

Le 4 Avril 2020

- Contact:** Prof. Vincent Bonhomme, Président de la Société Belge d'Anesthésie-Réanimation [Society for Anesthesia and Resuscitation of Belgium (SARB)]; vincent.bonhomme@chuliege.be
Dr. Stefaan Carlier, Président de l'Association Professionnelle des Spécialistes en Anesthésie-Réanimation (BSAR-APSAR); stefaan.carlier@telenet.be
Prof. Dr. Marc Van de Velde, UZ Leuven, Ancien Président et membre du bureau de la SARB; marc.vandevelde@uzleuven.be
- A:** Monsieur Pedro Facon, Directeur Général des Soins de Santé SPF FOD; Pedro.Facon@gezondheid.belgie.be et secrefaconpedro@health.belgium.be
Monsieur Jo De Cock, Administrateur Général de l'INAMI RIZIV; Jo.DeCock@riziv-inami.fgov.be
Prof. Dr. Erika Vlieghe, Présidente du groupe Exit; Erika.vlieghe@uantwerpen.be
Dr. Paul Pardon, Président du Risk Management Group; paul.pardon@health.fgov.be
Monsieur Xavier De Cuyper, Administrateur Général FAGG-AFMPS; management@afmps.be

Chers Professeurs,
Chers Collègues,
Madame,
Messieurs,

Depuis le 14 mars dernier, les consultations et interventions non-essentiels ont été postposées ou annulées en conséquence du Plan de Crise National visant à contrôler la pandémie de COVID-19, et à garantir les meilleurs soins aux patients infectés par le coronavirus. En tant qu'anesthésistes-réanimateurs, nous sommes en première ligne de cette bataille et sommes reconnaissants que de telles mesures aient été prises. Ainsi, les intensivistes et les anesthésistes-réanimateurs ont pu rencontrer les besoins de beaucoup, avec succès !

Toutefois et malheureusement, au cours des dernières semaines, les soins aux patients non-COVID-19 se sont détériorés de manière critique. Les patients sont évalués par vidéo-consultation, et des diagnostics essentiels sont manqués. La majorité des interventions sont postposées, parfois de plusieurs semaines. Des délais trop prolongés pour celles-ci vont indiscutablement augmenter la morbidité et la mortalité, et peuvent altérer la qualité de vie à long terme d'un grand nombre de patients. Les exemples de telles situations sont nombreux, comme le développement de métastases au stade précoce d'un cancer, l'apparition d'une décompensation cardiaque voire un décès chez des patients initialement au stade précoce d'une maladie cardiaque, valvulaire ou coronarienne, des complications gravissimes d'un problème abdominal aigu entraînant une péritonite, ou encore une perte musculaire massive chez des patients souffrant de problèmes orthopédiques sévères, etc. Chaque jour de report de la réouverture de nos salles d'opération est un jour perdu pour ces patients, et aggrave le problème.

En tant qu'anesthésistes-réanimateurs, nous suggérons donc fermement de reprendre graduellement une activité chirurgicale, le plus tôt possible. Nous sommes convaincus que les blocs opératoires, les anesthésistes-réanimateurs, et les équipes chirurgicales sont prêts à gérer une telle réouverture, tout en préservant la sécurité de tous, patients et personnel soignant. Les quartiers opératoires ont de longue date appris à gérer les problèmes infectieux contagieux (e.g. les patients porteurs de MRSA), et ont par conséquent l'expertise nécessaire à ces contraintes. Un retour graduel de l'activité chirurgicale va sauver de nombreuses vies, et permettra d'épargner notre système de

santé et ses finances en attaquant les pathologies à la racine ! En commençant avec des programmes opératoires raisonnables, il n'y aura pas d'influence sur les capacités en lits de soins intensifs. Cette capacité pourra facilement être accrue de nouveau, si un nouveau pic épidémique de COVID-19 venait à survenir.

Afin de reprendre l'activité des blocs opératoires, nous suggérons que soient prises les mesures suivantes :

1. Augmentation graduelle de l'activité, avec réouverture progressive d'un pourcentage croissant de salles d'opération sur 2 à 3 semaines, et ce à partir du 4 mai 2020.
2. Test préopératoire des patients pour le COVID-19 en combinaison avec une évaluation clinique et/ou un scanner thoracique pour détecter les patients potentiellement infectés. En l'absence d'urgence vitale, les patients positifs pour le COVID-19 doivent voir leur intervention postposée, et celle-ci à nouveau planifiée après un délai minimum de 2 semaines sans symptômes. Ce délai garantira la sécurité des travailleurs de la santé, et n'augmentera pas indûment l'utilisation du matériel de protection.
3. Les patients COVID-19 et les patients non COVID-19 doivent continuer à emprunter des trajectoires séparées au sein des blocs opératoires, pour la sécurité de tous.
4. Ces mesures doivent également s'appliquer pour les actes non-chirurgicaux invasifs à titre thérapeutique ou diagnostique.

Nous voudrions insister sur le fait que les soins aux patients « normaux » non COVID sont actuellement sous-optimaux. Ouvrir les blocs opératoires est crucial pour offrir à ces patients aussi l'issue la plus favorable possible à leur problème de santé !

En espérant que la réouverture des blocs opératoires sera autorisée très prochainement, nous vous prions d'agréer, chers Collègues, nos salutations distinguées.

Vincent Bonhomme

Stefaan Carlier

Marc Van de Velde