



DOSSIER |

# Quand l'urgence n'est pas le Covid-19

## PANDÉMIE

Le virus a marqué l'année 2020, faisant parfois oublier que l'hôpital a continué à prendre en charge des patients vulnérables en oncologie-hématologie, en néphrologie ou en cardiologie. Une tâche difficile, encore compliquée par des absences au sein des équipes médico-soignantes

Faire face à un diagnostic de cancer, aux traitements, aux peurs liées à la maladie est déjà un défi. Avoir à se battre dans un contexte de crise sanitaire mondiale, en sachant aussi que le cancer, signe d'un système immunitaire affaibli, vous rend particulièrement vulnérable au Covid-19, ajoute à la détresse. «Pour nos patients oncologiques, ce virus, c'est vraiment la double peine», résume d'entrée le Dr Bernardino De Bari, médecin-chef de service en radio-oncologie. «Au début de la pandémie, ils exprimaient beaucoup de craintes sur les risques qu'ils courraient en venant prendre leur traitement à l'hôpital et sur l'accès à ces traitements si la situation venait à empirer.»

### « Les cancers n'ont jamais souffert de retard dans la prise en charge au Réseau hospitalier neuchâtelois »

Si, durant la première vague, les hôpitaux suisses ont reçu l'ordre de suspendre les consultations ambulatoires non-urgentes, les cancers, considérés comme des cas graves, n'ont jamais souffert de retard dans la prise en charge au Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe). Encore fallait-il rassurer les patients et garantir leur sécurité. Cela a été fait grâce à la mise en place des gestes barrières dès le début de l'épidémie: port du masque obligatoire, désinfection systématique et réorganisation des salles d'attentes pour maintenir les distances de sécurité.

Pour réduire tout risque de contagion au sein du département, le flux de personnes circulant dans le service a aussi été réduit. En repoussant des consultations notamment: «Il n'y a que certaines situations bien précises où on pouvait décaler les rendez-vous sans impact sur le suivi des traitements, précise la Dre Alix Stern, médecin-chef du département d'oncologie-hématologie. Par exemple, pour les hémochromatoses, nous avons pu décaler les saignées.» Pour réduire le flux, les accompagnants ont été interdits en salle de traitement. Mais un accompagnant reste toujours autorisé durant les consultations: «Ce sont des moments difficiles et il y a beaucoup de perte d'informations liée au stress. Quatre oreilles valent alors toujours mieux que deux.»

Enfin, des consultations de suivi par téléphone ou visioconférence ont été mises en place pour les personnes en rémission, qui peuvent rester immunosupprimées et donc vulnérables au Covid. «L'immunosuppression peut durer longtemps. Même plusieurs années après une chimiothérapie, le patient peut garder une immunosuppression relative», explique la Dre Amina Faiza Chouiter-Djebaili, médecin-chef en oncologie et présidente de la Ligue neuchâteloise contre le cancer. Et de rappeler: «Aucun patient n'est abandonné. A chaque appel, nous leur précisons qu'en cas de symptômes, même anodins, ils doivent consulter. Nous sommes toujours là pour eux.»

Contrairement à la première vague du printemps, le rebond de l'automne n'a pas épargné les patients

Dr Bernardino De Bari  
médecin-chef de service en radio-oncologie



oncologiques. Tous semblent avoir été contaminés dans leur cadre privé, et non à l'hôpital. Pourtant, même positives, les personnes sous traitement ont dû continuer à se rendre à l'hôpital: «Il a fallu, à chaque fois, réorganiser les plages de traitements afin de les accueillir en fin de journée, pour qu'elles ne croisent pas d'autres patients, explique Bernardino De Bari. On peut continuer une radiothérapie sur un patient Covid asymptomatique, mais dans le cas contraire, il faut tout arrêter, car la priorité devient son coronavirus.»

Une décision difficile à prendre: si elle est interrompue, une radiothérapie, qui comprend généralement entre 10 et 40 séances, est complètement inutile. Dans le cas de la chimiothérapie, toute infection susceptible de fragiliser le patient, entraîne son arrêt immédiat.

Pour faire face à ce problème, une nouveauté a été introduite fin novembre: avant de débuter un traitement, les patients oncologiques estimés à haut risque sont systématiquement testés. «On peut ainsi déceler les cas asymptomatiques ou une infection au stade précoce, et décaler le début du traitement, indique Alix Stern. Outre les facteurs classiques, comme l'âge ou un cancer du poumon, l'expérience de la première vague a montré que les personnes sous immunothérapie avaient également un risque de décours défavorable avec le virus.»

Depuis le début de la deuxième vague, plusieurs patients traités pour un cancer au RHNe ont succombé au Covid. Alix Stern a elle-même déploré deux décès dans sa patientèle: «Ils étaient en rémission de leur lymphome. Patients âgés et polymorbides oui, mais



Dre Alix Stern  
médecin-chef du département  
d'oncologie-hématologie

## « Nous nous sommes complètement réinventés avec le Covid »

Dès la première vague, le service de cardiologie a mis sur pied une offre digitale afin de garantir la qualité de la prise en charge, tout en évitant à ses patients vulnérables des visites à l'hôpital. Explications du Dr Cyril Pellaton, médecin-chef de service



**HNE Mag:** Pourquoi était-il nécessaire de repenser votre activité de réadaptation cardiovasculaire pour les patients ayant eu un infarctus ou subi une chirurgie cardiaque?

**Dr Cyril Pellaton:** D'habitude, nous proposons un programme de réadaptation cardiovasculaire de trois mois à Pourtalès, à raison de trois demi-journées par semaine. Avec le Covid, il a fallu arrêter ce programme pour deux raisons. Premièrement, les physiothérapeutes ont été mobilisés pour prendre en charge les patients hospitalisés dans les unités Covid et aux soins intensifs. Deuxièmement, comme le programme s'effectue en petits groupes, les mesures sanitaires nous ont obligés à le mettre en pause. Or, il s'agit de santé publique: la réadaptation améliore le pronostic post-infarctus.

**- Qu'avez-vous entrepris pour palier à l'arrêt du programme?**

- Dès la première vague, avec le soutien du service informatique, nous avons pris l'initiative de filmer tous les cours théoriques et d'éducation thérapeutiques dispensés pendant la réadaptation. Les patients peuvent ainsi visionner ces films depuis chez eux. Même s'ils ne remplacent pas les cours interactifs et les consultations de suivi, ils permettent aux patients d'avoir accès à une infor-

mation importante après leur événement cardio-vasculaire. Nous avons également créé un forum de discussion où nous répondons à leurs questions.

**- Comment réagissent les patients?**

- Ce système est très apprécié. Même les patients qui avaient de la peine avec le digital, y ont eu facilement accès: il suffit d'une adresse mail et d'un code d'accès pour visionner les cours.

**- Allez-vous continuer ces vidéos hors crise sanitaire?**

- Absolument! Nous nous sommes complètement réinventés avec le Covid et c'est bénéfique pour les patients. Nous allons encore développer cela. Nous pratiquons déjà la télémedecine, avant le Covid, notamment pour les patients insuffisants cardiaques qui ont l'habitude de prendre leurs constantes vitales à la maison. Au lieu de les faire venir à l'hôpital, une infirmière spécialisée les appelle et nous pouvons ainsi très vite adapter leur traitement. Cette expérience préalable nous a permis d'adapter la télécadiologie dès l'apparition du virus et d'éviter les rendez-vous superflus pour tous. Ceci est d'autant plus important que nos patients cardiaques sont extrêmement vulnérables. La télémedecine nous a également permis de favoriser le télétravail avec l'abandon de l'ambulatoire lors de la première vague.

**- Quelles consultations étaient concernées par cet abandon?**

- Par exemple, lors de la première vague, les bilans annuels de patients de tout âge et de toute pathologie, mais relativement stables, ont été différés. Nous faisons une consultation téléphonique avec chacun pour estimer s'il y avait une urgence ou si le rendez-vous pouvait être repoussé de trois ou six mois. Durant la deuxième vague, nous avons par contre eu une activité assez soutenue, car nous avons dû voir tous ceux dont le rendez-vous avait été repoussé.

**- Avez-vous remarqué des conséquences négatives à ces reports de rendez-vous?**

- À ma connaissance, aucune pour le service de cardiologie, bien que je ne puisse pas l'exclure. Je dirais que nous avons aussi eu de la chance, car un téléphone permet certes d'identifier certains problèmes, mais ne remplace pas une consultation en présentiel. Par contre, nous avons constaté en Suisse et dans le monde que, par crainte du virus, moins de gens se sont rendus aux urgences pour des symptômes annonciateurs d'accidents vasculaires-cérébraux et d'infarctus.

ils avaient vaincu leur cancer. C'est amer!» Face à la mort, la docteure a pris l'habitude de laisser parler son cœur: «J'écris une carte de condoléances à la famille en témoignant de mes pensées et en rendant hommage au défunt. Cela aide à boucler la boucle.»

**« J'écris une carte de condoléances à la famille en témoignant de mes pensées et en rendant hommage au défunt. »**

Comme bon nombre de ses collègues, l'oncologue ne cache pas l'impact psychologique de la pandémie. «Ce qui m'a permis de tenir, c'est l'équipe, le fait de sentir que nous tirons à la même corde. Je suis très impressionnée par nos collaborateurs, par leur flexibilité, leur adaptabilité et leur résilience. Il y a aussi des échanges agréables avec les patients. Et trouver un traitement qui fonctionne, voir un patient entrer en rémission, c'est motivant peu importe le contexte.»

**Augmentation de l'activité oncologique de 22%**

L'un des piliers de l'équipe oncologique, Christine Saraiva, infirmière cheffe (ICUS) du département où elle travaille depuis 1999, a œuvré en véritable cheffe d'orchestre. Deux de ses infirmières, l'une certifiée en soins intensifs et l'autre au bénéfice d'une expérience en soins continus, ont été réquisitionnées début novembre dans l'unité de soins continus, devenus soins intensifs à La Chaux-de-Fonds. Imposant une réorganisation habile du service qui compte 17 infirmières, dont une est en arrêt suite à un accident. En octobre, l'absence de deux soignantes touchées par le virus avait pu être compensée par l'aide du service volant. «Mais depuis novembre, nous devons composer avec les ressources à l'interne du département, rappelle Christine Saraiva. Depuis le début de la deuxième vague, nous travaillons toutes en moyenne un à deux jours de plus par mois pour remplacer les infirmières manquantes.» Début décembre, une infirmière retraitée depuis deux ans du service d'oncologie a été rappelée pour renforcer l'effectif soignant.





Dre Sophie Hügli  
médecin assistante en néphrologie

## Les patients dialysés, catégorie à risque

En cas d'insuffisance rénale avancée, le risque de décès est très élevé. Pour faire face à cette situation extraordinaire, le service de néphrologie a dû repenser son organisation

«Les patients dialysés ont 20-30% de risque de mourir s'ils attrapent la Covid»: le Dr Fabien Stucker, médecin-chef de service en néphrologie, va droit au but. La maladie rénale avancée, l'âge généralement élevé des patients, le diabète dont souffre le tiers des dialysés ainsi que l'hypertension qui touche la majorité, aggravent en effet le pronostic. La priorité de son service, dès l'apparition du virus, a donc été d'assurer une protection maximale aux personnes suivant un traitement de dialyse, obligées de continuer à se rendre à l'hôpital à raison de 4 heures par jour, trois fois par semaine. «On a séparé tous les postes de dialyses, instauré le port du masque dès février et fermé la salle d'attente pour éviter les contacts, détaille Fabien Stucker. Nous avons aussi régulièrement envoyé des courriers de soutien à nos patients pour qu'ils tiennent le coup. Durant la première vague, personne n'a été atteint. Durant la deuxième, 15 à 20% du personnel a été touché ainsi que onze patients sur 80, dont quatre sont malheureusement décédés. La plupart des contaminations ont clairement eu lieu en privé. Donc au moins, nos mesures de protection semblent efficaces.»

Grâce à ces mesures, Jean-Baptiste Vienot, 77 ans et dialysé depuis 2015, n'a jamais eu peur d'être contaminé: «Je me suis toujours senti en sécurité, bien pris en charge et bien informé. Le personnel soignant fait un travail formidable.» Malgré tout, la situation impacte son traitement lourd: «Depuis le début de la pandémie, nous sommes tous séparés par un rideau en plastique. C'est devenu difficile de se parler. Ce contact avec les autres patients me manque. Et puis, certains sont décédés et ça, c'est très dur.»

En coulisses, le service a sans cesse dû s'adapter pour faire face. Surtout durant la deuxième vague, avec le maintien de l'activité ambulatoire et un personnel infirmier à flux tendu en raison des isolements et des quarantaines. Grâce à l'interruption de l'activité chirurgicale à l'hôpital de la Providence, des infirmières en chirurgie ont ainsi pu être formées pour venir en renfort. Et quand deux médecins de néphrologie, Dre Hügli et Dre Ackermann, ont été réquisitionnées en octobre pour les unités Covid, les deux cadres, Dr Stucker et Dr Humbert, se sont organisés pour se partager l'ensemble de la patientèle.

«C'était difficile de quitter mes patients du jour au lendemain», reconnaît la Dre Sophie Hügli, 30 ans, engagée comme médecin assistante en néphrologie pour une année fin 2019 et nommée cheffe de clinique en unité Covid du 26 octobre au 11 décembre. «Mais comme j'ai un FMH en médecine interne, il était normal que j'aide. Dans mon cursus, je n'avais encore jamais été cheffe de clinique, mais j'avais les qualifications. Donc l'expérience a été positive, même si j'avais un peu d'appréhension au début face au virus. Et puis je l'ai attrapé... Mais j'ai eu la chance de faire une forme légère.» Sophie Hügli, supervisée par un médecin cadre, était ainsi en charge d'une équipe de quatre médecins assistants et d'une vingtaine de patients Covid. Début janvier, elle a retrouvé la spécialité qui la passionne, la néphrologie, aux HUG cette fois. Si elle repartirait au front pour une troisième vague? «Sans hésiter!»

Au service de radio-oncologie, trois des douze techniciens ont également été atteints par le Covid. Tout comme la Dre Chouiter-Djebaili, absente durant trois semaines en octobre. A chaque fois, les collaborateurs doivent prendre la relève avec une grande réactivité. Un système joker ainsi que des groupes de travail ciblés (meilleures pratiques, formation continue, technologie, données) ont donc été mis en place.

Une mesure nécessaire car depuis octobre, l'activité en oncologie a augmenté de 22% par rapport à la première vague. A cause du maintien des consultations, mais aussi, coïncidence, parce que le nombre de cancers diagnostiqués depuis l'été a augmenté. «Il ne faudrait pas que la situation s'éternise, mais pour l'instant, le moral de l'équipe est bon», juge Christine Saraiva.

### Des retards de diagnostics?

Quel bilan peut-on tirer de la gestion de cette deuxième vague, bien plus rapide et haute que la première? L'arrêt des dépistages du cancer en mars fait craindre aux spécialistes un retard de diagnostic. Et par crainte des hôpitaux, certains nouveaux patients oncologiques ont aussi attendu trop longtemps avant de consulter pour des symptômes. «Il va falloir faire un sérieux bilan», déclare la cheffe du département Alix Stern.

La Dre Marie-José Chevènement, directrice du Centre du sein du site de La Chaux-de-Fonds, émet la même crainte. «Les tumeurs découvertes lors du dépistage organisé sont rarement agressives, mais il faudra étudier selon chaque cas, si le report de dépistage



**Dre Amina Faiza Chouiter-Djebaili**  
médecin-chef en oncologie  
présidente de la Ligue neuchâteloise contre le cancer

**Christine Saraiva**  
infirmière cheffe (ICUS) en oncologie



Dre Marie-José Chevènement  
directrice du Centre du sein du site de La Chaux-de-Fonds

**« Durant ces deux vagues, seules les reconstructions mammaires et les ablations de tumeurs bénignes ont été mises en attente. »**

a eu un impact sur la santé.» Durant ces deux vagues, seules les reconstructions mammaires et les ablations de tumeurs bénignes ont été mises en attente. «Un cancer n'attend pas. On a 20 jours ouvrables, après un diagnostic, pour opérer un cancer ou administrer le premier traitement systémique. On a respecté les délais dans tous les cas», se réjouit la directrice du centre certifié.

Un autre aspect, plus inattendu, a redéfini le travail des spécialistes en oncologie: les gestes barrières,

comme le souligne le Dr Bernardino De Bari. «Le port du masque qui cache les expressions et le fait de ne pas pouvoir toucher la main des patients sont perturbants, admet-il. Ces gestes ne rentrent pas dans la technique médicale, mais dans la pratique médicale. Ils permettent de créer une alliance avec le malade. Certains nous font part de leurs regrets à ce sujet. Avant, beaucoup d'émotions passaient par la communication non verbale. Donc aujourd'hui, il est très important pour le patient de dire ce qu'il ressent. Car comprendre son état d'esprit, nous permet d'orienter la consultation.»

Et de conclure que la situation a malgré tout créé des relations fortes au sein du département: «On se serre tous les coudes. On va à l'essentiel. Il y a un véritable esprit d'équipe. J'espère que c'est la chose positive que l'on gardera de cette horrible expérience.» ■