

Plan de pandémie –
Lignes directrices
cliniques pour
patients atteints d'un
cancer

Préparé par les services
d'oncologie

3 avril 2020 (version
finale)



1. HYPOTHÈSES EN PLANIFICATION

L’impact mondial de la maladie du coronavirus (COVID-19) et du virus causal (SARS-COV-2) implique une planification spécifique pour les patients atteints d’un cancer. Dans bien des cas, le cancer est une maladie potentiellement mortelle s’il n’est pas traité. L’imprévisibilité de la pandémie exige un plan flexible pour ajuster les actions en temps opportun afin d’assurer la sécurité du personnel et des médecins qui fournissent ces soins complexes et critiques.

Les gens les plus vulnérables sont les patients de 70 ans et plus, les patients ayant une ou plusieurs maladies chroniques, les patients immunosupprimés et les professionnels de la santé.

Le Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick a demandé aux programmes d’oncologie du Nouveau-Brunswick (Horizon et Vitalité) de se préparer en s’inspirant du plan de pandémie de Cancer Care Ontario (version du 10 mars 2020). Une deuxième source de référence a également été suggérée, soit celle de BC Cancer Care.

Durant une pandémie, les constatations suivantes ont été proposées et retenues par les services d’oncologie (équipe de gestion et médecins) :

- Les capacités des systèmes deviendront limitées et il y aura plusieurs vagues qui pourront durer plusieurs semaines. La surcharge se fera sentir dans les milieux de soins ambulatoires (les cliniques de suivi, les cliniques de thérapie systémique locales et communautaires et aussi l’unité de soins 4D [24 lits] et l’auberge [45 lits]). Les 45 lits pour accompagnateurs ont été éliminés.
- Durant l’apogée de la pandémie, un nombre important de membres du personnel soignant et de médecins seront malades ou incapables de venir travailler (obligations familiales, fermeture d’écoles, peur, etc.).
- Le personnel soignant (selon les niveaux de connaissances/d’expertise) sera déployé aux endroits les plus critiques en oncologie comme première étape de redéploiement. L’expertise requise pour traiter les patients oncologiques dans les diverses vagues à venir ne permet pas de redéployer les employés et le corps médical ailleurs, sauf à l’intérieur des services d’oncologie. Les infirmières certifiées en administration d’agents antinéoplasiques, les infirmières navigatrices, les commis spécialisées avec le système MOSAIQ, les physiciens et

les radiothérapeutes ne peuvent pas être remplacés s'ils tombent malades. Les opérations du centre ne pourront pas reprendre sans cette main-d'œuvre spécialisée.

- Ce plan de pandémie a pour but non pas de protéger le patient oncologique de complications de la COVID-19, mais plutôt de protéger l'ensemble de la société et le personnel soignant en période de crise tout en reconnaissant que le système devra fonctionner avec des ressources grandement réduites.
- Les sept services de thérapie systémique communautaires (TSC) ainsi que les soins à domicile (PEM) devraient être maximisés.
- Les lignes directrices cliniques sont principalement pour des patients non infectés (SARS-COV-2) qui ont besoin de soins oncologiques.
- Les patients oncologiques qui se présentent au Réseau de santé Vitalité pour une cause non oncologique seront traités selon le plan de pandémie du Réseau.
- Les lignes directrices en prévention des infections émises par les infectiologues seront adoptées par les services d'oncologie.
- Un système de classification est requis pour assurer une approche constante dans la province et permettre une certaine flexibilité selon les circonstances locales et les ressources disponibles.
- Il est important de se rappeler que les patients atteints d'un cancer peuvent présenter des symptômes ou des complications attribuables au traitement anticancéreux, qui peuvent ressembler aux symptômes de la COVID-19 ou les masquer. Cette information sera communiquée aux services d'urgence, qui devront consulter un oncologue au besoin.

2. LIGNES DIRECTRICES ÉTHIQUES

Les principes de justice seront appliqués dans un contexte de respect pour les décisions du patient, les avantages attendus et l'effort continu de ne pas nuire au patient. Les principes d'éthique sont basés sur les connaissances scientifiques connues au moment des décisions. Ces principes impliquent que les patients seront traités équitablement selon les besoins et l'efficacité des traitements disponibles et en fonction des ressources physiques et humaines.

Les besoins sont évalués selon la gravité de la situation médicale et les avantages escomptés des traitements.

Il est prévu que le Réseau de santé Vitalité offrira des lignes directrices à cet effet également.

Il est prévu que les vagues permettront possiblement (probabilité faible) à d'autres centres d'oncologie d'apporter leur aide, selon les régions géographiques atteintes expliquant l'importance d'avoir un plan similaire en province et région Atlantique et Québec.

Les lignes directrices s'appliquent aux services d'oncologie suivants :

- Centre de santé du sein (dépistage et traitement, clinique haut risque)
- Services de radiothérapie
- Services d'oncologie médicale
- Division régionale d'hématologie
- Services de gynéco-oncologie
- Services chirurgicaux oncologiques généraux
- Thérapie systémique communautaire (sept sites satellites)
- Unité de patients admis 4D
- Clinique de soins palliatifs
- Auberge Mgr-Henri-Cormier
- Clinique du sein à Edmundston

3. PRIORITÉS D'ACCÈS SELON LES SERVICES D'ONCOLOGIE

Centre de santé du sein

- Les services de dépistage sont suspendus durant la pandémie, selon la décision du secteur chirurgical et de radiologie.
- Si le patient a déjà été dépisté avec un résultat anormal, à haut risque de cancer ou à plus faible risque, il sera vu selon les directives du Réseau et la phase de pandémie.
- Toutes les cliniques de génétique sont suspendues pendant la pandémie, selon la décision du service de génétique.

Soins palliatifs – Clinique

- Les cliniques sont annulées et les suivis se font par téléphone. En cas de douleur extrême, il se peut que certains patients soient vus. La décision de tenir une clinique se fait avec les médecins spécialistes en soins palliatifs.

Service de radiothérapie

Tableau 1 – Critères de priorisation des cas cliniques selon la vague de pandémie

Niveaux de priorisation	Traitement requis dans un délai de...	Radiothérapie
1	1 jour	<ul style="list-style-type: none"> • Urgences : compression médullaire, saignement mettant la vie en danger, obstruction circulatoire ou respiratoire
2	7 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Radiothérapie à visée curative pour : <ul style="list-style-type: none"> • Carcinome squameux de la tête et du cou, du col utérin, du canal anal ou de l'œsophage • Lymphome de stade agressif/intermédiaire • Cancer de la vessie • Cancer à petites cellules • Radiothérapie néoadjuvante pour cancer du rectum avec un traitement de 5 jours • Cas pédiatriques • Radiothérapie palliative pour symptômes réfractaires chez le patient présentant une espérance de vie de plus de 6 semaines
3	14 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Autre radiothérapie à visée curative chez le patient présentant des signes cliniques ou radiographiques d'une tumeur, sans autre indication • Radiothérapie néoadjuvante pour sarcome, cancer localement avancé du sein ou du rectum avec un traitement de 25 jours • Radiothérapie adjuvante ou prophylactique pour indications associées à un avantage de survie • Radiothérapie curative pour gliome dont le pronostic est bon • Radiothérapie palliative pour indication non spécifiée chez le patient présentant une espérance de vie de plus de 6 semaines
4	28 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Radiothérapie à visée curative, risque faible ou intermédiaire, cancer de la prostate • Radiothérapie adjuvante, indications non associées à un avantage de survie (p. ex. carcinome intracanalair non infiltrant [cancer du sein]) • Lésion bénigne du SNC (lésion pituitaire, méningiome [autre qu'un méningiome optique]) • Radiothérapie palliative, mauvais pronostic, gliome/glioblastome • Radiothérapie palliative prophylactique pour lésions asymptomatiques • Radiothérapie pour lymphome de stade peu élevé • Radiothérapie stéréotaxique corporelle pour maladie oligométastatique asymptomatique • Radiothérapie palliative pour métastases cérébrales dans un cas où il y a des options systémiques avec possibilité de contrôle au niveau du SNC • Cancer de la peau avec mélanome bénin • Radiothérapie palliative pour symptômes du cancer raisonnablement maîtrisés au moyen d'autres méthodes présentement
5	> 28 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer de la prostate, risque très faible • Radiothérapie adjuvante pour faible risque, carcinome intracanalair non infiltrant • Radiothérapie palliative en fin de vie (survie de moins de 6 semaines) • Méningiome non menaçant • Patients dont les traitements autres que la radiothérapie sont des options pour remplacer ou retarder la radiothérapie (p. ex. hormonothérapie chez certains patients sélectionnés avec cancer de la prostate ou cancer du sein de type luminal A [risque faible] ou femmes âgées de plus de 70 ans avec cancer [risque faible])
6	> 28 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Cas bénins non urgents • Os hétérotopique • Lésions hyperplasiques des tissus mous : maladie de La Peyronie, maladie de Dupuytren • Neurinome de l'acoustique à risque minime • Malformations artérioveineuses

TABLEAU 2 – Phases de priorisation

Phases	Niveaux de priorisation
0	Aucune restriction quant à la priorisation
1	Seuls les patients dans les niveaux 1 à 5 seront priorisés aux fins de traitement par période.
2	Seuls les patients dans les niveaux 1 à 4 seront priorisés aux fins de traitement par période.
3	Seuls les patients dans les niveaux 1 à 3 seront priorisés aux fins de traitement par période.
4	Seuls les patients dans les niveaux 1 ou 2 seront priorisés aux fins de traitement par période.

**Il faut consulter l'équipe de leadership pour savoir si elle a défini un système de phases pandémiques.*

Service de chirurgie oncologique (gynéco-oncologie/chirurgie générale)

- La priorité est basée selon des procédures qui sauvent la vie du patient et pour lesquelles le pronostic est bon.
- Les cas d'HDR curiethérapie haute dose selon les disponibilités du bloc opératoire.

Thérapie systémique

Niveaux de priorisation	Thérapie systémique
1	Urgences : tumeur maligne chimiosensible compromettant ou risquant fortement de compromettre le fonctionnement des organes (p. ex. obstruction des voies aériennes, compression médullaire, occlusion intestinale, symptômes débilitants graves, trouble métabolique grave potentiellement réversible)
2	Carcinome à petites cellules de stade limité ou étendu <ul style="list-style-type: none"> • Traitement à visée curative pour les cas de cancer des cellules germinales et de lymphome • Traitement néoadjuvant dans le cas où les chances de cure chirurgicale sont fortes et où le niveau de données probantes à l'appui de ce traitement est élevé (p. ex. cancer du sein localement avancé) • Patients admissibles à un traitement à double modalité ayant une visée curative (p. ex. carcinome squameux de la tête et du cou, cancer du col utérin, cancer de la vessie et cancer du poumon)
3	Thérapie palliative pour les patients qui ont des symptômes modérés à intenses <ul style="list-style-type: none"> • Patients chez qui on envisage un traitement adjuvant lorsque la réduction absolue du risque est supérieure ou égale à 10 %
4	Thérapie palliative pour les patients qui n'ont pas de symptômes ou qui ont des symptômes minimes <ul style="list-style-type: none"> • Patients chez qui on envisage un traitement adjuvant lorsque la réduction absolue du risque est inférieure à 10 %, mais supérieure à 2 %
5	Thérapie palliative chez le patient pour qui l'avantage prévu est minime (p. ex. indice de performance faible [supérieur ou égal à 3]) et/ou pour qui les avantages de la thérapie systémique sont minimes (p. ex. taux de réponse inférieur à 10 %, médiane de survie sans progression/survie globale de moins de 2 mois)

	<ul style="list-style-type: none"> • Patients chez qui on envisage un traitement adjuvant lorsque la réduction absolue du risque est inférieure à 2 % (p. ex. bisphosphonates adjuvants) • Patients qui suivent une thérapie palliative et qui ont le même régime depuis plus de 6 mois : envisager l'interruption du traitement ou prolonger l'intervalle entre les traitements
6	Sans objet

BC Cancer Care – Critères de priorisation clinique pendant la pandémie de COVID-19 (20 mars 2020)

Unité 4D

- Suivre les consignes du Réseau pour les patients admis.
- Les consultations et les évaluations sont faites par les GPO et les oncologues.
- Dans une situation où il n'y aurait plus de lits hospitaliers, le traitement systémique ambulatoire pourrait être considéré avec précautions additionnelles.

Auberge

- Suivre les consignes du Réseau pour les patients admis, possiblement avec adaptation pour patients à domicile (proposition en annexe 3).
- Tous les patients de l'auberge sont évalués par les divers oncologues/GPO selon le même genre de priorités mentionnées dans les tableaux, selon la phase de pandémie.
- Les niveaux de priorité seront établis par les dirigeants du Réseau selon les ressources disponibles pour pouvoir assurer une continuité de soins optimaux lors d'une période de pandémie (les patients hors province et du nord du Nouveau-Brunswick ont besoin d'un logement afin de recevoir leurs traitements de radiothérapie et/ou de thérapie systémique concomitants).

Recherche clinique

- Suspendre le recrutement jusqu'à nouvel ordre durant la pandémie.
- Il y a présentement des patients actifs dans les études MAC.21 et PALLAS.
- Afin de respecter les directives du Réseau concernant les cliniques externes, c'est à la discrétion de l'investigateur principal (ou son délégué) de faire venir le patient ou non à son rendez-vous. Si le rendez-vous est annulé, un suivi téléphonique est fait avec le patient; un suivi téléphonique infirmier est aussi fait. Les médicaments PO pourront être envoyés par la poste directement au patient, une fois l'ordonnance signée dans MOSAIQ.

4. RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES

Une pandémie a un impact majeur sur les processus opérationnels des services d'oncologie. Les sections suivantes présentent les changements anticipés aux processus normaux.

4.1. Patients asymptomatiques

4.1.1. Nouveaux patients

- Un processus de triage sera effectué pour les nouvelles références/consultations; le patient aura un rendez-vous selon le niveau de priorité des tableaux aux pages précédentes.

4.1.2. Patients en traitement

- Poste de triage installé à l'entrée du centre d'oncologie (voir annexe 1), similaire à celui du Réseau.
- Pour la thérapie systémique, un triage téléphonique est effectué la veille du rendez-vous afin de s'assurer que le patient n'a pas de symptômes du coronavirus.
- Les patients déjà en traitement continueront la thérapie selon les critères établis dans les tableaux de priorisation.
- Création d'une liste informatisée avec le système MOSAIQ pour les patients dont le plan de traitement sera modifié afin de reprendre les activités post-pandémie sans oublis.
- Un processus de suivi infirmier sera mis en vigueur pour surveiller les patients qui ont été évalués en oncologie, mais qui sont en attente de traitement. Les unités satellites (GPO) participeront aussi au triage de leurs patients.
- Voir annexe 1 – Processus de triage (en fonction du 18 mars); modifiable au besoin.
- Voir annexe 2 – Mesures d'urgence pour la thérapie systémique

4.2. Patients symptomatiques (cas potentiels de COVID-19)

- Sauf s'il s'agit d'une situation de vie ou de mort, un patient présentant des symptômes évoquant la COVID-19 ne sera pas traité au centre d'oncologie ou aux sites satellites.
- Tout patient avec une infection reliée à la pandémie ne sera pas vu en clinique. Des suivis téléphoniques seront effectués.
- Si un patient doit être vu obligatoirement au centre d'oncologie, un protocole de prévention des infections sera effectué (équipement de protection et décontamination), en lien avec le service de microbiologie.
- Un processus a été établi pour un patient ayant des symptômes douteux, mais probablement reliés au traitement du cancer.

4.3. Communication avec le patient

- Suite aux directives des médecins, le personnel clérical avise le patient de la nécessité du changement d'horaire.
- Au besoin, les infirmières font des suivis téléphoniques avec les patients.
- Un guide de communication est en voie de développement pour le personnel.
- Les patients ont toujours accès à la ligne principale des services d'oncologie.

4.4. Auberge

- Les mesures suivantes ont été mises en place :
 - Aucune admission à l'auberge autre que pour traitements actifs, immédiats et jugés nécessaires par l'équipe traitante.
 - Aucune sortie extérieure du terrain de l'auberge (y compris les sorties de fin de semaine).
 - Aucun accompagnateur.
 - Fermeture des cinq salons au groupe, mais assignation de quatre personnes dans le même salon avec horaire préétabli.
 - Toutes les activités sociales ont été éliminées (p. ex. bbq, cinéma, etc.).
 - Plan avec services alimentaires pour les repas sur place. Éliminer le libre-service dans la cuisine. Horaire établi pour réduire le volume de patients aux repas. Processus évalué avec le service alimentaire pour l'utilisation du réfrigérateur.
 - Salle de cuisine (chaises et tables) réaménagée afin de respecter les recommandations de « distanciation sociale ».
 - Enlever les couvertures lavées par le personnel de l'auberge (les autres articles sont envoyés par le processus du Réseau).
 - Ajout de personnel pour desservir les patients.
 - Offrir le programme d'abandon du tabac.
 - Chaque patient devra signer un engagement aux règlements et perdra le privilège de l'auberge le cas échéant.
 - Les rendez-vous seront coordonnés pour éviter des admissions à l'auberge pour de simples rendez-vous à deux différents spécialistes ou pour un traitement d'une journée.
 - Voir annexe 3 – Proposition pour mitiger les risques avec les patients de l'auberge.

4.5. Archives cliniques

- Les patients devront appeler le service pour obtenir de l'information sur les renseignements personnels. Les informations seront envoyées par la poste ou par télécopieur.
- Aucun dossier de santé ne sera apporté dans les salles d'examen ou de traitement (contaminations potentielles).

4.6. Unité de soins 4D (oncologie)

- L'unité adjacente à l'endroit désigné (4E) pour recevoir les patients COVID-19 devra se séparer de façon bien démarquée pour prévenir des contaminations sérieuses de notre clientèle à haut risque (immunosupprimée). Les patients qui reçoivent la thérapie systémique ailleurs qu'au 4D posent un défi puisque le service de pharmacie central n'est pas branché au service de pharmacie en oncologie. Des mesures ont été mises en place dans le système MOSAIQ pour assurer la qualité et sécurité des ordonnances. La compétence avancée en soins infirmiers doit aussi être maintenue.

4.7. Salon du personnel

- Nettoyage plus fréquent – quotidien.
- Déplacement des meubles pour respecter la « distanciation sociale ».
- Horaire des repas du personnel ajusté pour réduire les volumes au salon.
- À revoir avec l'évolution de la pandémie.

4.8. Plan de nettoyage

- Un plan de nettoyage clinique continu pour cas obligatoires sera effectué pour tous les services d'oncologie, y compris les sites satellites. Une consultation avec le secteur de l'environnement est requise, mais il est prévu que le personnel devra effectuer certaines de ces tâches (déjà en marche).

4.9. Participation au groupe CAPCA (Canadian Association of Provincial Cancer Agencies)

- Participation de façon hebdomadaire au groupe CAPCA afin de déterminer comment fonctionnent les autres centres d'oncologie au pays durant la pandémie. Les ruptures de stock anticipées seront discutées à ce niveau.

5. CRITÈRES POUR CESSER LES TRAITEMENTS

5.1. Service de traitement de radiothérapie

- S'il n'y a pas assez de personnel spécialisé dans les diverses étapes de planification d'un traitement ainsi qu'en administration du traitement, il faut cesser les traitements (la planification et l'administration du traitement comporte plusieurs étapes d'un processus très complexe, donc l'interruption d'un aspect ne permet pas de continuer les soins).
- Un processus de référence envers un autre centre pourrait être envisagé selon la phase de la pandémie (p. ex. Centre d'oncologie de Saint John).
- Un modèle de gestion de ressources humaines et physiques a été développé pour guider l'équipe.

5.2. Services de thérapie systémique

- Les services de thérapie systémique dans tous les sites cesseraient de fonctionner s'il y avait un nombre insuffisant d'infirmières et/ou de membres du personnel de pharmacie qualifiés pour permettre l'atteinte des normes de préparation et d'administration d'agents antinéoplasiques.
- Les services de thérapie systémique dépendent de la disponibilité des médicaments prescrits. Les traitements seront priorisés avec la collaboration des oncologues. Le service de pharmacie est aussi indispensable pour la préparation des médicaments et ne devrait pas être déployé ailleurs.
- Dans la mesure du possible, les patients seront triés et dirigés vers un site qui peut accommoder le patient advenant qu'une clinique de thérapie systémique tombe en panne.
- Un modèle de gestion de ressources humaines a été développé pour guider l'équipe.

5.3. Service d'oncologie chirurgical

- Les consignes par rapport aux chirurgies sont déterminées par le programme de chirurgie en lien avec le chef d'oncologie affecté.

6. STRUCTURE DÉCISIONNELLE LORSQUE LA DIRECTION DU RÉSEAU IMPOSE UNE PHASE DE PANDÉMIE

Secteurs	Méthodes de révision et priorités	Responsables des décisions
Cas d'oncologie médicale	Discussions de cas (Vitalité et Horizon)	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe consultatif des niveaux de soins - Chef médical et oncologue du patient
Cas d'hémo-oncologie	Discussions de cas par groupe consultatif	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe consultatif des niveaux de soins - Chef médical et oncologue du patient
Cas de radio-oncologie	Évaluations quotidiennes entre radio-oncologues et équipes de soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> - Chef médical et oncologue du patient
Cas de gynéco-oncologie	Groupe consultatif au besoin	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe consultatif des niveaux de soins - Chef médical et oncologue du patient
Cas de cancer du sein	Équipes multi/interdisciplinaires médicales et soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe consultatif des niveaux de soins - Chirurgien et oncologue spécialisé (onco et/ou radio-oncologue)

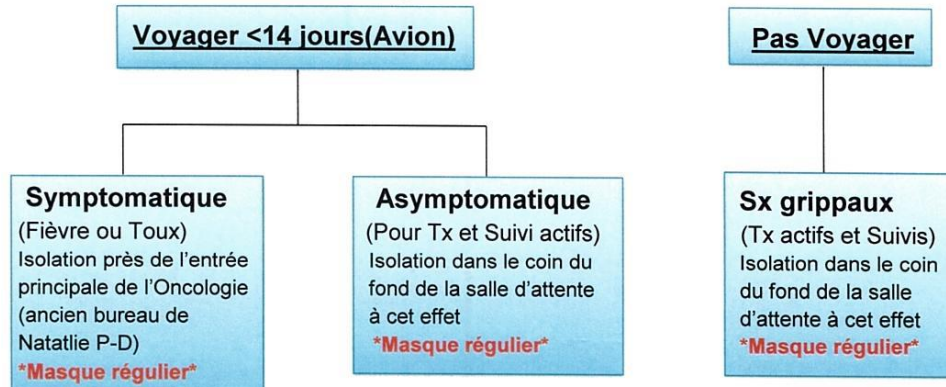
La distanciation sociale sera respectée ainsi que l'utilisation de la vidéoconférence au besoin.

ANNEXE 1 – Processus de triage au centre d'oncologie et cliniques ambulatoires de thérapie systémique communautaires en lien avec les recommandations de la Santé publique

2020-03-18

Consignes pour patients avec rendez-vous au Centre d'Oncologie

- Aucun accompagnateur sauf si nécessaire pour se mobiliser, déficit cognitif ou consultation
- Tous patients et accompagnateur (si exception permise) doit être trié par une infirmière à l'entrée principale du Centre d'Oncologie demandant s'ils ont voyagé à l'extérieur du pays dans les derniers 14 jours ou s'ils ont des symptômes grippaux (Fièvre ou toux)
- Tous patients voulant aller ailleurs dans l'hôpital sauf la Clinique du Centre de la Santé du Sein sera détourné par l'entrée de l'Urgence
- Pour tous patients en Oncologie avec les conditions suivantes :



Le patient doit être placé en **isolation avec l'Équipement de Protection Individuelle (ÉPI)** et **avisé le médecin traitant** par la suite de la situation avant son rendez-vous.

Équipement de Protection Individuelle (ÉPI) pour le patient:

- Port du masque régulier (Jaune)
- Lavage de mains (à gel alcoolisé)
- Port des gants et jaquette

*****Masque régulier seulement remis aux patients avec symptômes grippaux ou qui ont voyagé à l'extérieur du pays dans les dernier 14 jours.*****

ANNEXE 2 – Directives aux unités satellites pour l'oncologie médicale

Mesures d'urgences pour les centres d'oncologie de Vitalité

La division d'hématologie tentera dorénavant de vous envoyer des directives concernant les changements de prises en charge de nos patients en traitements dans vos centres pour la durée du COVID-19. Ceci dit, ces mesures risquent d'évoluer et nous avons également besoin de vos commentaires pour uniformiser les messages. Si vous avez des commentaires ou des idées innovatrices, svp m'en faire part à : Nicholas.Finn@vitalitenb.ca

Entre temps, voici les mesures suggérées jusqu'à la fin des mesures d'urgence :

- **Réévaluez vos listes de visites de patients de la semaine à venir.** Annuler toute visite en personne qui n'est pas strictement nécessaire. Ceci inclus même des visites pré-chimiothérapie pour des patients que vous jugés stable. **Ces évaluations doivent par contre être effectuées par téléphone** par les GPO des centres respectifs.
- **Réévaluez les visites de prélèvements sanguins** pour décider si elles sont réellement nécessaires.
- **Annuler toutes phlébotomies pour hémochromatose.** Maintenir les phlébotomies de polycythémie vraie pour l'instant.
- Traitements systémiques :
 - Les mesures ci-dessous pourraient changer et devenir plus strictes / difficiles telles déjà instaurées dans certaines provinces. Nous vous garderons au courant.
 - **Maintenir les traitements systémiques à visés curatifs** (néoadjuvant, adjuvant, traitement curatif définitif).
 - **Pour l'instant, maintenir la plupart des traitements palliatifs** chez les patients qui ont une bonne réponse clinique et une bonne qualité de vie. Si vous croyez identifier des patients qui ne sont pas bien palliés par leur traitement et qui n'était pas encore prévu pour un RV de réévaluation prochainement, svp contacter l'héματο-oncologue traitant du patient pour décider si ces traitements sont encore justifiés. Ceci ne s'applique pas aux traitements PO car ils n'occasionnent pas autant de visites hospitalières.
 - Rituximab de maintien : seront tous cessés de façon temporaire. Certains rituximab de maintien aux C7 ou C8 seront possiblement cessés de façon définitive. Simplement notifier l'héματο-oncologue traitant qui s'occupera de rescrire le traitement une fois la crise résolue.
 - Azacitidine : Garderons des traitements de 7 jours d'injections q28jours mais repousser les injections des jours de fin de semaine et fériés au prochain jour ouvrable.
 - Acide zolédronique et pamidronate : À cesser de façon temporaire (à moins que le patient ne reçoive ce traitement pour hypercalcémie).
 - Nous allons revoir les seuils transfusionnels pour nos patients et de nouvelles échelles transfusionnelles vous seront communiquées. Si vous rencontrez un patient transfusé, vous pouvez aborder le sujet pour tenter de minimiser les visites de FSC et de transfusions.
 - Patient sous denosumab, ce traitement peut être arrêté s'il n'est pas associé à des visites ou des traitements aux cliniques satellites.

Tout changement de plan de traitement doit être pris en note et transmis à l'héματο-oncologue traitant afin que le plan thérapeutique usuel puisse être réinstauré une fois les mesures d'urgence abolies. Nous vous remercions de votre collaboration.

Dr Nicholas Finn

Chef de la division d'hématologie Vitalité

Dr Ali Benjelloun

Chef des services onco-médicale

ANNEXE 3 – Propositions pour mitiger les risques avec patients de l’auberge (85 lits)

1. Seuls les patients seront logés au maximum de 45 lits afin de limiter les admissions à un patient par chambre.
2. Tous les patients seront questionnés selon les directives en place du Réseau et celles de l’oncologie.
3. Aucun accompagnateur.
4. Un horaire pour les repas et les salons (5) sera établi afin de rencontrer les exigences de « distanciation sociale ».
5. Aucune sortie extérieure du terrain de l’auberge, y compris les sorties de fin de semaine.
6. Les patients devront se laver les mains en entrant et sortant de la chambre avec gel désinfectant, puis en entrant et sortant de l’auberge avec eau et savon.
7. Les patients seront séparés du CHU Dumont et devront se présenter à l’entrée principale du centre d’oncologie pour triage. Les patients en fauteuil roulant seront transportés par le service d’aide comme ailleurs dans l’hôpital.
8. Une sensibilisation sera effectuée au sujet des mesures à prendre dans le cas d’apparition de symptômes potentiels.
9. Un plan de nettoyage plus rigoureux est en place (surfaces souvent touchées).
10. Aucune sortie ne sera accordée, sauf pour les patients qui reçoivent des soins au Moncton Hospital. Un effort de réduction de visites hors de l’auberge sera effectué par le personnel clinique du centre. L’aide en travail social sera en place.
11. Les patients devront signer une entente, et une infraction entraînera la perte du privilège de logement à l’auberge.
12. Les risques liés au logement en groupe seront expliqués aux patients afin d’obtenir leur consentement de demeurer.

À noter : En date du 27 mars, l’équipe se penchera sur le risque de nouvelles admissions.

7. RÉFÉRENCES

- **Cancer Care Ontario** – Pandemic Planning Clinical Guidelines for Patients with Cancer (10 mars 2020)
- **BC Cancer Care** – Criteria for Clinical Prioritization During the COVID-19 Pandemic (20 mars 2020)
- **JNCCN Special Feature** – Managing Cancer Care During the COVID-19 Pandemic: Agility and Collaboration Toward a Common Goal (2020 JNCCN)
- **ASCO** – American Society of Clinical Oncology, www.asco.org/asco-coronavirus-information/care-individuals-cancer-during-covid-19
- **NHS** – Clinical guide for the management of cancer patients during the coronavirus pandemic (17 mars 2020, version 1)
- **NICE** – National Institute for Health and Care Excellence – COVID-19 rapid guideline: delivery of systemic anticancer treatments (20 mars 2020) www.nice.org.uk/guidance/ng161

8. SIGNATAIRES

Gisèle Bourque
Directrice des Services d'oncologie

Date

Dr Santo Filice
Chef de service – Radio-oncologie

Date

Dr Ali Benjelloun
Chef de service – Oncologie médicale

Date

Dr Nicholas Finn
Chef de la division d'hématologie

Date

Dr Réjean Savoie
Chef de service – Gynéco-oncologie

Date