

ORGANISATION DES SOINS EN CANCÉROLOGIE DANS LE CONTEXTE DE LA COVID-19 : EXPÉRIENCE AU CHU DE LIÈGE

JÉRUSALEM G (1)

RÉSUMÉ : La pandémie de la COVID-19 a eu un impact majeur sur l'organisation des soins en Oncologie. Surpris par la rapidité des événements, il fallait redéfinir en urgence le fonctionnement d'un service d'Oncologie médicale dans un hôpital qui devait, en priorité, s'occuper de la prise en charge des patients infectés par le SARS-CoV-2. L'auteur décrit comment, avec l'aide d'un réseau international et de projets scientifiques locaux, tous les efforts ont été réalisés pour assurer la continuité des soins dans les meilleures conditions de sécurité du patient.

MOTS-CLÉS : *Cancer - COVID-19 - Traitement - Organisation des soins - Oncologie*

**ORGANISATION OF CANCER CARE DURING THE COVID-19
PANDEMIC : EXPERIENCE FROM CHU LIÈGE**

SUMMARY : The COVID-19 pandemic has had a major impact in the world of Oncology. Surprised by the rapidity of the extension of the pandemic, the oncological department had to be reorganised in a very short time period in a hospital which had the primary objective to treat infected patients. The author describes how with the help of an international network and local research projects all efforts have been done to offer the best patient's care in a secure environment.

KEYWORDS : *Cancer - COVID-19 - Treatment - Organisation of care - Oncology*

INTRODUCTION

La pandémie de la COVID-19, dont l'agent pathogène est le SARS-CoV-2, est une crise sanitaire majeure. Fin février 2020, on n'imaginait certainement pas qu'un confinement de la population serait effectif à partir du 18 mars à 12h00. Tout le monde a été surpris par la vitesse de propagation de ce virus, surtout dans les hôpitaux, où la quantité de matériel de protection personnelle était insuffisante. Les capacités pour réaliser les tests diagnostiques étaient également largement insuffisantes. Dans beaucoup de services, l'activité médicale était obligatoirement limitée aux vraies urgences. Cependant, le traitement des patients atteints de cancer faisait partie des règles d'exception.

Toutefois, de nombreuses questions concernant l'organisation des soins étaient sans réponse. En particulier, on se trouvait immédiatement face à un dilemme entre le risque d'un sous-traitement, en interrompant des traitements avec bénéfice démontré sur la survie globale et sur le taux de guérison, et de sur-traitement, avec issue potentiellement fatale si nos patients fragilisés allaient, lors du déplacement à l'hôpital (ou dans d'autres circonstances), s'infecter et mourir de la COVID-19.

IMPORTANCE D'UN RÉSEAU INTERNATIONAL

Habituellement, face à un problème compliqué, l'accès facile à une littérature internationale permet de rapidement obtenir des informations précieuses. Cependant, à cause de la rapidité de la pandémie, les informations publiées étaient quasiment inexistantes. Les premiers articles suggéraient que les antécédents de cancer augmentent le risque de mourir de l'infection virale. Toutefois, les données étaient beaucoup trop limitées pour tirer des conclusions et, en particulier, se faire une idée sur la manière d'organiser les soins oncologiques dans notre hôpital universitaire.

Heureusement, les moyens de communication au niveau international, par Internet, permettent de rapidement contacter des collègues confrontés, quelques semaines plus tôt, aux mêmes questions. L'intérêt de faire porter un masque tant aux patients qu'au personnel soignant est apparu rapidement mais, malheureusement, n'a pas été possible par manque de matériel. Cette protection, dans un premier temps, devait être réservée pour les soins directs des patients atteints de COVID-19.

J'ai pu avoir quelques échanges d'e-mails avec mes collègues en Italie qui, depuis quelques semaines, étaient confrontés aux mêmes problèmes. D'après leur première expérience, relativement peu de patients oncologiques étaient infectés, probablement parce qu'ils sont fragiles naturellement et pratiquent déjà la dis-

(1) Service d'Oncologie médicale, CHU Liège, Université de Liège, Belgique.

tanciation sociale. Le consensus local était de traiter les patients en-dessous de 65 ans sans comorbidités, comme d'habitude, concernant les traitements adjuvants et les traitements de première intention pour maladie métastatique. Nous avons également lancé une enquête internationale, plus large, pour mieux comprendre comment les centres anticancéreux se réorganisaient pour faire face à la nouvelle situation (1). Cet échange d'informations était particulièrement utile et rassurant dans ces conditions de travail difficiles et avec autant d'incertitudes.

Pour les patients plus âgés ou avec comorbidités, il a été décidé de discuter ouvertement avec eux du pour et du contre de poursuivre un traitement. La grande majorité de nos patients a préféré poursuivre les traitements oncologiques.

PROJETS DE RECHERCHE LOCALE

Après avoir pris la décision difficile de poursuivre la majorité des soins oncologiques d'une manière inchangée malgré la pandémie de la COVID-19, il était évidemment indispensable de, prospectivement, s'assurer que la décision prise n'exposait pas les patients à un risque considérable d'infection sévère ou de décès en rapport avec cette infection virale. Nous avons évalué la sécurité de nos traitements systémiques administrés à partir du 1^{er} mars 2020 chez tous les patients qui fréquentaient l'hôpital de jour pour recevoir ces traitements dans le cadre d'une tumeur solide.

Les résultats préliminaires de cette recherche ont été présentés au congrès virtuel de l'European Society of Medical Oncology (ESMO) en septembre 2020 (2). Onze des 399 patients pris en charge entre le 1^{er} et le 31 mars 2020 ont présenté des symptômes suspects ou une maladie confirmée par frottis naso-pharyngé. Un seul patient, âgé de 74 ans, atteint de cancer pulmonaire est malheureusement décédé. Cinq patients supplémentaires ont dû être hospitalisés, mais n'ont pas dû être transférés en Soins intensifs. Ces données préliminaires sont donc relativement rassurantes.

Comme il avait été décidé pour les personnes en-dessous de 65 ans avec comorbidités et pour les patients plus âgés de décider avec eux de l'intérêt de poursuivre ou non le traitement, il était important aussi de connaître la perception du patient oncologique par rapport à la pandémie de la COVID-19. D'une manière intéressante, nous avons observé que les patients étaient, en général, demandeurs de soins oncologiques alors que la moitié estimait

que le risque de mourir dans le cas d'une infection par le SARS-CoV-2 se situerait entre 20 et 100 % (3). La grande majorité des patients reconnaissait aussi que l'institution faisait tout ce qui était possible pour limiter un maximum le risque de contracter l'infection en fréquentant le milieu hospitalier. Au moment de la pandémie, les patients indiquaient suivre plus l'actualité sur la COVID-19 que sur les maladies oncologiques et leurs traitements. Il sera intéressant de voir comment cette perception de la COVID-19 évoluera avec le temps. Nous avons resoumis le même questionnaire aux mêmes patients 3 mois plus tard. L'analyse de ces données est en cours. Ces deux projets de recherche bénéficient du soutien de la Fondation Léon Fredericq (4).

CONSÉQUENCES ATTENDUES DE LA COVID-19 À MOYEN ET LONG TERMES

Beaucoup de nos habitudes ont été bouleversées par la pandémie et le confinement. Nous avons réalisé jusqu'à 75 % de nos consultations sous forme de téléconsultations et, le plus souvent, par téléphone. Dans un premier temps, ceci a permis de garder le contact avec les patients et la vérification de la sécurité des traitements, tout en limitant les déplacements et ainsi les moments de risque d'exposition au virus. Toutefois, très vite, nous avons également découvert les limites d'une téléconsultation : l'examen clinique physique faisant partie intégrante des consultations. Pour les patients atteints d'une maladie au stade plus avancé, il est d'autant plus important d'évaluer leur autonomie, leur façon de se déplacer, de se déshabiller, en complément à l'anamnèse. Le contact est également beaucoup plus impersonnel et, très vite, beaucoup de nos patients, même en mobilité réduite à cause de l'affection oncologique, ont émis le souhait de nous revoir en consultation. Dans le courant du mois de juin 2020, nous avons abandonné les téléconsultations, tant à la demande des patients qu'à la demande de nos médecins oncologues qui ne sont pas satisfaits de la relation médecin-patient par téléphone interposé.

Nos réunions de formation continue ont également été organisées en virtuel. Le gain de temps est considérable, en particulier pour ceux qui sont loin des lieux de réunion. Au niveau international, ceci permet de suivre un nombre de congrès bien plus important et beaucoup mieux focalisé sur les vraies nouveautés que lors des congrès en présentiel. Il est hautement probable que ce type de réunions virtuelles va prendre

de plus en plus d'ampleur. Les participants étaient d'ailleurs souvent bien plus nombreux qu'auparavant, lors des réunions classiques. Néanmoins, ici aussi, après quelques mois, les contacts directs avec les collègues, en particulier les discussions entre nous concernant les nouveautés présentées, commencent à nous manquer et nous espérons, dans le futur, retrouver nos collègues aussi de temps en temps lors d'une vraie réunion physique.

Pour les concertations multidisciplinaires oncologiques (COM), la réunion virtuelle permet à plus de personnes de participer, surtout pour ceux qui ne sont pas sur le lieu de la réunion. Nous commençons également à voir les premières expériences avec les médecins généralistes qui, de cette façon, peuvent beaucoup plus facilement participer à nos discussions. Il est donc intéressant de maintenir la possibilité de participer, d'une manière virtuelle, aux COM dans le futur.

Au niveau international, nous avons lancé une deuxième initiative, sous forme d'un questionnaire, pour mieux comprendre les effets attendus à moyen et long termes de la crise sanitaire. Ces résultats ont été présentés à la réunion virtuelle de l'ESMO en septembre 2020 (5). Notre questionnaire, rempli par 109 participants à qui nous avons soumis 95 questions (dans 18 pays différents), a confirmé que la COVID-19 a un impact majeur dans l'organisation des soins oncologiques, dans l'organisation des réunions de formation continue, mais également dans l'organisation de la recherche clinique. Bien que l'on ait espéré une normalisation rapide après le confinement, il faut s'attendre à des conséquences à long terme. Le nombre de nouveaux diagnostics a fortement chuté, ce qui fait craindre un nombre croissant de diagnostics tardifs à moyen et long termes. L'impact financier sur les possibilités d'accès aux meilleurs soins est également une de nos préoccupations.

Enfin, la souffrance des soignants pendant la pandémie et l'effet à plus long terme ne sont également pas à sous-estimer. Ici aussi, avec l'aide de la Fondation Léon Fredericq (4) et en collaboration avec la Faculté de Psychologie, un projet de recherche est en cours, évaluant tous les 3 mois le bien-être des soignants en Oncologie. D'autres initiatives évaluant la souffrance des soignants dans l'ensemble des services médicaux sont également en cours (6).

CONCLUSION

Tout le monde a été surpris par cette crise sanitaire. Dans le domaine de l'oncologie, nous avons pu continuer à administrer les traitements systémiques, d'une manière inchangée, à la grande majorité de nos patients. Nous avons rapidement identifié le sous-traitement comme risque principal. Le problème a été particulièrement complexe pour les personnes âgées et avec comorbidités car il s'agit déjà du groupe de patients à risque plus élevé de mortalité par la COVID-19.

Nous restons préoccupés par une diminution du taux de nouveaux diagnostics d'affection oncologique. Ce constat suggère un risque de voir, de plus en plus, de patients se présenter dans le futur avec une maladie plus avancée que ce que l'on a connu dans le passé. Les conséquences économiques font également partie de nos préoccupations. Le risque est élevé que le financement des médicaments oncologiques les plus coûteux posera de plus en plus de souci.

BIBLIOGRAPHIE

1. Onesti CE, Rugo HS, Generali D et al. Oncological care organisation during COVID-19. *ESMO Open* 2020;**5**:e000853.
2. Lecocq M, Onesti CE, Schroeder H, et al. Risk of SARS-CoV-2 infection and outcome after infection : experience from the day-care unit at CHU Liege in Belgium. *Ann Oncol* 2020;**31**:1712.
3. Onesti CE, Schroeder H, Rorive A, et al. How do oncological patients perceive the COVID-19 (SARS-CoV-2) pandemic? Experience from CHU Liege in Belgium. *Ann Oncol* 2020;**31**:1720.
4. Mazy C, Boniver J. La Fondation Léon Fredericq contre la COVID-19 à Liège. *Rev Med Liege* 2020;**75** (Suppl):S67-S73.
5. Jerusalem G, Onesti CE, Generali D, et al. Expected medium and long term impact of the COVID-19 outbreak in Oncology. *Ann Oncol* 2020;**31**:LBA76.
6. Pitchot W. Risque de burn-out et d'état de stress post traumatique chez le médecin face à la pandémie COVID-19. *Rev Med Liege* 2020;**75** (Suppl):S62-S66.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr G. Jérusalem, Service d'Oncologie médicale, CHU Liège, Belgique.
Email : g.jerusalem@chuliege.be