



**PRECONISATIONS POUR L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS DES ETABLISSEMENTS  
ACCUEILLANT LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER DANS LE CONTEXTE DE L'EPIDEMIE  
DE COVID-19**

**Version 16 avril 2020**

Ressources : [e-cancer](https://e-cancer.fr)

BAL : [covid19@institutcancer.fr](mailto:covid19@institutcancer.fr)

**Préconisations**

**Préconisation n°1 – Limiter les risques de contamination**

- **Réduire au maximum le risque de contact et de contamination entre patients et soignants** par une organisation locale, voire régionale, en filières de soins distinctes, afin de permettre l'orientation différentielle des patients « COVID+ » et celle des autres patients indemnes de contamination et de garantir leur protection. Cet objectif peut être atteint par la création de zones ou de secteurs distincts et de parcours pour les patients au sein d'une même unité ou d'un même service ;
- **Favoriser les soins ambulatoires et la télémedecine pour le suivi des patients**, par le renforcement de la téléconsultation et de la surveillance téléphonique, ou au moyen d'outils connectés et de solutions numériques ; favoriser les soins hors établissement, par le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) pour le transfert des patients traités par chimiothérapie intraveineuse ou par la substitution de thérapies intraveineuses par des thérapies orales lorsque cela est possible.

**Préconisation n°2 – Maintenir de façon régulière des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)** pour l'examen et l'enregistrement de chaque dossier. La RCP prévient le risque d'erreur et permet d'assurer que toute décision de suspension ou d'arrêt d'un traitement fait suite à un examen de la balance bénéfices/risques appréciée au cas par cas et indication par indication, dans le contexte de déprogrammation provisoire d'actes médicaux ou chirurgicaux ou de mise en place de traitement d'attente. Privilégier autant que nécessaire la mise en place de réunions dématérialisées (visioconférences ou téléconférences). Il est essentiel de pouvoir tracer toute décision de traitement dans le dossier du patient.

**Préconisation n°3 - Organiser la continuité des soins médicaux et chirurgicaux indispensables aux patients** en favorisant les **coopérations interterritoriales entre les établissements de santé autorisés** au traitement du cancer et les autres structures de soin du territoire, afin de garantir la continuité des parcours patients et l'organisation des filières dédiées « COVID+ » et « COVID- ».

**Préconisation n°4 - Anticiper la reprogrammation** et la reprise complète et progressive des activités médicales et chirurgicales, en s'appuyant notamment sur un plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) ou sur le plan de continuité des activités (PCA). Un cadre d'organisation de la reprise adaptée de l'activité est en cours de réflexion pour éviter les pertes de chances pour les patients.

**Préconisation n°5 - Veiller à délivrer une information complète et adaptée à tous les patients**, à toutes les étapes de leur parcours de soins, notamment sur le fait qu'il n'est pas opportun de venir à l'hôpital en cas de signes cliniques d'infection par COVID-19 sans convocation de l'équipe médicale, et à les rassurer sur la continuité des soins oncologiques en cours.

**Préconisation n°6 – Tenez-vous informés des évolutions des préconisations**, et retrouvez des outils et des informations utiles aux équipes et aux patients pour les équipes sur le site de l'Institut National du cancer. Y figurent en particulier les recommandations émises par les sociétés savantes. Vous pouvez déposer vos questions sur la boîte [COVID19@institutcancer.fr](mailto:COVID19@institutcancer.fr).

## **1. Principes généraux**

Les présentes préconisations reprennent et complètent, sur le volet de l'organisation des soins de traitement du cancer, l'avis du HCSP du 5 mars relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus COVID-19 faisant suite à la saisine du 3 février 2020 par la Direction générale de la santé (DGS) ainsi que les travaux du 14 mars 2020 « COVID-19 et Cancers Solides : Recommandations », complétées par celle du 31 mars.

Établies en l'état des connaissances et de l'évaluation de la situation, elles pourront évoluer avec le temps. Référez-vous au site internet de l'Institut national du cancer pour en suivre l'évolution. Ces préconisations visent à promouvoir des organisations facilitant le respect des recommandations de bonnes pratiques cliniques adaptées à la situation, lesquelles ont été publiées par les sociétés savantes selon les disciplines et les spécialités impliquées en cancérologie, référencées par le présent document. Elles ne se substituent pas non plus au « Guide méthodologique - Préparation au risque épidémique Covid-19 » du 20 février 2020 publié par le ministère de la Santé. Enfin, elles ne constituent pas de nouvelles obligations réglementaires, mais des orientations pour appuyer et éclairer les choix et les décisions qui seront prises concernant le traitement du cancer au cours de la crise sanitaire actuelle.

Elles s'adressent aux établissements de santé, aux Agences Régionales de Santé (ARS), aux Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC) et aux professionnels de santé des services d'oncologie médicale et d'hématologie, de chirurgie, de radiothérapie, d'endoscopie interventionnelle, de radiologie interventionnelle de médecine nucléaire et de soins de suite et de réadaptation, d'hospitalisation à domicile qui participent au traitement du cancer. Elles concernent également les réseaux nationaux de référence cancers rares, les Organisations Interrégionales de Recours (OIR), les professionnels de l'oncopédiatrie, les Unités de Coordination en OncoGériatrie (UCOG) et les professionnels de la gériatrie et de l'oncogériatrie, de soins palliatifs et du traitement de la douleur, ainsi que les structures d'imagerie médicale, d'anatomocytopathologie et de biologie médicale. Elle s'adresse, enfin, aux professionnels de santé de ville de 1<sup>e</sup> recours (médecins spécialistes en médecine générale, paramédicaux) et aux médecins de spécialité qui doivent pouvoir constituer un relais des professionnels de santé des structures dans lesquelles sont suivis leurs patients.

L'organisation des soins des patients atteints de cancers en phase 3 de l'épidémie de COVID-19 doit être envisagée pour :

- Adapter l'organisation de leurs soins au sein des établissements de santé (ES) ;
- Anticiper les venues des patients fragiles dans l'ES et limiter les visites ;



- Les consignes qui ont été élaborées par le HCSP<sup>1</sup>, nécessitent d'être expliquées aux patients et à leurs aidants. Beaucoup de supports ont été rédigés et collectés par les ARS, les réseaux régionaux de cancérologie, les sociétés savantes et l'INCa. Un jeu de questions/réponses destinés aux patients est disponible sur le site de l'INCa, comme les différentes informations et outils utiles. Il est nécessaire d'adapter l'utilisation de ces recommandations pour chaque patient en fonction de son contexte de vie pour s'assurer de sa bonne compréhension.

Il convient de rappeler, par ailleurs, que le maintien des RCP « habituelles » est essentiel durant la phase épidémique afin de faire les meilleurs choix thérapeutiques pour les patients sur la base d'un examen du bénéfice/risque. Dans le contexte épidémique, des dispositions particulières sont à prévoir et **l'organisation locale ou régionale d'une RCP d'appui « COVID-19 » chargée de proposer et de mettre en œuvre les règles relatives aux traitements médicaux et chirurgicaux peut être envisagée :**

- La constitution d'une RCP locale ou régionale « COVID-19 », conduite avec le soutien des 3C et du RRC, a vocation à offrir un recours, complémentaire aux RCP en place, pour organiser au niveau le plus adapté la planification des soins et l'organisation des interventions médicales ou chirurgicales. Elle a notamment pour rôle d'analyser le rapport bénéfice/risque dans la poursuite de certains traitements en cours ou à démarrer chez les patients présentés au sein de cette RCP, ainsi que le lieu de leur réalisation dans les situations mentionnées ci-dessus de filières COVID-négative et COVID-positive constituées entre établissements ne participant pas habituellement aux mêmes RCP ;
- Elle appuie ses décisions sur les recommandations du HCSP et les différents travaux des sociétés savantes.

Le **maintien du lien** entre les patients et les équipes soignantes est important en proposant si possible des informations générales et régulières (lettre d'information par mail, message SMS...), en donnant la possibilité aux patients d'entrer facilement en contact avec les équipes et, si besoin en organisant le recours à un soutien spécifique pour accompagner par téléphone les patients sur le plan du suivi des effets secondaires de leurs traitements et sur le plan psychologique. Les patients disposent sur le site internet de l'INCa toutes les informations nécessaires et les outils utiles. Les associations de patients sont à même d'apporter en complément des informations et un soutien aux patients et leurs proches.

**Afin de garantir l'accès et la continuité des soins des patients pris en charge pour le traitement d'un cancer, les ARS doivent être informées des choix organisationnels qui seront retenus par les établissements et les autres structures de soins :**

- Fonctionnement adapté ;
- Déport d'activité vers certains établissements et/ou déplacement des professionnels de santé pour pratiquer leur spécialité dans un autre établissement de santé.

Les ARS peuvent notamment délivrer des autorisations exceptionnelles pour répondre aux besoins dans le contexte et permettre l'organisation de la continuité des soins et l'orientation des patients. Elles peuvent également contribuer à appuyer et à guider les établissements pour le développement

---

<sup>1</sup> <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Coronavirus-COVID-19/Recommandations-du-HCSP-relatives-a-la-prevention-et-a-la-prise-en-charge-du-COVID-19-chez-les-patients-a-risque-de-formes-severes>



de coopérations dans le cadre de filières structurées permettant d'assurer la continuité des prises en charge et l'accès équitable aux soins.

## 2. Concernant les traitements systémiques du cancer

### 2.1. Oncologie médicale

Pour les patients en cours de traitement, il est primordial d'assurer une continuité d'activité dans les différents territoires afin d'éviter toute rupture de parcours ou perte de chance pour les patients, tout en minimisant les risques auxquels ceux-ci ainsi que les soignants peuvent être exposés dans le contexte actuel.

**Pour l'ensemble des patients atteints de cancer, lorsque le recours aux soins en présentiel (venue à l'hôpital ou en consultation de ville, réalisation d'un examen, hospitalisation), est indispensable, il est important de pouvoir :**

- Assurer la protection des patients, en mettant en place les mesures-barrières renforcées pour des cas prouvés ou suspects dans des locaux dédiés, et en organisant deux circuits distincts:
  - o D'une part les parcours des patients suspects d'infection à COVID-19
  - o D'autre part ceux des autres patients, par un dispositif actif dès l'entrée de l'établissement (triage à l'entrée, balisage des circuits, mesures de protection dès l'entrée, information des patients, ...), ou à défaut en organisant les soins de ces catégories de patients avec des séquençements distincts dans la journée ;
- **Pour les patients dont le statut COVID-19 positif est confirmé** : sauf exception, les traitements oncologiques devront être arrêtés le temps de la prise en charge de l'infection virale (traitement et arrêt de la contagiosité) ;
- **Pour les patients présentant des symptômes faisant suspecter une infection à COVID-19** : la poursuite des traitements anticancéreux, si elle est indiquée médicalement, doit être effectuée dans une zone ou un secteur isolé en veillant au respect des mesures barrières renforcées et notamment au port de masque et en surveillant l'évolution des symptômes du patient ;
- **Pour les autres patients** : les traitements en cours doivent être poursuivis et le cas échéant adaptés (en fonction des RCP) dans le cadre d'une analyse bénéfique/risque permettant d'éviter toute perte de chance ;
- **Assurer une continuité d'activité dans les différents territoires** entre les opérateurs par des coopérations entre titulaires d'autorisation de chimiothérapie et les autres acteurs des parcours de soins des patients (qu'ils soient organisés en GHT ou non). L'initiative de ces coopérations relève avant tout des établissements de santé, au besoin appuyés par les ARS.
- Ces dernières, en lien avec les RRC, pourront appuyer et guider les établissements pour veiller à la mise en place des coopérations indispensables pour la continuité des prises en charge tout en veillant à assurer l'accessibilité géographique et financière aux soins des patients et de faire remonter, le cas échéant, les difficultés rencontrées sur le terrain.

- **Privilégier une limitation des hospitalisations de jour en établissement « MCO » au profit des traitements de chimiothérapie intraveineuse à domicile en HAD** (par des équipes formées) ou lorsque c'est possible par la conversion des chimiothérapies intraveineuses en chimiothérapies orales, voire par l'adoption de schémas avec espacement plus long entre chaque cure. Il est préconisé pour toutes ces adaptations de se référer à une recommandation émanant d'une société savante ou d'une analyse argumentée de la littérature scientifique ;
- **Développer les protocoles de coopération en HAD** : les dispositions réglementaires en vigueur permettent à un titulaire d'autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie d'orienter des patients vers une structure HAD pour la poursuite du traitement de chimiothérapie qu'il a primo-prescrit, dans le cadre d'une coopération protocolisée ;
- Reporter au cas par cas les consultations de surveillance lorsque cela est possible, favoriser la téléconsultation ou consultation téléphonique. Les examens non urgents doivent être déprogrammés. Là encore, les sociétés savantes ont émis des recommandations permettant d'encadrer les conduites tenues par les professionnels.
- Si le passage en consultation s'avère inévitable, il est nécessaire d'anticiper le parcours et le dépistage du risque d'infection à COVID-19.

## **2.2 - Onco-hématologie**

Les patients porteurs d'une hémopathie maligne et nécessitant un traitement lourd sont pris en charge dans des services disposant d'unités de soins intensifs hématologiques ou polyvalents adaptés à la situation clinique.

Il est recommandé de **préserver les capacités en soins intensifs permettant d'accueillir les patients des services d'onco-hématologie** afin assurer d'une part, les inductions de traitements pour des patients atteints d'hémopathies malignes dont le pronostic ne permet pas le report sans perte de chance, d'autre part, de faire face aux effets secondaires et complications liées au traitement anti-tumoral ou à la maladie.

## **3. Concernant la chirurgie, l'endoscopie interventionnelle, la radiologie interventionnelle et la médecine nucléaire thérapeutique**

Il est nécessaire de pouvoir préserver des capacités de traitement sur le territoire régional pour les patients atteints de cancer pour :

- les interventions urgentes liées au cancer, à son traitement ou à ses complications ;
- les interventions programmées ne pouvant être différées sans perte de chance au regard du parcours de soins du patient, de la pathologie cancéreuse et de son évolutivité.

Plusieurs types d'organisations peuvent se mettre en place :

- 1. Pour chacune des interventions (chirurgie des cancers soumise à autorisation, neurochirurgie oncologique, endoscopie ou radiologie interventionnelle, médecine nucléaire thérapeutique) dont la programmation est maintenue, organiser une « sanctuarisation » de salle(s) ou de bloc(s) opératoire(s) en constituant une filière pour les**



**patients « COVID négatifs » (indemnes de signes cliniques évocateurs d'une contamination) au sein de tout service et de tout établissement réalisant ces soins (cf. : fiche MIN SANTE « Soins hors COVID »)** . Ces lieux sont dédiés exclusivement aux prises en charges des patients indemnes de signes cliniques pouvant faire penser au COVID à l'issu du tri réalisé à l'entrée dans l'établissement et/ou le service. Les mesures barrières renforcées y sont strictement appliquées pour éviter toute contamination par un patient porteur asymptomatique du virus. Tant que cela est possible, le personnel de ces unités reste dédié au secteur « COVID négatif ». Lorsque cela n'est plus réalisable, les organisations suivantes sont à envisager.

- 2. Au sein d'un établissement ayant déclenché le Plan Blanc ou bien en situation de tensions hospitalières (accueil de patients COVID positifs, gestion des ressources humaines et matérielles et des capacités d'accueil), le fonctionnement habituel des blocs et SSPI peut être modifié, pour permettre de répondre aux besoins de personnels dans d'autres unités,** pour le soin des patients COVID symptomatiques et pour couvrir les absences liées à la contamination du personnel médical et non médical. Dans ce cas de figure l'établissement peut ne pas être en mesure d'assurer l'entièreté de son activité onco-chirurgicale. Des coopérations, en lien avec l'ARS, peuvent être envisagées avec d'autres établissements autorisés au cancer, avec un possible déplacement des professionnels, dans le cadre de filières établies, et en informant systématiquement le RRC. Une attention particulière doit être portée aux chirurgies et aux autres traitements interventionnels des cancers complexes ou de recours qui peuvent entraîner un passage en réanimation et nécessiter par conséquent des plateaux techniques adaptés (exemple : chirurgie thoracique, neurochirurgie, chirurgie du cancer de l'œsophage).

**Organiser le cas échéant le déport des interventions, notamment des chirurgies des cancers vers un autre titulaire d'autorisation de traitement du cancer par chirurgie,** ou, le cas échéant, vers un établissement ayant bénéficié d'une autorisation exceptionnelle au titre de [la loi relative à l'état d'urgence sanitaire du 23 mars 2020](#) : après une entente préalable entre les établissements de santé ayant l'autorisation de traitement des cancers par chirurgie et en lien avec l'ARS, l'établissement désigné pourra assurer pour ces cas de figure, le fonctionnement d'un bloc opératoire et d'une salle de réveil (SSPI). Il est possible selon les autorisations détenues par cet ES de demander une autorisation exceptionnelle ([réf article 7 de l'arrêté du 23 mars 2020 organisation et fonctionnement du système de santé et COVID-19](#)) pour les localisations tumorales non couvertes par l'autorisation actuelle de chirurgie des cancers de l'établissement. Des professionnels de santé spécialistes de l'organe pourront venir opérer sur ces sites (en dehors de leur établissement de rattachement). Il est essentiel de veiller à la traçabilité des décisions prises dans ce contexte et à la complétude du dossier médical de tout patient faisant l'objet d'une réorientation vers un autre établissement de soins. Dans ce cas l'accompagnement des patients doit être bien pris en compte afin de veiller à un accès équitable aux soins (cf. principes généraux).

- 4. En cas d'annulation d'une chirurgie ou de toute intervention programmée pour traitement du cancer, il importe que le patient soit informé par l'équipe médicale et que les causes de ce report lui soient expliquées ainsi que l'organisation envisagée de la suite de son parcours de soins, ceci afin de le rassurer et de lui permette d'envisager sereinement les étapes suivantes.** Ces annulations et reports doivent être décidés dans le respect des recommandations nationales émises en cette période d'épidémie de Covid-19 et dans le cadre d'une organisation interne à l'ES, en associant le responsable du service de chirurgie concerné.

Les titulaires d'autorisation à faible activité peuvent prendre l'attache de centres de chirurgie de recours pour conseils voire réorientation des patients concernés.

5. **Veiller à maintenir la possibilité de réaliser des actes diagnostiques du cancer, indispensables** pour garantir la poursuite du parcours de soins des patients en chirurgie des cancers complexes (ex : chirurgie du cancer de l'ovaire) dans des délais raisonnables et éviter les pertes de chance.

### **3. Concernant la radiothérapie**

**Enjeu :** anticiper des risques d'événement indésirable (EI) et de rupture de continuité des soins, voire de rupture complète de traitement de radiothérapie des patients en cours de prise en charge, si les équipes formées aux techniques de radiothérapie étaient confrontées à une réduction d'effectifs du fait de la contamination de personnels soignants.

1. **Prendre toute décision de report d'un traitement de radiothérapie en associant le responsable médical de la structure de radiothérapie** et en s'appuyant sur les recommandations nationales et internationales et en tenant compte de la durée incertaine de l'épidémie COVID-19 et de celle du déconfinement à venir ;
2. **Développer les pratiques d'hypofractionnement de dose à l'instar des expériences des régions IDF et GE et pour ce faire :** prendre ces décisions en associant le responsable médical de la structure de radiothérapie et en s'appuyant sur les recommandations nationales ou internationales si existantes ;
3. **Inciter à l'organisation de coopérations entre titulaires d'autorisation de radiothérapie afin notamment de tenir compte de la situation des centres de radiothérapie fragilisés**, en termes de ressources humaines notamment, ainsi que des centres de radiothérapie autorisés à titre dérogatoire (pour exception géographique) et de garantir la continuité des soins en radiothérapie pendant tout l'épisode de soins (renforcement en ressources humaines ; réorientation de patients ; anticipation d'éventuelles fermetures temporaires d'unité de radiothérapie).

### **4. Renforcer la coopération territoriale entre les acteurs de soins**

1. **Identifier des référents « COVID et Cancer » au sein de chaque centre de coordination en cancérologie (« 3C »)**
  - Désigner un référent COVID-Cancer unique au sein de chaque 3C : ce référent, s'appuie sur ses interlocuteurs dans chaque service autorisé au traitement du cancer ou au sein du DIM dans chacun des établissements qui compose le 3C. Il sera l'interlocuteur privilégié du RRC, de l'ARS et pourra être mobilisé dans le cadre des futures actions nationales qui seront prises en réponse à la crise actuelle ;



- L'INCa et les RRC recenseront prochainement les référents pour chaque 3C, en veillant également à ce que tout établissement autorisé à titre exceptionnel au traitement du cancer dispose également d'une représentation par un référent COVID/Cancer.
- 2. S'appuyer sur le réseau régional en cancérologie (RRC) et l'ARS pour la coordination des mesures à prendre en contexte épidémique**
- Les différents acteurs sont invités à définir les modalités d'organisation commune permettant la poursuite des traitements des patients, en lien avec le Plan blanc élargi, le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE), plan de continuité de l'activité (PCA) de l'établissement, qui prévoient notamment les règles relatives à la déprogrammation et la reprogrammation de l'activité médicale, l'emploi des personnels soignants et la gestion de lits dans le contexte de crise sanitaire.
  - L'ARS devra également être tenue informée de toute organisation en coopération inter-établissement, quelle que soit la modalité de traitement du cancer, ainsi que des éventuelles suspensions d'activité de traitement du cancer, voire de fermeture temporaire de l'activité de traitement du cancer soumise à autorisation. Les ARS peuvent contribuer à la recherche de solutions régionales à l'appui des établissements.
  - Les missions des RRC leur permettent de proposer un appui très précieux dans la période actuelle. Ils assurent la bonne représentativité des différents acteurs et composantes de la cancérologie de leur région dans leurs instances, notamment des UCOG et OIR. Ils sont donc à même de rassembler et diffuser les informations. Leur pilotage opérationnel par l'INCa contribue à la fluidité des informations au niveau interrégional et national. Leur rôle pour assurer la lisibilité de l'offre de prise en charge en cancérologie, soutenir la qualité et la sécurité des pratiques de l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir dans le parcours des patients et promouvoir des actions coordonnées dans les champs de la cancérologie, adulte, pédiatrique et gériatrique est essentiel. Ils pourront, aux côtés des équipes, accompagner les changements décidés et diffuser des retours d'expérience positifs. Ils pourront être mobilisés pour proposer des indicateurs de suivi de ces évolutions et contribuer à leur évaluation. Ils sont une ressource que les ARS peuvent mobiliser. Par ailleurs, la situation exceptionnelle peut accélérer le renforcement de leurs relations avec d'autres structures de cancérologie telles que les centres régionaux de coordination des dépistages et les registres des cancers pour coordonner au mieux la reprise d'activité de la filière complète de prise en charge des cancers.

Cette coopération permettra d'améliorer les réponses aux besoins de soins en période de phase 3 mais également de préparer la reprise d'activité en phase de déconfinement et d'anticiper l'organisation de la reprogrammation progressive des activités de traitement du cancer en garantissant des prises en charges évitant les pertes de chance. Elle devra en outre se coordonner avec les autres activités médicales et chirurgicales. Un cadre d'organisation de la reprise d'activité adaptée est en cours de réflexion.