



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



REUNION REGIONALE COVID ET CANCER

RENNES 17 09 2021
DR Thierry LEVY- ARS Bretagne DAH
Marion Prestavoine – ARS Bretagne DAH



Ordre du jour

- Table ronde – Impact de la pandémie covid sur la prise en charge des patients en oncologie digestive : dépistage, endoscopies...Pr Michel Robaszekiewicz (CHU de Brest, Président du centre régional de coordination de dépistage des cancers), DR Stéphane Quesnot (CHU de Brest), Dr Karine Bideau (Centre Hospitalier de Cornouaille).
- Impact de la crise Covid sur l'activité d'oncologie urologique. Dr Jeddi (Polyclinique du Trégor).
- L'activité de l'IPA en hématologie. Mme Laurianne James (CHU de Rennes).
- Etude sur l'acceptabilité du sujet âgé porteur de cancer et la tolérance à la vaccination anti-Covid 19 dans la région Bretagne. Mme Delphine Deniel-Lagadec (UCOG)
- Questions diverses : anticorps monoclonaux anti-S .

A hand holding a camera lens, symbolizing focus and precision.

COVID 19 et Cancers digestifs

COMITE REGIONAL COVID et CANCER
ARS Bretagne 17 Septembre 2021

Plan de la présentation

- COVID 19 et activité d'endoscopie digestive
- COVID 19 et dépistage organisé du cancer colorectal
- COVID 19 et activité de cancérologie digestive
- COVID 19 et réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie digestive

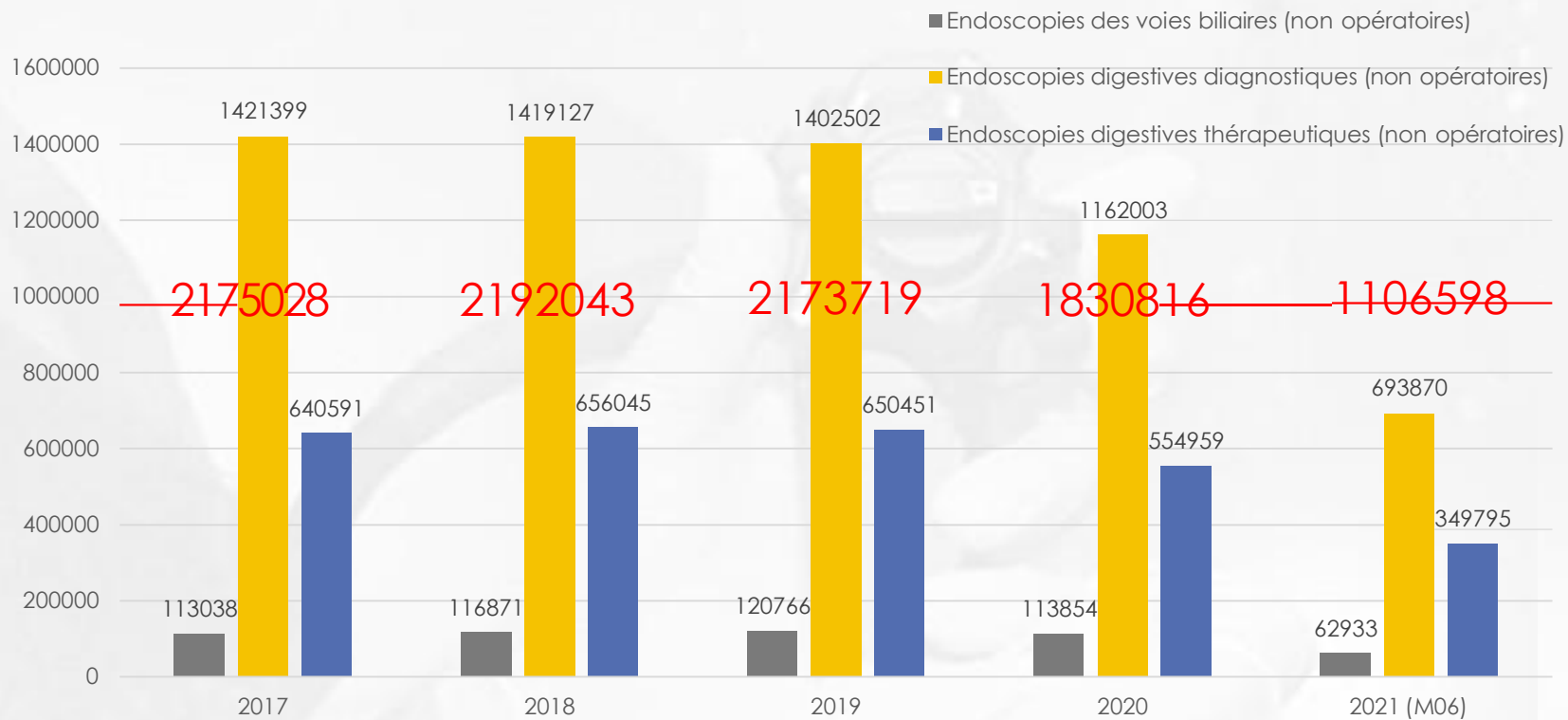
- Remerciements:
 - DIM du CHU de Brest : Dr Stéphane QUESNOT, Dr Lorenn BELLAMY, M Guillaume PRESSIAT
 - DIM du CHIC :
 - CRCDC Bretagne : Dr Martine DENIS, Dr Josiane BROUSSE POTOCKI, M Samuel FOUCRIT
 - Oncobretagne : Dr Morgane KERMARREC, Mme Claire NORMAND, M Samuel PHELIPPOT

A person wearing a white lab coat is holding a flexible endoscope. The endoscope is a long, thin, flexible tube with a camera at the tip. The person's hands are visible, holding the handle of the endoscope. The background is a plain, light-colored wall.

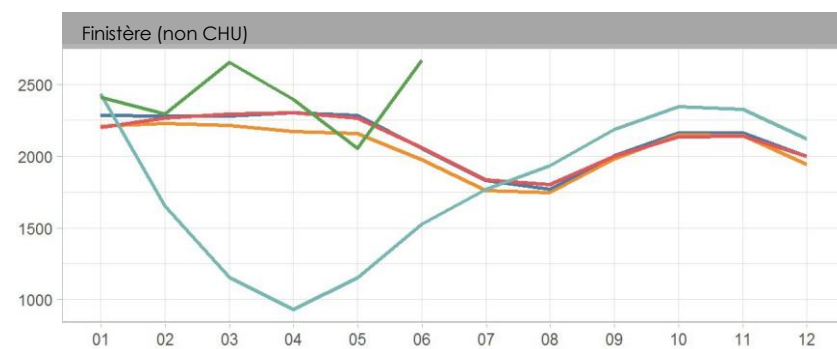
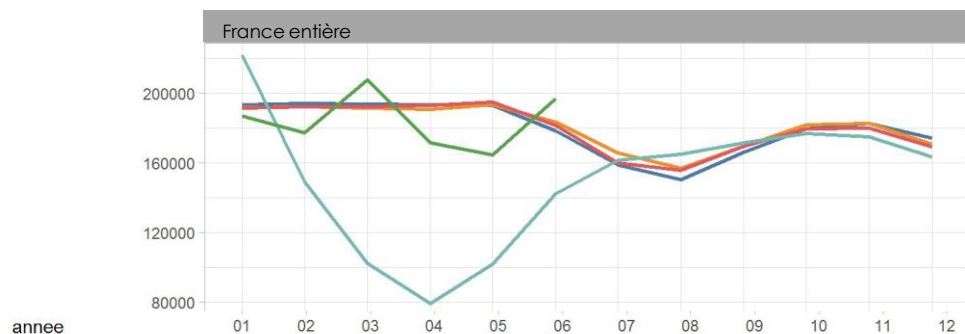
COVID 19 ET ACTIVITE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

Volume d'activité d'endoscopie digestive (France entière)*

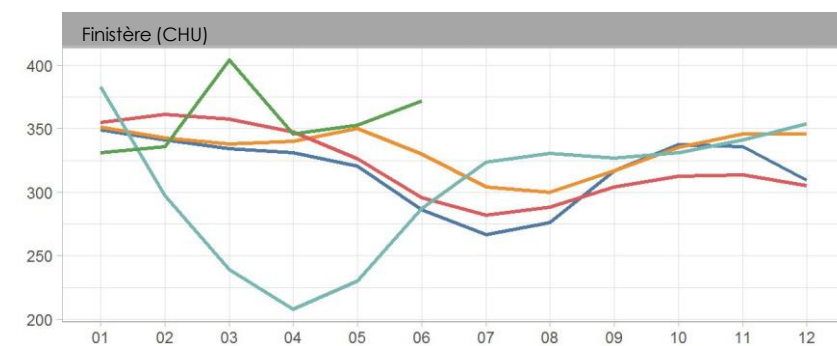
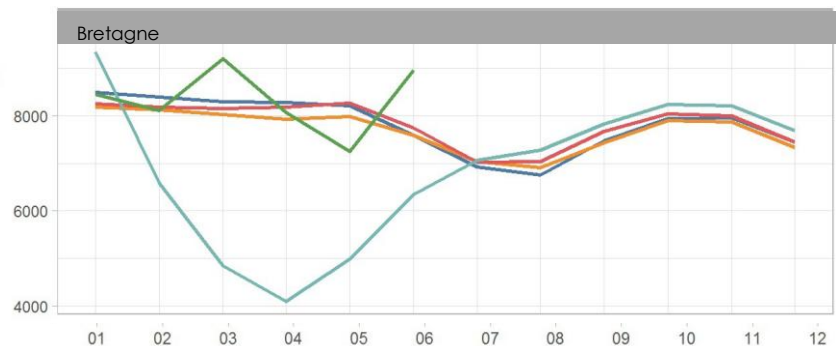
* Nombre de séjours comportant un acte d'endoscopie digestive



Evolution de l'activité mensuelle d'endoscopie digestive



annee
 — 2017
 — 2018
 — 2019
 — 2020
 — 2021 (M06)



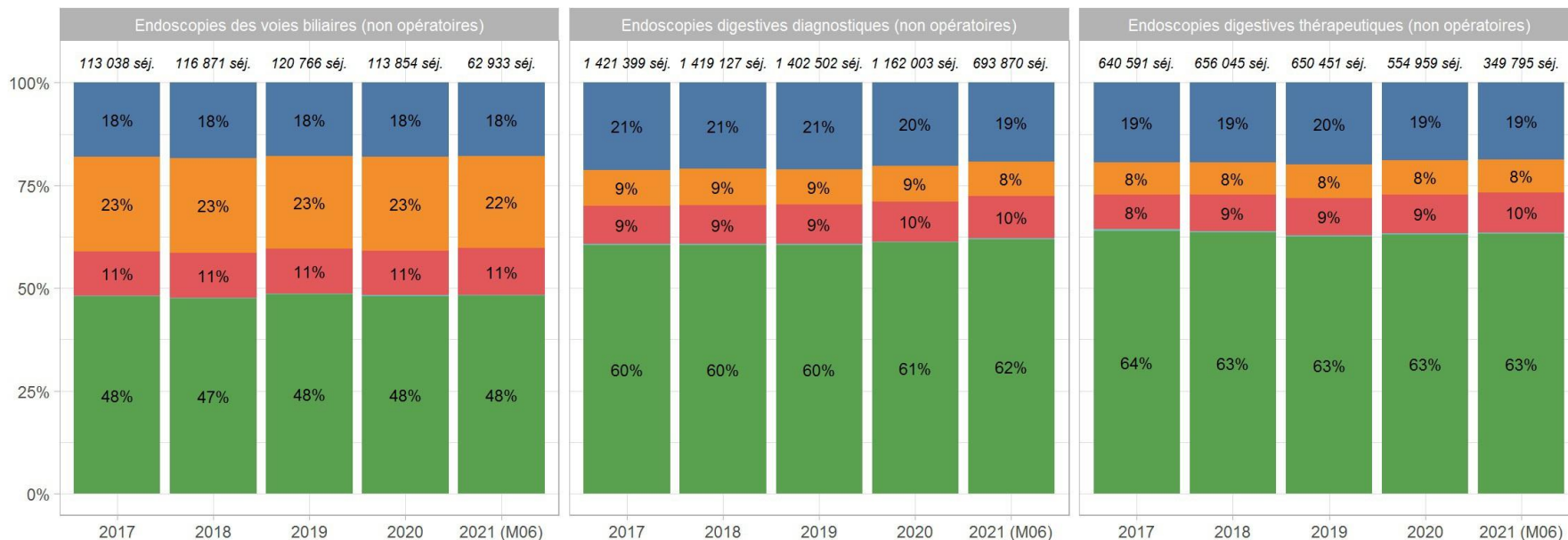
Source : base nationale ATIH

Parts d'activité (France entière)

Parts d'activités nationales par type de prise en charge et statut d'établissement

Source : base nationale ATIH

CH CHU ESPIC HIA Prive

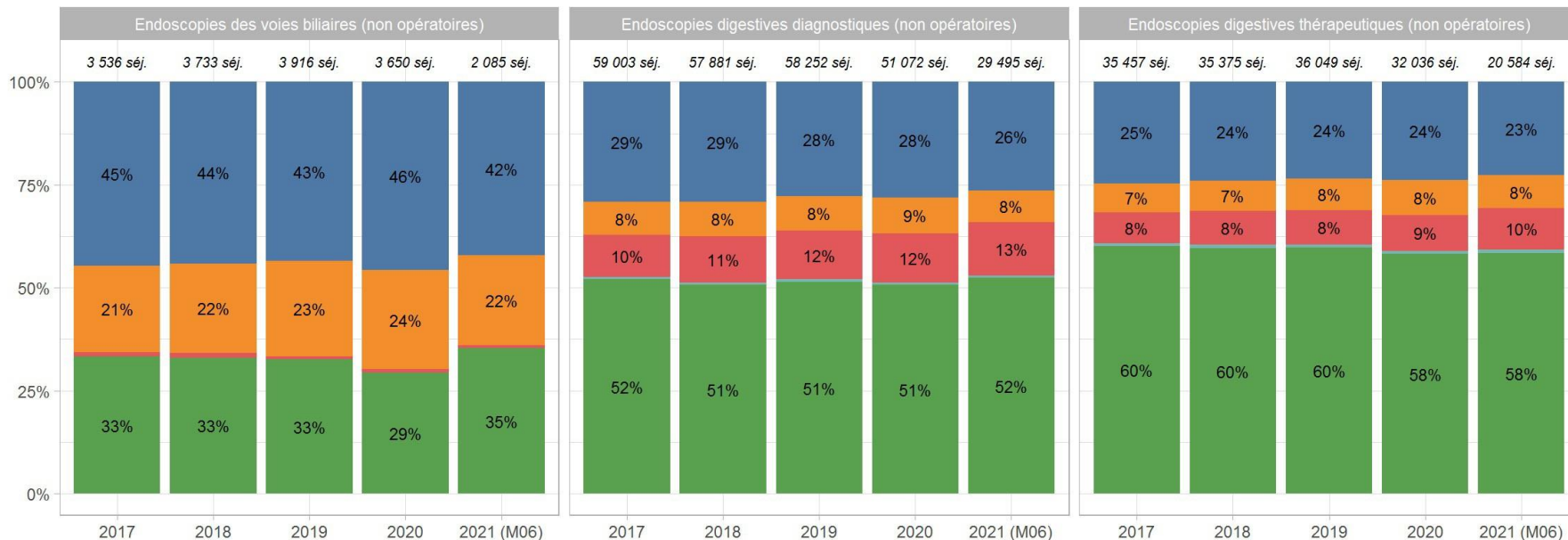


Parts d'activité (Bretagne)

Parts d'activités en 53 - Bretagne par type de prise en charge et statut d'établissement

Source : base nationale ATIH

CH CHU ESPIC HIA Prive

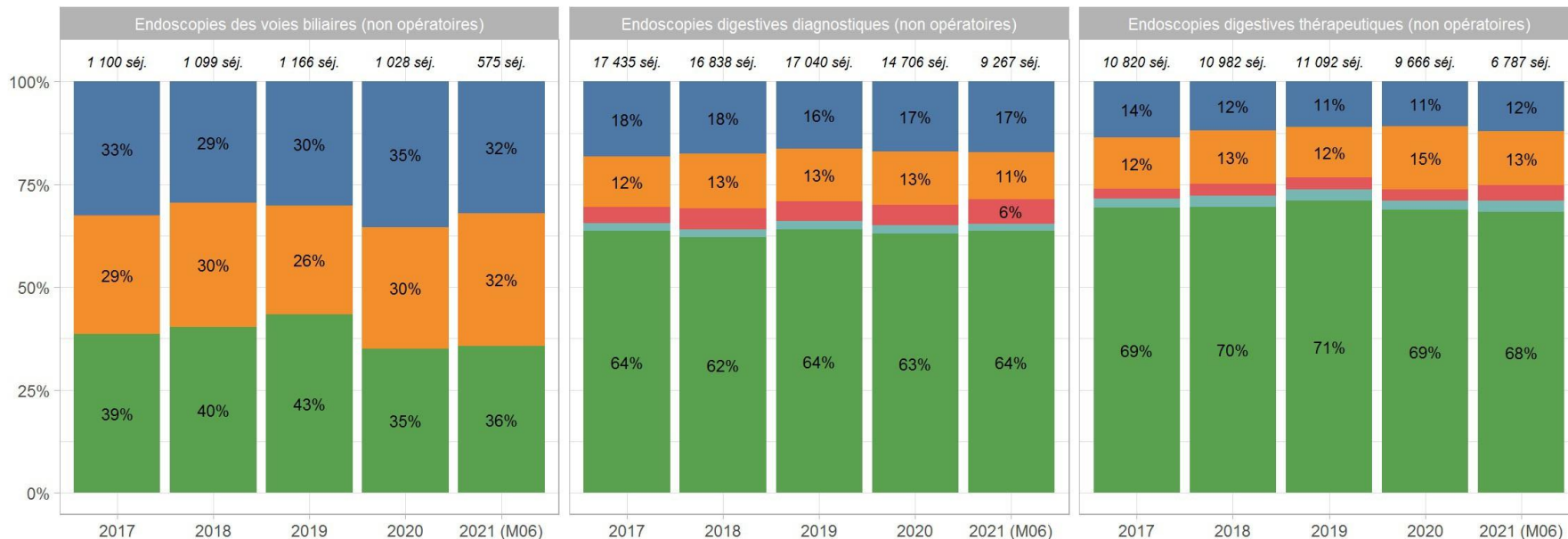


Parts d'activité (Finistère)

Parts d'activités en 29 - Finistère par type de prise en charge et statut d'établissement

Source : base nationale ATIH

CH CHU ESPIC HIA Prive



Quel est l'impact de la pandémie de COVID 19 sur l'activité de chirurgie du CCR ?

Surgery 169 (2021) 991–993



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Surgery

journal homepage: www.elsevier.com/locate/surg



Invited Commentary

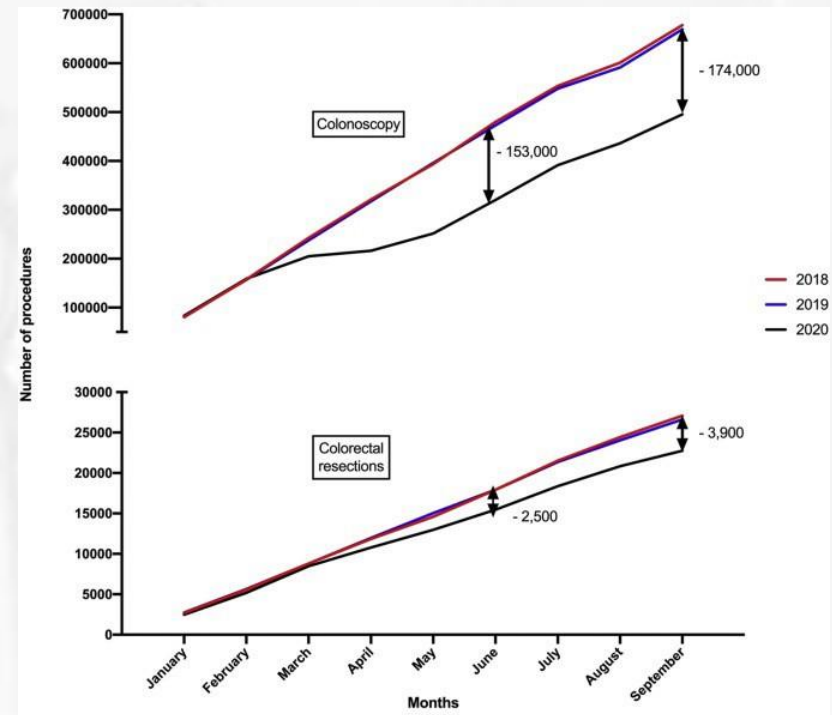
Colorectal screening: We have not caught up. A surge of colorectal cancer after the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic?



* Dépistage colorectal : Nous n'avons pas rattrapé notre retard. Une recrudescence des cancers colorectaux après la pandémie de coronavirus 2019 (COVID-19) ?

Quel est l'impact de la pandémie de COVID 19 sur l'activité de chirurgie du CCR ?

- Extraction de la base du SNDS de tous les séjours associés à un acte de coloscopie ou de résection de cancer colorectal de janvier 2020 à octobre 2020
- Comparaisons aux données de 2018 et 2019



Quel est l'impact de la pandémie de COVID 19 sur l'activité de chirurgie du CCR ?

	2019 Total n (%)	Prelockdown n (%)	2020 Lockdown n (%)	Postlockdown n (%)	2020 Total n (%)	Percent of decrease
Colonoscopy						
n	669,065	199,025	23,705	270,228	492,958	26.3
Colorectal cancer	12,282 (1.8)	3,536 (1.8)	1,448 (6.1)	5,601 (2.1)	10,585 (2.1)	13.8 ←
Polyposis	7,864 (1.2)	2,435 (1.2)	251 (1.1)	3,124 (1.2)	5,810 (1.2)	26.1
Familial history of colorectal cancer	71,750 (10.7)	21,575 (10.8)	645 (2.7)	24,988 (9.3)	47,208 (9.6)	34.2 ←
Rectal bleeding	25,347 (3.8)	7,705 (3.9)	1,608 (6.8)	10,717 (4.0)	20,030 (4.1)	21
Anemia	12,769 (1.9)	3,520 (1.8)	976 (4.1)	5,694 (2.1)	10,190 (2.1)	20.2
Diverticulosis	80,551 (12.0)	24,168 (12.1)	2,289 (9.7)	32,839 (12.2)	59,296 (12.0)	26.4
Colorectal resection						
n	24,101	6,548	4,081	9,218	19,847	17.7
Elective	21187 (87.9)	5768 (88.1)	3,520 (86.3)	7,923 (86.0)	17,211 (86.7)	18.8 ←
Emergency	2,914 (12.1)	780 (11.9)	561 (13.7)	1,295 (14.0)	2,636 (13.3)	9.5

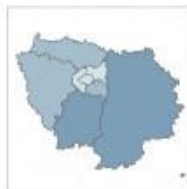
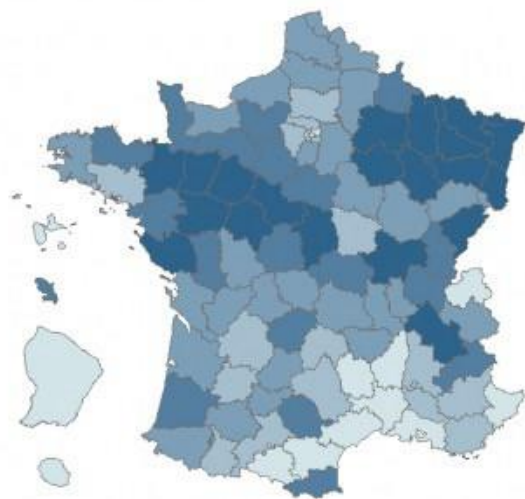
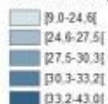
A person in a white lab coat and mask is using a colonoscopy instrument. The person is wearing a white lab coat and a white face mask. They are holding a long, flexible tube with a camera at the end, which is used for colonoscopy. The background is a plain, light-colored wall.

COVID 19 ET DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL

Taux de participation au DOCCR 2019-2020 données nationales

Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal Période 2019-2020 Taux standardisés* de participation - population éligible, par département

Taux de participation standardisés (%)



Taux de participation national - population éligible : 28,9 %

Les classes ont été définies par rapport au taux de participation national standardisé 2019-2020 :

- plus de 15 % inférieur au niveau national
- de 5 à 15 % en-dessous du niveau national
- comparable au niveau national (+/- 5 %)
- de 5 à 15 % au-dessus du niveau national
- plus de 15 % supérieur au niveau national

* Standardisés sur la population française Insee 2009 des 50-74 ans (Projections de population Ompire 2007-2042, scénario central)

Source : IGSN (GeoFLAIR), 2014
© Santé publique France, 01/03/2021
Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee

2019-2020	Taux de participation - population éligible standardisé (%)
France entière	28,9
Bretagne	31,7
. Côtes-d'Armor	31,5
. Finistère	28,0
. Ille-et-Vilaine	39,5
. Morbihan	27,4

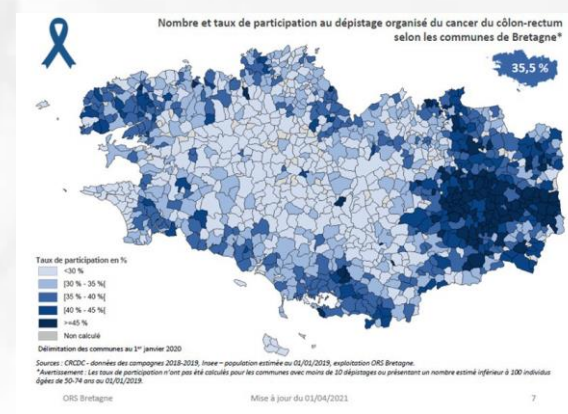
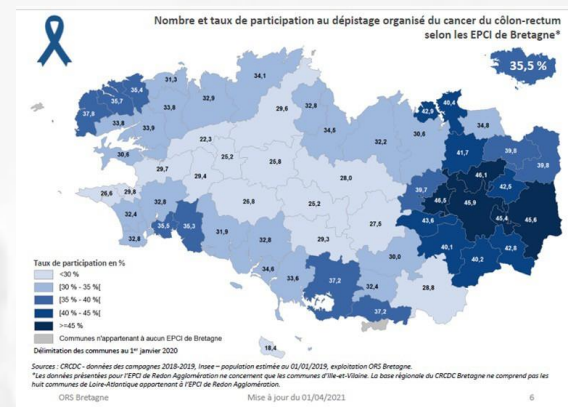
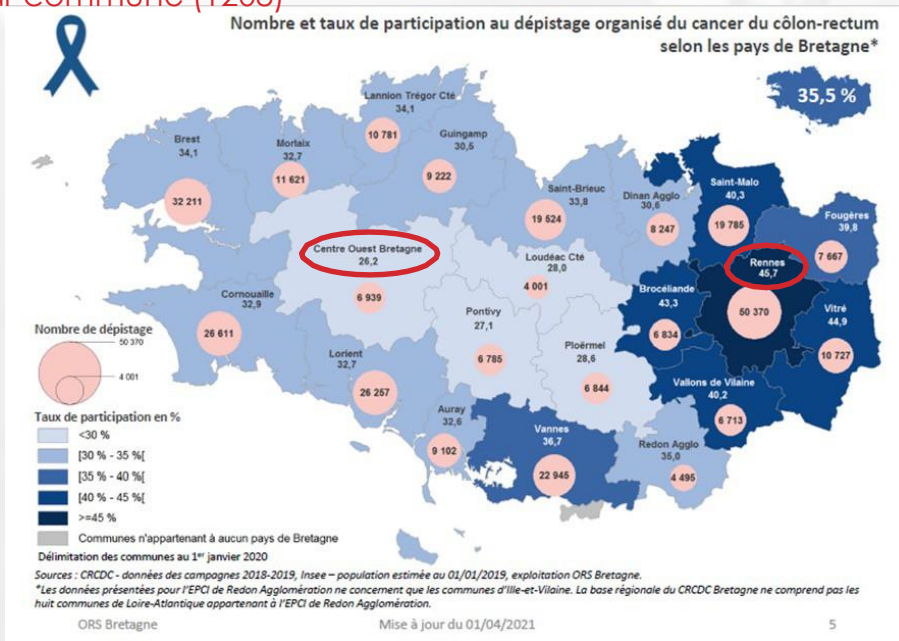
Comparaison aux données nationales 2018-2019

Taux de participation :
Bretagne (35,5%) - France (30,5%)

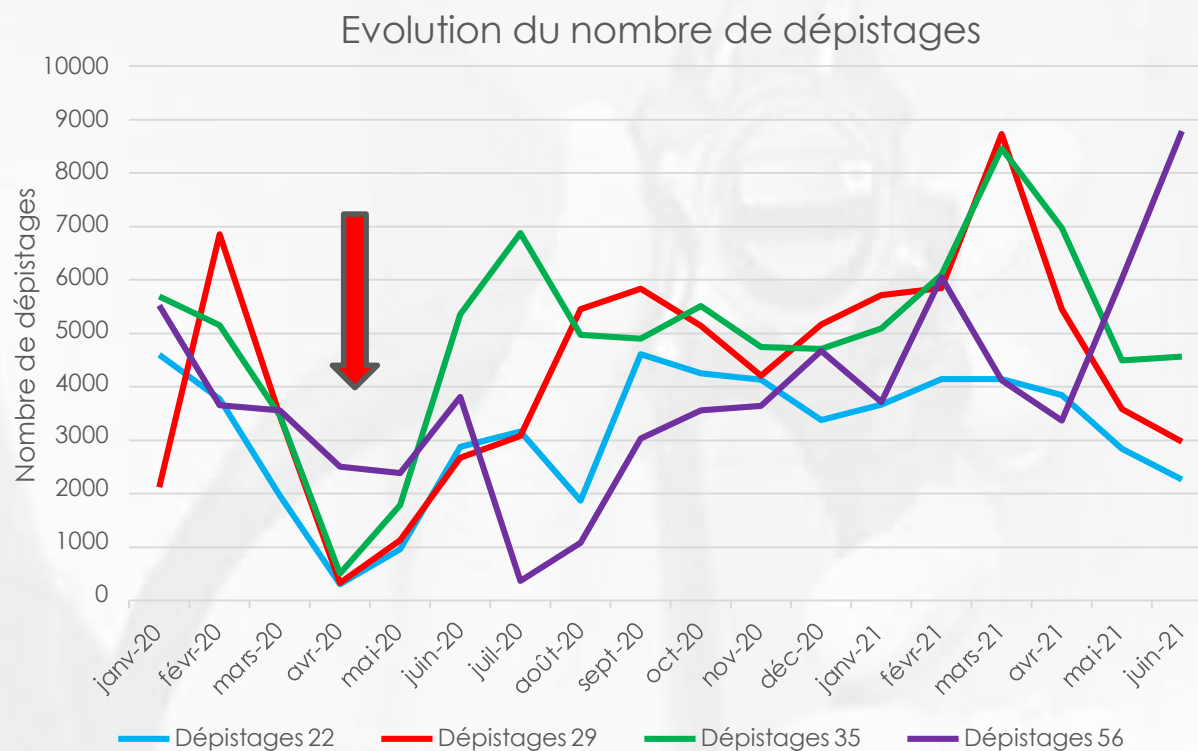
Disparités territoriales de la participation au DOCCR

- Participation DOCCR 2018-2019

- Par pays (21)
- Par établissements publics de coopération intercommunale EPCI (59)
- Par commune (1208)



Evolution mensuelle des dépistages par département breton en 2020 et sur le 1er semestre 2021

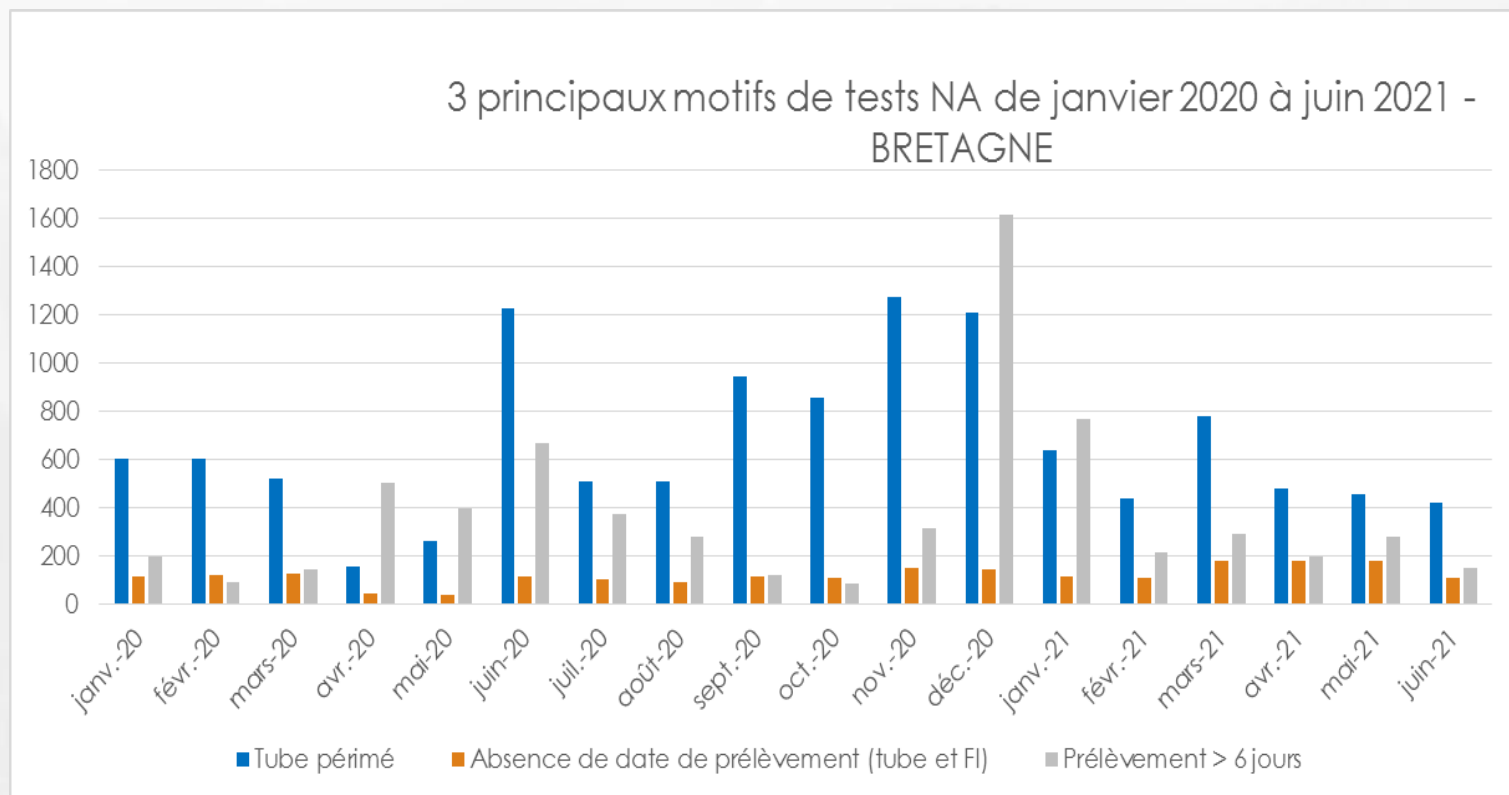


Taux de positifs et de non analysable

Année 2020	22	29	35	56	Bretagne
Dépistages	34376	42885	51166	34382	162809
Dépistages Positifs	1093	1287	1513	1101	4994
Dépistages NA d'emblée	2947	4769	4831	3233	15780
Dépistages NA (au final)	1654	2431	2597	1755	8437
Taux de dépistages positifs	3,18%	3,00%	2,96%	3,20%	3,07%
Taux de dépistages NA (au final)	4,81%	5,67%	5,08%	5,10%	5,18%
janvier à juin 2021	22	29	35	56	Bretagne
Dépistages	14176	16224	21456	13227	65083
Dépistages Positifs	464	488	645	395	1992
Dépistages NA d'emblée	1114	2049	1914	1227	6304
Dépistages NA (au final)	852	1757	1502	953	5064
Taux de dépistages positifs	3,27%	3,01%	3,01%	2,99%	3,06%
Taux de dépistages NA (au final)	6,01%	10,83%	7,00%	7,20%	7,78%

- Taux de positifs 3‰ conforme
- Taux de non analysables 5,2 % - en augmentation (3,1% en 2019)
- Sur 2018-2019 : 30% des personnes ayant eu un test NA n'ont pas refait leur test ou ont eu à nouveau un test NA
- chiffres provisoires

Tests non analysables



Suivi des tests positifs en 2020

Année 2020	22	29	35	56	Bretagne
Dépistages Positifs	1093	1287	1513	1101	4994
Nombre de coloscopies totales	696	1036	1121	557	3410
Dont coloscopies complètes « renseignées »	666	996	892	497	3051
<i>Proportion de coloscopies complètes « renseignées » parmi les coloscopies totales</i>	95,7%	96,1%	79,6%	89,2%	89,5%
<i>Taux d'exploration instantanée (Coloscopie / dépistage positif)</i>	63,7%	80,5%	74,1%	50,6%	68,3%

Taux d'exploration plus faible en 2020 (mais encore provisoire: moins de recul)

Année 2018-2019	22	29	35	56	Bretagne
Dépistages Positifs	2 012	2 620	3 376	2 469	10 477
Nombre de coloscopies totales	1 777	2 425	2 907	2 145	9 254
Dont coloscopies complètes « renseignées »	1 680	2 345	2 725	1 995	8 745
<i>Proportion de coloscopies complètes « renseignées » parmi les coloscopies totales</i>	94,5%	96,7%	93,7%	93,0%	94,5%
<i>Taux d'exploration (Coloscopie / dépistage positif)</i>	88,3%	92,6%	86,1%	86,9%	88,3%

Délai de réalisation des coloscopies

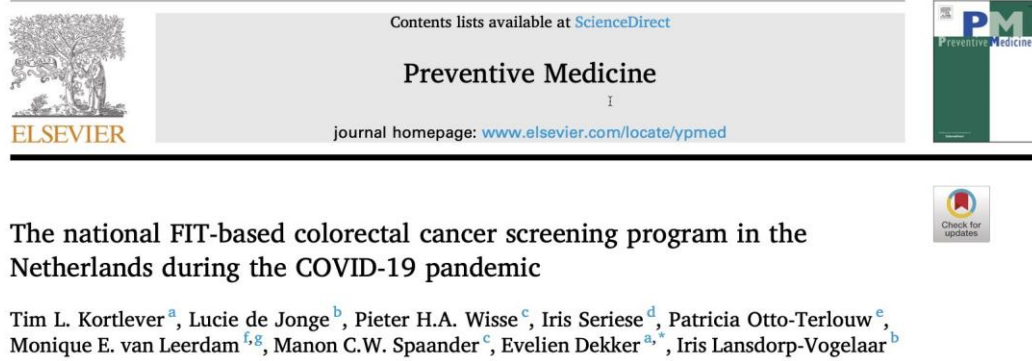
Année 2020	Délai entre envoi de courrier patient et coloscopie / département (en jours)			
	22	29	35	56
Médiane	80	67	57	52
Moyenne	92	84	70	62

- Peu de différences de délai avec 2018-2019
- Mais les coloscopies les plus tardives ne sont pas toutes enregistrées à ce jour

Années 2018-2019	Délai entre envoi de courrier patient et coloscopie/département (en jours)			
	22	29	35	56
Médiane	88	69	62	56
Moyenne	104	89	76	69

Covid-19 et dépistage du cancer colorectal

- Prev Med 2021 Oct;151:106643 doi: 10.1016/j.ypmed.2021.106643. Epub 2021 Jun 30



- Objectifs : évaluer l'impact à court terme de la suspension du programme néerlandais de dépistage du CCR lors de la première vague de COVID-19
 - capacité de dépistage participation au FIT
 - coloscopie de suivi
 - intervalles de dépistage, délai entre le TIF et la coloscopie,
 - taux de détection du CCR et des néoplasies avancées

Covid 19 et dépistage du cancer colorectal

- Dépistage du CCR aux Pays-Bas
 - Population éligible : 55-75 ans

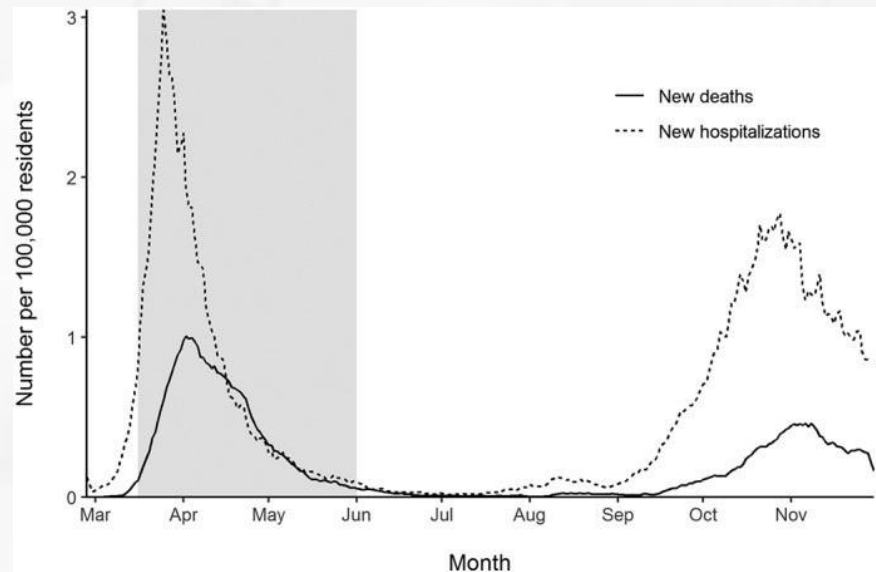
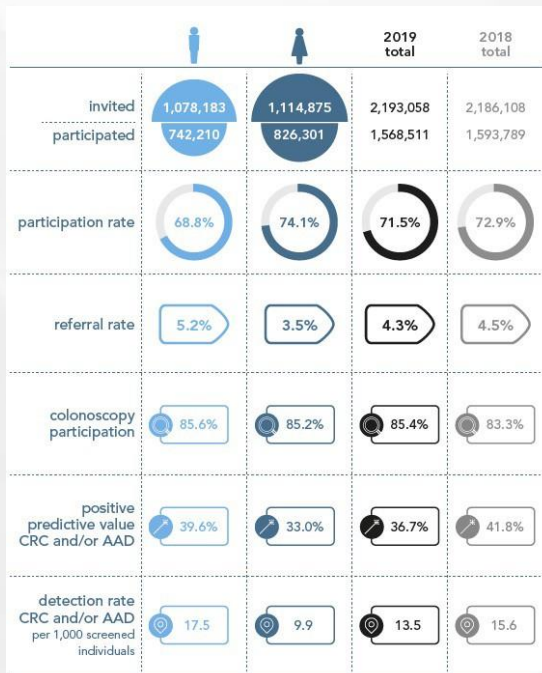
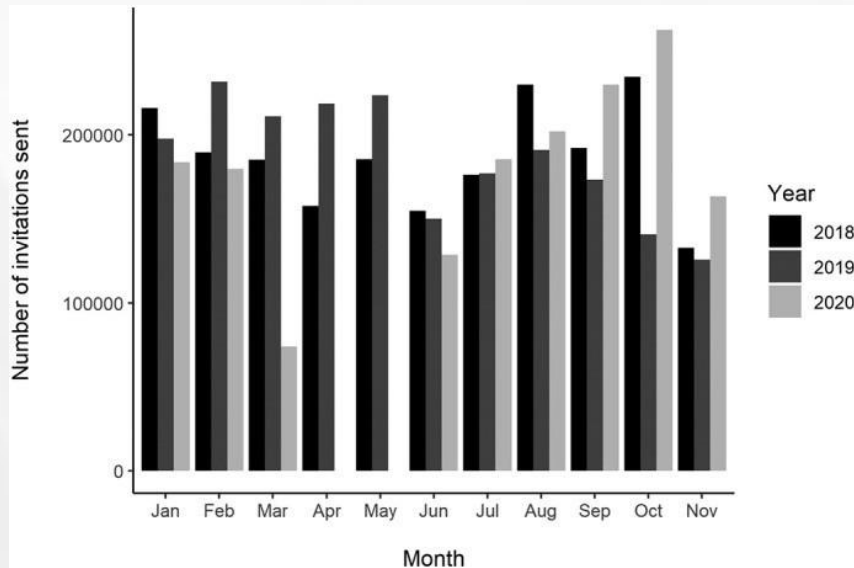


Fig. 1. 5-day rolling averages of daily new hospitalizations and deaths per 100,000 residents in de Netherlands due to COVID-19 in 2020. The grey area highlights the period in which the Dutch CRC screening program suspended the dispatch of FIT invitations

Covid-19 et dépistage du cancer colorectal



- Diminution du nombre d'invitations dès janvier 2020
- Rattrapage à partir de septembre 2020
- Le nombre total d'invitations adressées entre mars et novembre 2020 était 23,5% plus bas que celui de 2018 et 2019 (383,311 invitations en moins)

Fig. 3 Monthly number of invitations for FIT screening sent in the Dutch CRC screening program in 2018, 2019, and 2020.

Covid-19 et dépistage du cancer colorectal

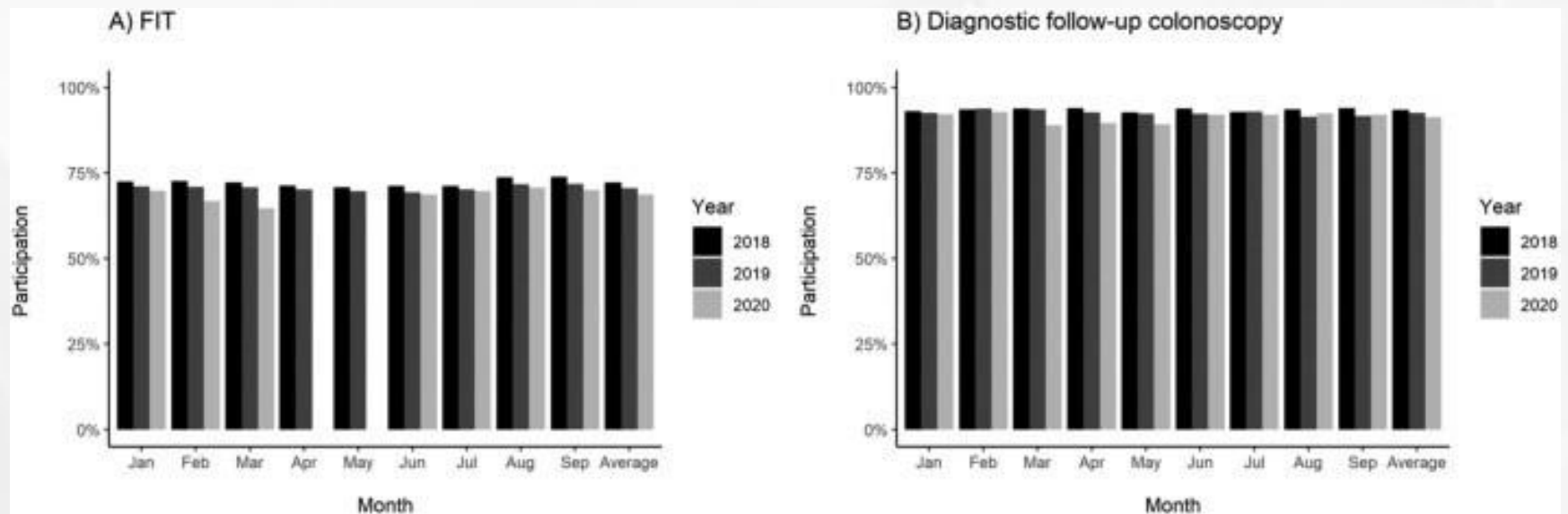


Fig. 4 Monthly participation to FIT (A) and diagnostic follow-up (B) screening in the Dutch CRC screening program in 2018, 2019 and 2020

Covid-19 et dépistage du cancer colorectal

- Nombre de néoplasies avancées 31,2% inférieur au nombre attendu
 - 5500 individus avec néoplasie avancée
 - dont 800 CCR
- Estimation que 21,4 % sont liés à la diminution du nombre d'invitations

Table 3

Number of CRC, AA, and AN diagnoses and PPV (%) from January 1 to November 30 for 2018, 2019, and 2020.

	2018	2019	2020
CRC	3681 (6.4%)	3004 (5.7%)	1770 (5.0%)
AA	19,397 (33.8%)	16,004 (30.2%)	10,232 (28.7%)
AN	23,078 (40.3%)	19,008 (35.9%)	12,002 (33.7%)

Abbreviations: CRC, colorectal cancer; AA, advanced adenomas; AN, advanced neoplasia; PPV, positive predicted value.

La suspension du programme de dépistage du CCR aux Pays-Bas liée au COVID-19 a entraîné un important arriéré de personnes qui devaient subir un dépistage et une baisse de 31,2 % du nombre de néoplasies avancées détectées par le dépistage.

Cependant, après la reprise du dépistage, la participation au FIT est restée élevée et une partie de l'arriéré a pu être résorbée.

Le délai médian médian entre deux invitations consécutives au test FIT en raison de la suspension était relativement court et le délai avant la coloscopie n'a pas augmenté.

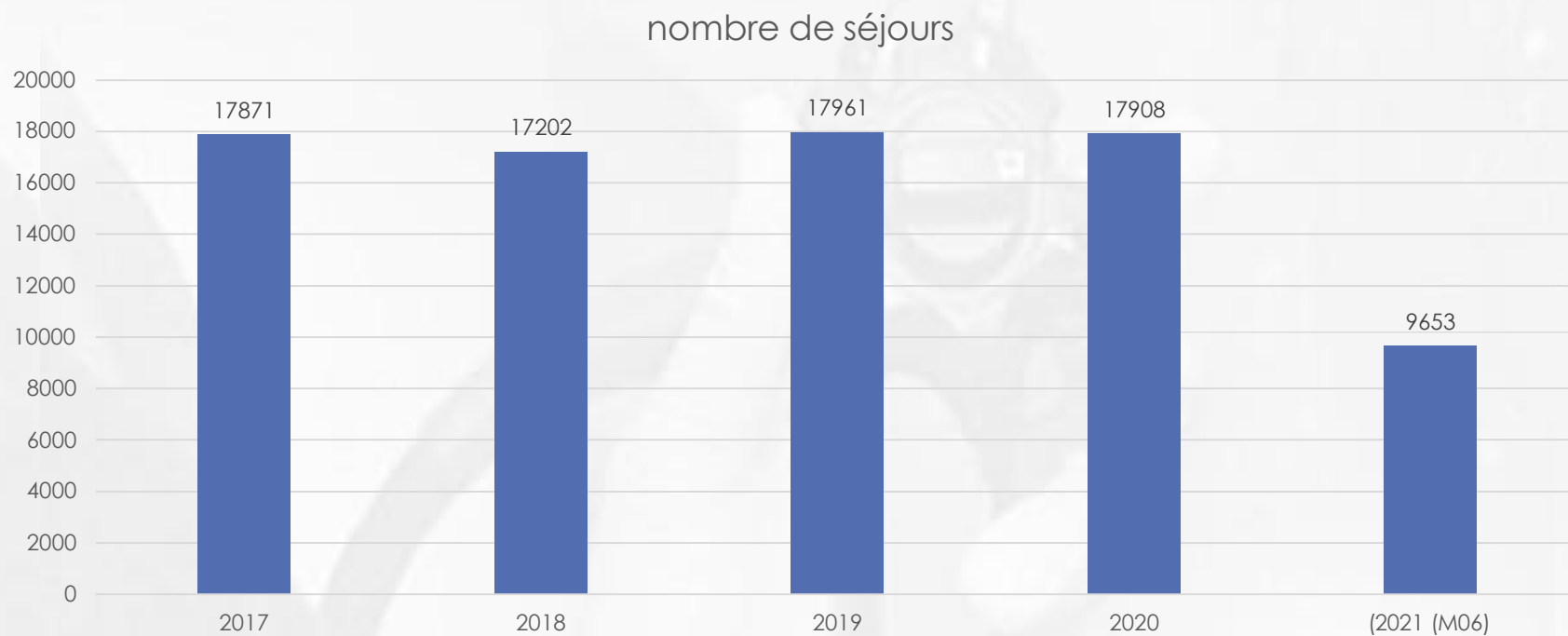
Extrapolation des données néerlandaises à la France

- Population cible du DOCCR
 - Pays-Bas : 2,2 millions
 - France : 19 millions
- Taux de participation au DOCCR
 - Pays-Bas : 70 %
 - France : 30 %
- Nombre de néoplasies avancées 31,2% inférieur au nombre attendu
 - Pays Bas : 5500 individus avec néoplasie avancée dont 800 CCR
 - **France : 20000 individus avec néoplasie avancée dont 3000 CCR**

A person wearing a white lab coat is holding a medical device, likely a laparoscope, in a clinical setting. The device has a camera lens and various controls. The background is a blurred hospital room with a window and some equipment.

ACTIVITE DE CANCEROLOGIE DIGESTIVE

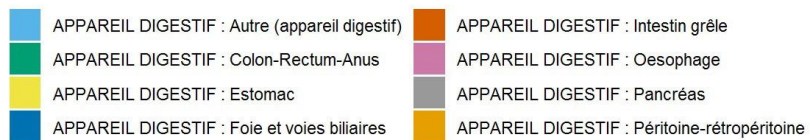
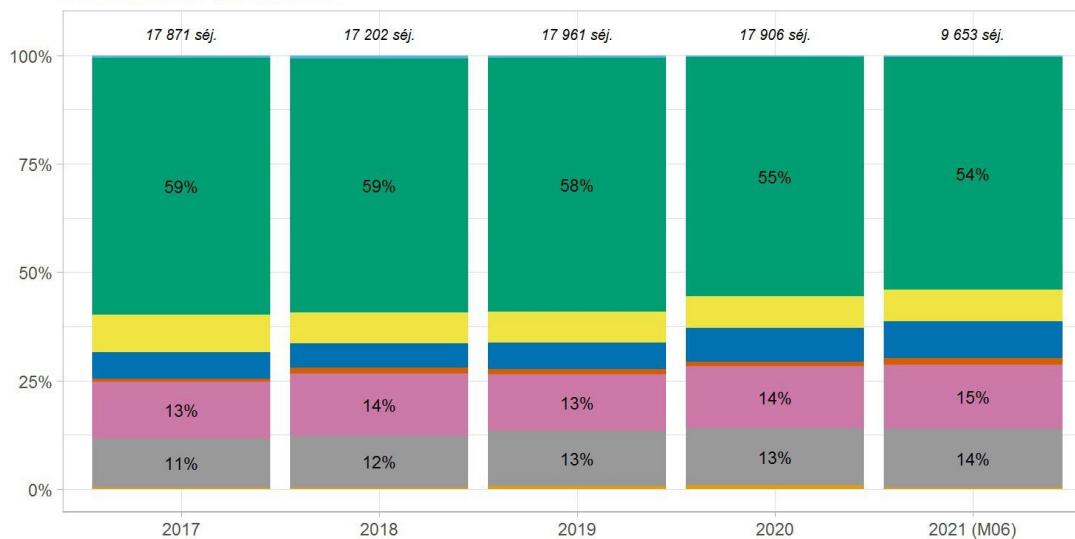
Nombre de séjours pour cancers digestifs (Finistère)



Parts d'activité par types de cancers digestifs (Finistère)

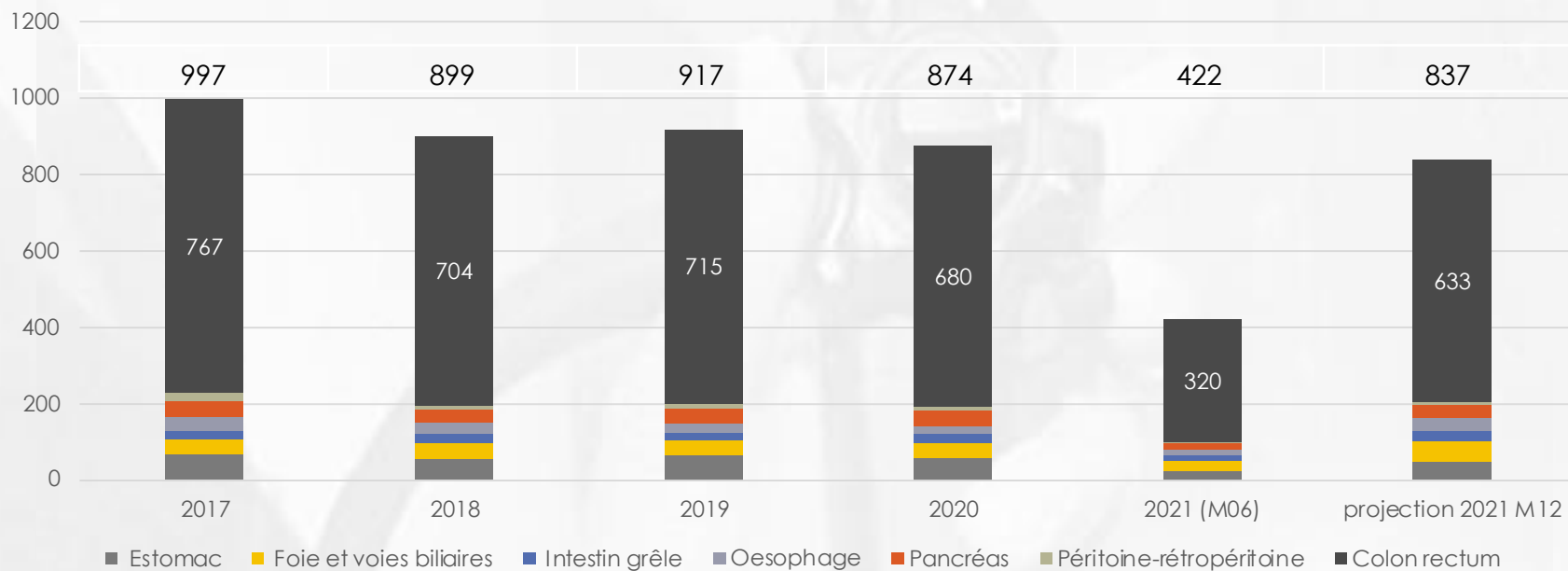
Parts d'activités en 29 - Finistère par type de cancer digestif

Source : base nationale ATIH

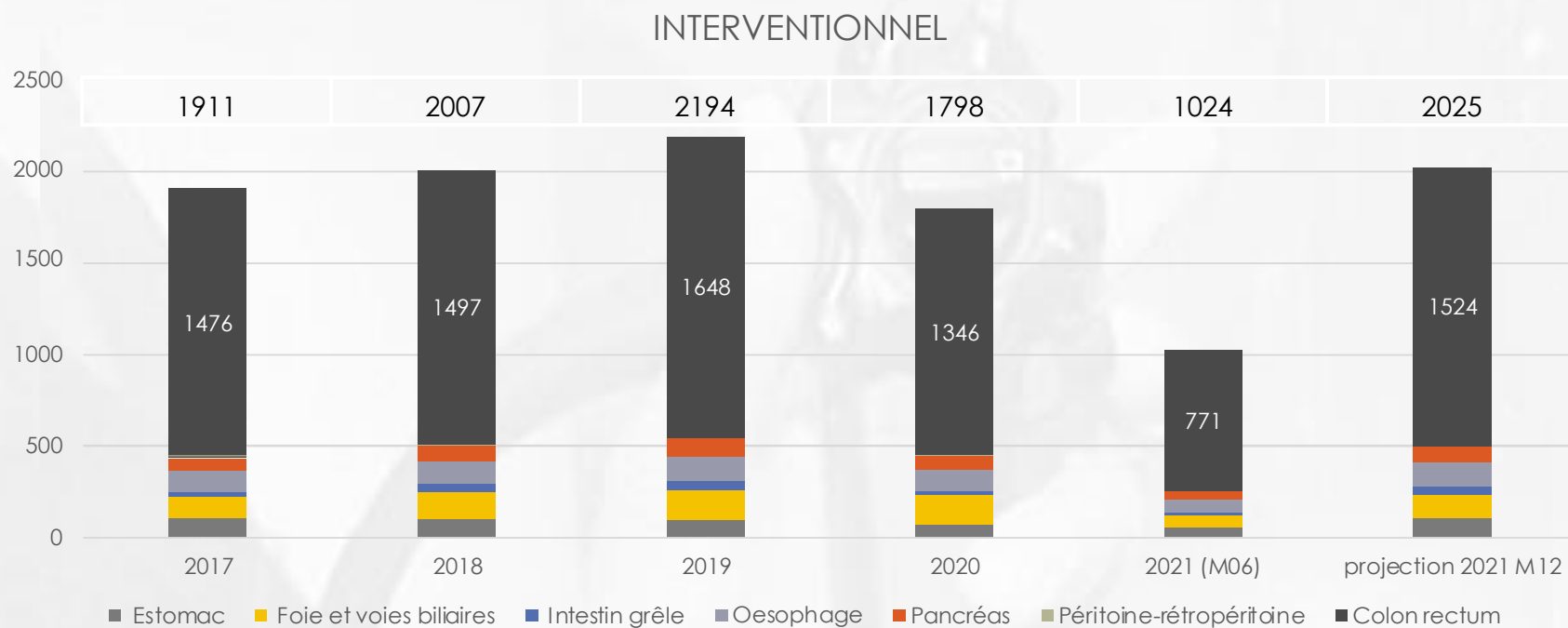


Activité de chirurgie oncologique digestive (Finistère)

CHIRURGIE

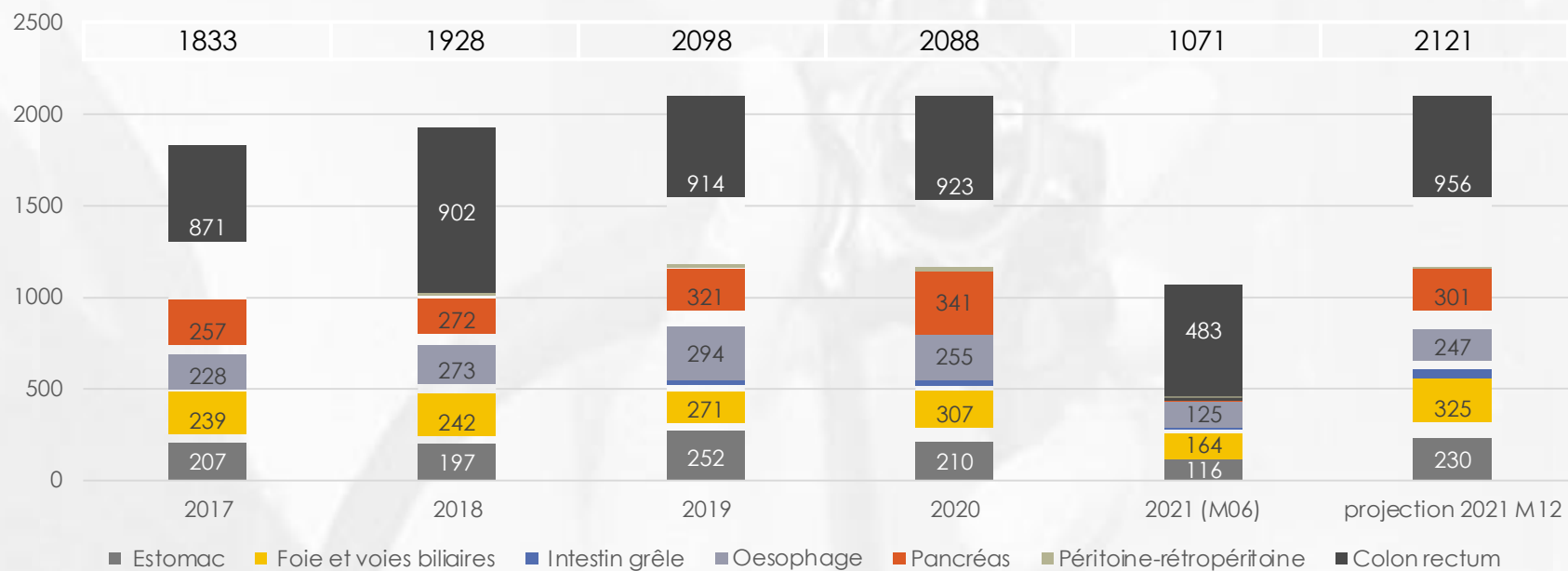


Activité oncologique interventionnelle (Finistère)



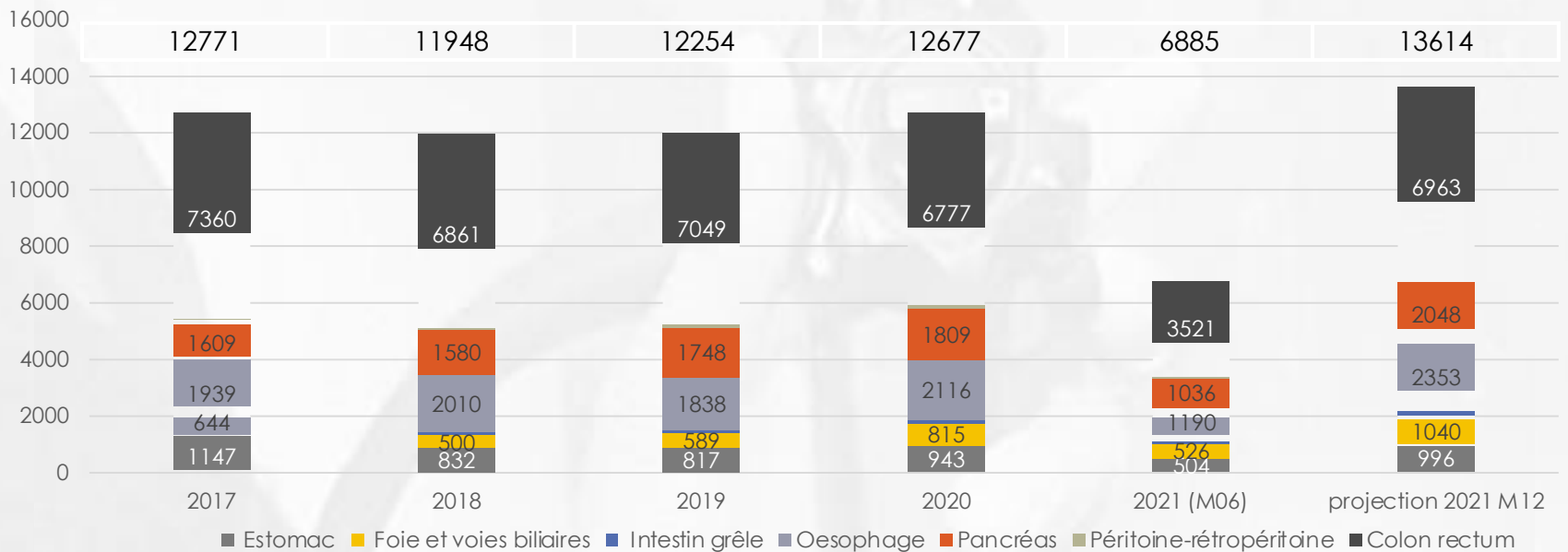
Activité oncologique médecine (Finistère)

MEDECINE

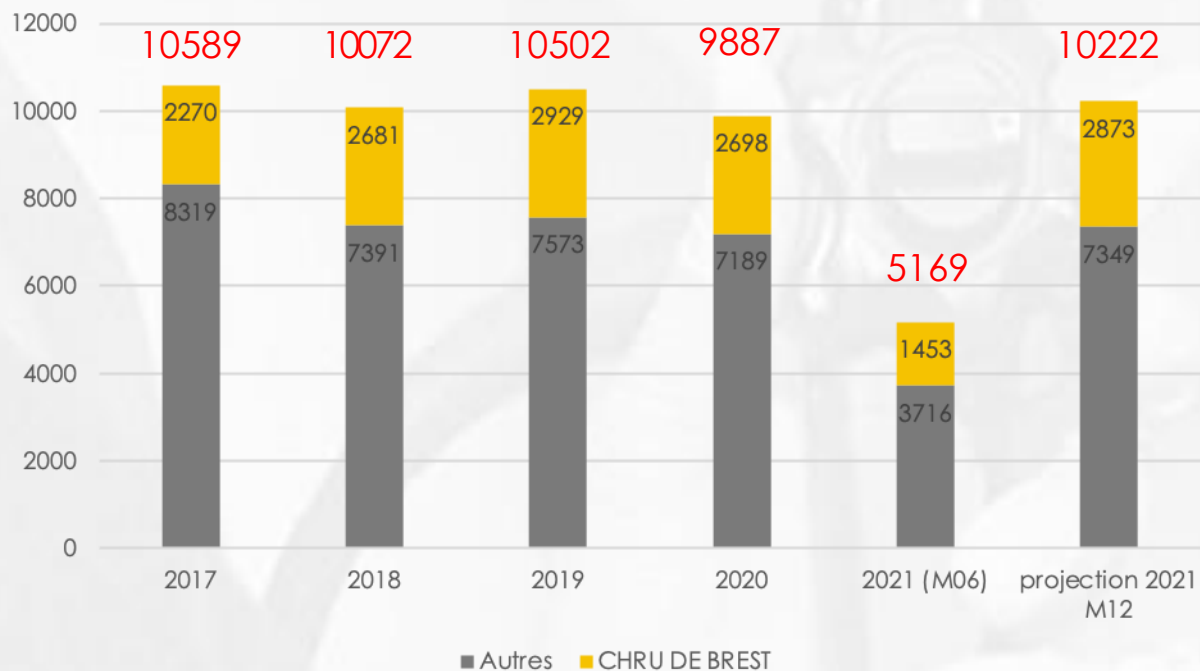


Activité oncologique séances (Finistère)

SEANCES



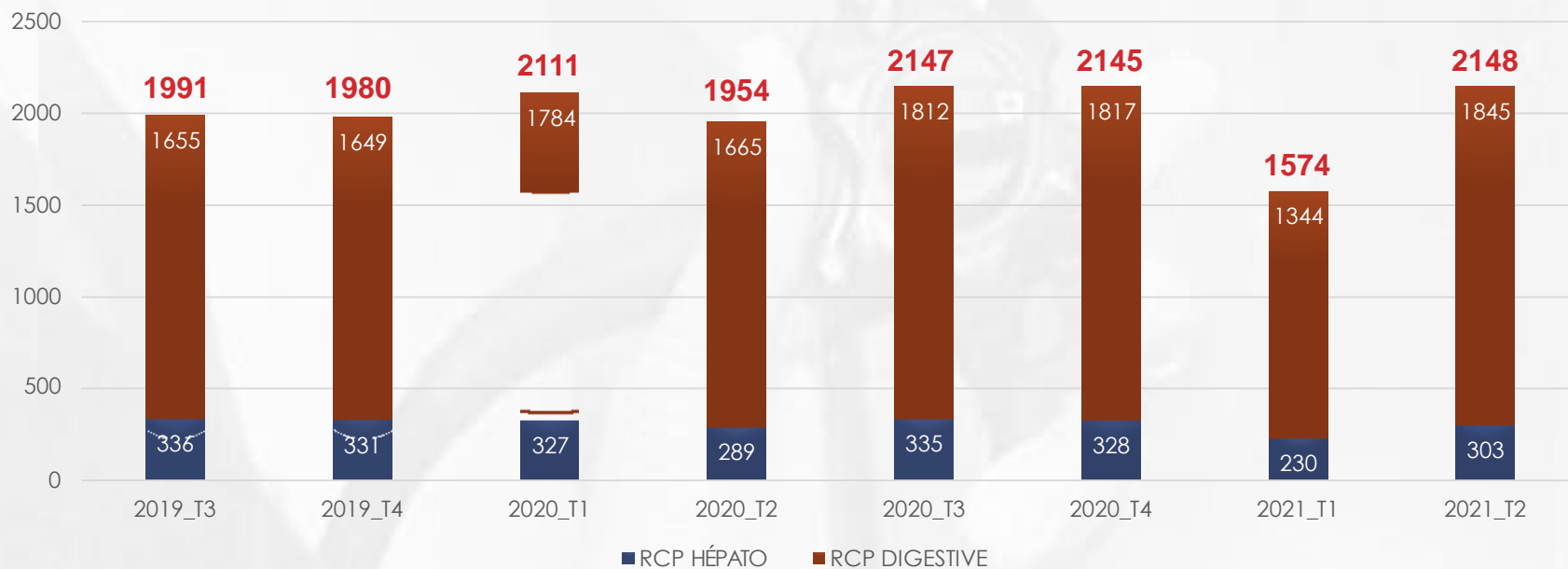
Nombre de séjours pour cancers colorectaux (Finistère)



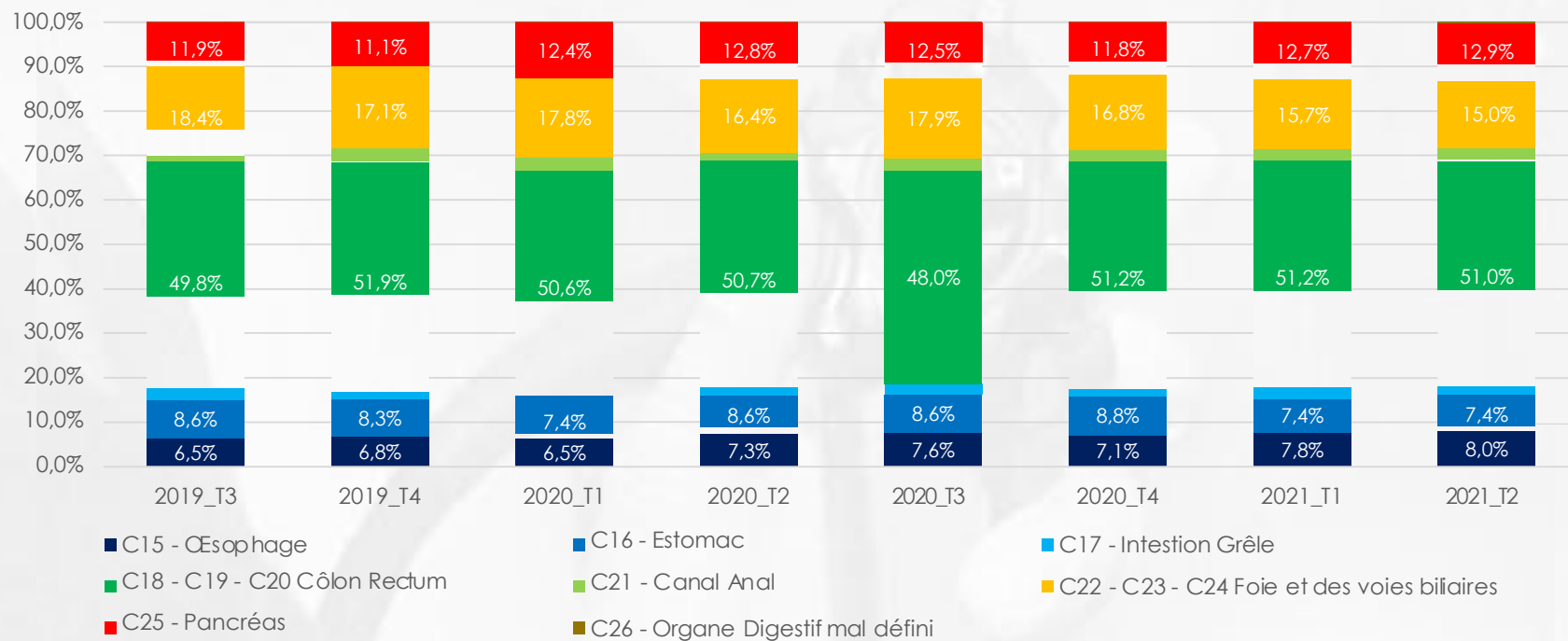
delta 2020/2019
- 615 séjours (- 5,9%)

Activité des RCP d'oncologie digestive

Nombre de dossiers présentés en RCP (Bretagne)



Activité des RCP d'oncologie digestive



Quel sera l'impact du confinement sur le retard de prise en charge du CCR en France ?

JAMA
Network | **Open**[™]

JAMA Netw Open 2021 Sep 1;4(9):e2124483.
doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.24483.



Original Investigation | Oncology

Association of COVID-19 Lockdown With the Tumor Burden in Patients With Newly Diagnosed Metastatic Colorectal Cancer

Alain R. Thierry, PhD; Brice Pastor, PhD; Ekaterina Pisareva, MD, PhD; Francois Ghiringhelli, MD, PhD; Olivier Bouché, MD, PhD; Christelle De La Fouchardière, MD, PhD; Julie Vanbockstael, MD, PhD; Denis Smith, MD, PhD; Eric François, MD, PhD; Mélanie Dos Santos, MD, PhD; Damien Botsen, MD, PhD; Stephen Ellis, MD; Marianne Fonck, MD, PhD; Thierry André, MD, PhD; Emmanuel Guardiola, MD, PhD; Faiza Khemissa, MD, PhD; Benjamin Linot, MD, PhD; J. Martin-Babau, MD; Yves Rinaldi, MD, PhD; Eric Assenat, MD, PhD; Lea Clavel, MD, PhD; Sophie Dominguez, MD, PhD; Celine Gavaille, MD, PhD; David Sefrioui, MD, PhD; Veronica Pezzella, MS; Caroline Mollevi, PhD; Marc Ychou, MD, PhD; Thibault Mazard, MD, PhD

Quel sera l'impact du confinement sur le retard de prise en charge du CCR en France ?

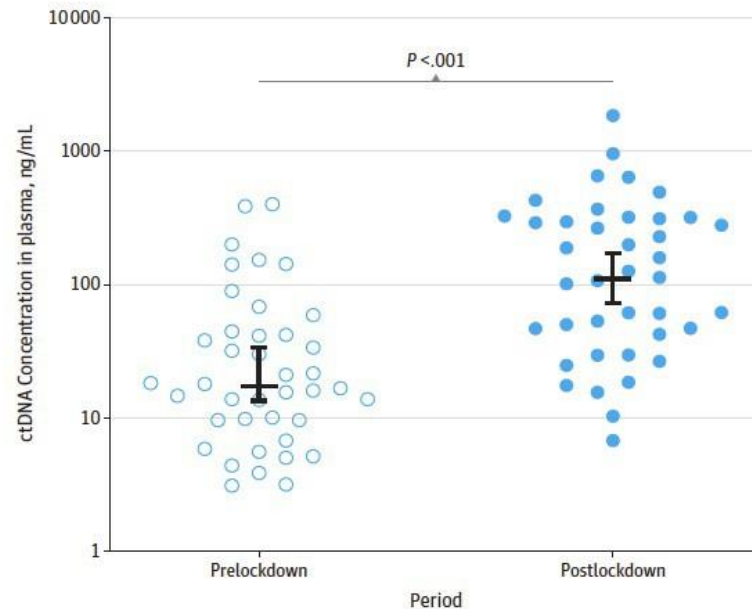
- Objectifs de l'étude : comparer la masse tumorale des patients ayant un cancer colorectal métastatique diagnostiqué avant et après le premier confinement lié à la pandémie de COVID-19
- Patients inclus dans l'étude PANIRINOX (étude de phase II randomisée comparant FOLFIRINOX + Panitumumab vs FOLFOX + Panitumumab chez des patients atteints d'un CCR métastatique)
- Comparaison des concentrations d'ADN tumoral circulant chez 80 patients cancer colorectal métastatique (non muté RAS et BRAF) inclus avant (n = 40) ou après le premier confinement

Quel sera l'impact du confinement sur le retard de prise en charge du CCR en France ?

Concentration moyenne d'ADN tumoral circulant

- Patients inclus avant le confinement : 17,3 ng/mL
- Patients inclus après le confinement : 119,2 ng/mL
- (P < 0,001)

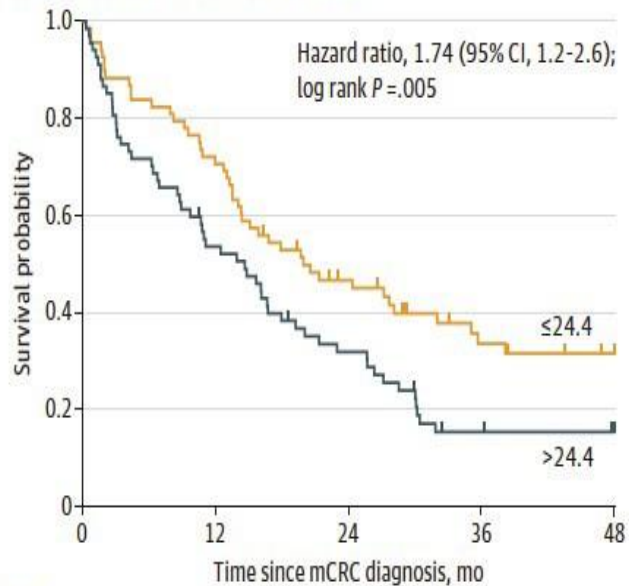
Figure 1. Comparison of Circulating Tumor DNA (ctDNA) Concentration in Patients With Newly Diagnosed Metastatic Colorectal Cancer in the Prelockdown and Postlockdown Periods



Quel sera l'impact du confinement sur le retard de prise en charge du CCR en France ?

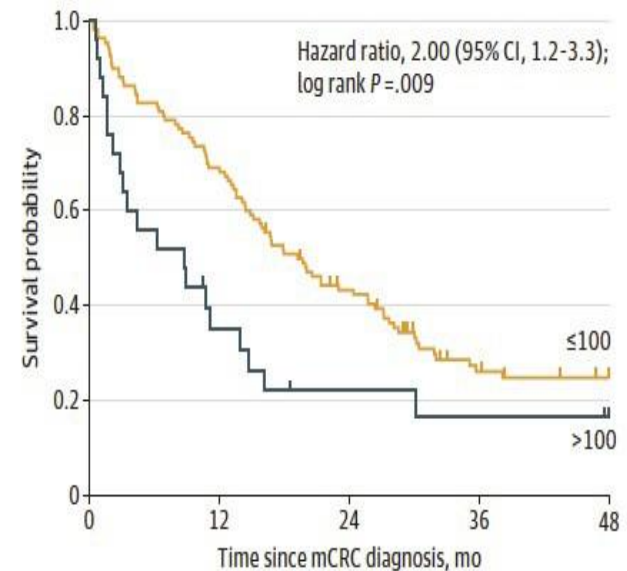
Survie médiane en fonction de la concentration de l'ADN tumoral circulant
 Élevée : 14,7 mois [IC95%, 8,8-18,0] Basse : 20,0 mois [IC95%, 14,1-320]).

B Kaplan-Meier survival curve and log-rank test by ctDNA concentrations dichotomized by the median (24.4 ng/mL)



No. at risk	0	12	24	36	48
≤24.4	68	49	28	16	12
>24.4	67	35	20	8	8

C Kaplan-Meier survival curve and log-rank test by ctDNA concentrations dichotomized by the median (100 ng/mL)



No. at risk	0	12	24	36	48
≤100	110	76	44	21	16
>100	25	8	4	3	2

Conclusion

- Diminution de l'activité d'endoscopie digestive diagnostique et interventionnelle en 2020 (première période de confinement #)
- Rattrapage plus important dans le Finistère au S2 2021
- Impact sur l'activité chirurgicale colorectale de la diminution du nombre de coloscopie, de la suspension du DOCCR et de la baisse de la participation
- Impact du taux élevé de tests FIT non analysables pour le DOCCR
- Stabilité des séjours pour prise en charge des cancers digestifs dans le Finistère
 - Diminution des séjours chirurgicaux et interventionnels
 - Stabilité des séjours médicaux et des séances

Conclusion

- Diminution de 6% du nombre de séjours pour prise en charge des cancers colorectaux
- Baisse du nombre de dossiers discutés en RCP d'oncologie digestive au T2 2020 et T1 2021
- Recrudescence du nombre de CCR liés à des retards diagnostiques probablement dans les mois à venir

Focus sur le Cancer digestif

Centre Hospitalier de

Quimper TS2

Comité régional COVID et CANCER

17 Septembre 2020

Dr Bideau Karine
avec l'aide

du Dr D'Aubigny Augustin (service d'Hepato Gastro Entérologie et Oncologie Digestive)

Morgane Kermarrec (oncobretagne) et Claire Normand (3C TS2)
Stéphane Daniel DIM CHIC

Pour rappel (présentation des données endoscopiques du CHIC lors du comité COVID et Cancer du 17 novembre 2020):

- 100 patients en attente d'examen, liés à la déprogrammation du printemps 2020 (« première vague »)
- Saturations des blocs par reprogrammation des patients déprogrammés amenant à des prises en charges endoscopiques des patients Fit + à 5 mois de la réalisation du test
- Les consultations de gastroentérologie avaient été maintenues même pendant la première vague mais les échographies de surveillance des cirrhoses et cancers colo rectal traités retardées.

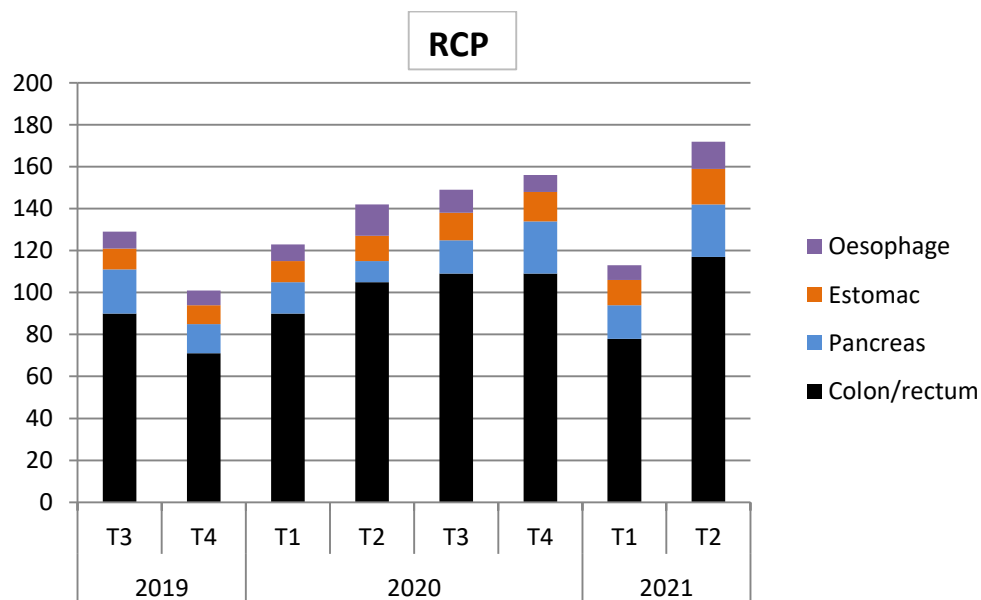
Objectifs de la présentation d'aujourd'hui

⇒ Evaluer l'impact du COVID sur l'activité d'endoscopie, de chirurgie digestive et d'oncologie digestive au Centre Hospitalier de Quimper sur les données trimestrielles de 2019 2020 2021 de RCP du 3C TS2 et d'endoscopie digestive, chimiothérapie et oncologie digestive du Département d'Information Médicale du CHIC

Les données du 3C TS2

Première présentation en RCP

Comparaison des derniers trimestres 2019 (accès informatique fiable à partir de cette date) / aux trimestres de 2020 et 2021



Les données du 3C TS2:

Première présentation en RCP

Comparaison des derniers trimestres 2019 / 2020 et 2021

Pas de différence pour les localisations oesophagiennes, gastriques.

Diminution des présentations 1e fois pour cancer du pancréas sur le T2 2020 (1^e vague)

Pour la localisation colorectale :

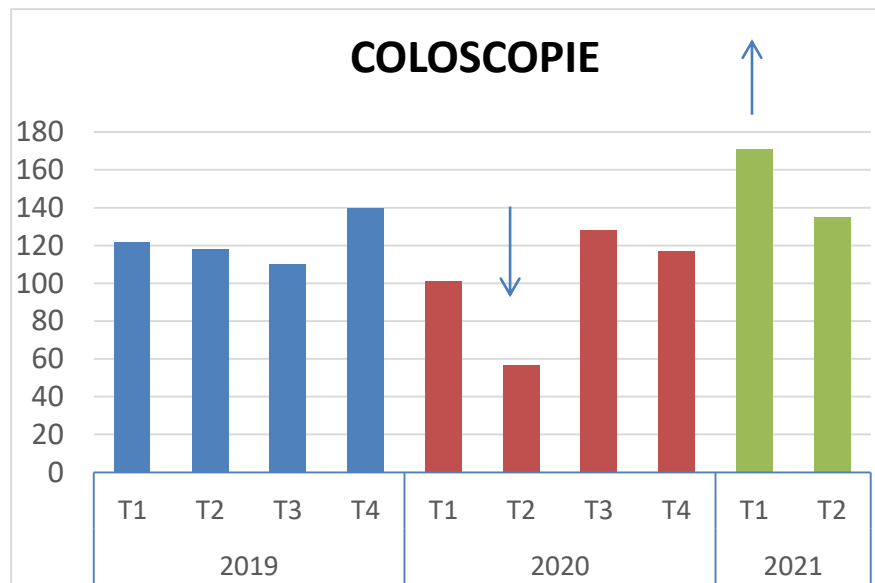
- augmentation constante en 2020 sans baisse au T2!! (id sur le TS3 pas sur le TS1)
- diminution des présentations de 1e fois au T1 2021 dans cette localisation

Colon : diminution des présentations de première fois T1 2021

- Hypothèse 1 : fuite du territoire => T3 et T1 **Non**
- Hypothèse 2 : les patients n'ont pas repris confiance et attendent pour réaliser leurs examens **Peut être**
- Hypothèse 3: moins de diagnostic: la saturation des blocs pour les rattrapages a t'elle retardé le diagnostic/ moins de Fit réalisé en 2020 **Oui sans doute**
- Hypothèse 4: moins d'endoscopies réalisées fin 2020 et début 2021 **Non diapo suivante**

Activité endoscopique

Coloscopie CHIC



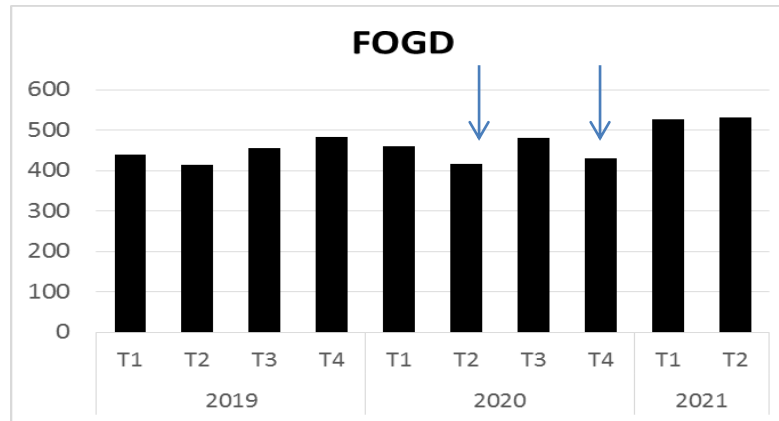
- Comme attendu, baisse importante au T2 2020
- Déficit de 100 coloscopies fin 2020 => rattrapage semestre 1 2021 (50 coloscopies en +).
- Pas moins de coloscopie fin 2020 et 2021 pour expliquer la baisse de présentation en RCP du T1 2021

Nb nouveauté : les délais de réalisation des FIT sont raccourcis et à partir de l'automne 2021 mise en place de consultations et de blocs dédiés

Activité

Endoscopie oeso gastro duodénale

- Niveau national : baisse de 16% de la chirurgie d'exérèse œsophagienne *

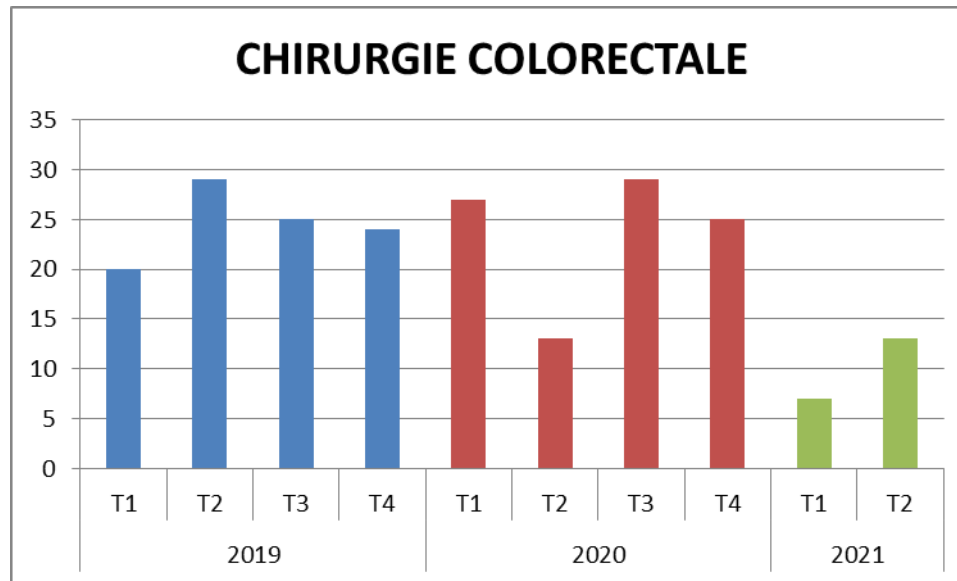


- Diminution du nombre d'endoscopie OGD au T2 2020 et T4 2020 pendant la première et deuxième vague malgré le maintien d'une activité d'urgence pendant la première vague et maintien d'une activité normale avec contrôle PCR pendant la deuxième vague
- Pas d'impact de la troisième vague

CCL : les patients étaient réticents à venir pendant le dernier trimestre 2020

* Données du comité national COVID et Cancer

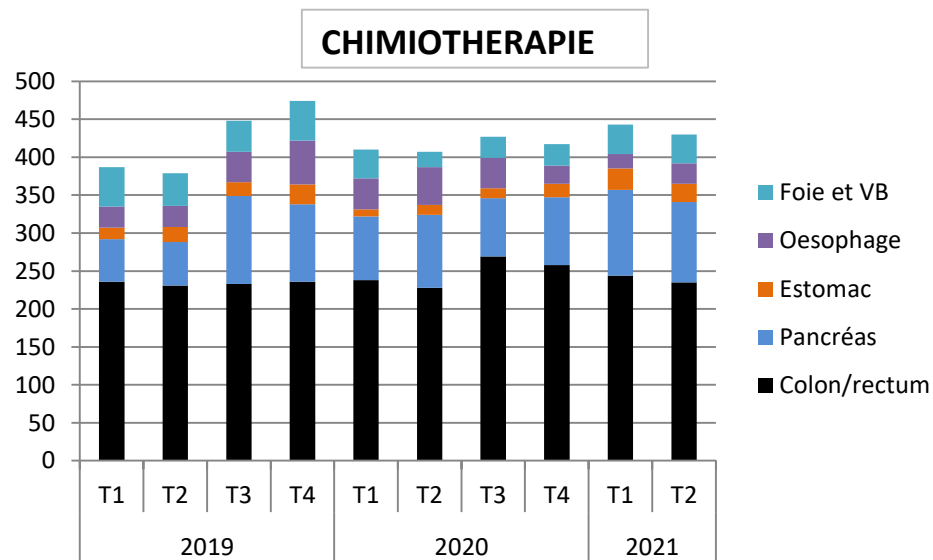
Prise en charge chirurgicale* pour cancer digestif dans l'établissement : les données du DIM



- Comme attendu baisse de la chirurgie colique au T2 2020
- En concordance avec les données de RCP baisse de l'activité chirurgicale colique du T1 2021
- Pas de différence en chirurgie gastrique et les chirurgies œsophagiennes ne se font pas sur l'établissement comme la majorité des chirurgies pancréatiques et hépatiques

Activité de chimiothérapie

Séjours pour chimiothérapie DIM



- Petite diminution des chimiothérapies pour cancer du colon au T2 2020 => un peu plus de chimiothérapie orale
- Diminution des chimiothérapies pour cancer du pancréas en 2020 / 2019 concordant avec la diminution des présentations en RCP

Conclusion

Au CHIC , Impact du COVID:

- sur les endoscopies oeso gastro duodénales pendant les deux vagues de 2020 démontrant la réticence des patients à venir à l'hôpital lors des confinements
- sur les cancers du pancréas en chimiothérapie dont les prises en charge ont diminués en 2020
- Sur les coloscopies et chirurgies coliques au trimestre 2 2020 mais pas au T4 2020
- et de façon moins attendue, il est constaté une diminution des chirurgies et présentation en RCP des cancers coliques au T1 2021, sans diminution du nombre d'acte endoscopique.

Hypothèses : les diagnostics de cancer n'ont pas été fait par réticence à consulter, par non réalisation des tests FIT, par saturation des blocs..

=>Etude Oncobretagne : impact de la Covid-19 sur la prise en charge des patients atteints de cancer colorectal

Comité régional COVID et Cancer

Impact de la crise COVID sur
l'activité d'oncologie urologique
Dr JEDDI (Polyclinique du Trégor LANNION).

VISIOCONFERENCE DU 17 SEPTEMBRE 2021



Mars 2020

Plan blanc déclenché hôpitaux et cliniques

12 mars 2020

Déprogrammation des interventions non
urgentes

Doubler la capacité de lits en réanimation

175 à 324

Réquisition de personnels

Réquisition de certains Médicaments et matériel

Distanciation

Confinement

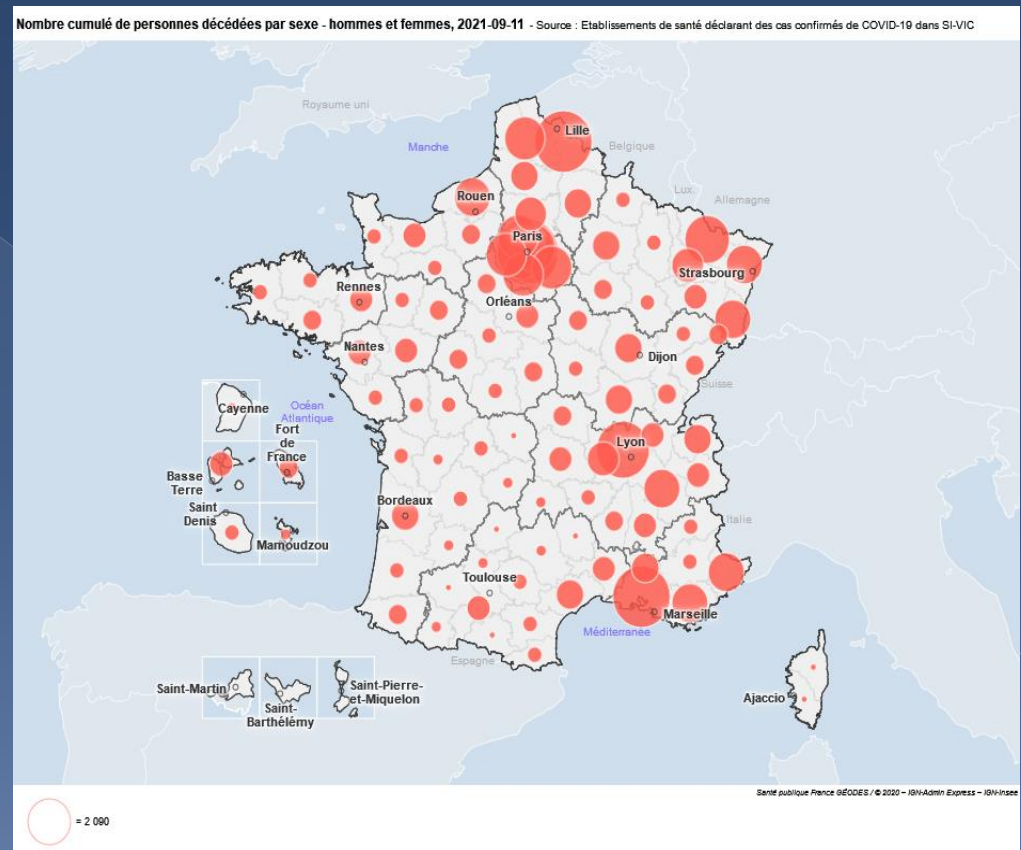
**Évolution des recommandations
en onco-urologie du comité
de cancérologie de l'Association
française d'urologie (CCAFU) pendant
la pandémie de Covid-19**

**Très rapidement : 25 mars 2020
le CCAFU a émis des recommandations prenant
en compte le risque que ce soit dans le cadre
du diagnostic ou du traitement.
le CCAFU s'est positionné de façon claire et
précise sur chaque cancer urologique.
Référentiel adapté et fiable diffusé à tous les
Urologues.**

Nombre cumulé de personnes décédées de COVID de mars 2020 au 11/09/2021

Bretagne et autres

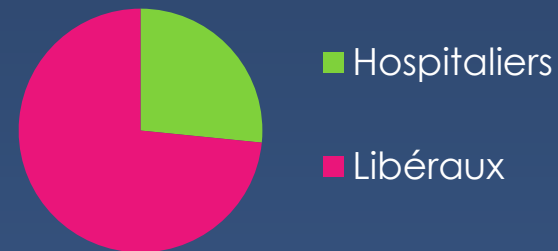
● Côtes-d'Armor:	260
● Finistère:	284
● Ille-et-Vilaine:	739
● Morbihan:	453
● Paris:	4702
● Nord:	3996
● B-du-Rhône:	3894
● Rhône:	3281



Effectif des Chirurgiens Urologues en Bretagne inscrit à l'Ordre des Médecins au 03/09/2011

Total Urologues: 79

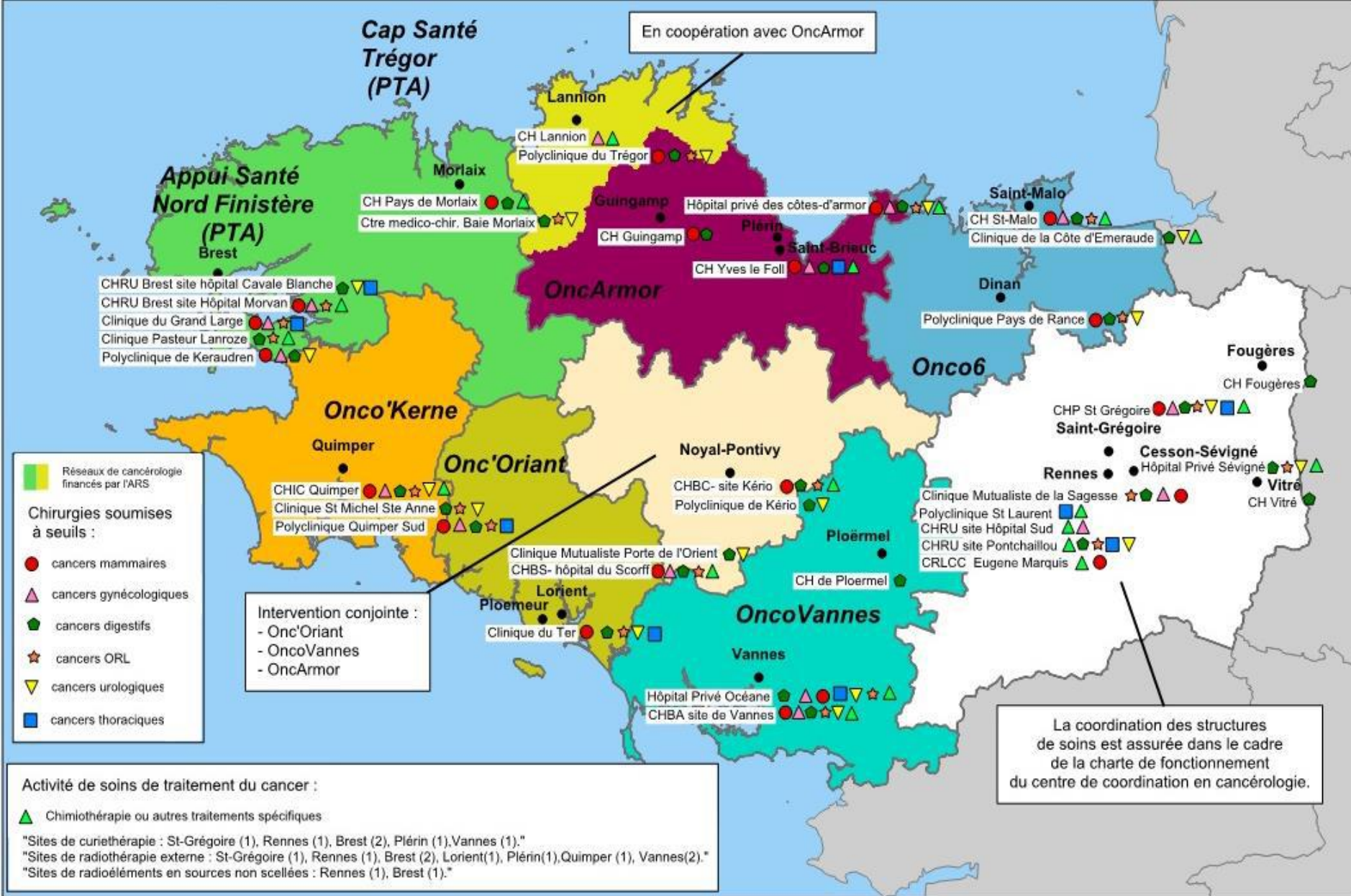
- **PRATICIENS LIBÉRAUX: 58**
- **PRATICIENS HOSPITALIERS: 21**



18 centres autorisés en chirurgie cancers urologiques

13 cliniques

5 hôpitaux



MCO par GHM ou racine Source PMSI-ATIH
Année: 2019
Zone géographique: Bretagne
Type d'établissement: Etablissements sous/ex OQN (PRIVES)

Racine 11C02 : Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale

Racine 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes

Répartition par diagnostics principaux

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
1	C61	T.M. DE LA PROSTATE	526	99,60%	5,48
2	C64	T.M. DU REIN, A L'EXCEPTION DU BASSINET	249	56,60%	5,62
3	C679	T.M. DE LA VESSIE, SAI	63	14,30%	17,62
4	C66	T.M. DE L'URETERE	24	5,50%	5,96
5	C678	T.M. A LOC. CONTIGUES DE LA VESSIE	22	5,00%	18,14
6	C672	T.M. DE LA PAROI LAT. DE LA VESSIE	16	3,60%	16,63
7	D300	T.B. DU REIN	15	3,40%	5,07
8	C65	T.M. DU BASSINET	14	3,20%	5,71
TOTAL			927		

Répartition des actes classants

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
1	JGFC001	VÉSICULOPROSTATECTOMIE TOT. COELIO.	298	30,90%	4,29
2	JGFA006	VÉSICULOPROSTATECTOMIE TOT. LAPARO	208	21,60%	6,45
3	JAFC005	NÉPHRECTOMIE PART. COELIO	73	8,30%	5,38
4	JAFC019	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. COELIO/RÉTROPÉRITONÉO.	66	7,50%	4,89
5	JDFA025	VÉS-PROST-CYSECTOMIE TOT+URÉT.STOM TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	51	5,80%	18,57
6	JAFC001	NÉPHRO-URÉTÉRECTOMIE TOT. COELIO	44	5,00%	6,36
7	JAJA008	NÉPHRECTOMIE PART. +PÉD. VASC. LOMBOT/AB. LOMB. POST.	29	3,30%	5,62
8	JAFC006	NÉPHRECTOMIE TOT. UNILAT. COELIO	20	2,30%	3,75
9	JAJA009	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. LAPARO/AB. LOMBOABDO.	20	2,30%	9,1
10	JDFA021	VÉS-PROST-CYSECT TOT. +NÉOVESSIE DÉTUBULÉE LAPARO	20	2,30%	16,3
11	JDFA008	CYSECTOMIE TOT. +URÉT.STOM CUT. TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	18	2,00%	19,83
12	JJFA003	PELVECTOMIE ANT+URÉT.STOM CUT. TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	13	1,50%	19,31
13	JAJA029	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. +SURRENALECTOMIE LAPARO/AB. LOMBOABDO.	13	1,50%	9,08
14	JAFC010	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. +SURRENALECTOMIE COELIO/RÉTROPÉRITONÉO.	12	1,40%	4,75
15	JAJA019	NÉPHRECTOMIE PART. +PÉD. VASC. LAPARO	11	1,30%	8,73
TOTAL			896		

MCO par GHM ou racine Source PMSI-ATIH
Année: 2019
Zone géographique: Bretagne
Type d'établissement: Etablissements PUBLICS + PSPH
Racine 11C02 Racine 12C11

Répartition par diagnostics principaux

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
1	C61	T.M. DE LA PROSTATE	360	99,40%	4,56
2	C64	T.M. DU REIN, A L'EXCEPTION DU BASSINET	264	61,70%	5,97
3	C679	T.M. DE LA VESSIE, SAI	75	17,50%	13,15
4	D300	T.B. DU REIN	17	4,00%	4
5	C678	T.M. A LOC. CONTIGUES DE LA VESSIE	14	3,30%	29,86
TOTAL			730		

Répartition des actes classants

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
1	JGFC001	VÉSICULOPROSTATECTOMIE TOT. COELIO.	329	50,40%	4,14
4	JGFA006	VÉSICULOPROSTATECTOMIE TOT. LAPARO	24	3,70%	7,79
1	JAFC005	NÉPHRECTOMIE PART. COELIO	85	11,30%	3,42
2	JAFC019	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. COELIO/RÉTOPÉRITONÉO.	46	6,10%	4,63
3	JDFA025	VÉS-PROST-CYSTECTOMIE TOT+URÉT.STOM TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	38	5,00%	16,68
4	JAJA009	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. LAPARO/AB. LOMBOABDO.	35	4,60%	7,6
7	JAJA019	NÉPHRECTOMIE PART. +PÉD. VASC. LAPARO	27	3,60%	5,3
8	JDFA008	CYSTECTOMIE TOT. +URÉT.STOM CUT. TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	25	3,30%	12,72
9	JAFC001	NÉPHRO-URÉTÉRECTOMIE TOT. COELIO	25	3,30%	6,96
12	JAJA008	NÉPHRECTOMIE PART. +PÉD. VASC. LOMBOT/AB. LOMB. POST.	19	2,50%	8,32
13	JAFC006	NÉPHRECTOMIE TOT. UNILAT. COELIO	17	2,30%	8,35
17	JAJA029	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. +SURRENALECTOMIE LAPARO/AB. LOMBOABDO.	12	1,60%	10,42
18	JDFA021	VÉS-PROST-CYSTECT TOT. +NÉOVESSIE DÉTUBULÉE LAPARO	11	1,50%	18,64
TOTAL			693		

MCO par GHM ou racine Source PMSI-ATIH
 Année: 2020
 Zone géographique: Bretagne
 Type d'établissement: Etablissements PRIVÉS
 Racine 11C02 Racine 12C11

Répartition par diagnostics principaux

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
1	C61	T.M. DE LA PROSTATE	633	99,70%	4,9
1	C64	T.M. DU REIN, A L'EXCEPTION DU BASSINET	259	56,40%	5,46
2	C679	T.M. DE LA VESSIE, SAI	59	12,90%	17
3	C678	T.M. A LOC. CONTIGUES DE LA VESSIE	30	6,50%	18,13
4	C672	T.M. DE LA PAROI LAT. DE LA VESSIE	20	4,40%	15,5
5	C66	T.M. DE L'URETERE	18	3,90%	7,72
6	C65	T.M. DU BASSINET	11	2,40%	8,09
TOTAL			1030		

MCO par GHM ou racine Source PMSI-ATIH
 Année: 2020
 Zone géographique: Bretagne
 Type d'établissement: Etablissements PRIVÉS
 Racine 11C02
 Racine 12C11

Répartition des actes classants

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
1	JGFC001	VÉSICULOPROSTATECTOMIE TOT. COELIO.	380	32,40%	3,58
2	JGFA006	VÉSICULOPROSTATECTOMIE TOT. LAPARO	234	19,90%	6,29
3	JAFC019	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. COELIO/RÉTROPÉRITONÉO.	55	5,40%	4,11
4	JAFC005	NÉPHRECTOMIE PART. COELIO	54	5,30%	3,85
5	JDFA025	VÉS-PROST-CYSTECTOMIE TOT+URÉT.STOM TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	50	4,90%	19,08
6	JAFC001	NÉPHRO-URÉTÉRECTOMIE TOT. COELIO	47	4,60%	7,28

Suite ...

....Suite Année: 2020

Zone géographique: Bretagne

Type d'établissement: Etablissements PRIVES

Suite Répartition des actes classants

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
7	JAF008	NÉPHRECTOMIE PART. +PÉD. VASC. LOMBOT/AB. LOMB. POST.	45	4,40%	5,62
8	JDFA008	CYSTECTOMIE TOT. +URÉT.STOM CUT. TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	31	3,00%	15,23
9	JAFC006	NÉPHRECTOMIE TOT. UNILAT. COELIO	25	2,50%	3,64
10	JAF009	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. LAPARO/AB. LOMBOABDO.	17	1,70%	7,18
11	JGFC001	VÉSICULOPROSTATECTOMIE TOT. COELIO.	15	1,50%	14,87
12	JFFA003	PELVECTOMIE ANT+URÉT.STOM CUT. TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	15	1,50%	19
13	JAFC010	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. +SURRENALECTOMIE COELIO/RÉTROPÉRITONÉO.	15	1,50%	6,13
14	JDFA011	CYSTECTOMIE PART. LAPARO	13	1,30%	8,77
15	JAF029	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. +SURRENALECTOMIE LAPARO/AB. LOMBOABDO.	13	1,30%	7,77
TOTAL			1031		

MCO par GHM ou racine Source PMSI-ATIH
Année: 2020
Zone géographique: Bretagne
Type d'établissement: Etablissements PUBLICS -PSPH
Racine 11C02 Racine 12C11

Répartition par diagnostics principaux

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
1	C61	T.M. DE LA PROSTATE	367	98,90%	4,55
2	C64	T.M. DU REIN, A L'EXCEPTION DU BASSINET	228	58,60%	5,35
3	C679	T.M. DE LA VESSIE, SAI	61	15,70%	13,52
4	C66	T.M. DE L'URETERE	23	5,90%	10,57
5	C672	T.M. DE LA PAROI LAT. DE LA VESSIE	14	3,60%	12,57
6	C678	T.M. A LOC. CONTIGUES DE LA VESSIE	12	3,10%	13,92
7	C65	T.M. DU BASSINET	11	2,80%	8,27
9	JAFC001	NÉPHRO-URÉTÉRECTOMIE TOT. COELIO	21	2,90%	8,48
10	JDFA008	CYSTECTOMIE TOT. +URÉT.STOM CUT. TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	16	2,20%	11,31

MCO par GHM ou racine Source PMSI-ATIH
Année: 2020 (dernière mise à jour le 26 août 2021)

Zone géographique: Bretagne

Type d'établissement: Etablissements PUBLICS + PSPH

Racine 11C02 : Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale

Racine 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes

Répartition des actes classants

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
1	JGFC001	VÉSICULOPROSTATECTOMIE TOT. COELIO.	338	50,10%	4,11
2	JGFA006	VÉSICULOPROSTATECTOMIE TOT. LAPARO	22	3,30%	6,59
3	JDFA025	VÉS-PROST-CYSECTOMIE TOT+URÉT.STOM TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	39	5,40%	13,23
4	JAFJA009	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. LAPARO/AB. LOMBOABDO.	33	4,60%	7,55
5	JAFJA019	NÉPHRECTOMIE PART. +PÉD. VASC. LAPARO	29	4,00%	5,97
6	JAFJA032	NÉPHRO-URÉTÉRECTOMIE TOT. AB. DIRECT	23	3,20%	9,43
7	JDFA021	VÉS-PROST-CYSECT TOT. +NÉOVESSIE DÉTUBULÉE LAPARO	13	1,80%	17,46
8	JAFJC006	NÉPHRECTOMIE TOT. UNILAT. COELIO	12	1,70%	5,08
9	JAFJA008	NÉPHRECTOMIE PART. +PÉD. VASC. LOMBOT/AB. LOMB. POST.	12	1,70%	9,25
10	JFFJA003	PELVECTOMIE ANT+URÉT.STOM CUT. TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	11	1,50%	15,82
TOTAL			532		

MCO par GHM ou racine
 Année: 2021 (dernière mise à jour le 26 août 2021)
 Zone géographique: Bretagne
 Type d'établissement: Etablissements PRIVÉS
 Racine 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes

Répartition par diagnostics principaux

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
1	C61	T.M. DE LA PROSTATE	402	100,00%	4,42
2	C64	T.M. DU REIN, A L'EXCEPTION DU BASSINET	138	63,30%	4,64
3	D300	T.B. DU REIN	16	7,30%	4,63
4	C678	T.M. A LOC. CONTIGUES DE LA VESSIE	13	6,00%	14,69
5	C679	T.M. DE LA VESSIE, SAI	12	5,50%	14,33
6	C66	T.M. DE L'URETERE	12	5,50%	7,42
TOTAL			593		

MCO par GHM ou racine
 Année: 2021 (mise à jour hebdomadaire / dernière mise à jour le 26 août 2021)
 Zone géographique: Bretagne
 Type d'établissement: Etablissements PRIVÉS
 Racine 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes

Répartition des actes classants

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
1	JGFC001	VÉSICULOPROSTATECTOMIE TOT. COELIO.	256	34,20%	3,23
2	JGFA006	VÉSICULOPROSTATECTOMIE TOT. LAPARO	134	17,90%	5,63
3	JAFC005	NÉPHRECTOMIE PART. COELIO	41	9,50%	3,49
4	JAFC019	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. COELIO/RÉTROPÉRITONÉO.	31	7,20%	4,35
5	JAF008	NÉPHRECTOMIE PART. +PÉD. VASC. LOMBOT/AB. LOMB. POST.	24	5,60%	5,04
6	JAFC001	NÉPHRO-URÉTÉRECTOMIE TOT. COELIO	23	5,30%	5,57
7	JDFA008	CYSTECTOMIE TOT. +URÉT.STOM CUT. TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	12	2,80%	10,92
8	JAFC006	NÉPHRECTOMIE TOT. UNILAT. COELIO	11	2,50%	2,45
TOTAL			532		

MCO par GHM ou racine Source PMSI-ATIH

Année: 2021

Zone géographique: Bretagne

Type d'établissement: Etablissements PUBLICS -PSPH

Racine 11C02 : Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale

Racine 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes

Répartition par diagnostics principaux

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
1	C61	T.M. DE LA PROSTATE	202	99,50%	3,9
2	C64	T.M. DU REIN, A L'EXCEPTION DU BASSINET	144	67,30%	5,53
3	C679	T.M. DE LA VESSIE, SAI	30	14,00%	13,63
TOTAL			376		

MCO par GHM ou racine Source PMSI-ATIH
Année: 2021 (dernière mise à jour le 26 août 2021)

Zone géographique: Bretagne

Type d'établissement: Etablissements PUBLICS + PSPH

Racine 11C02 : Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale

Racine 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes

Répartition des actes classants

Rang	Code	Libellé	Effectif	%	DMS
1	JGFC001	VÉSICULOPROSTATECTOMIE TOT. COELIO.	190	52,10%	3,69
2	JAFC005	NÉPHRECTOMIE PART. COELIO	42	11,70%	2,6
3	JAFC019	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. COELIO/RÉTROPÉRITONÉO.	38	10,60%	4,79
4	JDFA025	VÉS-PROST-CYSTECTOMIE TOT+URÉT.STOM TRANSINTESTIN NON DÉTUBULÉE LAPARO	16	4,40%	10,25
5	JAFSA008	NÉPHRECTOMIE PART. +PÉD. VASC. LOMBOT/AB. LOMB. POST.	14	3,90%	6,21
6	JAFSA009	NÉPHRECTOMIE ÉLARG. LAPARO/AB. LOMBOABDO.	13	3,60%	6
7	JAFC001	NÉPHRO-URÉTÉRECTOMIE TOT. COELIO	11	3,10%	9,64
8	JAFSA019	NÉPHRECTOMIE PART. +PÉD. VASC. LAPARO	11	3,10%	5,82
TOTAL			335		

Nombre de séjours correspondants aux racines de GHM 12C11 et 11C02 pour les 5 établissements du groupe HGO en Bretagne de 2019 à juin 2021

Racine 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes

Racine 11C02 : Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale

22 = PDT et HPCA

29 = Clinique Saint-Michel-Sainte-Anne et Polyclinique Quimper Sud

56 = Clinique Mutualiste de la Porte de Lorient

Code GHM	2019				2020				2021 (1 ^{er} semestre)			
	22	29	56	Total HGO BZH	22	29	56	Total HGO BZH	22	29	56	Total HGO BZH
12C11	100	70	87	257	119	85	91	295	78	50	50	178
11C02	104	41	89	234	92	40	79	211	50	16	40	106
Total	204	111	176	491	211	125	170	506	128	66	90	284

Nombre de séjours correspondant aux racines de GHM 12C11 et 11C02 pour les 5 établissements du groupe HGO en Bretagne de 2019 à juin 2021 Avec simulation pour fin 2021

Racine 11C02 : Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale
 Racine 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes



Nombre de séjours correspondants aux racines de GHM 12C11 et 11C02 pour les établissements PUBLICS et PRIVÉS en Bretagne de 2019 à Août 2021

Racine 11C02 : Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale

Racine 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes

GHM	2019			2020			2021 (Août)		
	Et. Privés	Et. Publics	TOUS	Et. Privés	Et. Publics	TOUS	Et. Privés	Et. Publics	TOUS
12C11	506	353	859	614	360	974	390	190	580
11C02	390	340	730	417	172	589	142	145	287
total	896	693	1589	1031 +15%	532 - 23%	1563 -0,5%	532	335	867

Simulation 2021: + 10%

Nombre de séjours correspondants aux racines de GHM 12C11 et 11C02 pour les établissements PUBLICS et PRIVÉS en Bretagne Avec simulation pour fin 2021

Racine 11C02 : Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale
Racine 12C11 : Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes



CONCLUSION

- En région Bretagne, moins touchée que les autres régions, malgré l'effet de sidération des premières semaines de la pandémie, le maintien voire l'augmentation du nombre de prises en charge démontre la capacité de réactions des chirurgiens et des établissements à s'adapter et à récupérer les prises en charge qui n'ont pas pu être réalisées pendant le premier confinement (diminution d'activité >50%).
- Mais il faut du recul et des études de suivi spécifique pour se prononcer sur les effets à moyen et long terme sur les retards de diagnostics, de morbidité augmentée et mortalité.
- Ne pas oublier le coût humain physique et psychologique du personnel médical, paramédical et administratif pour maintenir une prise en charge optimale des patients.
- Tirer leçons des décisions administratives prises pour ne pas répéter les mêmes erreurs de généraliser des décisions nationale inadaptées localement.
- Associer le corps médical local dans les décisions administratives car impact médical direct sur le patient et sur la responsabilité pénale du médecin surtout en libéral.

Plus de précisions lors des échanges qui suivent ...

Merçi pour votre attention

IPA au sein du service d'Hématologie Clinique Adulte : un nouveau Métier



17 septembre 2021- JAMES
Laurianne

Comment devenir IPA ?

- ❑ 3 années d'exercice minimum → Master 2 = De IPA (grade master)
- ❑ 1^{ère} année : Tronc commun
- ❑ 2^{ème} année spécialisation : PCS et poly-pathologies courantes en soins primaires, oncologie et hémato-oncologie, maladie rénale chronique/ dialyse et transplantation rénale, santé mentale et psychiatrie.
- ❑ 2 stages obligatoires
- ❑ Mémoire de fin d'étude + soutenance



Qu'est ce qu'une IPA ?

- ❑ Infirmière diplômée disposant de compétences élargies, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical.
- ❑ L'IPA participe à la prise en charge globale des patients dont la maladie est stabilisée, qui lui ont été confiés par un médecin, avec son accord et celui du patient. (consentement signé)
- ❑ La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin dans le cadre d'une RCP.
- ❑ L'IPA exerce dans le cadre d'un protocole d'organisation **Article R.4301.4** signé par le chef de service, l'encadrement et validé par la direction des soins.



Le protocole d'organisation

- ❑ Obligatoire
- ❑ Clarifie les modalités d'intervention de l'IPA auprès des patients.
- ❑ Précise les obligations sociales et les ajustements possibles.
- ❑ Doit y figurer les annexes

INTITULE	CONSEILS	ELEMENTS DE REPONSE
Le ou les domaines d'intervention concernés	<p>Le ou lesquels ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pathologies chroniques stabilisées : prévention et polypathologies coexistantes en soins primaires - Oncologie et hématologie - Maladie rénale chronique dialysée, transplantation rénale - Psychiatrie et santé mentale - Actes autorisés selon réglementation en vigueur -) cf. Arrêté du 18 juillet 2018 modifié par l'arrêté du 12 août 2019 fixant les listes, en annexe 1 	
Les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés	<ul style="list-style-type: none"> - Typologie des patients et critères d'inclusion dans le suivi IPA (grade, stade...) - Modalités de consultation des IPA : consultation présenteielle, téléconsultation, avis en hospitalisation, suivi au domicile : préciser lieu, rythme, compte-rendu et ses destinataires - Parcours coordonné entre médecin/IPA (rythme des consultations IPA en relais des consultations médicales) - Interlocuteurs de l'IPA et circuit de la demande - Mobilisation des plateformes numériques 	
Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée	<ul style="list-style-type: none"> - Reporting multimodal par mail, téléphone et en présentiel - Réunions institutionnelles tous les mois, ou les 2 mois (à préciser) - Bilan d'activité semestriel ou/et annuel (codage des consultations) - Nature des outils partagés : dossier patient, (habilitations spécifiques) 	

Les activités de l'IPA selon la réglementation en vigueur (Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 + Arrêté du 12 août 2019)

❑ Activités cliniques

1. **La pratique clinique directe** (compétence centrale de l'IPA) : Consultation clinique, demande d'examens complémentaires, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques.

❑ Activités paracliniques

2. Contribution à des études et des travaux de recherche, par l'utilisation de l'EBN
3. Contribution à la formation des soignants.
4. Mise en œuvre d'actions d'évaluations et d'amélioration des pratiques professionnelles

Missions cliniques IPA en Hématologie Adulte

❑ Critères d'inclusions des patients suivis par l'IPA en Hématologie à Rennes :

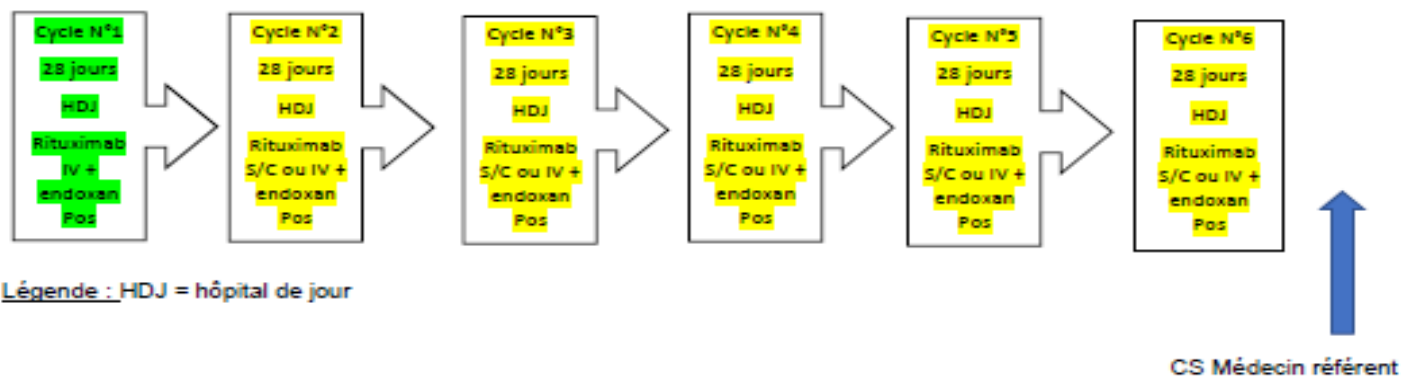
Lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens + LLC (chimio, immuno, phase d'entretien)



Les patients transfusés

❑ L'activité clinique

- Consultations IPA en HDJ

Calendrier prévisionnel de suivi IPA Protocole RCD 6 cycles



-  Suivi IPA
-  Suivi Hématologue

Surveillance post traitement : TDM TAP 1 mois après la fin des traitements + bilan biologique

Missions cliniques IPA en Hématologie Adulte



- ❑ Innovation d'un suivi ambulatoire à l'aide d'une application
- ❑ Consultations externes ET suivi « après cancer »
- ❑ Coordination de la prise en charge des patients dans le cadre de la coopération sanitaire avec St Pierre et Miquelon



Missions Paracliniques IPA en Hématologie Adulte

- ❑ Partenariat avec la cellule de communication du CHU sur les IPA.
- ❑ Construction/élaboration d'une brochure sur « le maintien de l'emploi et cancer ».
- ❑ Tutorat étudiant IPA + participation au jury des M2, spécialité Onco-hémato.
- ❑ Amélioration des pratiques professionnelles au sein du service.
- ❑ Construction d'un parcours de soins après cancer effectif fin 2021.(en cours)
- ❑ Elaboration d'un protocole de coopération (projet)

Semaine type IPA

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Cs HDJ	Cs HDJ	Cs HDJ	Cs HDJ	Cs HDJ
Cs externes Après-cancer	Recherche/FormationAPP/ HDJ	Recherche/FormationAPP/HD J	Recherche/FormationAPP/HD J	Cs externes Après-cancer

Les bénéfices attendus

- ❑ Pour les patients : une amélioration de l'accès aux soins, une prise en charge diversifiée et une fluidification des parcours entre ville et hôpital
- ❑ Pour la profession infirmière : de nouvelles perspectives de carrière, avec l'opportunité d'un mode d'exercice plus autonome et d'une reconnaissance renforcée.
- ❑ Pour les médecins : une optimisation du temps médical et de nouvelles possibilités de coopération
- ❑ Pour le système de santé : une coopération renforcée entre professionnels au niveau des territoires de santé



Merci pour votre attention !

ACTOVA



**ETUDE SUR L'ACCEPTABILITÉ
DU PATIENT ÂGÉ PORTEUR DE
CANCER ET SUR LA TOLÉRANCE
À LA VACCINATION ANTI-COVID
19 DANS LA RÉGION BRETAGNE**



- Coordinateurs : Dr Perrin et Dr Estivin
- **Objectif principal** : évaluation de l'acceptabilité du patient âgé de 70 ans et plus, porteur de cancer, à se faire vacciner de la COVID-19.
- **Objectif secondaire** : évaluation de la tolérance de ce vaccin par les patients âgés de 70 ans et plus, porteurs de cancer et ayant été vaccinés contre la COVID 19

Méthodologie



- Période d'inclusion : du 1^{er} mai 2021 au 31 août 2021
- Les critères d'inclusion :
 - Patient atteint d'une tumeur solide ou d'une hémopathie maligne (en situation néo-adjuvante, adjuvante ou métastatique)
 - Patient de 70 ans et plus
 - Patient ayant une évaluation gériatrique personnalisée (en consultation, en hôpital de jour, en hospitalisation continue ou réalisée par une équipe mobile gériatrique)
 - Patient non inclus dans un essai thérapeutique interventionnel
 - Patient n'ayant pas émis d'opposition à participer à l'étude

Méthodologie:



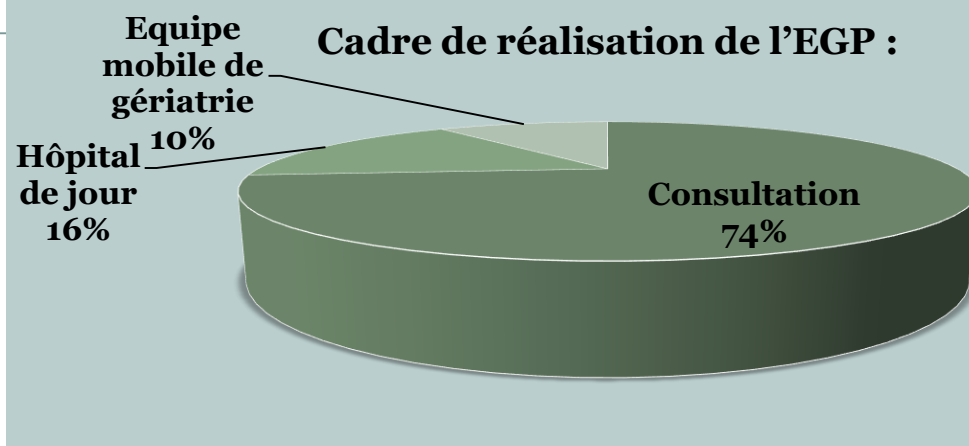
Un questionnaire complété par:

- le gériatre
- l'IDE UCOG
- le patient

→ 50 patients inclus

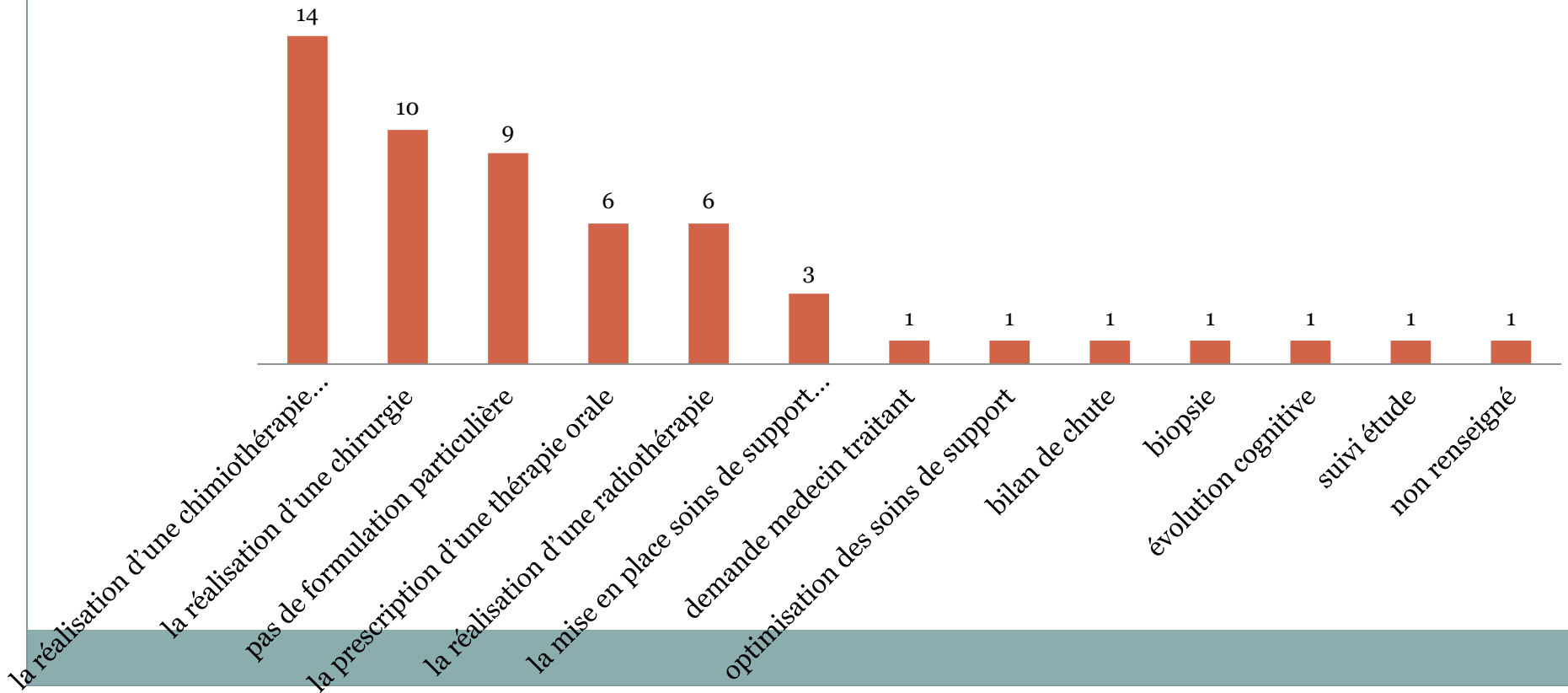
→ 7 centres différents (CHRU Brest, Clinique Pasteur, CH Saint Briec, CH Lannion, CH Morlaix, CH Saint Malo et CHIC Quimper)

→ 9 investigateurs différents



45% G8 avant EGP
 10% en cours d'EGP
 ⇒ Score médian 13 [4-15]

La demande d'EGP a été formulée dans le cadre de :

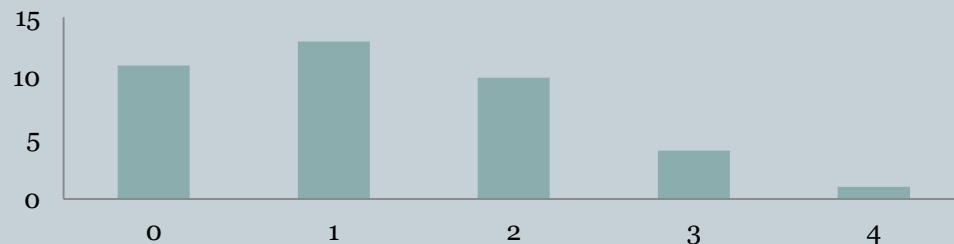


Description de la population

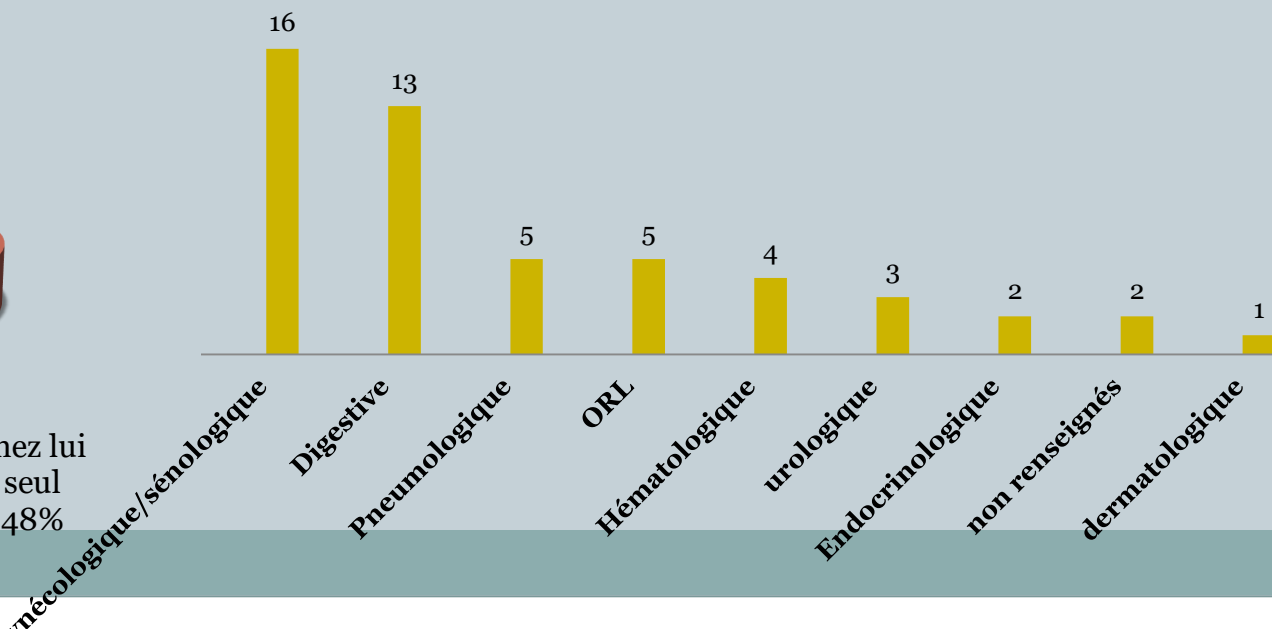


- Moyenne d'âge : 83,7 ans
- 58% de femmes
- PS moyen : 1,3
- 27% troubles cognitifs

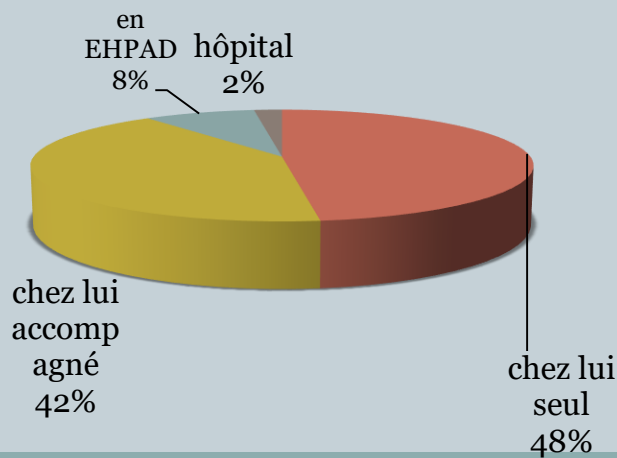
répartition des ECOG lors de l'EGP



nature de la tumeur primitive:

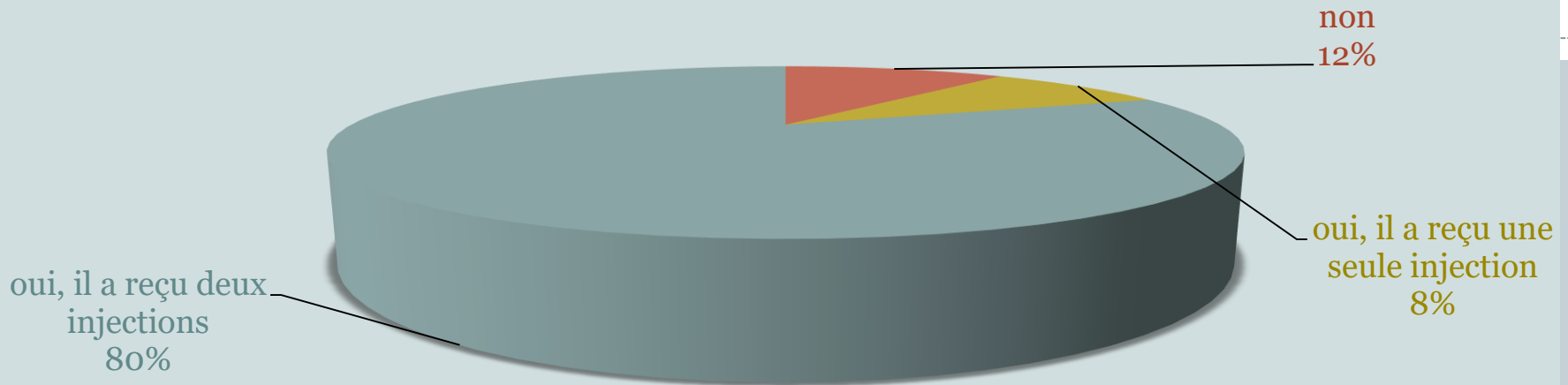


lieu de vie



La vaccination COVID

Le patient a-t-il été déjà vacciné contre la COVID-19 ?



- 44 patients vaccinés

- 6 patients non vaccinés :

- 3 patients ayant pris rendez-vous

- 1 patient asthénique +++ (chimio en cours)

- 2 patients réticents :

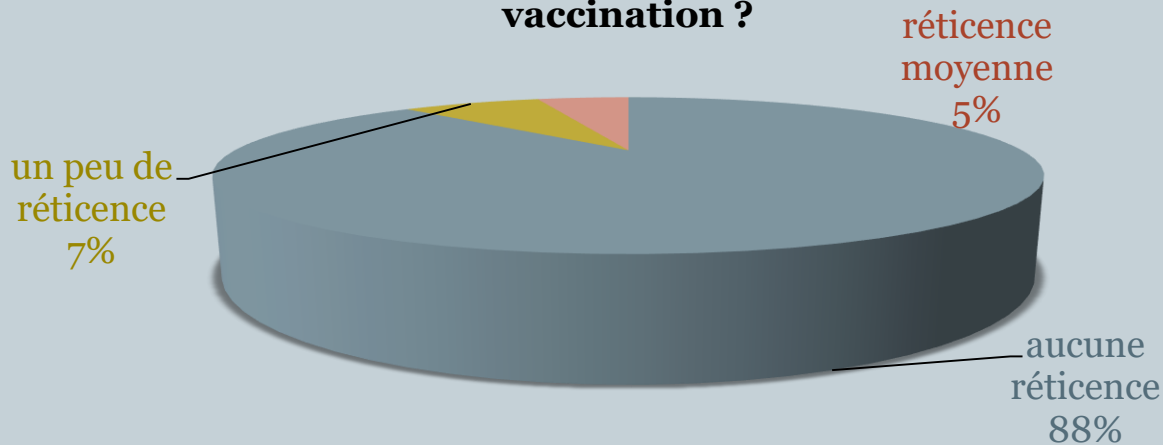
- « je ne voyais aucun intérêt de me faire vacciner, mourir du covid ou d'autres choses, il faut mourir, je laisse ça aux autres » **92 ans F seule**

- « je ne voyais aucun intérêt de me faire vacciner, ne souhaite pas d'injection de virus dans mon corps » **93 ans F seule**

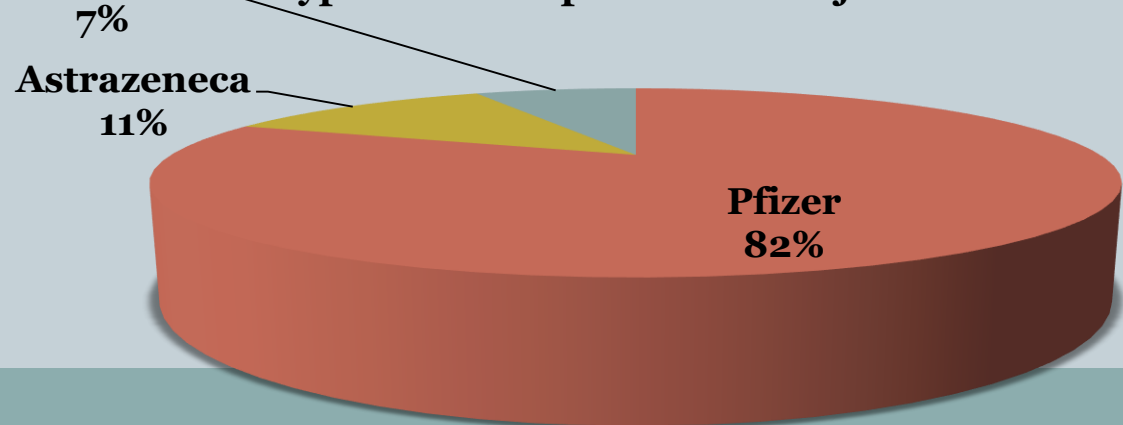
Les patients vaccinés COVID-19

- Entre le 15/01/2021 et le 31/08/2021

Au préalable, aviez-vous une réticence face à cette vaccination ?



type de vaccin pour la 1ère injection ?



Tolérance à la 1^{ère} vaccination COVID-19



• Comment avez-vous toléré cette 1^{ère} injection?

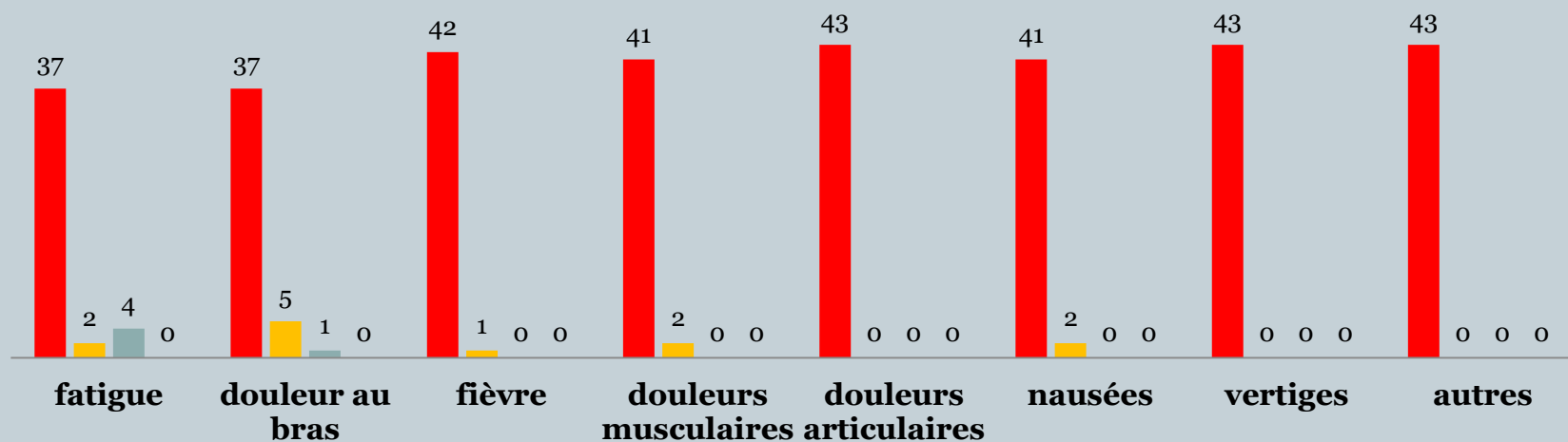
→ très bonne tolérance 86% (36 patients)

→ tolérance moyenne 14% (6 patients) (1 AstraZeneca et 5 Pfizer)

→ 1 non renseigné

Si vous avez présenté des effets secondaires suite à cette 1^{ère} injection de la vaccination anti-COVID :

■ pas du tout ■ un peu ■ moyennement ■ fortement



Tolérance à la 2ème vaccination COVID-19



• Comment avez-vous toléré cette 2ème injection?

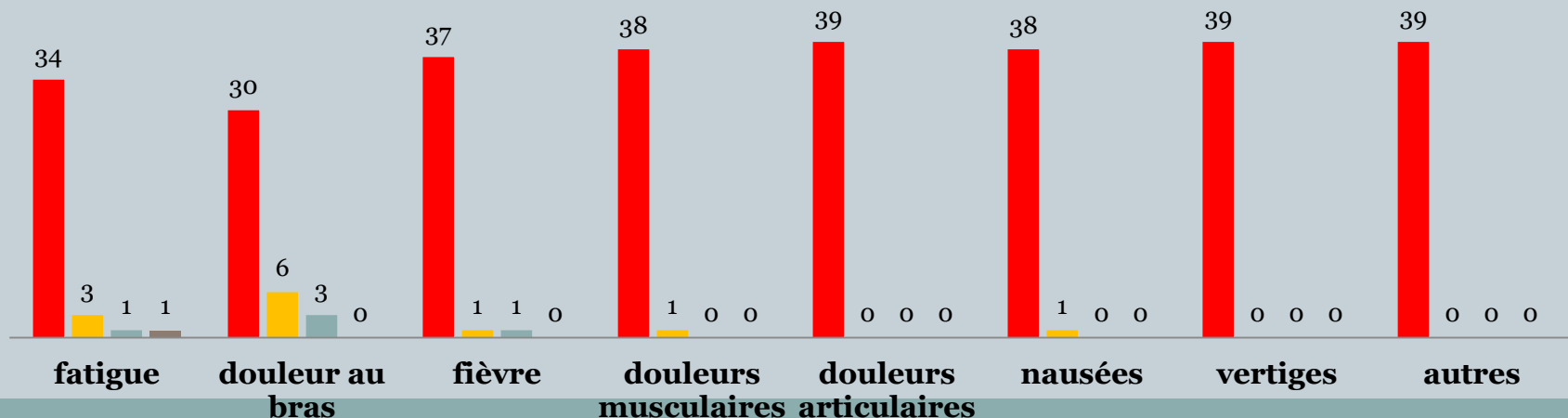
→ très bonne tolérance 90% (35 patients)

→ tolérance moyenne 8% (3 patients) (1 Moderna et 2 Pfizer)

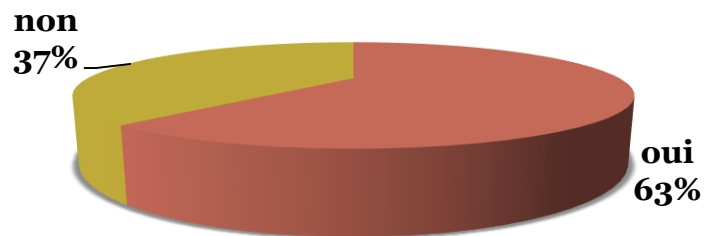
→ tolérance difficile 3% (1 patient) (1 Pfizer)

Si vous avez présenté des effets secondaires suite à cette 2ème injection de la vaccination anti-COVID :

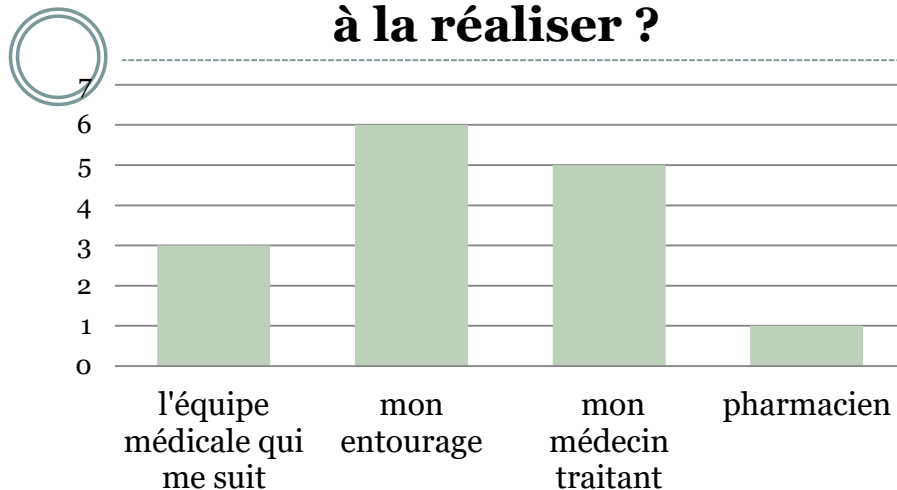
■ pas du tout ■ un peu ■ moyennement ■ fortement



**Avez-vous pris la décision, seul,
de vous faire vacciner ?**



**Si non, qui vous a influencé
à la réaliser ?**



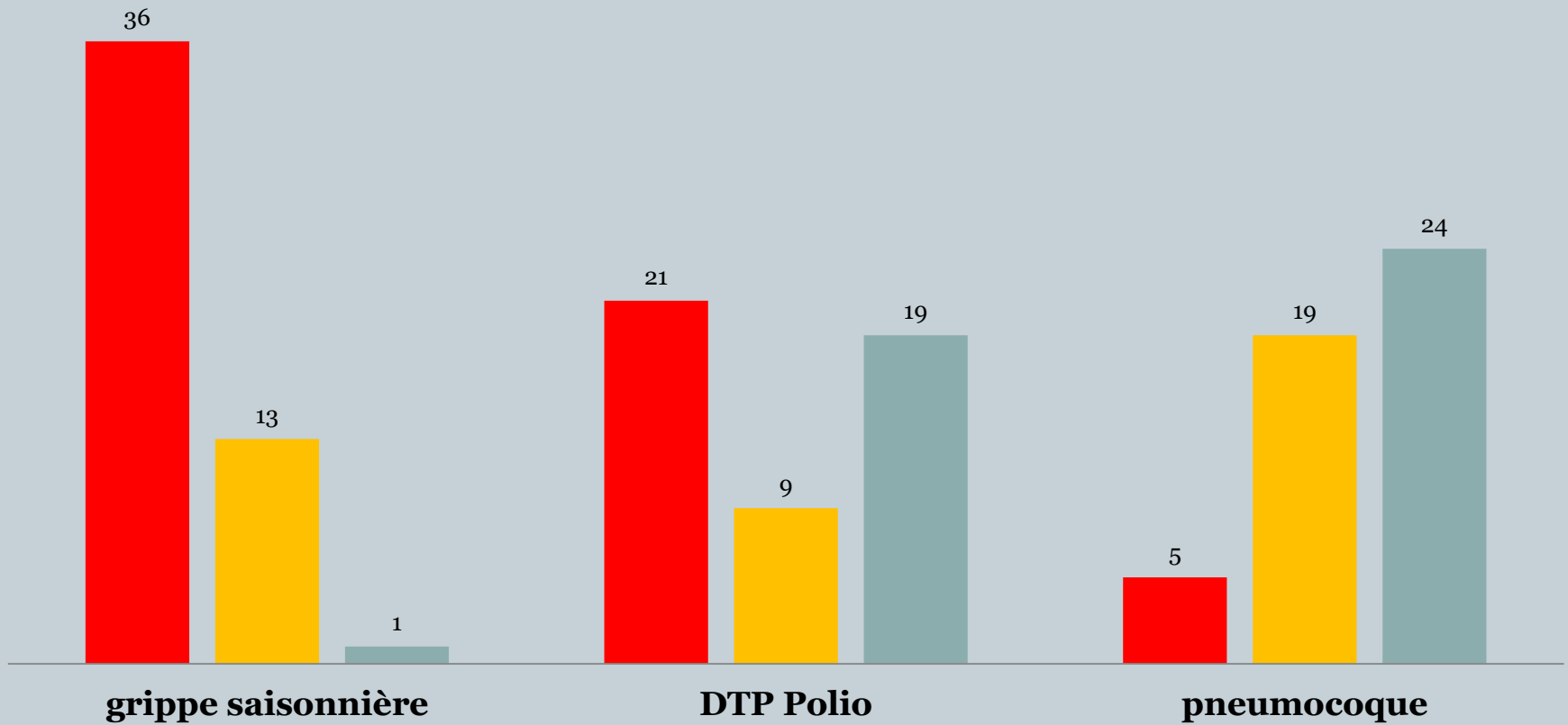
Recommandez-vous à votre entourage de se faire vacciner ?

non	0	0%
oui, un peu	10	25%
oui, complètement	29	73%
chacun fait ses choix	1	3%

Points sur les autres vaccins



■ oui ■ non ■ ne sais pas/non renseigné



conclusion



- 12% de non vaccinés et 8% schéma vaccinal non complet:
 - accessibilité limité aux vaccins pour les sujets âgés (non maîtrise de l'informatique, problème de mobilité pour accéder au centre de vaccination, rendez-vous saturés...)
 - fatalité liée à la maladie et à l'âge
- Faible réticence à la vaccination
 - influence des professionnels et de l'entourage
- Très bonne tolérance à la vaccination du sujet âgé
 - meilleure tolérance à la 2^{nde} injection (90% vs 86%)
- Couverture vaccinale à améliorer (importance de la communication)

Calendrier des Comités Régionaux de Cancérologie

- **A préciser**