

INCa : préconisations de priorisation des patients atteints de cancer pour la vaccination COVID-19

Article original du 29/01/21 :

L'INCa vient d'émettre des préconisations concernant la priorisation des patients atteints de cancer pour la vaccination contre la COVID-19.

Télécharger les préconisations de l'INCa

Mise à jour du 02/02/21 : L'INCa a publié [un communiqué de presse](#) accompagnant ses préconisations.

Depuis le 18 janvier 2021, la vaccination contre le virus SARS-CoV-2 est recommandée aux personnes de moins de 75 ans présentant des comorbidités dont un cancer en cours de traitement par chimiothérapie. Ce 19 janvier, le Professeur Alain Fischer, président du conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, a sollicité l'Institut national du cancer pour définir, parmi les patients atteints de cancer les personnes devant bénéficier de cette vaccination en ultra haute-priorité. L'Institut publie aujourd'hui ses

préconisations à destination de l'ensemble des professionnels de santé.

Depuis le 18 janvier 2021, la vaccination contre le virus SARS-CoV-2 est recommandée aux personnes de moins de 75 ans présentant des comorbidités dont un cancer en cours de traitement par chimiothérapie. Ce 19 janvier, le Professeur Alain Fischer, président du conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, a sollicité l'Institut national du cancer pour définir, parmi les patients atteints de cancer les personnes devant bénéficier de cette vaccination en ultra haute-priorité. L'Institut publie aujourd'hui ses préconisations à destination de l'ensemble des professionnels de santé.

Dans ses préconisations, l'Institut national du cancer a identifié les patients, de plus de 16 ans, atteints d'hémopathies malignes et de cancers solides devant faire l'objet d'une vaccination immédiate.

Pour les patients atteints d'hémopathies malignes, sont considérés comme ultra-prioritaires :

- les patients ayant reçu une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, à plus de 3 mois et moins de 3 ans de leur allogreffe, en l'absence de GVHD aigüe ou chronique non contrôlée ;
- les patients traités activement (y compris les traitements d'entretien) pour une hémopathie aigüe, quel que soit son type (myéloïde ou lymphoïde) et quel que soit leur âge dès lors que leur programme de soins ne s'effectue pas majoritairement en hospitalisation prolongée ;

- les patients traités activement pour un myélome multiple, un lymphome T, un lymphome B diffus à grandes cellules, un lymphome folliculaire, une leucémie lymphoïde chronique, en première et deuxième ligne de traitement pour ces pathologies ;
- les patients pour lesquels l'une des pathologies précédemment citées vient d'être diagnostiquée et qui doivent être placés à court terme en traitement actif, doivent faire l'objet d'une vaccination immédiate. La réalisation du protocole complet de vaccination doit se poursuivre en parallèle de la mise en traitement, la vaccination ne doit pas retarder le traitement de la pathologie maligne, une efficacité rapide et significative après la première injection des vaccins actuellement disponibles ayant été rapportée.

Dans la cas particulier des patients recevant des anti-CD20, considérant l'immunogénicité particulière des vaccins à ARNm et la capacité diminuée mais non nulle à mettre en œuvre une réponse immunitaire de ces patients, l'application du principe de précaution prévaut. Toutefois, la vaccination est assujettie à des réserves formulées dans l'avis.

Pour les patients atteints de cancers solides, sont considérés comme ultra-prioritaires :

- les patients dont les traitements de leur néoplasie, quelles qu'en soient les modalités et les séquences, sont entrepris à visée curative, à l'exclusion des tumeurs cutanées baso-cellulaires ;
- les patients en traitement actif, sans visée curative, par chimiothérapie de première ou deuxième ligne ;
- les patients recevant une radiothérapie pour une tumeur intra-thoracique primitive incluant un volume pulmonaire

important, une radiothérapie incluant un grand nombre d'aires ganglionnaires thoraciques et/ou abdomino-pelviennes et/ou un grand volume de tissus hématopoïétiques.

La littérature sur ce sujet est aujourd'hui peu développée. Aussi, cet avis s'appuie :

- sur un travail d'analyse documentaire des données de la littérature dans les revues à comité de lecture à l'aide d'équations de recherche et des recommandations internationales issues notamment de sociétés savantes ;
- sur l'audition des représentants des parties intéressées pertinentes : les sociétés savantes (SOFOM, SFH, SFR0, SFCE) et les fédérations hospitalières (FHF, FHP-UNHPC, UNICANCER et FEHAP).

Il propose également des modalités d'administration vaccinales, ainsi que des moyens pouvant être susceptibles d'optimiser le rapport bénéfice/risque individuel ou collectif.

L'Institut national du cancer rappelle que **cet avis ne se substitue pas à la connaissance particulière de l'état du patient atteint de cancer par les équipes médicales qui les suivent**. La relation médecin-patient, dans le processus de décision partagée conduisant à la vaccination, reste essentielle.

Par ailleurs, l'Institut national du cancer précise que **cet avis a une validité nécessairement très limitée dans le temps. L'acquisition rapide de connaissances dans le domaine**

permettra la formulation de recommandations complétant ou se substituant à nos préconisations. De plus, il est attendu une diminution de la part des populations ultra-prioritaires au fur et à mesure de leur vaccination et du fait de l'augmentation des capacités de vaccination.

Ces travaux se poursuivront, en lien avec le Pr Alain Fischer afin de définir un ordre de priorité au sein des autres patients atteints ou ayant été atteints de cancer non intégrées à ces premières préconisations.

Source : [INCa](#)

Dépistage du cancer du col de l'utérus : Repérer un cancer à un stade précoce et augmenter les chances de guérison

Le dépistage du cancer du col de l'utérus s'adresse aux 17 millions de femmes âgées de 25 à 65 ans. Ce cancer est l'un des seuls dont le pronostic se dégrade avec un taux de survie à 5 ans en diminution. Pourtant 40 % des femmes concernées n'y participent pas. Le programme national de dépistage vise à

augmenter le taux de participation de 20 points pour atteindre 80 % et à réduire de 30 % l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus à 10 ans. À l'occasion de la semaine européenne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus, l'Institut national du cancer rappelle aux femmes de 25 à 65 ans l'importance de poursuivre ce dépistage et ses modalités.

UN CANCER DONT LE PRONOSTIC SE DÉGRADE ALORS QU'IL EXISTE UN DÉPISTAGE EFFICACE

Chaque année en France, **3 000 cas de cancers invasifs** du col de l'utérus sont détectés et **1 100 patientes en décèdent**. C'est l'un des seuls cancers dont le **pronostic se dégrade avec un taux de survie à [5 ans de 63 % pour la période 2010/2015](#)** ; ce taux était de 68 % sur la période 1989/1993.

Le **dépistage** du cancer du col de l'utérus, qui repose sur un **prélèvement au niveau du col de l'utérus**, permet de détecter au plus tôt des cellules anormales (prélèvement cytologique) ou la présence du papillomavirus (Test HPV). Si des **lésions précancéreuses** sont détectées, elles pourront être surveillées (certaines lésions pouvant régresser spontanément) ou **soignées avant l'apparition d'un cancer**. Si un **cancer est détecté**, il sera généralement à un stade plus précoce et pourra être **traité avec des soins plus légers** qui permettront de préserver davantage la fertilité.

Le test de dépistage doit être réalisé dans les intervalles recommandés : **tous les 3 ans entre 25 et 30 ans** (après 2 tests

réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux) et tous les 5 ans entre 30 et 65 ans.

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS : UNE OFFRE DE DÉPISTAGE ÉLARGIE ET UNE PRISE EN CHARGE À 100 % SANS AVANCE DE FRAIS

Afin de **garantir une équité d'accès sur l'ensemble du territoire**, l'examen de dépistage peut être réalisé par un **gynécologue**, un **médecin généraliste** ou une **sage-femme**. Ce prélèvement peut également être réalisé **en laboratoire de biologie sur prescription médicale**.

Les femmes qui n'ont pas réalisé de dépistage dans les intervalles recommandés sont invitées par courrier à réaliser un dépistage et bénéficient d'une **prise en charge à 100 % du test, sans avance de frais**, par leur régime d'assurance maladie. Ces deux dispositions visent à **rapprocher les femmes les plus vulnérables et celles les plus éloignées du système de santé de la prévention et du dépistage**.

PLUS DE 40 % DES FEMMES NE PARTICIPENT PAS OU PAS RÉGULIÈREMENT AU DÉPISTAGE

Un dépistage régulier de toutes les femmes concernées

permettrait de réduire significativement le nombre de cas de cancers du col de l'utérus. Sur la période 2016-2018, le [taux de participation est de 59,5 %](#). Il varie [de 51,2 % à 69,1 % selon les régions en Métropole](#).

Aussi, le programme national vise à toucher les **40 % de femmes ne réalisant pas ou pas régulièrement un dépistage**. Il s'agit plus particulièrement des femmes de plus de 50 ans (1 femme sur 2 entre 50 et 65 ans ne se fait pas dépister), celles en situation sociale défavorable, les femmes atteintes d'une affection longue durée, d'une forme grave ou invalidante de l'obésité ou les femmes en situation de handicap.

Cette démarche de dépistage est complémentaire d'une stratégie de prévention via la vaccination contre les HPV, proposée aux jeunes filles et aux jeunes garçons à partir de 11 ans.

LES CHIFFRES CLÉS DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN FRANCE

Chaque année :

- **3 000 nouveaux cas** de cancers du col de l'utérus sont détectés ;
- **1 100 femmes** décèdent de ce cancer ;
- **235 000 frottis anormaux** sont enregistrés ;
- **35 000 femmes** ont été traitées pour des lésions précancéreuses : 50 % d'entre elles avaient moins de 39 ans.

53 ans est l'âge médian au diagnostic. Il est de 63 ans pour le cancer du sein.

63 % taux de survie à 5 ans.

64 ans est l'âge moyen de décès.

Le dossier d'information de l'INCa sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

Source : [INCa](#)

COVID-19 et cancer : faut-il se faire vacciner ?

Mise à jour du 20/01/2021 : Après l'INCa, c'est au tour de Gustave Roussy de faire ses recommandations pour les patients atteints de cancer.

L'Institut répond aux questions suivantes :

- Pourquoi se faire vacciner quand on a un cancer ?
- Qui peut se faire vacciner contre le covid-19 ?
- Combien de temps le vaccin protège-t-il ?
- Y a-t-il des contre-indications à la vaccination ?
- Quelles sont les limitations liées aux allergies ?
- Y a-t-il des effets indésirables ?
- Comment se passe l'injection du vaccin ?
- Comment fonctionne le vaccin ?

- Les vaccins disponibles
- Les différences entre les vaccins

[Aller sur le site de Gustave Roussy](#)

Article original du 19/01/2021 : Sur son site, l'INCa met à disposition des patients un certain nombre d'informations générales sur la COVID-19 et sur les consignes à respecter lorsque l'on est atteint d'un cancer et que l'on est en traitement.

L'institut vient d'actualiser la page recensant toutes ces questions avec une nouvelle : **J'ai un cancer. Est-ce que je dois me faire vacciner ? Quand pourrais-je me faire vacciner ?**

Aller sur la page de l'INCa
"COVID-19 : les réponses à vos questions"

Les référentiels AFSOS 2020 sont disponibles en ligne

Déclinaison pratique des recommandations destinée à harmoniser les pratiques habituelles, les référentiels inter-réseaux (RIR) en soins oncologiques de support sont élaborés et actualisés à partir des recommandations existantes dans le

cadre d'une collaboration entre l'AFSOS, d'autres sociétés savantes et les réseaux de cancérologie.

Voici les nouveaux référentiels AFSOS validés lors des J2R (Journées des Référentiels en Soins Oncologiques de Support) des 8 et 9 octobre 2020 :

- Deuil et cancer : 7 situations autour du deuil
- Douleur et cancer : radiologie interventionnelle
- Dyspnée et cancer
- Fatigue et cancer
- Rééducation en neuro-oncologie
- Traitements médicaux du cancer et soins bucco-dentaires
- Troubles cognitifs et cancers (hors tumeurs du SNC)
- Troubles sexuels masculins et cancer pelvien (chirurgie)

Aller sur le site de l'AFSOS pour télécharger les référentiels

Source : [AFSOS](#)

HPV : la vaccination

également remboursée pour les garçons

Désormais la vaccination contre les HPV des garçons entre 11 et 14 ans (avec un rattrapage jusqu'à 19 ans) est remboursée à hauteur de 65 %.

Sur recommandation de la Haute Autorité de santé, cette vaccination ciblant initialement les jeunes filles a été élargie aux garçons. Cette recommandation est applicable au 1^{er} janvier 2021.

La vaccination des deux sexes doit permettre de freiner la transmission des papillomavirus humains (HPV) au sein de la population et de mieux protéger les filles et les garçons contre les cancers et autres maladies bénignes associées aux virus HPV.

Source : [INCa](#)

L'INCa publie son rapport scientifique 2019 : les actions de recherche en cancérologie

L'Institut national du cancer publie son 14e rapport scientifique présentant les actions de recherche en cancérologie.

Ce 14e rapport au Conseil scientifique de l'Institut national du cancer présente les actions menées en 2019 par l'Institut national du cancer (INCa) et l'Institut thématique multi-organismes Cancer de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (ITMO Cancer-Aviesan). Ce rapport a pour objectif pour les membres du Conseil scientifique de passer en revue les actions entreprises pour conseiller et guider l'Institut dans l'élaboration de ses programmes et de ses initiatives. Il se compose de trois parties :

1. Le Conseil scientifique international de l'Institut,
2. Les actions de la recherche en cancérologie en 2019,
3. Les orientations stratégiques de la recherche.

LES ACTIONS DE RECHERCHE EN CANCÉROLOGIE EN 2019

L'année 2019 reste, pour l'Institut national du cancer, une année singulière à plus d'un titre. En effet, elle signe la

fin du troisième Plan cancer et atteste, grâce à l'élaboration d'un projet de stratégie décennale de lutte contre les cancers, de la volonté des pouvoirs publics d'inventer un nouveau modèle de mobilisation et d'action. La réflexion collective entourant ce nouveau projet s'est, évidemment, appuyée sur le bilan consolidé du Plan cancer 2014 – 2019.

L'engagement financier sur 2019 représente 90,32 M€ qui se décomposent de la façon suivante :

- 35,99 M€ pour le soutien à la biologie et sciences du cancer (40 %) ;
- 29,06 M€ en recherche clinique et le soutien à l'accès aux innovations (32 %) ;
- 15,55 M€ pour le soutien à la recherche en SHS-E-SP (17 %) ;
- 9,72 M€ en recherche translationnelle et intégrée (11 %).

De nombreuses actions ont été menées tout au long de cette année riche, le rapport revient notamment sur :

Les différents programmes dédiés au soutien à la recherche en biologie et sciences du cancer proposés par l'INCa et l'ITMO Cancer d'Aviesan ;

- L'évaluation du programme Émergence des Cancéropôles ;
- La labellisation de 16 CLIP² dont 7 présentant une activité pédiatrique ;
- Les programmes de formation dédiés à la recherche fondamentale, translationnelle et en SHS-E-SP.

Par ailleurs, depuis 2019, le ministère de la recherche a alloué un financement supplémentaire de 5 M€ pour soutenir la recherche fondamentale sur les cancers de l'enfant afin de proposer de nouvelles actions dédiées. Dans ce cadre, quatre nouveaux programmes ont été lancés en 2019 et 2020.

LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DE LA RECHERCHE

Cette partie du rapport présente les axes stratégiques proposés par l'Institut national du cancer, en conformité avec le Plan cancer et les recommandations émises par le Conseil scientifique international de l'INCa :

- valoriser les effets bénéfiques des actions antérieures et définir les mesures à mettre en œuvre pour développer la recherche fondamentale et translationnelle (financements de projets de recherche et structuration) ;
- proposer de nouveaux types d'essais cliniques, notamment en ce qui concerne l'évaluation des thérapies ciblées ;
- soutenir financièrement la recherche en SHS-E-SP et la création de réseaux de chercheurs, promouvoir et diffuser les connaissances, et enfin évaluer les dispositifs de financement ;
- renforcer les politiques d'évaluation et de science ouverte afin de promouvoir une recherche et une innovation responsable, accessible, transparente et pertinente ;
- poursuivre et renforcer les actions de recherche ambitieuses en cancérologie pédiatrique ;
- renforcer les coopérations européennes et internationales afin de mutualiser nos actions et

maximiser les potentiels impacts pour tous.

LES GRANDS PRINCIPES DE LA FUTURE STRATÉGIE DÉCENNALE

Les trois défis majeurs qui s'imposent pour la prochaine décennie visent l'amélioration de la prévention, la limitation des séquelles et l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par la maladie et enfin, la lutte contre les cancers de mauvais pronostic, chez l'adulte et chez l'enfant.

Télécharger le rapport scientifique 2019

Source : [INCa](#)

J'ai un cancer : comprendre et être aidé

L'INCa vient de mettre à disposition des patients un nouveau guide pour les accompagner, ainsi que leurs proches tout au long du parcours de soins et après la maladie.

Ce guide se décompose en 8 parties :

1. Qu'est-ce qu'un cancer ?
2. Les premières étapes de votre parcours de soins
3. Les traitements du cancer
4. Votre vie quotidienne
5. Vos droits
6. Vos démarches
7. L'après-cancer
8. Ressources utiles

Un guide plus synthétique est également à disposition.

Télécharger le guide

J'ai un cancer : comprendre et être aidé

Télécharger le guide synthétique

J'ai un cancer : comprendre et être aidé / L'essentiel

Source : [INCa](#)

Guides patients : Les traitements des cancers de l'ovaire & Les traitements des cancers du côlon

L'INCa vient de sortir deux guides synthétiques à destination des patients et de leurs proches avec pour objectif de les informer et de répondre aux questions qu'ils se posent sur **les traitements des cancers de l'ovaire** et sur **les traitements des cancers du côlon**.

Télécharger le guide patients - Les traitements des cancers de l'ovaire

Télécharger le guide patients - Les traitements des cancers du côlon

Source : [INCa](#)

Guide méthodologique des

indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cancérologie

L'INCa vient de mettre à disposition un **nouveau guide méthodologique pour élaborer des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQQS) en cancérologie**. Ces indicateurs sont calculés à partir de la plateforme de données en cancérologie et en lien avec le dispositif d'autorisation de traitement du cancer.

Télécharger le guide méthodologique

Source : [INCa](#)

COVID-19 et cancer : une mobilisation et une adaptation continue de la filière oncologie pour éviter

Les pertes de chance

La situation de pandémie liée au virus Sars-CoV2, qui impacte notre système de santé, suscite de nombreuses inquiétudes pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches. Pour les malades, une adaptation du traitement ou une reprogrammation d'une chirurgie a été nécessaire afin de limiter l'exposition au risque épidémique. L'oncologie figure parmi les filières de soins prioritaires. Toutefois, les professionnels de santé ont dû mettre en place de nouvelles organisations afin notamment de pallier la fermeture de blocs opératoires lors du 1^{er} confinement puis des disponibilités plus restreintes liées au confinement actuel. Cette réorganisation était indispensable pour assurer la continuité des soins des patients et éviter les pertes de chance. Pilotage en lien avec les autorités sanitaires, coopération inter-hospitalière, priorisation des interventions chirurgicales ou évaluation et allocation des ressources humaines en fonction des besoins ont ainsi été mis en œuvre par l'Institut national du cancer et l'ensemble des professionnels de santé, pleinement mobilisés pour que les patients accèdent à leurs traitements dans les meilleures conditions de sécurité et de qualité.

Garantir le suivi et la continuité des soins tout en évitant les pertes de chance : une priorité de l'institut national du cancer et des acteurs de la cancérologie

Cette préoccupation a été immédiate, elle s'est organisée. Un

comité national « Cancer et COVID-19 », piloté par l'Institut en lien avec la Direction Générale de l'Offre de Soins et la Direction Générale de la Santé, réunit chaque semaine les acteurs de la filière oncologie. Constitué dès le mois de mai, ce comité favorise les rencontres et les échanges avec les acteurs de terrain. Riches d'enseignements, notamment au travers des retours d'expériences, ces échanges permettent aux autorités sanitaires d'éditer des préconisations organisationnelles au plus près des besoins, à destination des professionnels, en tenant compte de l'évolution épidémique. Ainsi les professionnels de santé sont aidés, dans un cadre défini, à adapter les dispositifs en tenant compte des spécificités territoriales.

La période que nous vivons et avons vécue, instable d'un point de vue sanitaire, impacte largement l'organisation des établissements de santé et de ses personnels. Elle bouscule le fragile équilibre entre les filières COVID et non COVID. Les professionnels de santé ont fait preuve d'une grande capacité d'adaptation afin de permettre aux patients atteints de cancer de poursuivre leurs traitements et d'être accompagnés dans la période difficile qu'ils traversent.

Un recul observé de 17 % de l'activité des chirurgies d'exérèse entre mars et août 2020 comparativement à la même période en 2019

La crise sanitaire a eu un impact considérable sur l'organisation des services hospitaliers. La fermeture massive

de blocs opératoires lors du 1er confinement, le redéploiement des équipes médicales et paramédicales dans les services de réanimation et la nécessaire limitation de l'exposition des patients non COVID au virus ont pu conduire les oncologues à adapter les séquences thérapeutiques des patients dès lors que cela n'induisait pas de pertes de chance.

Chaque décision fait l'objet d'une discussion dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. Ainsi, dans certaines formes de cancer du sein, la radiothérapie peut être réalisée avant la chirurgie ; pour le cancer de l'œsophage la radiothérapie et la chimiothérapie peuvent être prescrites avec ou sans chirurgie. Ces inversions d'étapes dans le protocole de soins sont codifiées et s'appuient sur les travaux de sociétés savantes. Elles constituent un traitement adapté, d'une ambition inchangée. Des échanges entre le patient et l'équipe médicale, et notamment l'infirmière de coordination, sont nécessaires afin que ces changements ne contribuent pas à renforcer l'inquiétude des malades. En cas de difficulté, un contact avec le service des usagers de l'hôpital ou [les réseaux régionaux de cancérologie](#) peut être engagé.

L'analyse de la base des données nationales, observées dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information² (PMSI), montre un recul de 17 % de l'activité d'exercice en oncologie, au cours de la période de mars à août 2020³ par rapport à la même période en 2019 (151 581 chirurgies en 2020 vs 181 723 en 2019). Au cours de cette période, l'écart du nombre d'interventions entre 2020 et 2019 varie de - 4 % en Corse (792 vs 828) à - 36 % en Guyane (62 vs 94). Le recul le plus marqué est observé pour les cancers de l'œsophage (- 22 % soit 642 vs 498) ; le plus faible pour les cancers de l'ovaire avec - 6 % (3 850 vs 3 633).

Cet écart intègre des situations très différentes allant de patients dont le diagnostic était déjà établi mais pour lesquels une alternative ou un changement de séquence au traitement initial ont été proposés, à ceux dont les cancers n'ont pas été diagnostiqués sur la période. Les raisons certainement multiples de ces « non diagnostics » ne sont elles-mêmes pas clairement identifiées. Des renoncements aux consultations en cas de symptômes, ou la crainte de se rendre dans un établissement de soins pendant l'épidémie pour réaliser les examens de diagnostic voire pour y être traité, y côtoient un accès à l'offre qui s'est ici et là compliqué. Ces comportements de fuite, qui ont toujours existé, ont été majorés par les conséquences de la crise sanitaire. Sur la durée, il faut y ajouter l'interruption transitoirement forcée des dépistages organisés, lors du 1^{er} confinement, pour les personnes asymptomatiques.

Appeler chacun à ne pas renoncer aux soins, afin de bénéficier de l'accompagnement dont il a besoin pour lutter contre la maladie, **est essentiel**. Ce message s'adresse notamment aux populations cibles des dépistages organisés (dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal ou du col de l'utérus), pour lesquels les examens (mammographie et examen clinique, test de dépistage immunologique ou prélèvement cervico-utérin) peuvent maintenant être réalisés dans le respect des règles sanitaires. Depuis la fin du premier confinement, les centres régionaux de dépistage des cancers envoient à nouveau les invitations pour ces dépistages.

Adapter la filière oncologie pour garantir la qualité et la

continuité des soins : les professionnels de santé mobilisés

Lors du premier et du second confinement, l'afflux de patients atteints de la COVID 19 dans les services de réanimation a contraint les établissements à y affecter des anesthésistes-réanimateurs et du personnel paramédical, ce qui a réduit la disponibilité des blocs opératoires et imposé une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs de la filière oncologie.

Leurs équipes se sont réorganisées pour déployer des dispositifs adaptés au contexte local/régional, et assurer l'accompagnement des patients atteints de cancers en leur garantissant des soins répondant aux mêmes exigences de qualité et de sécurité qu'en période hors COVID. L'Institut national du cancer a souhaité donner la parole aux acteurs de terrain qui, sur l'ensemble du territoire, réorganisent en permanence les dispositifs pour assurer à leurs patients une continuité des soins et éviter les pertes de chance.

Au Havre, une collaboration public-privé a été mise en place dans le cadre de la chirurgie. **Le Dr Alain Fuseau, président de la commission médicale et scientifique du Groupe Hospitalier du Havre (GHH), nous détaille ses contours :**

« Dans le contexte de la situation sanitaire, nous avons engagé une collaboration avec les deux établissements privés de son territoire, la clinique des Ormeaux et l'Hôpital Privé de l'Estuaire (HPE, établissement du Groupe Ramsay), pour maintenir, malgré un niveau de déprogrammation important, une activité chirurgicale de niveau suffisant. Les activités

chirurgicales prioritaires, et particulièrement carcinologiques, bénéficient ainsi depuis début novembre d'une possibilité de déport sur ces établissements privés à hauteur de 5 journées (10h/jour) par semaine dans chacune des cliniques. Les chirurgiens GHH, accompagnés d'une infirmière de bloc opératoire, interviennent auprès de leur patient au sein des établissements privés. La prise en charge anesthésique étant réalisée au sein de ces établissements. Cet engagement tripartite, acté jusqu'à la fin décembre, se déroule dans d'excellentes conditions d'accueil et de prise en charge permettant de garantir aux patients havrais une prise en charge sanitaire qualitative ».

Dr Alain Fuseau

Au sein de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM), une réorganisation de l'activité chirurgicale a été élaborée. Établie sur la base d'une gradation commune en inter-spécialités et inter-établissements, elle permet de prioriser les actes chirurgicaux afin d'éviter les pertes de chance pour les patients. L'activité de chirurgie oncologique bénéficie du grade prioritaire comme nous l'indique **le Pr Eric Lechevallier, Urologue et président du Conseil de Bloc, Hôpital La Conception de l'AP-HM :**

« Le maintien de l'activité chirurgicale en cancérologie au bloc opératoire de La Conception, Marseille (7 spécialités, 15 salles) a été basé sur la mise en place d'une hiérarchisation simple de la criticité des actes/pathologies/situations (A, B, C). L'oncologie est hiérarchisée A, éventuellement B pour certains actes

diagnostics ou de suivi. Cette hiérarchisation doit être validée par chaque spécialité, ou en réunion de concertation pluridisciplinaire et tracée dans le dossier patient. Le conseil de bloc a rédigé des consignes de programmation opératoire privilégiant l'oncologie. Notre logiciel de programmation opératoire a été adapté avec la création pour chaque spécialité d'une salle virtuelle « -DEPROG COVID » afin de tracer et suivre les patients déprogrammés. Il ne doit pas y avoir de grade A dans cette salle virtuelle. Les temps de vacation opératoires ont été harmonisés à 9h pour toutes les spécialités et les salles mutualisées. L'activité opératoire est suivie quotidiennement sur le logiciel et chaque semaine en conseil de bloc pour vérifier le programme à venir (grades A, consignes de programmation). Pour l'Urologie les nouveaux patients/actes à programmer sont hiérarchisés. Les grades A sont programmés dans un délai maximal d'1 mois. Concrètement, sur la période allant du 9 au 20 novembre, pour l'activité d'urologie, 36 patients de grade A, dont 30 relevaient de l'oncologie, ont bénéficié de la chirurgie dans le cadre de cette collaboration (sans tenir compte des urgences). 42 chirurgies ont fait l'objet d'une déprogrammation dans le cadre de la crise sanitaire liée à la COVID ; aucun n'était en grade A et un seul figurait en grade B pour un examen de suivi (biopsie de la prostate). 15 services d'Urologie des Bouches-du-Rhône et du Var ont validé le principe de hiérarchisation pour leur activité mais aussi dans l'éventualité d'une collaboration inter-établissement ».

Pr Eric Lechevallier

Au sein de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, les professionnels de santé membres de la cellule de crise ont

organisé une programmation des activités chirurgicales en tenant compte de l'équité d'accès aux soins pour les patients. **Le Dr Matthieu Le Dorze, anesthésiste-réanimateur au GH Lariboisière-St Louis et membre de la cellule de crise,** détaille les éléments sur lesquels ils se sont fondés pour élaborer leur dispositif :

« La pandémie a mis notre hôpital sous forte tension et généré des inquiétudes, dont le risque à moyen et long terme lié aux déprogrammations médicales et chirurgicales. Au sein de la direction médicale de crise, notre objectif était de déprogrammer « intelligent » : 1 – à partir des modèles épidémiologiques, une répartition équitable de l'activité « COVID » est prévue entre les sites à l'échelle de la région, de l'AP-HP et du Groupe Hospitalier, avec les réorganisations qui en découlent ; 2 – à partir de l'évaluation des ressources humaines qualifiées nécessaires à ces réorganisations, une déprogrammation est transmise à la cellule de régulation du bloc opératoire ; 3 – l'offre résiduelle de bloc opératoire est répartie de façon équitable (et non égalitaire) en priorisant sur les chirurgies liées à la cancérologie. Finalement, grâce cette stratégie médicale basée sur la connaissance des recrutements habituels de patients et des qualifications des personnels, tous les patients dont la chirurgie du cancer ne pouvait pas être différée ont été pris en charge et soignés ».

Dr Matthieu Le Dorze

Dans le Grand-Est, le Réseau Régional de cancérologie, en lien avec l'Agence Régionale de Santé, a assuré la continuité des

réunions de concertation pluridisciplinaire à distance afin de ne pas créer de rupture dans l'accompagnement des patients. Un dispositif d'information, à destination des patients, a également été développé pour les orienter dans cette période d'épidémie comme nous le détaille **le Professeur Tan Dat N'Guyen, Président du réseau de cancérologie du Grand Est et le docteur Isabelle Klein son médecin coordinateur** :

« Le réseau régional de cancérologie du Grand Est NEON s'est d'emblée mobilisé au côté des professionnels, des établissements et de l'Agence régionale de santé pour maintenir la prise en charge des malades malgré la pandémie. Une des priorités a été l'organisation à distance des réunions de concertation pluridisciplinaires permettant de construire les parcours de soins personnalisés des malades. Nous avons aussi centralisé, et mis à disposition de tous les praticiens, les recommandations de bonnes pratiques de soins en cancérologie adaptés au risque COVID-19. Le retour d'expériences du terrain a montré une mobilisation et une coopération sans précédent entre les équipes de soins qui ont permis une continuité des prises en charge. La mise en ligne, en juin, du site www.cancersolidaritevie.fr qui propose aux patients une orientation vers les dispositifs d'aide, tout en les sensibilisant à la nécessité de poursuivre leurs soins, s'inscrit également dans le plan d'action défini pour garantir la continuité des prises en charge en cancérologie dans notre région ».

Pr Tan Dat N'Guyen

Le Centre Léon Bérard, centre de lutte contre le cancer, à

Lyon, a mis en place une réunion de concertation pluridisciplinaire dédiée aux patients atteints de cancers et infectés par la COVID-19 mais également les porteurs asymptomatiques. **Le Dr Souad Assaad, médecin interniste et onco-hématologue au Centre Léon Bérard revient sur ce dispositif :**

« Les patients atteints de cancer ont une immunodépression secondaire liée à leur pathologie et à certains traitements, les rendant vulnérables aux complications infectieuses graves qui peuvent engendrer un retard au traitement de leur cancer. Au Centre Léon Bérard, nous avons mis en place une réunion de concertation pluridisciplinaire pour suivre les patients infectés par la COVID-19 et les porteurs asymptomatiques au Sars-CoV2. Son principal objectif est d'aider la communauté oncologique à poursuivre la prise en charge thérapeutique des patients atteints de cancer en toute sécurité pour eux et les professionnels qui les prennent en charge. Au sein de ces réunions, les médecins évaluent la possibilité d'initier ou de maintenir les traitements du cancer dans les temps initialement programmés ; dans le cadre d'un report, le temps de reprogrammation est évalué. Ces décisions complexes reposent sur l'évaluation des bénéfices et risques pour chaque patient. Dans ce contexte difficile d'épidémie, il est essentiel d'appliquer une éthique médicale dans la pratique clinique afin de traiter et de guérir le plus de patients possible tout en optimisant les ressources disponibles. Limiter le nombre de patients en hôpital de jour pour chimiothérapie, annuler les rendez-vous ou encore retarder des chirurgies sont des décisions difficiles que tous professionnels redoutent et qui doivent être évités. L'ensemble de tous ces facteurs engendre une charge émotionnelle importante pour tous les acteurs de la Santé et ces prises de décisions collégiales sont essentielles pour permettre aux patients, recevant un traitement anticancéreux curatif, de le poursuivre malgré le risque potentiel

d'infection au COVID-19 ».

Dr Souad Assaad

Télécharger le communiqué de presse :

Source : [INCa](#)

COVID-19 & cancers: le webinaire de l'INCa

Le jeudi 10 décembre 2020, l'INCa organise un webinaire « Covid et cancers » de 18h à 19h destiné aux centres de coordination en cancérologie et à tous les acteurs de la cancérologie.

Ce webinaire permettra de présenter les travaux menés depuis le 5 mai dernier par le COPIL national « Covid et cancer ».

Pour rappel, ce comité est constitué de représentants du ministère en charge de la Santé, des fédérations hospitalières, des représentants des instances régionales (ARS, RRC) et des autres agences sanitaires et représentants des sociétés savantes. Il a pour objectif d'organiser le pilotage national de la reprogrammation des activités de cancérologie. Les travaux de ce comité se sont notamment appuyés sur les données que vous avez remontées à l'INCa depuis le mois d'avril via les 3 enquêtes nationales « 3C ».

Un module vous permettra de poser vos questions durant le webinaire. Vous pouvez d'ores et déjà les transmettre à covid19@institutcancer.fr.

Ce webinaire sera ensuite mis à disposition en « replay » sur le site e-cancer.fr.

S'inscrire au webinaire INCa "Covid et cancers"

Survie des personnes atteintes de cancer : nouvelles estimations pour la période 1989-2018 en France métropolitaine

Santé publique France, le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices civils de Lyon, le réseau des

registres de cancers Francim et l'Institut national du cancer publient les premiers résultats des estimations de la survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine entre 1989 et 2018.

Ces nouvelles données actualisent les estimations publiées en 2016. La première mise en ligne concerne 12 localisations de cancer. Deux autres mises en ligne auront lieu en décembre 2020 puis au 1^{er} trimestre 2021, regroupant au total 73 types et sous-types de cancer.

12 premières localisations de cancer étudiées

- des cancers de mauvais pronostic : poumon, pancréas, œsophage, foie, système nerveux central, leucémies aiguës myéloïdes, ovaire, lèvre-bouche-pharynx ;
- les cancers les plus fréquents : sein, prostate, poumon, côlon et rectum ;
- les cancers bénéficiant d'un programme national de dépistage organisé : sein, côlon et rectum, col de l'utérus.

Pour chacun de ces cancers, les résultats décrivent :

- la survie à 1 an et 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015, suivies jusqu'en 2018,
- les tendances de la survie à 1, 5 et 10 ans des personnes diagnostiquées entre 1989 et 2015, suivies jusqu'en 2018 ;

- la survie à 20 ans pour les personnes âgées de moins de 75 ans au moment du diagnostic réalisé entre 1989 et 2000, et suivies jusqu'en 2018.

Peu d'amélioration de la survie nette à 5 ans pour les cancers de mauvais pronostic

Les résultats mettent en exergue des situations préoccupantes pour les cancers de mauvais pronostic étudiés : une survie nette à 5 ans qui s'est peu améliorée (pour les tumeurs du système nerveux central en particulier) ou de manière insuffisante dans un contexte d'augmentation de l'incidence (poumon, pancréas...). Les améliorations de la survie sont généralement plus marquées chez les jeunes adultes que chez les plus âgés, excepté pour le cancer de l'ovaire où ces améliorations s'observent à tous les âges. Des différences de survie selon le sexe sont observées en défaveur des hommes pour quatre cancers (œsophage, poumon, système nerveux central, lèvre-bouche-pharynx).

Par ailleurs, les cancers du côlon et du rectum, du col de l'utérus, du sein et de la prostate demeurent des cancers de bon voire très bon pronostic, avec une survie nette à 5 ans estimée respectivement à 63 % pour les cancers du côlon et du rectum, du col de l'utérus, 88 % pour le sein et 93 % pour la prostate chez les personnes diagnostiquées en 2010-2015.

En savoir plus sur les 12 fiches cancer

Source : [INCa](#)