

## **Recommandations pour la prise en charge de la clientèle pédiatrique en oncologie dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 – Mise à jour**

**Novembre 2020**

Bien que les traitements systémiques immunosuppresseurs contre le cancer semblent augmenter significativement les risques de complications de la COVID-19 chez la population adulte, les données actuelles semblent démontrer un taux de complications beaucoup moins important chez la clientèle pédiatrique traitée pour un cancer<sup>1</sup>.

Toutefois, étant donné la fragilité connue de cette clientèle face aux différentes infections, il semble primordial d'établir certaines règles propres à celle-ci en plus des recommandations du gouvernement du Québec et des autorités de la santé publique.

Les directives d'ordre général s'appliquant à l'ensemble de la oncologie sont disponibles au lien suivant :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/sujets/cancerologie>

### **Contexte d'administration des traitements oncologiques pédiatriques**

Comme pour la clientèle adulte, les traitements pour les cancers pédiatriques nécessitent de la chimiothérapie, de la radiothérapie, de la chirurgie ou des agents ciblés qui peuvent altérer les réponses immunitaires. En outre, certains cancers peuvent aussi conduire à une dysfonction immunitaire. Les enfants atteints de cancer sont donc considérés comme pouvant avoir un risque accru de contracter des maladies transmissibles comme la COVID-19. Ce risque ne doit pas nous empêcher de donner le traitement approprié, lorsqu'indiqué, mais une évaluation des risques doit être faite, partagée avec le patient et/ou sa famille et la décision de modification de traitement inscrite dans le dossier, le cas échéant.

En complément des recommandations de la santé publique que doivent suivre les centres hospitaliers pour s'assurer que le risque de contagion de la COVID-19 est aussi faible que possible, voici les recommandations pour ajuster la prise en charge

---

<sup>1</sup> <https://global.stjude.org/en-us/global-covid-19-observatory-and-resource-center-for-childhood-cancer/registry.html>

et l'administration des traitements contre le cancer chez les enfants, dans la situation exceptionnelle causée par la pandémie de COVID-19.

## 1) PRIORISATION EN MATIÈRE DE SOINS

La **priorisation A** définie dans le document « *Recommandations et procédures spécifiques à l'administration de traitements systémiques pour la COVID-19 et la protection des personnes touchées par le cancer et des professionnels* » devrait être considérée pour la presque totalité des patients en traitement pour un cancer pédiatrique (Priorisation A : *personne dont l'état met immédiatement la vie en danger et pour lequel il existe un traitement efficace*). Tout patient pédiatrique atteint de cancer et pour lequel il existe un traitement d'efficacité démontré devrait donc recevoir ce traitement.

La décision d'interrompre les traitements temporairement pour un patient connu positif à la COVID-19 devrait être discutée entre les différents spécialistes (hémato-oncologues, infectiologues, radio-oncologues, chirurgiens, etc.) en tenant compte des risques et des bénéfices selon la situation du patient.

En tout temps, il est important d'exercer un jugement clinique mettant en balance l'efficacité du traitement, ainsi que la protection du patient et des soignants contre les risques d'infection à la COVID-19; en cas de doute ou de désaccord au sein de l'équipe, il est recommandé de faire appel aux ressources d'éthique clinique disponibles dans les différents établissements.

## 2) CLIENTÈLES

### ▪ **CLIENTÈLE AMBULATOIRE**

**Les alternatives pour éviter les visites à l'hôpital doivent être favorisées :**

- Il est recommandé d'évaluer la possibilité de faire un rendez-vous en télémédecine ou par contact téléphonique pour les patients ayant terminé leurs traitements. Toutefois, cette modalité ne doit être utilisée que si le patient et/ou sa famille y consentent, et si le tout est jugé sécuritaire selon l'équipe traitante. De plus, des rencontres en présence devraient avoir lieu minimalement une fois sur deux selon la fréquence de suivi établie. Selon le niveau d'alerte de l'établissement, la disponibilité des ressources humaines et de l'environnement physique, le nombre de téléconsultations pourrait être plus important;

- Les patients en traitement actif ou ceux pour qui les besoins nécessitent une intervention prioritaire (fin de traitements récents, risque de rechute, complication et séquelles post-traitement, etc.) de l'équipe de cancérologie doivent être pris en charge au centre d'oncologie. Selon les recommandations de l'équipe de cancérologie, une visite auprès du pédiatre ou du médecin de famille pourrait être envisagée lorsque cela est considéré possible;
- Selon la situation, il est recommandé d'évaluer la possibilité d'effectuer les examens de laboratoire à l'extérieur du centre hospitalier lorsque ce service est disponible et est jugé sécuritaire. Si l'équipe de cancérologie juge qu'il est plus sécuritaire de maintenir les prélèvements au centre hospitalier, les prélèvements devraient être effectués à l'intérieur du centre de cancérologie plutôt qu'au centre de prélèvements de l'établissement;
- Lorsque cela est possible, il est important de coordonner le maximum de soins (imagerie, traitement, soins de cathéter, etc.) au cours de la même journée afin de diminuer l'achalandage et le va-et-vient à l'intérieur du centre de cancérologie.

Un triage en amont doit être effectué auprès de l'ensemble de la clientèle devant se présenter au centre de cancérologie afin d'éviter des contacts, et la trajectoire du patient doit être planifiée avant son arrivée au centre hospitalier. Lorsque possible, le patient présentant des symptômes liés à la COVID-19 devrait être dépisté avant la visite au centre de cancérologie. Il faut se référer aux directives du service de la prévention et du contrôle des infections des établissements pour identifier le fonctionnement applicable.

Les salles d'attente en zone froide doivent respecter les règles de distanciation physique et la présence de jouets doit être évitée sauf si ceux-ci sont prêtés par un intervenant responsable de leur nettoyage entre chaque utilisateur. Un seul accompagnateur par patient devrait être permis dans les secteurs ambulatoires en hémato-oncologie. Toutefois, pour certaines situations particulières, la présence d'un deuxième accompagnateur pourrait être autorisée (exemple : annonce d'une nouvelle difficile).

L'accès à la zone froide des services ambulatoires des centres de cancérologie est à éviter pour tout patient ou son accompagnateur, qu'il soit en traitement ou non, dans les conditions suivantes:

- En suspicion, en attente d'un résultat de dépistage ou confirmé comme infecté par la COVID-19;
- Contact avec une personne ayant reçu un résultat de test positif à la COVID-19;

- Ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19, incluant la fièvre isolée ou tout autre symptôme retenu par les établissements.

Un patient présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 doit être placé en isolement dès son arrivée pour être évalué. Ces patients doivent être vus et isolés dans une zone tiède spécifique à la clientèle d'hématologie-oncologie.

Si le patient a un résultat confirmant une infection à la COVID-19 et que des traitements hémato-oncologiques sont absolument nécessaires, il devrait recevoir ces traitements dans une zone chaude identifiée par l'établissement. Ces traitements devraient être donnés par le personnel détenant une expertise en hématologie-oncologie et dédié aux zones tièdes et chaudes ou selon les recommandations des équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) de chacun des établissements.

Pour plus d'informations concernant la mobilité du personnel dans les différentes zones, il est possible de consulter le document suivant :

[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgaumip-005\\_cancerologie-recommandations-generales-octobre-2020.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgaumip-005_cancerologie-recommandations-generales-octobre-2020.pdf)

Afin de préserver la sécurité physique et psychosociale des patients, il est recommandé de :

- Maintenir les évaluations par les infirmières pivots des aspects biopsychosociaux, la gestion des symptômes, l'enseignement et les autres suivis des patients, en privilégiant la pratique téléphonique ou virtuelle lorsque cela est possible;
- Maintenir les rencontres avec un pharmacien pour l'évaluation, l'histoire médicamenteuse, les conseils au patient et/ou à sa famille, ainsi que le suivi de la thérapie médicamenteuse et des symptômes, en privilégiant le téléphone ou la rencontre virtuelle lorsque cela est possible. Les prescriptions non traitées dans les centres de cancérologie devraient être envoyées par l'établissement aux pharmacies communautaires afin de diminuer les visites des patients dans ces pharmacies. Les services de livraison à domicile devraient ensuite être utilisés par la clientèle;
- Maintenir les activités de réadaptation pour les ergothérapeutes et les physiothérapeutes pour la clientèle chez qui l'arrêt de ces activités pourrait entraîner des risques de détérioration de leur intégrité physique et les mettre à risque de complications médicales plus importantes;

- Lorsque cela est possible et selon l'âge du patient, privilégier les consultations par téléphone ou par rencontre virtuelle pour tous les autres professionnels;
- Favoriser les contacts virtuels plutôt que directs avec les bénévoles et les intervenants des différents organismes. Les recommandations des équipes de PCI de chacun des établissements doivent être suivies en ce qui concerne la présence de ces intervenants au sein des centres de cancérologie.

Selon les niveaux d'alerte des régions, il se peut que les déplacements entre les différentes régions du Québec soient limités. Dans ce contexte, les rendez-vous prioritaires pour les patients vivant en régions éloignées des centres de cancérologie pédiatriques spécialisés devraient être réévalués, et la possibilité d'effectuer les visites dans un centre de cancérologie de proximité devrait être envisagée.

Afin de connaître les recommandations concernant la fréquentation scolaire et des services de garde, il est possible de consulter le document : *Recommandations du Comité national de cancérologie pédiatrique – Retour à l'école et à la garderie – août 2020*, à l'adresse suivante :

[https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-07435-10\\_PJ1\\_cancero\\_recommandations\\_retour\\_ecole-garderie.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/20-MS-07435-10_PJ1_cancero_recommandations_retour_ecole-garderie.pdf)

#### ▪ **CLIENTÈLE HOSPITALISÉE**

Pour tout patient admis sur les unités d'hospitalisation, il est recommandé de faire un test de dépistage même si ce dernier ne présente aucun symptôme.

Pour tout patient symptomatique qui doit être hospitalisé, les résultats du test doivent obligatoirement être obtenus avant de l'admettre à sa chambre en zone froide.

#### **Patient avec résultat de test COVID positif :**

À la réception d'un résultat de test positif, le patient devrait être hospitalisé en isolement et sur une unité de soins identifiée chaude au sein de l'établissement.

#### **Patient suspecté d'être atteint :**

Lorsqu'un patient est considéré suspect sur les unités d'hospitalisation d'hématologie-oncologie pédiatrique, il devrait être transféré dans une zone tiède identifiée par l'établissement ou être isolé sur l'unité de soins d'hématologie-oncologie selon les règles de la prévention des infections de chacun des établissements en attendant les résultats du test de dépistage.

Les mesures d'isolement sont à établir selon les critères de sévérité et selon les directives relatives aux zones dans les établissements. Lorsque le patient est déplacé à l'extérieur de l'unité, le patient devrait réintégrer rapidement l'unité d'hématologie-oncologie à la réception d'un résultat de test négatif.

Pendant l'hospitalisation dans la zone froide, le patient doit demeurer dans la chambre en tout temps. Toutefois, lorsque le patient est hospitalisé pour une période prolongée et que ce dernier est asymptomatique, des recommandations spécifiques à chacun des établissements peuvent être établies pour diminuer les risques de déconditionnement en favorisant une mobilité à l'extérieur de la chambre.

Seuls les parents (ou leurs remplaçants) devraient être autorisés à rester au chevet, et la circulation hors de la chambre d'hospitalisation devrait être exceptionnelle pour ces derniers. Il est possible que les directives quant aux nombres d'accompagnateurs et de visiteurs diffèrent selon les règles établies dans chacun des établissements. Il est toutefois nécessaire de minimiser au maximum le nombre permis afin de se conformer aux règles ministérielles.

Si le patient est hospitalisé dans une zone tiède ou chaude et doit recevoir des traitements hémato-oncologiques prioritaires, ces traitements devraient être administrés par le personnel détenant l'expertise nécessaire. Ce personnel devrait idéalement être dédié aux zones tièdes et chaudes ou être mobilisé selon les recommandations des équipes de PCI de chacun des établissements.

### **Zones communes et règles de vie :**

Afin de permettre l'utilisation des zones communes sur les unités d'hospitalisation, des règles de vie doivent être établies afin de limiter les risques de contamination de ces zones.

#### **○ Utilisation des cuisines et manipulation des aliments :**

- Seul le parent ou l'accompagnateur peut avoir accès à la cuisine, et ce dernier doit obligatoirement porter le masque pour y circuler;
- Un seul parent ou accompagnateur à la fois doit pouvoir entrer dans la cuisine;
- Les provisions doivent obligatoirement être nettoyées avant de les introduire dans les armoires ou dans le réfrigérateur;
- L'hygiène des mains doit être effectuée par chacun des utilisateurs avant d'entrer et de sortir;
- Les surfaces doivent être nettoyées avant et après chaque utilisation;

- L'utilisation de la cuisine est interdite pour les parents ou accompagnateurs présentant des symptômes ou si leur enfant est en attente d'un résultat.
- **Utilisation des salles de lavage :**
  - L'utilisation de la salle de lavage doit se faire selon les plages horaires établies par l'établissement;
  - Un seul parent à la fois devrait avoir accès à la salle de lavage;
  - L'utilisation de la salle de lavage est interdite pour les parents présentant des symptômes ou si leur enfant est en attente d'un résultat.
- **Utilisation des espaces extérieurs :**
  - Une sortie extérieure est possible pour un patient hospitalisé seulement, lorsque l'installation permet une aire pour les patients d'oncologie pédiatrique;
  - Dans ce cas, une sortie par jour peut être autorisée par patient;
  - L'enfant et son accompagnateur doivent porter un masque et ils doivent procéder à l'hygiène des mains pour s'y rendre;
  - Aucun jouet, autre que celui déjà dans la chambre de l'enfant, ne pourra accompagner l'enfant et être sorti à l'extérieur.
- **Utilisation des salles de jeux :**
  - Les salles de jeux des unités d'hospitalisation doivent demeurer fermées.

## ▪ **RADIO-ONCOLOGIE**

La clientèle pédiatrique est considérée prioritaire pour la totalité des patients en traitement à visée curative pour un cancer pédiatrique ou à visée palliative pour certains de ces patients (exemples : métastases osseuses douloureuses, métastases cérébrales ou autres) en contexte de la pandémie de la COVID-19. Le tableau de délestage des activités en radio-oncologie maintient la prise en charge des cas de pédiatrie dans tous les niveaux. En général, pour la clientèle pédiatrique, un début de traitement dans les 3 à 14 jours suivant la date à laquelle le patient est considéré comme médicalement prêt est un délai considéré comme ne mettant pas leur vie en danger. Ce délai pourrait être prolongé en contexte de pandémie selon le jugement clinique de l'équipe traitante.

Étant donné les risques liés à la proximité du personnel soignant en radio-oncologie auprès du patient, il est important, comme à l'habitude, de favoriser au maximum les interventions sans anesthésie.

Si toutefois une anesthésie est jugée nécessaire par l'équipe soignante, le traitement du patient demeure prioritaire et il ne devrait pas être retardé.

Pendant toute la durée du traitement, une évaluation quotidienne devrait être effectuée par le personnel de la radio-oncologie les jours des traitements. À l'apparition des symptômes, un test de dépistage est recommandé.

Une trajectoire pour la clientèle suspecte ou atteinte doit être identifiée par les équipes de radio-oncologie afin de permettre les traitements urgents de la clientèle pédiatrique en état de recevoir le traitement (comme les traitements ne pouvant être retardés sans avoir d'impact sur le pronostic).

## ▪ THÉRAPIE CELLULAIRE

Les patients pédiatriques greffés ou traités par thérapie cellulaire ou en attente de ce traitement sont une population très à risque de développer des infections graves. Les consignes de base comme l'isolement, l'hygiène des mains et les protections individuelles nécessaires lors des contacts avec cette clientèle sont d'autant plus importantes à respecter avec ces patients et leurs proches dans le contexte de pandémie actuel.

Il est recommandé, lorsque cela est possible, que cette clientèle soit prise en charge dans des milieux distincts et par du personnel dédié sans contact avec la clientèle à risque, en dépistage ou atteinte d'une infection à la COVID-19. Il faut également éviter la libre circulation sur les unités de soins prenant à charge cette clientèle. Pour cette raison, comme sur les autres unités de soins pédiatriques, il est primordial que seuls les deux parents (ou accompagnateurs significatifs) puissent avoir accès à la chambre de l'enfant. Les autres visites doivent être interdites.

Pour les détails de prise en charge de cette clientèle, se référer au document : *Recommandation du Programme québécois de cancérologie : Politique et procédure spécifique à la greffe de cellules souches hématopoïétiques (GSCH) et la thérapie cellulaire*. Cette procédure a été rédigée en suivant les recommandations de la FACT (Fondation for the Accreditation of Cellular Therapy).

En ce qui concerne les recommandations de protection de cette clientèle traitée ou en attente de traitement, celles-ci diffèrent légèrement dans le contexte pédiatrique, puisque la reprise immunitaire est connue pour être plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte. Voici ces recommandations :

- Patient en attente de traitement : un isolement obligatoire à la maison pour une période de 2 semaines précédant la thérapie est recommandé;
- Patients post-traitement : un isolement obligatoire est demandé pour les patients ayant récemment reçu un traitement :



- CAR-T depuis **moins de 1 mois**;
- Greffe autologue depuis **moins de 3 mois** ou si patient non en rémission ou sous thérapie d'entretien;
- Greffe allogénique depuis **moins de 6 mois** ou si patient sous-immunosuppresseurs ou avec maladie du greffon contre l'hôte.

### 3) RECHERCHE CLINIQUE EN CANCÉROLOGIE PÉDIATRIQUE EN CONTEXTE DE LA COVID-19

Il est important de tenter la poursuite des protocoles pour les enfants déjà inclus dans un essai. Si des déviations liées à la COVID-19 se produisent dans des protocoles, une documentation des déviations spéciales COVID-19 est demandée (voir recommandations du *Children Oncology Group*). Lorsqu'un niveau d'alerte est élevé au sein d'un établissement, les décisions d'inclusion des nouveaux patients doivent être prises selon le jugement clinique d'un comité en tenant compte des trois critères suivants :

- L'intérêt pour le patient et le bénéfice attendu pour celui-ci. Par exemple : certains essais cliniques sont la seule façon pour un patient d'avoir accès à un traitement d'efficacité déjà démontré dans une population adulte;
- L'estimation de la force de travail disponible dans l'équipe de soins et dans l'équipe de recherche clinique au moment de l'inclusion. La quantité de travail nécessaire dans ces équipes en cas d'inclusion à l'essai doit aussi être considérée dans la décision;
- L'importance stratégique de l'essai pour le traitement de la population future.

Dans la mesure du possible, cette décision devrait être prise par des acteurs qui ne sont ni le médecin principal de l'enfant ni l'investigateur principal de l'essai (exemples : chef de service et gestionnaire clinico-administratif clinique et de recherche), après consultation de ceux-ci.

De plus, dans ce contexte, les interventions de recherche nécessitant des visites supplémentaires et non nécessaires pour le plan de traitement du patient devraient être évitées.

Lorsque possible, le télétravail est encouragé pour le personnel de recherche afin d'éviter le nombre de présences dans le centre de cancérologie. La téléconsultation est aussi encouragée pour les intervenants en recherche lorsque la situation le permet.

#### 4) PLAN DE CONTINGENCE

Chacun des établissements offrant des services en oncologie pédiatrique doit avoir un plan de contingence prévoyant la relève du personnel médical et infirmier détenant une expertise spécifique dans ce domaine. Les personnes détenant cette expertise, mais étant attirées à d'autres secteurs, devraient être identifiées au sein des établissements et elles devraient être prêtes à prendre la relève au besoin. Lorsque cela est nécessaire, une formation devrait être offerte à ce personnel pour permettre un transfert rapide si nécessaire. La téléconsultation ou le soutien téléphonique par l'équipe de médecins spécialistes pourraient être utilisés pour soutenir les équipes de pédiatres sur place en cas de besoin.

#### **Document élaboré par :**

Marie-Claude Charette, cogestionnaire clinico-administrative du programme de cancérologie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine)

Michel Duval, hématologue-oncologue, cogestionnaire médical du programme de cancérologie, CHU Sainte-Justine

Anne-Marie Charpentier, radio-oncologue, Centre hospitalier universitaire de Montréal

Anne-Marie Suess, infirmière gestionnaire en hématologie-oncologie et transplantation de cellules souches, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

David Mitchell, hématologue-oncologue, chef médical en oncologie pédiatrique, CUSM

Anne Choquette, infirmière en pratique avancée en hémato-oncologie, CUSM

Rosalie Hudon, infirmière en pratique avancée en hémato-oncologie pédiatrique, CHU de Québec – Université Laval (CHU de Québec – UL)

Bruno Michon, hématologue-oncologue, chef médical en oncologie pédiatrique, CHU de Québec – UL

Josée Brossard, hématologue-oncologue, cheffe médicale du service d'hémo-oncologie pédiatrique, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Josée Dion, coordonnatrice du service de cancérologie, CHUS

Jean-Benoît Bouchard, pédiatre-oncologue, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Valérie Faucher, coordonnatrice en oncologie, soins palliatifs et de fin de vie, CRDS et GACO, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Josée Beaudet, conseillère en soins infirmiers en oncologie, PQC, MSSS