

ENTRETIEN AVEC FRANÇOIS REBOUL (AIHP 1969)

Radiologie & Oncologie thérapeutique, Clinique Sainte-Catherine, 87000 Avignon

4 janvier 2007 (téléphone et courriels)



Jean-François Moreau : François Reboul, AIHP 1969, après avoir été coopérant à l'hôpital Avicenne de Rabat, votre vocation de radiologue s'est affirmée chez JR Michel (1953) puis orientée vers l'oncologie thérapeutique à la suite d'un stage chez Odile Schweisguth (1942), pionnière de la cancérologie pédiatrique, et un séjour à Stanford. Esprit indépendant et libéral, vous avez fait l'impasse sur le clinicat pour rejoindre en 1975 la clinique créée par votre père en Avignon. Elle est devenue l'Institut Sainte Catherine, PME qui n'a rien à envier à un CAC public, que vous dirigez avec l'esprit de la Mayo Clinic : Patient first mais aussi enseignement et recherche par des médecins ACCA recrutés sur toute la France par appel de candidature sur profil de poste prédéfini. Plusieurs accidents de la radiothérapie survenus en France ces deux dernières années, et plus particulièrement ceux d'Epinal, ébranlent la confiance de la population. Comment informez-vous dans votre établissement?

François Reboul : Le staff de l'ISC s'enorgueillit d'avoir un excellent physicien, Robin Garcia, qui a organisé le contenu de l'information à délivrer à nos consultants et à nos malades hospitalisés, légitimement inquiets. Il tient compte de la mise au point fournie par l'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nationale (IRSN) le 13 octobre 2006. La liste chronologique des accidents répertoriés par l'IRSN dans le monde entier montre que la France n'est pas le seul pays

développé touché. Les trois accidents de radiothérapie successivement déclarés en France (Grenoble 2003, Lyon 2004, la série d'Epinal 2005) sont des événements issus de conjonctions complexes de sources matérielles et humaines polymorphes. Par une investigation hâtive et opportuniste, la main coupable désignée à la vindicte est celle du dernier en date des nombreux professionnels en charge d'une partie de la procédure de préparation et de traitement. Toujours identifiable, il ou elle joue trop facilement le rôle du baudet de la fable.

Jean-François Moreau : La profession devient-elle bouc-émissaire?

François Reboul : La déviance repose sur l'accusation directe de professionnels qui sont paradoxalement connus pour s'investir avec sérieux dans la fonction de soins complexes impliquant une dosimétrie précise. Quand une série de sinistres implique des centres différents dans un même pays, il faut dénoncer d'autres facteurs que la culpabilité singulière des personnes physiques. La réalité française est directement liée à un manque de moyens matériels et humains. Or ce n'est pas à ce jour la version officielle des autorités sanitaires. De très nombreux services fonctionnent avec un nombre insuffisant d'appareils pour des programmes de radiothérapie devant traiter 60 à 80 patients par jour. Assurer la sérénité nécessaire des conditions de travail du personnel devient difficile dans une telle presse. Qui plus est, la saturation des accélérateurs laisse peu de place à la maintenance technique préventive et corrective. En pâtissent également les programmes d'assurance-qualité et l'application des nombreuses mesures nécessaires aux validations des nouvelles procédures de traitements. Les services n'ont actuellement que deux orientations possibles pour gérer une clientèle constamment plus nombreuse et légitimement exigeante. Prendre des risques évidents en acceptant une surcharge exponentielle des programmes quotidiens? Limiter le nombre de patients par jour et ainsi créer des délais de prise en charge pouvant atteindre six mois actuellement? Les risques encourus dans cette deuxième option sont reportés sur les patients eux-mêmes puisque cer-

tains perdront des chances de guérison.

Jean-François Moreau : La radiothérapie n'a-t-elle pas tiré grand profit de la révolution technique et méthodologique de l'imagerie médicale et de l'informatique?

François Reboul : Bien sûr, les scanners et l'informatisation de toute la chaîne de préparation et de traitement assurent une meilleure maîtrise des doses et à reproduire des champs dessinés avec précision et constance durant les nombreuses séances de chaque traitement. L'informatique a permis d'éliminer des erreurs inhérentes aux pratiques manuelles dont on ne pouvait d'ailleurs pas établir la traçabilité. En contre-partie, cette sophistication informatisée a créé de nouveaux risques, moins nombreux mais plus graves car ils peuvent apparaître sur l'ensemble d'un traitement spécifique ou sur plusieurs protocoles thérapeutiques. Les ressources humaines qualifiées sont très insuffisantes en nombre pour espérer garantir la sécurité sans faille comme le voudraient les textes officiels. En s'inspirant des méthodes permettant à la plupart des compagnies aériennes d'avoir des avions qui ne tombent jamais, il faudrait multiplier de nombreux postes afin d'appliquer des doubles vérifications sur toutes les nombreuses étapes. Le problème de la radiothérapie est d'être une discipline médicale gérée comme toutes les autres sans que sa spécificité à haut risque ait été prise en compte.

Jean-François Moreau : La solution sécuritaire ne passe-t-elle pas par de grands cancéropoles?

François Reboul : Les déclarations les plus incohérentes aujourd'hui sont celles qui minimisent la situation en comparant le nombre de morts par accidents de radiothérapie avec le nombre annuel de traitements par centre. Ces déclarations ne laissent ensuite aucune place à l'analyse des causes et à l'apport de solutions. Tous les professionnels de la radiothérapie savent aujourd'hui qu'un accident peut apparaître dans n'importe quel service français, petit ou gros, privé ou public, universitaire ou non. L'expérience du scandale du sang contaminé a rendu les administrations très réactives

mais seulement par voie réglementaire, sans apporter les ressources correspondantes qui permettraient d'appliquer les principes de sécurisation qu'elles promeuvent. Le seul résultat actuel est d'avoir mis la pression sur les profes-

sionnels qui risquent de se décourager plus encore à chaque nouvel événement. Toutes les administrations nous disent qu'elles n'ont pas la mission d'apporter des ressources supplémentaires. Alors qu'il y a crise de vocation, nous deve-

nous otages d'un système aberrant qui nous oblige, malgré nous, à entrer en contestation.

validé le 9 janvier 2007

ENTRETIEN AVEC PIERRE CARLI (AIHP 1978)

Professeur d'Anesthésiologie et Réanimation, Directeur du Samu de Paris, hôpital Necker

Validé le 31 janvier 2007



Jean-François Moreau : Vous dirigez le Département d'Anesthésiologie & Réanimation Chirurgicale du Groupe Hospitalier Necker-Enfants Malades et le Samu de Paris. Vous avez récemment effectué des exercices destinés à simuler l'action à entreprendre en cas d'explosion à Paris d'une bombe « sale » d'origine terroriste. Comment sériez-vous les phases d'intervention du Samu de Paris ?

Pierre Carli : Necker est un hôpital référent de l'AP-HP pour tous les risques NBC. Il faut se préparer à affronter le pire que le plan antiterrorisme Vigipirate, par exemple, s'efforce de prévenir. La « **dirty bomb** » cumule les trois dégâts recherchés par le terrorisme : a) corporels chirurgicaux par **effet souffle (blast)** que le Samu connaît bien depuis l'attentat du RER en 1995, b) tissulaires de la **radioactivité** mieux connus des militaires, des imageurs et

des radiothérapeutes, c) les redoutables troubles psychosociaux liés à la **panique et la désorganisation** sur lesquels on ne peut que conjecturer en mode majeur. La radioactivité terrifie encore plus que la vue du sang.

L'exercice R*73 de 2005 coordonné par le Samu de Paris a mobilisé toutes les ressources à la disposition de Paris à l'annonce de l'explosion d'une bombe sale à ses Portes (AP-HP, Samus de l'Ile-de-France, Forces de l'ordre, Sapeurs Pompiers, Croix-Rouge, IRSN...) sur le campus de Necker face au Palais du Rein.

Jean-François Moreau : Qu'en conclure ?

Pierre Carli. *Dans un premier temps, aucune victime ne doit être prise en charge tant que l'unité matérielle mobile n'est pas entièrement déployée.* Deux circuits sont individualisés. Le **circuit A** accueille les personnes valides dans un **Poste de Rassemblement des Victimes (PRV)**. On trie au Geiger les victimes à décontaminer dans des sas étanches avant d'être admis dans le **Poste Médical Avancé (PMA)**. Y accèdent directement les victimes indemnes de trace d'isotopes radioactifs. Le PMA comporte du matériel de petite chirurgie et de réanimation et une cellule d'aide psychologique. Le **circuit B** privilégie les blessés à admettre directement en urgence au bloc chirurgical ; la décontamination passe au second plan, mais il faut éviter la contamination de l'environnement immédiat, personnel inclus qui doit porter des masques. Cette première alerte simulée en live démontre l'importance de l'instructions de toutes les catégories de personnels par des modules spécifiques de plusieurs heures et la répétition de tels exercices. Si on veut éviter la panique de la population, il faut que les cellules d'urgence soient elles-mêmes parfaitement entraînées et coordonnées. Nous nous y employons!