés (cancers), prise en charge sur un mode dégradé.

VISIO, TÉLÉTRAVAIL, SMARTPHONE... NOUVEAUX MODES DE TRAVAIL ?

Peut-on dire, par exemple, qu'on fait de la téléconsultation, quand on ne fait en réalité qu'une consultation téléphonique ? Faute d'équipements adéquats pour procéder autrement, à l'heure où, pourtant, on converse y compris même en famille en « visio » ? Faut-il utiliser sa webcam personnelle, à défaut d'équipement *ad hoc* accessible dans le service ? Ou bien son téléphone portable personnel ? Le smartphone est-il un nouvel outil de travail ?

Ceci pose de réels problèmes, notamment celui du secret médical, de la confidentialité des échanges (pour les patients, mais aussi pour les numéros qui s'affichent automatiquement).

Et puis, si l'on parlait aussi de la valorisation des actes ? Comment sont comptabilisés aujourd'hui les actes de téléexpertise à l'hôpital public ? Vaste sujet. Que se passe-t-il aussi si, en facilitant les accès extérieurs à l'outil de travail informatique par exemple, on est du coup davantage sollicité dans le cadre d'une astreinte, mais tout en se déplaçant moins ? Or, seuls les déplacements physiques et le temps de travail sur site ouvrent droit à une indemnisation spécifique. Alors, travailler plus, pour gagner moins ? On a l'impression, hélas, que ce sujet sensible est régulièrement éludé.

À LA GUERRE COMME À LA GUERRE

Le fait d'avoir son médecin au téléphone, plutôt qu'une absence totale de contact, a, certes, pour les patients, quelque chose de rassurant. Est-ce suffisant ? Parfois, ça peut l'être. Mais pas toujours. L'expérience a montré qu'un patient parkinsonien, pour lequel tout semblait aller plutôt bien par téléphone, s'est avéré quelques mois après, lors d'une consultation présenteielle cette fois-ci, plutôt mal équilibré, tout en ayant, pourtant, augmenté de son propre chef ses posologies de Lévodopa...

Ou bien une autre patiente, atteinte, elle, de sclérose en plaques, se disant fatiguée dans un contexte infectieux, mais qui lors d'une hospitalisation programmée en hôpital de jour ne marchait plus qu'avec peine, dans le contexte d'une authentique poussée sévère et dont l'hospitalisation de jour s'est transformée *in fine* en hospitalisation conventionnelle...

Certes, on pourrait évoquer là des cas anecdotiques. Pourtant, comment imaginer qu'un système, déjà en permanence sous tension, puisse assumer sans déborder ni y perdre en qualité une telle déferlante ?

PRUDENCE ET OPTIMISME

S'il est un élément positif, ici, c'est que la déprogrammation, organisée pour certains patients, spontanée pour d'autres, a permis de libérer des places et des moyens. Mais malgré la faculté d'adaptation dont ont su ou dû faire preuve les personnels soignants au sein de l'hôpital, la réorganisation ne s'est pas toujours passée d'une manière aussi simple et fonctionnelle.

Sans parler de l'aspect humain. Des confrères d'autres spécialités se sont soudainement retrouvés parachutés « Covidologues ». Mais comment, quand on est rééducateur ou infirmière en rééducation, par exemple, gère-t-on et vit-on une telle transition, dont la confrontation à des décès en série, alors que c'est

“

**Restons optimistes,
mais ne nous ne laissons pas
abuser par le chant des sirènes**

”

dans la pratique habituelle d'un service de rééducation un évènement exceptionnel (non pas qu'on banalise davantage un décès dans un service de soins palliatifs, mais simplement, on y est mieux préparé). Si les renforts sont louables, il ne faut pas oublier, non plus, qu'ils se sont faits souvent aux dépens des endroits d'où venaient lesdits renforts. Ce n'est pas comme si les effectifs étaient pléthoriques.

La deuxième vague tant redoutée, déjà est arrivée. Aura-t-on su tirer les leçons de la première ?

Restons optimistes, mais ne nous ne laissons pas abuser par le chant des sirènes.

