

HÔPITAUX

La Belgique n'est pas prête à faire face à un multi-attentat

La Belgique des hôpitaux n'est pas prête. » Le Soir l'écrivait dès dimanche, sur la foi de déclarations de responsables de services d'urgence de grands hôpitaux : les soins intensifs susceptibles d'être déployés, même dans la zone « Brabant » (où la densité hospitalière est la plus haute), ne pourraient faire face à des attentats multiples, avec une centaine de blessés très graves en urgence absolue et plusieurs centaines de blessés « moins graves ».

1 Tout va bien. Officiellement, pourtant, on ne s'inquiète pas. Du côté de la ministre de la Santé, on rassure : le plan catastrophe est fait pour ce genre de situation. « Les blessés seront envoyés selon leur gravité vers des hôpitaux de plus en plus lointains, Alost, Liège ou Anvers si l'attentat avait lieu à Bruxelles. Quitte, dans des cas extrêmes, à se tourner vers Lille. Chaque hôpital dispose de lits intensifs mobilisables et peut augmenter ses capacités. La seule KUL (le plus gros hôpital du pays) peut ainsi créer 30 ou 40 lits », rassure-t-on du côté du cabinet. Où l'on repousse l'idée d'augmenter la capacité de lits d'urgence, la jugeant « adaptée ».

2 Tout ne va pas bien. Pourtant, des experts soulignent que les hôpitaux parisiens ont bel et bien vacillé sous la pression vendredi soir. Car les blessures par armes de guerre imposent de disposer d'un « lit trauma », avec anesthésiste, chirurgien, infirmiers et de nombreuses assis-

tances respiratoires et circulatoires. Bref, un lit « intensif », plus des salles d'opération en suffisance pour tenter de juguler la dévastation constatée sur de nombreux blessés. La nuit de vendredi, les plus aguerris des médecins ont été sidérés. Le Pr Rémy Nizard, chirurgien orthopédique à l'hôpital Lariboisière, a confié qu'outre les nombreuses fractures, il avait vu des lésions neurologiques majeures, des « traumatismes dus à des projectiles à haute énergie. C'était de la chirurgie de guerre ».

Dans cet hôpital, on a ouvert dix salles d'opération là où deux fonctionnent d'habitude. La mobilisation de dizaines de professionnels de la santé a permis un quasi-miracle. Mais le hasard a aidé : un exercice avait eu lieu le matin même en envisageant... un attentat multisites. « La réalité, c'était que les blocs opératoires

étaient surchargés et les interventions s'enchaînaient », raconte un médecin. « Les chirurgiens devaient sauver les membres menacés par les blessures et arrêter les hémorragies. Pendant que d'autres médecins devaient maintenir en vie les patients les plus fragilisés en attendant que vienne leur tour. Il a fallu du monde partout. » Les polytraumatisés graves, comparables à ce qu'on constate lors d'accidents de la route, sont à haut risque de décès postopératoire. Nul doute que le bilan de 129 morts va s'alourdir dans les jours qui viennent. « Il est clair que les terroristes savent

qu'en multipliant le nombre de victimes et les lieux d'attentat, ils multiplient le risque individuel de chaque victime », souligne le professeur Lucien Bodson, chef de clinique des urgences au CHU de Liège.

3 Pas prêts. Or, la densité hospitalière du grand Paris est... six fois plus forte que celle du grand Bruxelles. Selon les estimations, on y dispose de 60 à 100 lits aptes à recevoir les blessés les plus graves. Cela signifie qu'un tel événement saturerait quasi toute la capacité. Comme si, le temps

de traiter tout le monde, il n'y avait plus d'accidents de la route ni d'incendies. « C'est évidemment une vue de l'esprit. Il faudra envoyer des patients à une ou deux heures d'ambulance. Et on aura des morts en plus », confie un responsable des urgences, la version officielle étant que le plan catastrophe est adapté. Jeudi, des experts cités par la *Gazet van Antwerpen* ont pointé qu'en outre, des équipements spécifiques destinés à intervenir en cas de catastrophe et dispersés sur 52 endroits n'ont plus été remis à jour depuis plusieurs années. Seuls 30 à 40 % d'entre eux sont encore utilisables. Le SPF Santé a protesté que « tout devrait être remis en ordre dans les prochaines semaines ». Sont-ce les attentats de Paris qui ont réveillé la vigilance des autorités ?

4 Augmenter la capacité ? Si le risque semble incontestable,

tous les experts ne plaignent pas pour une augmentation de la capacité hospitalière (lire par ailleurs). Pour le Dr Christian Melot, patron du service des urgences de l'hôpital Erasme (ULB), si on ne peut doubler les capacités d'urgence pour un évé-

nement exceptionnel, « il faut penser à augmenter la capacité des services d'urgence. On pense souvent à supprimer des services que l'on estime coûteux en période de calme, mais qui sont la dernière ligne de résistance en cas de catastrophe ou d'attentat. Une des techniques que pourraient utiliser les terroristes serait de multiplier les attentats, alors que les hôpitaux sont déjà saturés par les victimes précédentes. On doit croiser les doigts pour que cela arrive le plus tard possible ».

« Il ne faut pas semer la panique en affirmant que la Belgique ne pourrait faire face à ce type de menace, car la Belgique est dotée d'urgentistes expérimentés, mais il ne faut pas se voiler la face : nous sommes face à une escalade manifeste, à une intention malveillante, perverse et diabolique. Le déficit des urgentistes est mis en cause. On en compte 1.500, il en faudrait 500 de plus. Je pense qu'on résisterait aujourd'hui, mais qu'il faut prendre des mesures pour que ce soit toujours le cas dans dix ans », estime Jean-Bernard Gillet, président du Conseil national de l'aide médicale urgente. ■

FRÉDÉRIC SOUMOIS

l'expert

« Pas possible de sauver tout le monde »

ENTRETIEN

Le professeur Jean-Louis Vincent est chef honoraire des soins intensifs de l'Hôpital universitaire Erasme (ULB) et président de la Société internationale de médecine intensive et d'urgence.

Les attentats de Paris doivent-ils nous pousser à augmenter le nombre de lits d'urgence ?

C'est une question difficile, parce qu'on est seulement en train de tirer les leçons de la situation à Paris. Des miracles y ont été accomplis. Mais il est clair que la capacité locale est beaucoup plus importante que chez nous. A l'hôpital de la Pitié, ils ont ouvert dix salles d'opération au lieu de

deux. Cela veut dire que même si des chirurgiens et des infirmiers reviennent, vous êtes limités par l'infrastructure disponible, par le nombre de respirateurs ou de moniteurs. Soyons clairs : dans ces cas-là, on commence par suspendre tout soin programmé, puis on fait « remonter » dans les services les malades en soins intensifs qui semblent moins aigus que ceux qu'on reçoit. Mais il y a un moment où l'on peut saturer.

Que fait-on alors ?

Le nombre de lits devenant insuffisant, on risque de devoir hâter la fin de vie des patients à qui aucun soin ne peut plus rien apporter, afin d'accueillir les patients en urgence médicale grave.

C'est de la justice distributive. Qui peut sembler dure, mais qui donne priorité aux patients qui ont le plus de chances de s'en sortir. Cela peut heurter, je le conçois. On aimerait sauver tout le monde, mais ce n'est pas toujours possible. J'ajouterais que si un tel attentat arrivait demain, les capacités des hôpitaux seraient importantes, mais qu'en d'autres périodes de l'année, en pleine grippe, la capacité d'absorption ne serait pas la même.

Faut-il alors ouvrir ou rouvrir des soins intensifs et se doter de davantage d'ambulances ?

Vous ne pouvez pas calibrer toute l'offre de soins intensifs pour faire face à un événement qui restera, on l'espère, rarissime. La ca-

pacité hospitalière est adaptée au nombre d'habitants et notre offre n'est pas famélique. Si l'on crée des lits en plus, il faut aussi des salles d'opération et aussi des chirurgiens pour traiter les patients. Sommes-nous prêts à les payer à attendre un éventuel « Big One ». On doit en tout cas analyser en détail ce qui se passe à Paris, en tirer les leçons, comptabiliser les « lits soupapes » que chaque hôpital peut activer. Et refaire des simulations en cas de catastrophe ultérieure. Mes amis parisiens m'ont dit qu'avoir tiré les leçons des attentats de janvier avait manifestement servi vendredi. Sachons nous aussi en tirer les bonnes leçons. ■

Propos recueillis par
Fr. So

menace chimique Le « hic » de la décontamination

Le risque potentiel d'attentats avec des armes chimiques ou bactériologiques a été évoqué par Manuel Valls, jeudi. Par ailleurs, la semaine dernière, le ministère français de la Santé a pris un arrêté autorisant l'armée à fournir massivement les services d'aide médicale urgente en sulfate d'atropine, seul antidote au gaz sarin (ainsi qu'à d'autres gaz organophosphorés). Précisons que cette mesure n'a pas été prise suite aux attentats de Paris : elle était prévue pour la sécurité de la Cop 21.

En effet, personne n'a oublié l'attentat orchestré en 1995 au gaz sarin par une secte japonaise dans le métro de Tokyo, faisant 12 morts et plus de 5.500 blessés.

Nos services d'urgence sont-ils préparés à une intoxication massive au gaz sarin ? Chaque hôpital est tenu de disposer à tout

moment d'une quantité d'antidote proportionnelle à la taille de la population couverte par l'établissement. C'est prévu dans leur plan catastrophe. « A l'hôpital Erasme, nous disposons de 6.300 ampoules de sulfate d'atropine en plus du

stock courant. On peut donc faire face à l'intoxication d'un grand nombre de personnes avant d'avoir recours à un stock supplémentaire qui serait alors fourni par la Défense, laquelle dispose en permanence d'une quantité importante d'antidote », explique le P^r Christian Melot, chef du service des urgences à Erasme.

Un parcours spécifique

Par ailleurs, la loi a prévu la mise en place d'un parcours spécifique dans tous les services d'urgence. A l'entrée, l'ambulance dépose la personne intoxiquée qui est alors emmenée dans un sas de décontamination. Elle y est déshabillée (ses habits placés dans un sac-poubelle spécial), doucée puis habillée avec des vêtements propres. Seulement alors, elle reçoit l'antidote.

Cette procédure semble convenir. Et pourtant, il y a un « hic ». En effet, nombreux hôpitaux ne disposent que d'un seul sas de décontamination, lequel ne peut recevoir qu'une ou deux personnes intoxi-

quées à la fois. Quant à la durée de la décontamination, elle varie de 5 à... 45 minutes, selon les hôpitaux.

Dans ces conditions, est-on capable de gérer une intoxication neurotoxique de plus d'un millier de personnes ? Le P^r Melot se veut rassurant. « Si l'intoxication aux gaz ne touche que les voies respiratoires, donc sans brûlure de la peau, on peut accélérer la méthodologie de décontamination. Ensuite, en cas d'intoxication de masse, la protection civile peut installer des tentes de décontamination soit directement près de la source de l'intoxication soit à l'entrée de l'hôpital. » Ce sont les « postes médicaux avancés », et cela a été réfléchi dans le cadre des plans catastrophes.

Enfin, par « arme bactériologique », Valls fait certainement référence à l'anthrax. Le bacille du charbon avait fait parler de lui une semaine après les attentats du 11 septembre. Décelée à temps, l'attaque d'anthrax est guérissable avec les antibiotiques disponibles en pharmacie, notamment la pénicilline. ■

LÆTITIA THEUNIS