

Des hôpitaux triés sur le volet

SANTÉ Les opérations de l'œsophage et du pancréas réservées à quelques établissements

- **Nouvelle mesure de la réforme du paysage hospitalier : la centralisation des interventions de l'œsophage et du pancréas dans les hôpitaux les plus habitués à ces pathologies.**
- **Objectif : réduire la quantité pour assurer plus de qualité.**

Vingt : c'est le nombre minimum d'interventions annuelles que doivent pratiquer les hôpitaux qui souhaitent continuer, dès le 1^{er} juillet 2019, à proposer des interventions chirurgicales dans le cadre d'un cancer de l'œsophage ou du pancréas. C'est ce qu'a annoncé lundi la ministre de la Santé publique, Maggie De Block (VLD), qui s'appuie sur une étude menée par la Fondation registre du cancer, révélant que les chances de survie à ces types de cancers sont supérieures dans les hôpitaux pratiquant plus de vingt interventions par an.

Actuellement, tous les hôpitaux belges peuvent proposer ces traitements pointus ; deux tiers des patients atteints d'un cancer de l'œsophage ou du pancréas sont ainsi traités dans un hôpital qui n'atteint pas le seuil instauré par la ministre.

Conventions spécifiques

Selon l'étude de la Fondation registre du cancer, entre 2008 et 2015, 3,9 % des patients ayant subi l'une de ces deux interventions sont décédés endéans les trente jours dans les centres pratiquant moins de vingt interventions par an. Un taux de mortalité qui chute à 1,3 % (pour

le cancer de l'œsophage) et à 1,7 % (pour le cancer du pancréas) dans les hôpitaux davantage confrontés à ce type d'opérations.

L'Inami conclura donc prochainement des conventions spécifiques avec les hôpitaux ayant pratiqué au moins vingt interventions de ce type en 2016, 2017 ou 2018. La diète sera sévère : seuls 4 hôpitaux belges, sur un total de 52 ayant pratiqué des interventions pour le cancer de l'œsophage, et 8 sur les 55 ayant opéré le cancer du pancréas en 2016 et 2017, pourront prétendre à cette reconnaissance.

Pour éviter tout risque de saturation, des centres hospitaliers pourront aussi collaborer pour pouvoir atteindre, de façon collective, le quota de vingt interventions par an (à condition toutefois de centraliser leur offre dans un seul hôpital d'ici au 1^{er} janvier 2020). Ces exceptions permettraient de faire grimper le nombre de centres reconnus à 8 pour les interventions du cancer de l'œsophage et à 14 pour les interventions du cancer du pancréas.

Concentration des soins spécialisés

Cette mesure de centralisation des soins oncologiques complexes s'inscrit dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier menée par la ministre De Block - une réforme qui s'inscrit elle-même dans un contexte compliqué pour les soins de santé : coûts croissants, progrès technologiques, vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, etc.

Dans un rapport de 2017 consacré aux projections de la capacité hospitalière nécessaire à l'horizon 2025, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) estime que l'« on n'échappera pas à la suppression d'un nombre substan-

tiel de lits, à la fermeture de services, et à l'arrêt de certaines formes de soins complexes, peu courants ou onéreux dans des sites où le volume est trop faible ».

Après l'œsophage et le pancréas, les interventions chirurgicales d'autres cancers complexes, comme le cancer du poumon et le cancer de la tête et du cou, connaîtront prochainement les mêmes exigences, indique le cabinet De Block.

Si, à en croire le proverbe du forgeron, un certain volume d'interventions est nécessaire à la maîtrise du chirurgien, la quantité ne devrait toutefois pas être le seul critère d'évaluation des conventions : des variables de résultats, telles que le taux de mortalité postopératoire, seront également étudiées. ■

CLARA VAN REETH

RÉACTION

Un quota « déterminé arbitrairement »

Pour le président de l'Union professionnelle des chirurgiens belges (UPCB), Baudouin Mansvelt, la méthodologie à l'origine de la mesure de Maggie De Block est fallacieuse : « Seul le nombre d'interventions a été pris en compte, aucun autre facteur de mortalité. Or, par exemple, les petits hôpitaux ont une patientèle souvent plus âgée, ce qui y augmente les risques de mortalité. » L'augmentation des chances de survie ne peut donc pas, selon lui, être uniquement liée au volume de travail des chirurgiens. Il dénonce des critères quantitatifs « déterminés arbitrairement » : « En conséquence, quasiment plus aucun hôpital non universitaire ne pourra pratiquer ces interventions. En Wallonie, si vous êtes un patient atteint d'un cancer du pancréas et que vous habitez Tournai, vous devrez aller jusqu'à Bruxelles ou Liège pour vous faire opérer. »

CL.V.R.