

Témoignages partagés sur le site de l'ODENORE (Observatoire des non-recours aux droits et services)

« LES EFFETS DE LA CRISE DU COVID 19 SUR L'ACCES AUX DROITS ET AUX SERVICES »

Ce témoignage a été transmis à l'Odenore en réponse à l'appel à témoignages qui cherche à rendre visible les effets pour l'accès aux droits et aux services de la crise du COVID19, du point de vue des intervenants (professionnels ou bénévoles) des politiques sociales et de santé.

Le descriptif de cet appel est disponible sur le site de l'Observatoire : <https://odenore.msh-alpes.fr/>

Comme tous les autres témoignages déposés, celui-ci est restitué tel quel nous a été transmis. Il engage la responsabilité de leur(s) seul(s) auteur(s).

Témoignage reçu le 22 avril 2020

Type d'acteur ayant témoigné : Professionnel-le de la santé

Thématiques : non-recours aux soins ; report et annulation de soins ; inégalités d'accès aux soins

1- Brève description du type de structure ou d'organisme dans lequel vous exercez, ainsi que de ses missions

CHU Grenoble Alpes, service d'hépatogastroentérologie et cancérologie digestive.

2- Les effets constatés ou craints de la crise sur l'accès aux droits, aux services, aux soins, pour les personnes que vous rencontrez

Le 12 mars, la CME du CHUGA a invité tous les responsables de service avec leur équipe à réfléchir et préparer la déprogrammation des actes et hospitalisations non urgents et non prioritaires afin de pouvoir assurer une réserve de soignants puis, dès le début du confinement, afin de limiter les déplacements des patients pour ne pas les exposer inutilement les patients ou favoriser la transmission du virus. Initialement, les situations d'urgence vitale ont semblé faciles à identifier. Très vite, il s'est avéré que la distinction entre ce qui est prioritaire et ce qui ne l'est pas n'était pas si évidente en ce qui concerne les patients pris en charge pour cancer. Le 18 mars, la fédération française de cancérologie digestive a émis des recommandations basées sur des avis d'expert rapidement amendées le 20 mars et proposant un cadre pour une prise en charge dégradée.

Ces recommandations entraînent :

1) des modifications de traitement vers des modalités potentiellement moins efficaces

2) l'annulation ou le report d'examens de suivi sous traitement ou après traitement, exposant le patient à des retards diagnostiques de progression tumorale ou de récurrence et de retard à la prise en charge

3) le report d'actes de dépistage alors même qu'il a été démontré que le respect du rythme de dépistage avait un impact majeur sur la survie. En effet, pour le dépistage du cancer du foie sur cirrhose, une déviation de quelques mois à la règle des 6 mois entre les échographies de dépistage réduisait les chances d'accès à un traitement curatif et diminuait par 2 la médiane de survie globale (25 mois vs 56 mois).

Les patients sont déprogrammés la plupart du temps sans échanges avec le médecin référent sur les risques encourus, et quand cet échange a lieu, nous n'avions pas vraiment les moyens d'évaluer, au moins en début de crise, la balance entre la perte de chance pour le cancer et le risque de contamination par Covid. L'information éclairée est donc impossible dans cette situation. Aujourd'hui, alors que la situation sanitaire à Grenoble est assez calme, les patients sont réticents à se rendre à l'hôpital même pour des soins liés à leur cancer.

Cela soulève beaucoup de problèmes :

- Incertitudes sur l'impact de la mise en place de ces recommandations de prise en charge dégradées sur le pronostic des patients : évaluation à faire ultérieurement des dégâts collatéraux de la crise (impact du retard diagnostique / retard de prise en charge) Il est notamment assez douloureux de mettre à mal des programmes de dépistage si durement montés, en donnant à croire que ces examens de dépistage ne sont ni urgents ni indispensables.
- Anxiété du soignant qui prend la responsabilité de ces modifications en ayant conscience de proposer une solution non optimale : contradiction avec le serment d'Hippocrate ?
- Anxiété vis-à-vis de la gestion de l'après crise : faudra reprogrammer tout ce qui a été déprogrammer en plus des nouveaux patients, en aura-t-on les moyens humains et techniques ? Le risque est grand de voir les situations de non recours perdurer bien au de-là du confinement.
- Problématique du caractère évolutif de la situation : ce qui paraît inconcevable en début de crise, paraît légitime quand la situation de crise se renforce (légitime ou inéluctable ?) puis dangereux quand la situation s'améliore engendrant des inégalités de prise en charge et des pertes de chances évidentes.
- Problématique du respect des recommandations dégradées à la discrétion du médecin référent : renforcement des inégalités de prise en charge ?

3- L'apparition de nouvelles demandes et/ou de nouveaux publics exprimant des difficultés d'accès aux droits, aux services, aux soins

Globalement, cette crise sanitaire amplifie les phénomènes de non recours, non seulement pour les personnes précaires ou déjà en situation de non recours, mais globalement pour l'ensemble de la population, quand se conjugue la diminution brutale de l'offre, la crainte de la contamination dans les lieux de soins, le risque de perdre de vue des patients faute d'un suivi strict des déprogrammations.

4- Les réponses et solutions éventuellement apportées (au sein de votre structure et/ou en partenariat avec d'autres)

Concernant le suivi des maladies chroniques du foie stables en traitement ambulatoire ou simple suivi, les consultations par téléphone ont été rapidement mises en place, et du matériel de téléconsultation rapidement mis à disposition par l'institution, alors que la mise en place de cette modalité trainait depuis de nombreux mois. Les consultations ont pu être maintenues, mais la qualité de la prise en charge a été parfois dégradée non pas par la nouvelle modalité mais par l'impossibilité parfois pour les patients d'obtenir les rendez-vous pour les examens radiologiques voire biologiques.

De plus cette modalité unique de consultation pose des problèmes spécifiques :

- la problématique de la confidentialité vis-à-vis des aidants, la nécessité de recours à des interprètes parfois en l'absence du patient concerné.
- l'impossibilité de mener ce type de consultation en l'absence d'aidant pour certaines populations (sujet âgé isolé, situations de précarité, barrière de langue), amplifiant ainsi les risques d'inégalité de prise en charge.