

<p>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Liberté Égalité Fraternité</p> <p>ars Agence Régionale de Santé Île-de-France</p>	<p align="center">RECOMMANDATIONS REGIONALES</p> <p align="center">COVID-19</p>	<p>Création Version 1 02/09/2020</p>
		<p>Validation technique par la direction métier : (DOS) 10/11/2020</p>
		<p>Approbation Cellule doctrines 13/11/2020</p>
		<p>Validation CRAPS 13/11/2020</p>
<p align="center">COVID-19</p>	<p align="center">CANCÉROLOGIE <i>Adaptation à la phase rebond</i></p>	<p>Version : 2 13/11/2020</p> <p>Diffusion : Partenaires ARS Site Internet ARS</p>
<p>Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante</p>		

Préambule

- Ces recommandations ont été partagés avec les fédérations hospitalières et les principaux établissements de la région et avec le groupe régional 3C.
- Ces recommandations sont susceptibles d'évolution en fonction du développement des connaissances sur la COVID-19, de la stratégie nationale et des orientations régionales.
- Ces recommandations régionales complètent et précisent la déclinaison, pour l'Île-de-France, des dispositifs prévus dans les recommandations nationales¹ qui sont pleinement applicables aux établissements d'Île-de-France.
- Ces recommandations prennent également en compte la doctrine régionale d'adaptation de l'offre de soins hospitalière en période de rebond épidémique².

Objet du document

Le document s'applique aux établissements publics et privés ainsi qu'aux professionnels prenant en charge des patients suivis en oncologie et en hématologie, en hospitalisation complète, partielle ou en prise en charge ambulatoire. Ces recommandations visent à homogénéiser la prise en charge régionale en période de reprise épidémique et répondre aux questions soulevées par les établissements pour l'application de certaines recommandations compte-tenu des spécificités de ces structures et des patients ayant un cancer. Elles sont déclinées selon les 4 scénarii épidémiologiques suivants :

- Niveau 1 : une épidémie sous contrôle ;
- Niveau 2 : un ou des clusters à risque signes d'une reprise locale de l'épidémie ;
- Niveau 3 : une reprise diffuse et a bas bruit de l'épidémie ;
- Niveau 4 : l'épidémie atteint un stade critique.

¹ 14/03/2020 actualisé le 20/03/2020 : avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) relatif à la prise en charge des patients à risque de forme sévère de COVID-19 assorti d'une annexe comportant des recommandations à appliquer aux patients porteurs d'un cancer.

25/03/2020 : recommandations régionales COVID-19 pour la prise en charge en cancérologie

03/04/2020 : MIN santé du relatif à la continuité des activités des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers.

20/04/2020 : MINSANTE relatif à l'organisation de la prise en charge du cancer dans le contexte de l'épidémie COVID-19.

² 09/10/2020 : recommandations régionales COVID-19 : adaptation de l'offre de soins hospitalière phase rebond.
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-10/Reprise-epidemie-Doctrine-adaptation-offre-de-soins-hospitaliere-88.pdf>

I. Principes directeurs

A. Principes généraux applicables à tous les établissements

- Le principe de limitation de l'impact de la prise en charge de la COVID-19 sur les autres activités non programmées et programmées doit prévaloir durant la phase rebond. La limitation de la déprogrammation doit rester un principe de base.
- Le principe d'équité d'accès aux soins doit être garanti à tous les franciliens. Ainsi, la charge liée à la COVID-19 doit être partagée équitablement entre les différents territoires, les différents statuts ou types d'établissements. Ce principe doit guider les coopérations territoriales ou solidarité régionale afin de ne pas saturer un territoire ou un établissement et éviter une inaccessibilité aux soins hors COVID dans ces territoires.
- Le principe de territorialisation de l'adaptation de l'offre de soins hospitalière doit être le moteur de la réponse hospitalière. Ainsi au sein de chaque territoire, une déclinaison opérationnelle des principes régionaux doit être effectuée entre les acteurs hospitaliers. Les filières COVID et non COVID doivent être identifiées. Une attention particulière doit être portée aux territoires dont la ressource hospitalière serait plus réduite que les autres.
- Le principe de montée en puissance coordonnée des territoires et des acteurs de santé est la règle. Elle est basée sur la définition de jauges (ou capacitaire de lits de soins critiques et d'hospitalisation conventionnelle dédiés à la prise en charge de patients hospitalisés pour COVID-19) par les établissements de santé (ES) sur la partie soins critiques et hospitalisation conventionnelle pour accueillir des patients COVID en fonction de l'impact sur les autres filières de soins. Ces jauges définissent des paliers au niveau du département et de la région. La progression d'un palier à l'autre doit se faire de façon coordonnée et simultanée au niveau de la région³ :
 - Palier 1 : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en soins critiques sans impact sur la programmation. Ce volume avait été fixé régionalement à 30% des capacités de réanimation et d'unité de soins continus existant.
 - Palier 2 : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en soins critiques avec un impact pouvant aller jusqu'à 20 à 30% sur la programmation non COVID hors SC que ce soit pour des raisons RH ou des raisons de besoins en soins critiques non disponibles.
 - Palier 3 : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en soins critiques avec un impact pouvant aller jusqu'à 50 à 60% sur la programmation non COVID.
 - Palier 4 : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en soins critiques avec un impact de 80% sur la programmation non COVID. Ce seuil est le seuil maximal de COVID + permettant de sanctuariser les besoins de SC en rapport avec les activités non programmées urgentes notamment chirurgicales. A partir de ce seuil, l'augmentation du capacitaire en SC nécessite des transformations d'unité de soins intensifs en unités (USIC / USINV par exemple) pouvant assurer une ventilation mécanique et assurer la prise en charge de patients COVID+ avec pneumopathie grave.
- Les principes de responsabilité populationnelle régionale et de solidarité s'imposent à tous les acteurs de santé pour garantir une prise en charge de tous les franciliens. Ainsi, une entraide territoriale et interterritoriale doit être un principe partagé par tous et implique de prendre en charge un patient provenant d'un autre territoire en cas de saturation des jauges et des capacités dans une partie du territoire francilien.

³ Recommandations régionales « adaptation de l'offre de soins hospitalière-phase rebond »

B. Application à la cancérologie

Des **recommandations régionales** COVID-19 pour la prise en charge **en cancérologie en phase épidémique** ont été émises par l'ARS-IdF en mars 2020. L'enjeu étant de protéger les patients ayant un cancer de toute contamination et d'organiser dans les meilleures conditions possibles la poursuite des traitements dans un contexte de priorisation des moyens. Ainsi, pendant le confinement de la première vague, les dépistages organisés ont été suspendus transitoirement, les chirurgies du cancer ont pour partie été décalées (environ 50% pendant la période de confinement). L'activité en chimiothérapie et en radiothérapie s'est maintenue avec l'adaptation au cas par cas. Des traitements par radiothérapie ont pu être décalés pour les indications non urgentes. L'activité en HAD a augmenté pendant cette période.

A distance du premier pic épidémique, la tension sur le système hospitalier a été moins forte avec une nette diminution du recours à l'hôpital. Les activités arrêtées ou ralenties ont redémarré tels les dépistages ou les prises en charge chirurgicales. Malgré cette reprise et l'engagement des professionnels et des structures, le retard d'activité ne semble pas comblé, en raison notamment des contraintes sur les ressources humaines (congrés, arrêt de travail, postes vacants), sans que l'on puisse le mesurer précisément.

Des publications récentes n'ont pas mis en évidence de surmortalité liée au COVID pour les patients ayant une tumeur solide. Ces résultats sont à intégrer dans un contexte où ces populations identifiées comme fragiles se sont particulièrement protégées. Ils plaident :

- Pour une poursuite d'activité en cancérologie sanctuarisée afin d'éviter les retards de prise en charge ;
- Pour un maintien des activités de dépistage y compris en cas de rebond épidémique afin d'éviter les retards diagnostiques

L'épidémie demeure active et les mesures barrières et de distanciation sociale sont maintenues. Le plan d'action dans son volet sanitaire décrit la stratégie de réponse ciblée et graduée en fonction du niveau épidémique de la COVID-19. Il prend en compte le degré de saturation des capacités d'hospitalisation en hospitalisation conventionnelle, soins critiques et de la disponibilité des ressources humaines.

Les enjeux, à ce stade et dans une perspective à 6 mois sont pour la cancérologie de :

- **Eviter les pertes de chance** en maintenant l'accès au diagnostic et en poursuivant les activités :
 - Maintien des dépistages ;
 - Organisation de l'accès à l'imagerie ;
 - Maintien des consultations ;
 - Mettre en place une concertation territoriale pour limiter les déprogrammations.
- **Organiser dans les meilleures conditions possibles de sécurité la prise en charge des patients et la poursuite des traitements:**
 - Organiser les filières de soins selon le statut COVID des patients et des personnels afin de limiter le risque de contamination nosocomiale;
 - Organiser l'accueil et les soins aux patients atteints de cancer, sur des plages horaires dédiées et étendues (par exemple dans les centres de radiothérapie) ;
 - Renforcer l'analyse et le suivi des files actives.
- **Organiser le recours à l'offre en cas d'intensification épidémique** (niveau 3 et 4) :
 - Adapter les protocoles selon recommandations et après avis de la RCP ;
 - Privilégier l'activité ambulatoire et la réhabilitation améliorée après chirurgie;
 - Développer les suivis en télé-médecine ;
 - Adresser en HAD si possible ;
 - Pas de déprogrammation des chirurgies d'exérèse. En cas de situation tendue sur les ressources humaines ne permettant pas de maintenir les programmes opératoires, organiser la déprogrammation avec reprogrammation ultérieure des reconstructions mammaires, des rétablissements de continuité et autres activités identifiées par les sociétés savantes. Ces reprogrammations doivent être compatibles avec la sécurité des prises en charge et sans perte de chance et prendre en compte l'avis de la RCP ;
 - Le transfert du patient vers un autre établissement peut, le cas échéant, être préférable pour limiter les pertes de chance après évaluation des bénéfices et risques et discussion avec le patient
 - Quand cela est possible, après avis de la RCP, limiter les séjours itératifs à l'hôpital : privilégier les thérapies orales et les traitements de radiothérapie hypofractionnée ;

Ils sont déclinés, dans le chapitre suivant, en fonction du niveau épidémique et du degré de saturation des soins critiques.

II. Adaptation de l'offre en cancérologie

A. Lutte contre le cancer - mesures générales

Il est entendu que les recommandations des niveaux supérieurs intègrent les éléments du niveau inférieur. Ainsi la recommandation du niveau 4 intègre celles des niveaux précédents.

A partir du niveau 1 (épidémie sous contrôle)	<p><u>Patients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Port du masque chirurgical pour les patients immunodéprimés pour tous les déplacements. → Limiter les déplacements non obligatoires. → Eviter les contacts avec les personnes présentant des symptômes grippaux, → Eviter la venue en milieu hospitalier et utiliser les téléconsultations et télé suivis : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour les consultations de suivi après traitement anti-tumoral, ▪ Pour les patients sous thérapie orale et dont la situation ne nécessite pas un examen clinique. → Recommander un examen de détection du génome du SARS-CoV-2 par RT PCR ou, dans le respect de la réglementation et conditions d'applications en vigueur, des TROD antigéniques nasopharyngés pour la détection du SARS-Cov 2 avant début de la prise en charge. <p><u>Personnel hospitalier :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Respect des recommandations des gestes barrières en vigueur dont le port du masque chirurgical. <p><u>Organisation hospitalière :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Maintenir les RCP en utilisant préférentiellement les moyens de téléconférence. → Limiter les durées et zones d'attente. → Maintenir les essais cliniques. → Maintenir les soins de support, au besoin à distance. → Assurer la protection des patients en mettant en œuvre les mesures de protection complémentaires adaptées lors de la prise en charge de cas prouvés ou suspects : dans des locaux dédiés si possible ; ou à défaut en deuxième partie de journée ou en respectant le principe de la marche en avant (patients COVID-, puis patients suspects du COVID puis patients COVID+). <p><u>Organisation en ville ou en ambulatoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Port du masque chirurgical par les professionnels de santé et l'entourage en présence d'un patient ayant un cancer. → Poursuite des programmes de dépistage. Liste des antennes départementales du CRCDC : https://www.depistage-cancer.fr/centre/carte/region_idf.html. → La présence de symptômes implique de consulter et de réaliser les examens diagnostiques (frottis, colposcopie, mammographie, échographie, endoscopie, cytologie, biopsie) dans les délais habituels. → Dans cette période particulière, il est demandé aux prescripteurs d'examen diagnostiques de s'assurer de leur réalisation⁴.
A partir du niveau 2 (clusters à risque)	<p><u>Personnel hospitalier :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Mettre en place une gestion des salles de repos, de restauration et des vestiaires. <p><u>Circuit hospitalier :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Organiser une régulation dès l'entrée en « zone tampon » avec mise en place d'un circuit dédié Covid-19 selon le statut COVID du patient que ce soit en cas de venue en consultation hospitalière ou en hôpital de jour ou pour une séance de radiothérapie. → En hospitalisation conventionnelle : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitaliser préférentiellement en chambre individuelle. Pour une hospitalisation en chambre double, tester le patient en amont, prendre en compte le statut COVID, organiser l'espace et limiter les visites à une personne dans la chambre en même temps ; ▪ Limiter les visites par la famille et l'entourage, sauf cas particulier, à une personne dans la chambre, en permettant dans la mesure du possible des visites successives. Le maintien des visites en fin de vie est organisé tout en respectant les mesures barrières.

⁴ Recommandations régionales imagerie 007-v4 du 13/11/2020

A partir du niveau 3 (reprise épidémique)	<p>Circuit hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Identifier des unités d'hospitalisation selon le statut infectieux COVID-19 des patients. → Mise en place d'une RCP cancer et COVID-19 en lien avec la commission éthique de l'établissement. → Chirurgie : Organiser les filières chirurgicales (coopérations inter-établissements) et, afin d'anticiper un glissement vers le niveau 4, identifier, dans les établissements, les GHT et les groupes de cliniques, les blocs opératoires dont le fonctionnement devra être assuré pour permettre les indications chirurgicales ne pouvant pas être décalées sans risque sur le pronostic des patients. → Chimiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer une continuité d'activité dans les différents territoires entre les opérateurs qu'ils soient organisés en GHT ou non, ▪ Développer le recours à l'HAD, ▪ Discuter la place des formes orales dans la stratégie thérapeutique comme préconisé dans l'avis du HCSP du 20/03/2020. → Radiothérapie : Anticiper la baisse de ressources humaines dans une filière en grande tension préalablement à l'épidémie. Des centres de radiothérapie peuvent rencontrer des difficultés par manque de MERM et demandent de pouvoir fonctionner avec un unique MERM par accélérateur⁵. Dans l'attente de l'avis du Ministère sur un éventuel assouplissement exceptionnel des conditions techniques de fonctionnement pendant l'épidémie, les services de radiothérapie en difficulté en IdF pourront saisir l'ARS-IdF afin d'encadrer ce fonctionnement au niveau régional (ars-idf-planif-autorisations@ars.sante.fr) En ce qui concerne la curiethérapie, les applications coordonnées avec la radiothérapie externe et les quelques indications exclusives (cancer du col utérin, cancers de la prostate de haut grade, cancer de la verge) seront conservées. Les curiethérapies pour un cancer de la prostate de bas risque seront reportées en cas de saturation du dispositif. → Préservation de la fertilité : maintien de l'activité (recommandations ABM). → Dématérialisation des soins de support en privilégiant les télésoins.
A partir du niveau 4 (stade critique)	<p>Circuit hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Les organisations mises en place prévoient des circuits dédiés selon le statut infectieux COVID. Face à une saturation de l'organisation territoriale mise en place en palier 3 et nécessitant une adaptation de l'organisation pour l'accès à la chirurgie : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préserver des prises en charge COVID au sein des soins critiques des deux CLCC régionaux. ▪ Des établissements en capacité de se mobiliser prennent en charge les patients pour lesquels les traitements ne peuvent être initiés ou poursuivis dans les établissements qui sont fortement mobilisés sur le COVID-19. S'agissant des CLCC, à des fins opérationnelles, pour notamment les patients et professionnels en difficultés pour une prise en charge, les contacts sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gustave Roussy : Tél : 01 42 11 43 77 ▪ Institut Curie : Tél : 01 44 32 4173 « Régulation Ext Covid-19 » H24-7J/7 ou mail eh.regulation@curie.fr. ▪ Ne pas intégrer les unités de soins intensifs d'hématologie dans les capacités de SI mobilisables pour les patients Covid-19, afin d'assurer les inductions de traitements des patients ayant une hémopathie urgente à traiter, ainsi que la poursuite des traitements ne pouvant pas être décalés sans perte de chance et prendre en charge les effets secondaires et les complications liées au traitement anti-tumoral. → Principes de reprogrammation ultérieure en cas de saturation des ressources humaines en anesthésie et réanimation : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discuter les alternatives thérapeutiques selon les recommandations des sociétés savantes dans le cadre de RCP, ▪ Eviter de déprogrammer les chirurgies d'exérèse. Reprogrammer ultérieurement les reconstructions mammaires, les rétablissements de continuité, et les autres activités identifiées par les sociétés savantes. Ces reprogrammations doivent être compatibles avec la sécurité des prises en charge et sans perte de chance et prendre en compte l'avis de la RCP.

⁵ Épidémie de Covid-19 : *Recommandations à l'usage des professionnels de l'Oncologie Radiothérapie* » par la SFRO, le SNRO et la SFPM, en date du 19 mars 2020.
<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Coronavirus-COVID-19/Recommandations-a-l-usage-des-professionnels-de-l-Oncologie-Radiotherapie>

B. Lutte contre le cancer – Prendre en charge les patients ayant un cancer et COVID-19 positif

Infection pauci-symptomatique ou asymptomatique	
niveau 1 et 2 épidémie sous contrôle	<p>→ Organiser la confirmation diagnostique par PCR avec prélèvement si possible au domicile.</p> <p>→ Éviter l'hospitalisation des patients pauci-symptomatiques pour l'infection COVID 19 I et organiser préférentiellement le suivi à distance en téléconsultation après l'évaluation médicale initiale.</p> <p>→ Discuter de la poursuite du schéma thérapeutique anti-tumoral en lien avec l'équipe d'oncologie et prenant en compte les recommandations du HCSP.</p> <p>→ Organiser la venue du patient à l'hôpital. Le circuit des patients doit être organisé mettant en œuvre les mesures de protection complémentaires adaptées au statut positif du patient au COVID-19 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ en consultation, imagerie, hospitalisation ; ▪ dans des locaux dédiés si possible ; ▪ ou à défaut en deuxième partie de journée. <p>→ <u>Pour les traitements itératifs (radiothérapie et chimiothérapie) : Organiser des circuits de prise en charge spécifiques</u> selon le statut viral. Les mesures d'hygiène renforcées sont introduites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser le circuit des patients en respectant les mesures de protection complémentaires adaptées lors de la prise en charge de cas prouvés ou suspects (programmation en fin de vacation par exemple), ▪ Maintenir et renforcer les mesures de protection et de nettoyage en salle de traitement, déshabiller et salle d'attente pour éviter les contaminations (cf Critères de la SFRO-référence page précédente).
niveau 3 et 4 reprise épidémique	<p>→ Organiser la venue du patient à l'hôpital au sein d'unités dédiées.</p> <p>→ Respecter la planification horaire dédiée des rendez-vous pour limiter l'attente et le nombre de patients en zone d'attente, au besoin en étendant les plages d'ouverture pour s'assurer d'un temps suffisant par patient.</p> <p>→ En radiothérapie externe, dédié un accélérateur aux prises en charge des patients COVID+. Si impossible, le circuit des patients doit être organisé mettant en œuvre les mesures de protection complémentaires adaptées à la prise en charge de patients infectés par le COVID-19.</p>

Infection sévère	
niveau 1 et 2 épidémie sous contrôle	<p>Les services d'oncologie médicale et de radiothérapie ne doivent pas accueillir de patients infectés par le COVID-19 et symptomatiques. Les patients sont alors adressés dans les services d'infectiologie. Si une prise en charge en oncologie était inévitable, leur isolement dans des secteurs spécifiques serait nécessaire.</p> <p>Les établissements autorisés à l'activité de traitement du cancer doivent mettre en place, avec une EMSP, sur site ou en lien avec d'autres opérateurs, une cellule éthique afin de se positionner sur le recours à la réanimation des patients ayant une espérance de vie courte en lien avec leur cancer et éviter des soins déraisonnables⁶.</p> <p>Adresser les patients dans les établissements de santé ou services activés pour prendre en charge les patients Covid-19 pour prise en charge en réanimation COVID-19, SMIT, pneumologie ou médecine, selon la gravité clinique.</p>
niveau 3 reprise épidémique	<p>Les établissements autorisés à l'activité de traitement du cancer s'organisent pour assurer la prise en charge de la pathologie COVID de leur file active dans la mesure où ils disposent des compétences requises sous condition d'organiser un circuit permettant de protéger les autres patients de ce risque.</p>
niveau 4 stade critique	<p>Devant des tensions importantes, il est nécessaire de préserver des soins critiques pour la prise en charge oncologique. Ainsi, les soins critiques des 2 CLCC et la réanimation de Gustave Roussy n'ont pas vocation à prendre en charge des patients COVID sans pathologie cancérologique sous-jacente.</p>

⁶ Recommandations régionales soins palliatifs en cours d'actualisation.