UCOG pl
Unité de Coordination OncoGériatrique des Pays de la Loire

La cancérologie en réseau
onco
Pays de la Loire

Etude de la Portee de l'Avis geriatrique sur l'adaptation des traitements des personnes agees atteintes de cancer

Annee 2016

SOMMAIRE

CONTEXTE **3**

OBJECTIFS ET FINALITE DE L'ETUDE **4**

Objectifs principaux 4

Objectifs secondaires 4

MATERIEL ET METHODES **5**

Pilotage de l'étude 5

Population de l'étude 5

Etablissements susceptibles de participer à l'audit 6

Nombre de dossiers par établissement 6

Recueil des données 7

Modalités de recueil et organisation *7*

Items recueillis et modalités de réponse *8*

RESULTATS **11**

Description de la population (dossiers premiers semestre 2016) 11

Nombre de dossiers étudiés par pathologie *11*

Nombre de dossiers étudiés par pathologie et par établissement *11*

Démographie des patients inclus *11*

Projets thérapeutiques des patients inclus *12*

Remplissage de la grille de screening G8 13

Nombre de grilles G8 remplies *13*

Typologie des patients via la grille G8 ..... *14*

Score moyen G8 14

disperSion des scores G8 par pathologie 14

analyse des items de la grille G8 par pathologie 15

Passage en RCP 17

Les évaluations oncogériatriques 18

Détermination des fragilités, proposition et suivi du plan de soins *18*

Fragilité sociale 19

Fragilité nutritionnelle 25

Fragilité cognitive 30

Autonomie 32

Fragilité vis-à-vis des performances physiques 36

Fragilités vis-à-vis de la thymie 39

Fragilités vis-à-vis de la douleur 43

Conclusions sur les Fragilités, les propositions et les suivis de propositions 45

Avis gériatriques vis-à-vis du projet thérapeutique et leur suivi *49*

présence de l'avis 49

Conclusion de l'avis gériatrique vis-à-vis de la proposition thérapeutique 50

suivi de l'avis 53

LES LIMITES DE L'ETUDE **54**

CONCLUSION **55**

CONTEXTE

Le vieillissement de la population, associé à l'augmentation de l'incidence de la plupart des cancers au-delà de 75 ans, font de la prise en charge gériatrique une préoccupation majeure en cancérologie [1]. Véritable enjeu de santé publique, la démarche onco-gériatrique s'appuie sur des indicateurs épidémiologiques, tant en cancérologie qu'en gérontologie :

- L'espérance de vie ne cesse d'augmenter : 85 ans chez les femmes, 78,5 ans chez l'homme (source : ONU, World population prospects),
- Près d'un tiers des cancers survient chez des personnes de plus de 75 ans et les projections indiquent que cette proportion atteindra 50 % en 2050 [1],
- Le cancer constitue la 1ère cause de mortalité chez les personnes entre 75 ans et 85 ans (INSEE 2012).

L'hétérogénéité de la population âgée mais également des cancers participe au fondement de l'onco-gériatrie. Du fait de ses polymorbidités [2], il est essentiel d'adapter la thérapeutique selon les fragilités spécifiques de la personne âgée, qu'elles soient cognitives ou fonctionnelles. Chez le patient âgé, le rapport bénéfice/risque doit être d'autant plus questionné que le maintien ou le retour à une qualité de vie demeure un objectif majeur. Ainsi l'onco-gériatrie ne constitue pas une nouvelle discipline mais s'articule autour d'une action coordonnée des spécialistes du cancer, des gériatres et de tous les acteurs intervenant auprès du sujet âgé atteint d'un cancer. L'évaluation de la fragilité du patient passe par la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée adaptée au contexte de pathologie cancéreuse, que l'on appelle dans ce cas, Evaluation Onco Gériatrique (EOG). Celle-ci, à travers l'exploration d'un certain nombre de domaines (statut fonctionnel, comorbidités, polymédication, cognition, dépression, nutrition, mobilité …) permet d'apprécier l'âge fonctionnel du patient et son espérance de vie indépendamment du cancer. En fonction de l'évolution de la pathologie cancéreuse et des traitements envisagés, elle apporte au cancérologue des éléments complémentaires permettant de proposer au patient la meilleure option thérapeutique, discutée en RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire). A côté de ce conseil de faisabilité du traitement oncologique, l'équipe de gériatrie peut participer à la réalisation du plan personnalisé de soins et de vie en proposant un plan d'interventions visant à prévenir la décompensation de pathologies sous-jacentes, la survenue de pathologies en cascades, stabiliser l'ensemble des comorbidités, organiser l'environnement du patient et participer à l'optimisation de son parcours de soins que ce soit à domicile ou en institution. Selon une revue bibliographique récente, l'évaluation onco-gériatrique pourrait influer sur la décision thérapeutique pour 23 % des personnes âgées atteintes de cancer, mais peu d'études randomisées existent [3].

Dans ce cadre, l'Institut National du Cancer, par le biais de ses 2 derniers plans cancer, soutient la mise en place d'Unités de Coordination en Oncologie Gériatrique (UCOG) dont le rôle est d'améliorer les organisations au sein de chaque région pour assurer la meilleure prise en charge possible, notamment par la mise en place d'évaluations onco gériatriques (EOG). L'INCa a labellisé l'UCOG Pays de la Loire (UCOG pl) fin 2012 qui bénéficie de l'appui du réseau régional de cancérologie ONCOPL.

L'étude PAGAPAC conduite par l'Unité de Coordination Onco Gériatrique des Pays de la Loire (UCOG pl) vise à évaluer, dans plusieurs établissements de la région des Pays de la Loire autorisés à la cancérologie, l'impact sur la prise en charge cancérologique de l'avis gériatrique donné lors de l'évaluation onco-gériatrique avant traitement.

OBJECTIFS ET FINALITE DE L'ETUDE

L'étude vise à évaluer, dans plusieurs établissements de la région des Pays de la Loire autorisés à la cancérologie, la portée de l'avis gériatrique sur l'adaptation des traitements des personnes âgées atteintes de cancer.

OBJECTIFS PRINCIPAUX

- Evaluer le suivi du plan de soins proposé par le gériatre.
- Evaluer la prise en compte par le cancérologue de l'avis gériatrique quant au choix thérapeutique.

OBJECTIFS SECONDAIRES

- Réaliser une typologie des patients vus par le gériatre lors de l'EOG.
- Identifier les circonstances du suivi ou non par l'équipe de cancérologie, du plan de soins proposé par le gériatre.
- Identifier les circonstances de proposition de modification de traitement par le gériatre.
- Identifier les circonstances de la prise en compte ou non de l'avis gériatrique.
- Sensibiliser les professionnels aux EOG.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une recherche observationnelle rétrospective multicentrique.

Les données ont été issues exclusivement du dossier du patient et du Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) : comptes rendus d'hospitalisation, opératoires et anatomopathologiques, courriers médicaux, comptes rendus des évaluations onco gériatriques, dossiers de soin, fiches et CR de RCP.

PILOTAGE DE L'ETUDE

Le projet d'étude a été présenté à la commission UCOG pl le 13 juin 2016 et a été accepté.

Chaque établissement a reçu un formulaire d'acceptation pour participer à l'étude. Ce formulaire devait contenir la signature du directeur de l'établissement, du président de CME et des chefs de service concernés.

Le projet a reçu l'accord de la CNIL le 03 novembre 2016 (DR-2016-415).

Suite à l'audit, chaque établissement reçoit le rapport global anonyme. Il a été proposé à chacun de ces établissements que les résultats soient présentés à la communauté médicale ou lors d'une réunion.

POPULATION DE L'ETUDE

La population source est constituée des patients pris en charge pour un des cancers suivants en situation métastatique ou non :

- cancer gynécologique bas
- cancer du sein
- cancer digestif
- cancer de la prostate

Ces diagnostics de cancer correspondent aux cancers les plus fréquents dans cette tranche d'âge.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Patient de 75 ans et plus.
- Patient ayant bénéficié entre le 01/01/2016 et 30/06/2016 d'une évaluation onco-gériatrique avant ou au début des traitements dans l'établissement investigateur.
- Diagnostic d'un des cancers ciblés posé entre le 01/01/2016 et 30/06/2016.

Critères de non inclusion

- Patients n'ayant pas bénéficié d'EOG.
- Patients de moins de 75 ans.
- Patients n'ayant pas un des cancers cités si dessus.

ETABLISSEMENTS SUSCEPTIBLES DE PARTICIPER A L'AUDIT

Ce protocole a été proposé aux 11 établissements de la région ayant une file active de patients, de plus de 75 ans atteints de cancer, supérieure à 700, au cours de l'année 2012 (données de l'INCa) :

Liste des établissements ayant participé à cette étude :

	Cancers gynécologiques	Cancer du sein	Cancers digestifs	Cancers de la prostate
HÔPITAL PRIVE DU CONFLUENT	X	X	X	X
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	X	X	X	X
CHU NANTES	X	X	X	X
CH SAINT NAZAIRE	X	X	X	X
ICO - site NANTES (Gauducheau)	X	X	X	X
ICO - site ANGERS (Papin)	X	X	X	X
CLINIQUE MUTUALISTE DE SAINT NAZAIRE *	X	X	X	X
CLINIQUE V. HUGO – CENTRE J. BERNARD *	X	X	X	X

* : établissement ayant souhaité participer à l'étude afin d'évaluer les modifications de traitements prescrits par leurs cancérologues après évaluation onco-gériatrique réalisée par une équipe gériatrique en dehors de leur établissement :

- clinique mutualiste de Saint Nazaire : patients ayant eu une EOG au CH de Saint Nazaire à la demande d'un cancérologue de la clinique mutualiste de Saint Nazaire et traité à la clinique

- clinique V. Hugo/ Centre J. Bernard : patients ayant eu une EOG au CH du Mans à la demande d'un cancérologue de la clinique V. Hugo - Centre J. Bernard et traité à la clinique

Cette étude s'est faite sur la base du volontariat (« formulaire de demande de participation au projet d'évaluation de la Portée de l'Avis Gériatrique sur l'Adaptation des traitements des Personnes Agées atteintes de Cancer» mis en annexe).

NOMBRE DE DOSSIERS PAR ETABLISSEMENT

L'exhaustivité des dossiers des patients de 75 ans et plus, atteints d'un des cancers ciblés et ayant eu une EOG au cours de du premier semestre 2016 ont été analysé. L'établissement a fourni à l'UCOGpl la liste des patients inclus.

RECUEIL DES DONNEES

MODALITES DE RECUEIL ET ORGANISATION

Après réception du formulaire de demande de participation à l'étude, rempli par la direction de l'établissement et les responsables d'unité concernés, l'UCOG pl a pris contact avec l'établissement (Direction qualité et / ou 3C) afin d'organiser l'audit de dossiers.

L'audit a été réalisé par l'attaché de recherche clinique (ARC) de l'UCOGpl, Mme Amouriaux, et le gériatre de l'UCOGpl, le Dr Hospital-Bezier, en présence ou sous la responsabilité d'un médecin de l'établissement (médecin 3C, ou médecin du service concerné) ou d'un ARC ou TEC de l'établissement.

Les dossiers papier ont été sortis par l'établissement et mis à disposition de l'équipe UCOG pl un jour donné. Lorsque les dossiers sont informatisés, l'accès à ces derniers a été facilité par la présence du médecin ou de l'ARC/TEC de l'établissement.

L'exploitation des données a été réalisée par l'UCOG pl. Le présent rapport a été rédigé par l'équipe opérationnelle de l'UCOGpl, c'est-à-dire, l'ARC, le gériatre, le chef projet et l'assistante, puis validé par les coordinatrices médicales de l'UCOGpl.

ITEMS RECUEILLIS ET MODALITES DE REPONSE

La liste des items a été validée par le conseil scientifique de l'UCOG pl.

Items	Modalité de réponse
Généralités	
Année de naissance	aaaa
Sexe	H/F
Cancer	
Type de cancer	Case à cocher
Pathologie	CIM10
Métastatique	Oui/Non
Date du diagnostic	jj/mm/aaaa
Parcours du patient	
Inclusion dans un essai clinique	Oui/Non
Essai clinique avec EOG	Oui/Non/NA
Nom de l'essai clinique	Texte
Traitement	Choix multiple : chir/chimio/radioth/Horm/ TC/ Pas de traitement/autre
Type de traitement	Curatif/ Paliatif/NSP
Lieu de prise en charge chirurgicale	Texte
Date du début du traitement chirurgical	jj/mm/aaaa
Lieu de prise en charge oncologique	Texte
Date du début du traitement oncologique	jj/mm/aaaa
Lieu de prise en charge en radiothérapie	Texte
Date du début du traitement de radiothérapie	jj/mm/aaaa
Date du début du traitement de l'hormonothérapie	jj/mm/aaaa
RCP	
Passage en RCP	Oui/Non
Date du passage en RCP	Jj/mm/aaaa
Evaluation gériatrique	
G8 réalisée	Oui/Non
G8 question 1	0/1/2
G8 question 2	0/1/2/3
G8 question 3	0/1/2
G8 question 4	0/1/2
G8 question 5	0/1/2/3
G8 question 6	0/1
G8 question 7	0/0,5/1/2
G8 question 8	0/1/2
Score G8	Nombre de 0 à 17
Date de la demande d'évaluation gériatrique	jj/mm/aaaa
Demande faite lors de la RCP	Oui/Non
Spécialité du demandeur	Onco/spécialiste d'organe/Radioth/chir
Date de l'évaluation gériatrique	jj/mm/aaaa
Prise en charge sociale (CLIC, AS…)	Oui/Non/NA/NSP
Lieu de vie	EHPAD / Maison de retraite non med / domicile
Vit seul	Oui/Non/NA/NSP
IDE à domicile	Oui/Non/NA/NSP
AS à domicile	Oui/Non/NA/NSP
Aide-ménagère	Oui/Non/NA/NSP
Portage des repas	Oui/Non/NA/NSP
Téléalarme	Oui/Non/NA/NSP

Patient aidant de qq	Oui/Non/NA/NSP
Liste des aidants non professionnels présente	Oui/Non/NA
IMC	Nombre
Perte de poids >5% en 1 mois ou 10% en 6 mois	Oui/Non/NA/NSP
Score Dépistage MNA	Nombre
Eval MNA	Nombre
Score MMS	Nombre
Score Bref	Nombre
Score ADL/6	Nombre
Score IADL/4	Nombre
Chute depuis 3 mois	Oui/Non/NA/NSP
Nombre de chute depuis 3 mois	Nombre
Lever 5 fois de chaise	Oui/Non/NA/NSP
TUG> 20 secondes	Oui/Non/NA/NSP
Qualité du sommeil	Bonne/Moyenne/Mauvaise/Insomnies
Syndrome dépressif	Oui/Non/NA/NSP
Syndrome anxieux	Oui/Non/NA/NSP
Qualité de l'audition	Bonne/Moyenne/Mauvaise
Port d'appareil auditif	Oui/Non/NA/NSP
Qualité de la vision	Bonne/Moyenne/Mauvaise
Port de lunettes	Oui/Non/NA/NSP
Evaluation de la douleur	Pas/Faible/Modéré/Sévère/Très sévère/Extrême
Antalgique palier 2 ou 3 en cours	Oui/Non/NA/NSP
Neutrophiles	Valeur
Hémoglobine	Valeur
Plaquette	Valeur
Clairance de la créatinine (Cockroft)	Valeur en nmol/L/24 h
Créatinine sanguine	Valeur
Urée	Valeur
Caef sat transferrine	Valeur
Calcémie corrigée	Valeur
Pré-albumine	Valeur
Albumine	Valeur
Férritine	Valeur
CRP	Valeur
Dosage de la tyroïde	Valeur
Bilan hépatique	Oui/Non/NA/NSP
Vit D	Valeur
Cardiopathie nécessitant une prise en charge faite ou à faire	Oui/Non/NA/NSP
Hypotension orthostatique	Oui/Non/NA/NSP
Neuropathie périphérique	Oui/Non/NA/NSP
Examen Buccal	Normal/Anormal
CR de l'évaluation gériatrique dans le DP	Oui/Non
Classification bien identifiée	Vigoureux/Fragile/SP/Non précisé
Fragilités précisées dans la conclusion	Oui/Non
Fragilité vis-à-vis de l'autonomie	Oui/Non
Fragilité vis-à-vis de la thymie	Oui/Non
Fragilité vis-à-vis de la douleur	Oui/Non
Fragilité vis-à-vis des aspects sociaux	Oui/Non
Fragilité vis-à-vis de l'environnement du patient	Oui/Non
Fragilité vis-à-vis de la nutrition	Oui/Non
Fragilité vis-à-vis des neuropathies périphériques	Oui/Non
Fragilité vis-à-vis des thromboses	Oui/Non
Fragilités vis-à-vis des troubles cognitifs	Oui/Non

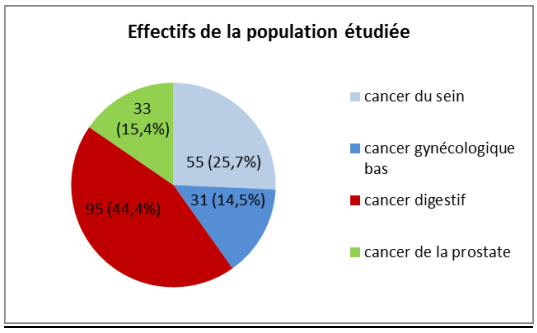
Fragilités vis-à-vis des performances physiques	Oui/Non
Fragilités vis-à-vis des comorbidités	Oui/Non
Proposition de plan de soins présent dans la conclusion	Oui/Non
Plan de soins concernant l'autonomie	Oui/Non/NA
Plan de soins concernant la thymie	Oui/Non/NA
Plan de soins concernant la douleur	Oui/Non/NA
Plan de soins concernant les aspects sociaux	Oui/Non/NA
Plan de soins concernant l'environnement du patient	Oui/Non/NA
Plan de soins concernant la nutrition	Oui/Non/NA
Plan de soins concernant la prévention des neuropathies périphériques	Oui/Non/NA
Plan de soins concernant la prévention des thromboses	Oui/Non/NA
Plan de soins concernant les bilans sanguins	Oui/Non/NA
Plan de soins concernant les prescriptions des traitements non carcinologiques	Oui/Non/NA
Présence d'un plan de soin thérapeutique proposé par l'oncologue	Oui/Non
Question posée au gériatre concernant le plan de soin thérapeutique	Oui/Non
Avis gériatrique concernant le traitement carcinologique présent dans la conclusion	Oui/Non
par rapport à la proposition de choix du type de traitement	Oui/Non
Par rapport à la proposition de chimiothérapie	Oui/Non
par rapport à la proposition de choix de la molécule	Oui/Non
par rapport à la proposition d'adaptation de dose	Oui/Non
Par rapport à la proposition de radiothérapie	Oui/Non
par rapport à la proposition au fractionnement en Rdth	Oui/Non
Par rapport à la proposition d'hormonothérapie	Oui/Non
par rapport à l'intervention chirurgicale	Oui/Non
Par rapport à l'abstention thérapeutique	Oui/Non
Prise en charge	
Suivi du plan de soin :	
Concernant l'autonomie	Oui/Non/NA/Données manquantes
Concernant la thymie	Oui/Non NA/Données manquantes
Concernant la douleur	Oui/Non NA/Données manquantes
Concernant les aspects sociaux	Oui/Non NA/Données manquantes
Concernant l'environnement du patient	Oui/Non NA/Données manquantes
Concernant la nutrition	Oui/Non NA/Données manquantes
Concernant la prévention des neuropathies périphériques	Oui/Non NA/Données manquantes
Concernant la prévention des thromboses	Oui/Non NA/Données manquantes
Concernant les bilans sanguins	Oui/Non NA/Données manquantes
Concernant les prescriptions des traitements non carcinologiques	Oui/Non NA/Données manquantes
Prise en compte de l'avis gériatrique :	
par rapport à la proposition de choix du type de traitement	Oui/Non
par rapport à la proposition de choix de la molécule	Oui/Non
par rapport à la proposition d'adaptation de dose	Oui/Non
par rapport à la proposition au fractionnement en Rdth	Oui/Non
par rapport à l'intervention chirurgicale	Oui/Non
Suivi gériatrique	
Suivi gériatrique	Oui/Non
Date des suivis	jj/mm/aaaa
Suivi par une IDE de parcours	Oui/Non/ NA/Données manquantes

RESULTATS

DESCRIPTION DE LA POPULATION (DOSSIERS PREMIERS SEMESTRE 2016)

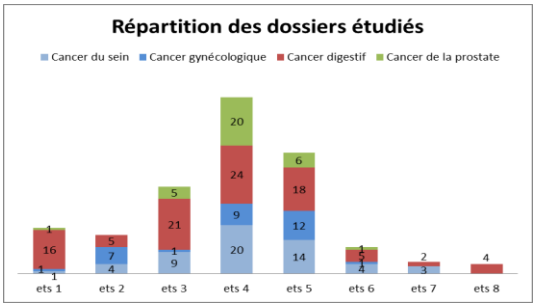
214 dossiers ont été analysés.

NOMBRE DE DOSSIERS ETUDIES PAR PATHOLOGIE



NOMBRE DE DOSSIERS ETUDIES PAR PATHOLOGIE ET PAR ETABLISSEMENT

	Cancer du sein	Cancer gynécologique	Cancer digestif	Cancer de la prostate	TOTAL
Ets 1	1	1	16	1	**19**
Ets 2	4	7	5	0	**16**
Ets 3	9	1	21	5	**36**
Ets 4	20	9	24	20	**73**
Ets 5	14	12	18	6	**50**
Ets 6	4	1	5	1	**11**
Ets 7	3	0	2	0	**5**
Ets 8	0	0	4	0	**4**
Total	**55**	**31**	**95**	**33**	**214**



DEMOGRAPHIE DES PATIENTS INCLUS

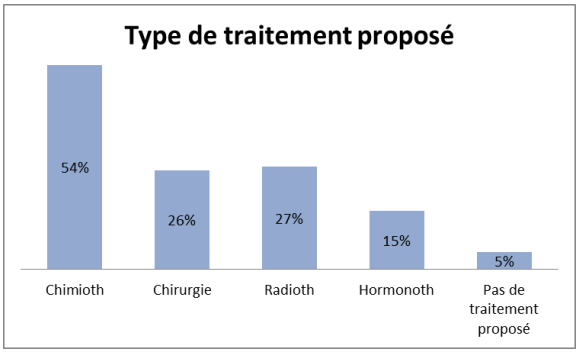
		Cancer du sein	Cancer gynécologique	Cancer digestif	Cancer de la prostate	TOTAL
Age	Moyenne âge	84,5	85,4	83,2	82,1	83,7
	Age minimum	74	72	76	76	72
	Age maximum	103	96	97	93	103
	Ecart type	6	5	4,6	4,5	4,1
Sexe	Homme	1	0	49	33	83
	Femme	54	31	46	0	131

PROJETS THERAPEUTIQUES DES PATIENTS INCLUS

Les patients peuvent suivre :

- Un traitement médicamenteux : chimiothérapie, thérapie ciblée, immunothérapie ou hormonothérapie
- Un traitement chirurgical
- Une radiothérapie

Dans notre étude nous avons regroupé les traitements par chimiothérapie, thérapie ciblée et immunothérapie qui entrainent souvent le même type d'effets secondaires. Pour simplifier la lecture du rapport ces 3 types de traitements sont appelés « traitement par chimiothérapie ».



Les projets thérapeutiques envisagés avant l'EOG, pour les patients inclus dans l'étude, ont été analysés.

Sur les 214 patients ayant bénéficié d'une EOG avaient été évoqués (possibilité de plusieurs traitements) :

- Pour 115 (53,7%) une chimiothérapie,
- Pour 56 (26%) une chirurgie,
- Pour 58 (27%) une radiothérapie,
- Et pour 33 (15%) une hormonothérapie.

Pour 10 patients aucun traitement n'avait été proposé.

Les gériatres sont donc plus sollicités lors de la possibilité d'un traitement oncologique qu'il soit en monothérapie ou en association avec d'autres traitements ou en multi-thérapie.

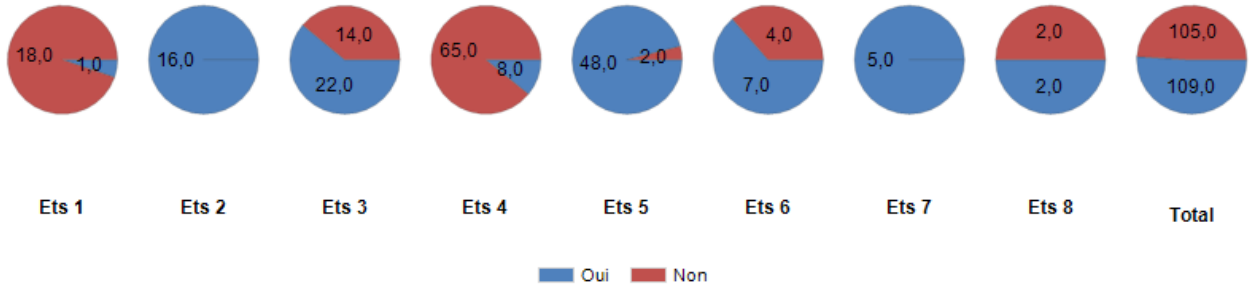
REMPLISSAGE DE LA GRILLE DE SCREENING G8

NOMBRE DE GRILLES G8 REMPLIES

La grille de screening G8 doit être remplie par l'équipe de cancérologie (IDE, oncologues, spécialistes d'organes, chirurgiens, radiothérapeutes) pour tous patients âgés de 75 ans et plus et atteints d'un cancer. Le score G8 (score sur 17) obtenu doit permettre de fournir au cancérologue des éléments déterminant la nécessité de recourir ou non à une évaluation onco-gériatrique (les recommandations énoncent que tout patient ayant un G8 ≤ 14 doit bénéficier d'une évaluation onco-gériatrique). Puisque tous les dossiers évalués ont eu une EOG, le taux de G8 attendu devrait s'approcher de 100%.

Nombre de grilles G8 complétées par établissement

Sur les 214 patients qui ont bénéficié d'une EOG, 109 grilles G8 ont été complétées, soit un taux de remplissage moyen de 50,9%.



Nombre et pourcentage de grilles G8 complétées par établissement et par cancer

	cancer gynécologique bas		cancer du sein		cancer digestif		cancer de la prostate		Total	
	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	Eff.	% Obs.	**Eff.**	**% Obs.**
Ets 1	0/1	0%	0/1	0%	1/16	6%	0/1	0%	**1/19**	**5%**
Ets 2	7/7	100%	4/4	100%	5/5	100%	0/0	0%	**16/16**	**100%**
Ets 3	0/1	0%	7/9	78%	12/21	57%	3/5	60%	**22/36**	**61%**
Ets 4	0/9	0%	4/20	20%	2/24	8%	2/20	10%	**8/73**	**11%**
Ets 5	12/12	100%	14/14	100%	18/18	100%	4/6	67%	**48/50**	**96%**
Ets 6	0/1	0%	3/4	75%	4/5	80%	0/1	0%	**7/11**	**64%**
Ets 7	0/0	/	3/3	100%	2/2	100%	0/0	0%	**5/5**	**100%**
Ets 8	0	0%	0	0%	2/4	50%	0	0%	**2/4**	**50%**
Total	**19/31**	**61.3%**	**35/55**	**63.6%**	**46/95**	**48.4%**	**9/33**	**27.2%**	**109/214**	**50.9%**

Le taux de remplissage de la grille G8 est de 100% dans les établissements Ets 2, 3 et 7 pour les cancers gynécologiques bas, digestifs et du sein. Il est beaucoup plus faible dans les établissements 1 et 4. Ces résultats confirment la notion d' « effet établissement » observé lors de l'Audit G8 2016.

TYPOLOGIE DES PATIENTS VIA LA GRILLE G8

SCORE MOYEN G8

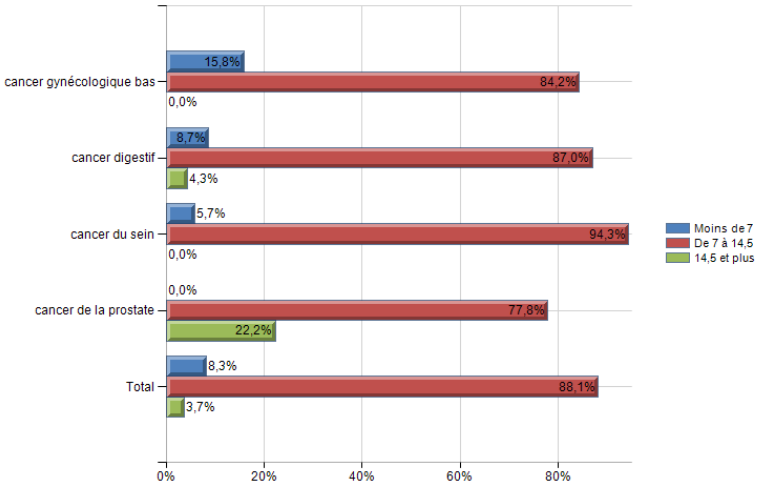
Le taux de remplissage des grilles G8 restant faible dans certains établissements, il n'apparaît pas de différence significative entre la moyenne des scores G8 entre établissement (p=0.72).

Par contre, la moyenne des scores G8 est significativement plus faible dans les cancers gynécologiques bas (9,0) et plus élevée dans les cancers de la prostate (12,6), par rapport à la moyenne globale de 10,5 (p<0.01).

	cancer gynécologique bas		**cancer du sein**		**cancer digestif**		**cancer de la prostate**		**Total**	
	Eff.	score G8 moyen.	Eff.	score G8 moyen.	Eff.	score G8 moyen.	Eff.	score G8 moyen	**Eff.**	**Score G8 moyen**
Ets 1	0		0		1	7,0	0		**1**	7,0
Ets 2	7	9,0	4	9,0	5	11,5	0		**16**	9,8
Ets 3	0		7	11,1	12	10,0	3	11,3	**22**	10,5
Ets 4	0		4	11,6	2	9,0	2	12,0	**8**	11,1
Ets 5	12	9,0	14	10,9	18	11,4	4	13,9	**48**	10,9
Ets 6	0		3	9,7	4	9,1	0		**7**	9,4
Ets 7	0		3	12,5	2	10,5	0		**5**	11,7
Ets 8	0		0		2	9,0	0		**2**	9,0
Total	**19**	**9.0**	**35**	**10.8**	**46**	**10.5**	**9**	**12.6**	**109**	**10.5**

Seulement 4 dossiers ont présenté un score G8 > 14. Ils correspondent à des dossiers de patients atteints de cancer de la prostate et inclus dans des protocoles incluant la grille G8.

DISPERSION DES SCORES G8 PAR PATHOLOGIE



Les scores les plus bas se retrouvent surtout chez les femmes atteintes de cancer gynécologique bas.

ANALYSE DES ITEMS DE LA GRILLE G8 PAR PATHOLOGIE

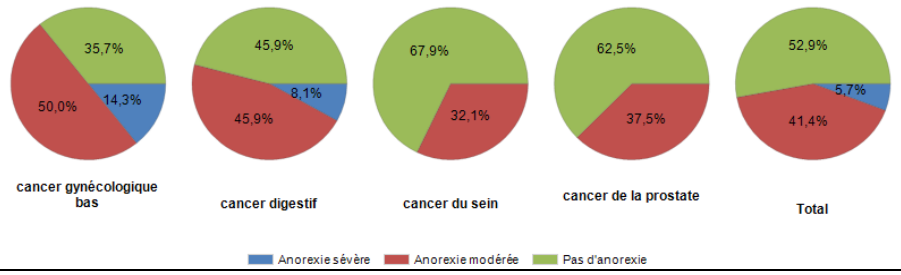
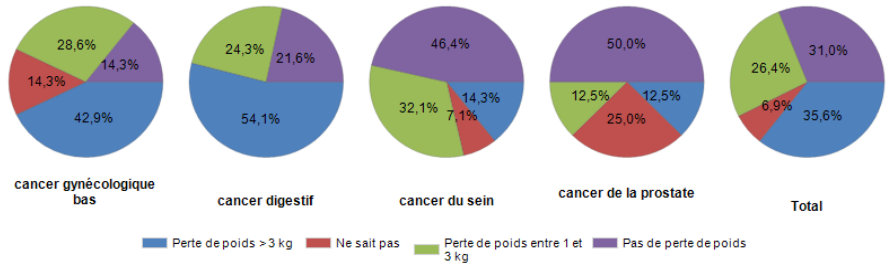
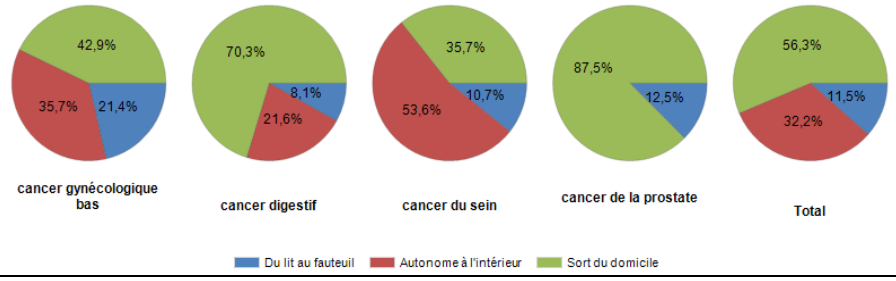
L'analyse des différents items de la grille G8 montre des fragilités nutritionnelles plus importantes chez les patients atteints de cancer digestif et gynécologique que chez les patients atteints de cancer de la prostate (test du Khi2 avec un $p \leq 0.01$).

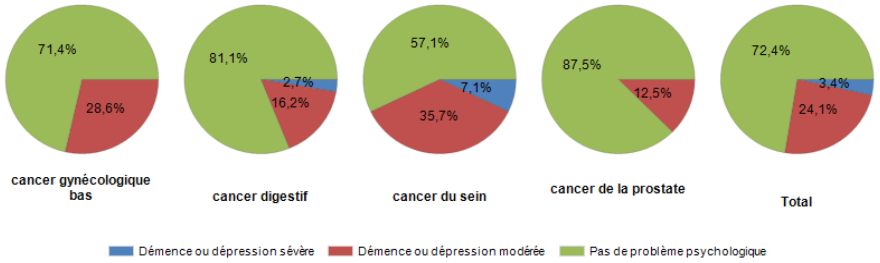
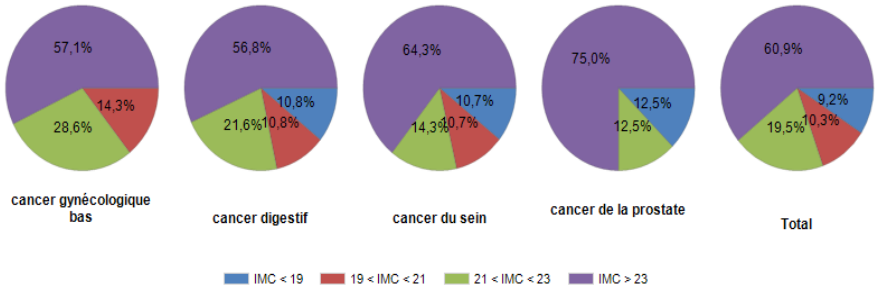
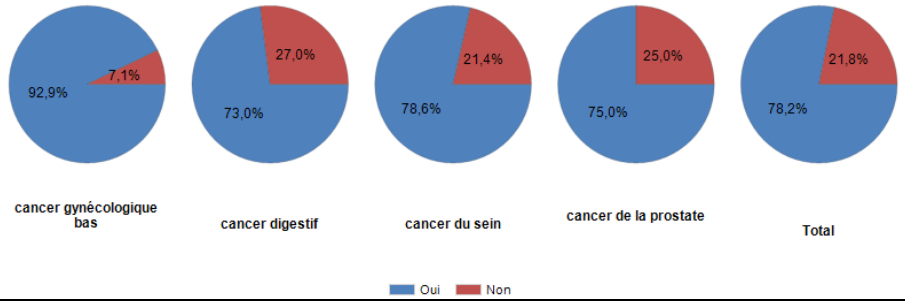
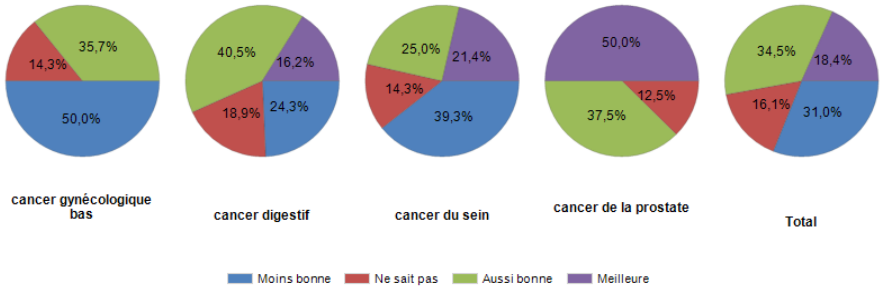
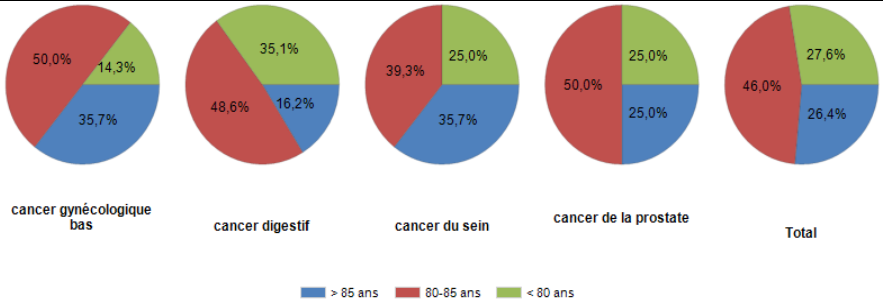
Concernant la motricité, une différence significative (test du Khi2 et p-value = 0.02) existe entre les types de cancer. Le taux de patients se déplaçant en dehors de leur domicile est de 7,5% pour les patients atteints de cancer de la prostate mais que de 42,9% chez les femmes atteintes de cancer gynécologique et 35,7% chez les femmes atteintes de cancer du sein. Ceci est peut être également dû à leur âge. En effet le dernier item de la grille G8 catégorise les patients en fonction de leur tranche d'âge. On peut noter que le % de patients de plus de 85 ans est plus important chez les femmes atteintes de cancer gynécologique (35,7%) que les patients atteints de cancer digestif (16,2%).

Bien que la différence ne soit pas significative à cause des effectifs trop faibles, on peut remarquer que les femmes atteintes de cancer du sein présentent des problèmes neuropsychologiques modérés en proportion plus importante que pour les autres patients.

D'autre part, 92% des patientes atteintes de cancer gynécologique dans notre étude prennent plus de 3 médicaments, pourcentage plus élevé que celui observé chez les autres patients atteints de cancer (75,3%).

Enfin 50% des patients atteints de cancer de la prostate disent se sentir en meilleure santé que les autres patients, alors qu'aucune patiente atteinte de cancer gynécologique bas n'a répondu en ce sens. A l'inverse, 50% des patientes atteintes de cancer gynécologique bas disent se sentir en moins bonne santé que les autres patients.

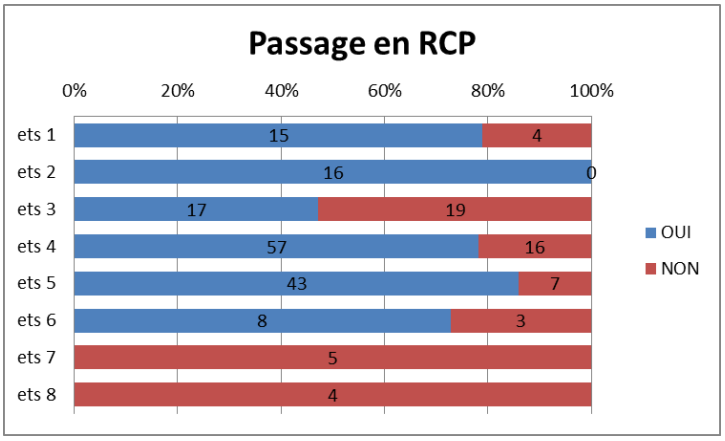
Perte d'appétit	
Perte récente de poids	
Motricité	

Problèmes neuropsychologiques	
IMC	
Prend plus de 3 médicaments	
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé ?	
Age	

PASSAGE EN RCP

Tous les dossiers de patients atteints de cancer quel que soit leur âge et leur pathologie doivent être présentés en réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

Le % de dossiers contenant la trace du passage en RCP est de 73% (source : dossier patient et DCC) mais il est variable d'un établissement à l'autre. On note qu'il est supérieur à 90% uniquement pour l'établissement 2. Ceci avait également été remarqué lors de l'audit de dossier Audit G8 – recours EOG.



LES EVALUATIONS ONCOGERIATRIQUES

Les évaluations onco-gériatriques permettent de déterminer les fragilités afin de proposer un plan de soins gériatriques et émettre un avis onco-gériatrique concernant la proposition thérapeutique.

DETERMINATION DES FRAGILITES, PROPOSITION ET SUIVI DU PLAN DE SOINS

Au cours des évaluations onco-gériatriques 7 domaines sont abordés :

- aspects sociaux
- aspects nutritionnels
- aspects cognitifs
- évaluation de l'autonomie
- évaluation des performances physiques
- évaluation de la thymie
- évaluation de la douleur

A partir de différents tests et critères, les fragilités vis-à-vis de ces 7 domaines sont déterminées.

FRAGILITE SOCIALE

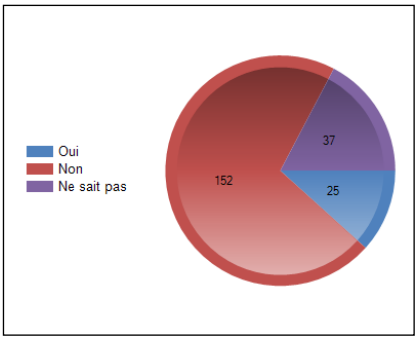
Identification des aspects sociaux

1a) <u>description globale de la vie des patients</u> :

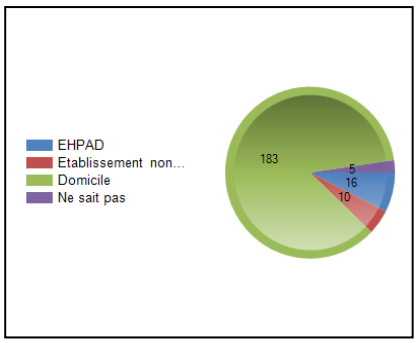
- prise en charge sociale (intervention extérieure déjà mise en place, CLIC, Aide-soignante, ...)
- lieu de vie
- vit seul
- passage d'un IDE au domicile
- passage d'une aide-soignante au domicile
- passage d'une aide-ménagère
- portage des repas
- télé-alarme
- patient étant l'aidant lui-même d'une autre personne
- présence d'aidant

Les données des 214 patients sont résumées dans les représentations graphiques suivantes :

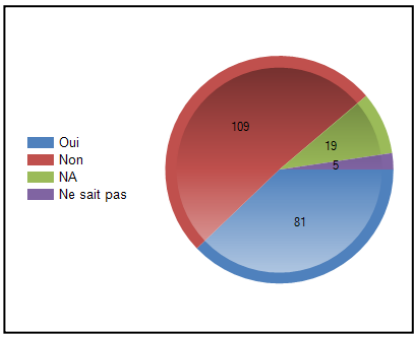
Prise en charge sociale



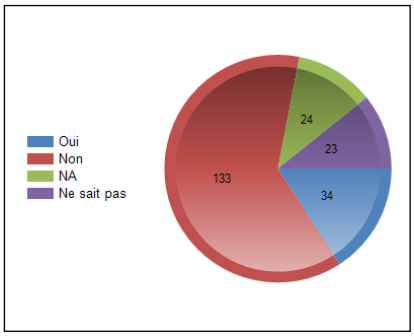
Lieu de vie



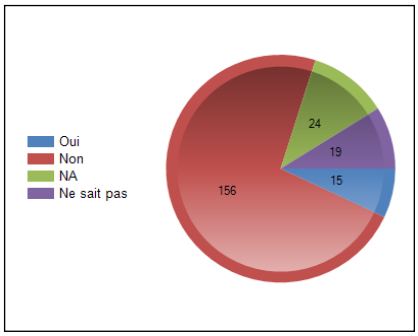
Vit seul



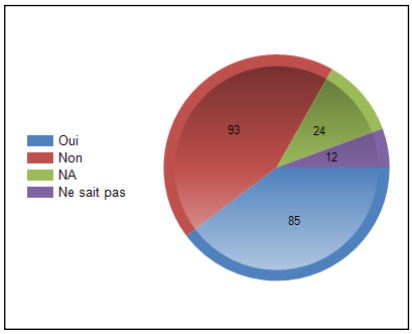
IDE au domicile



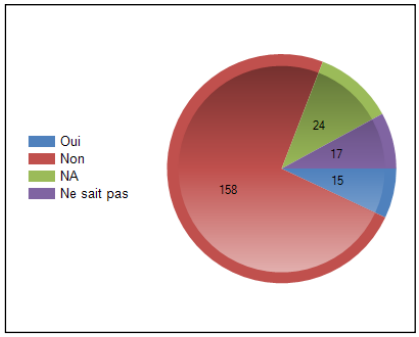
Passage d'une aide-soignante



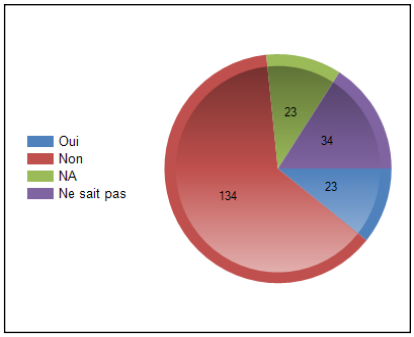
Aide-ménagère



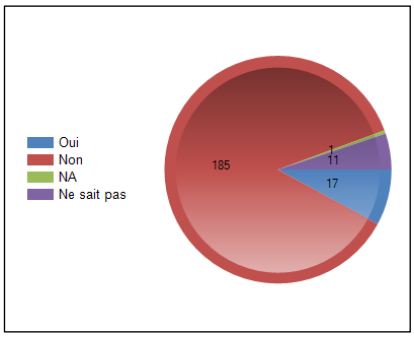
Portage des repas



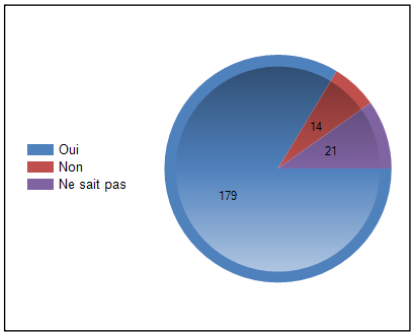
Télé-alarme



Patient lui-même aidant

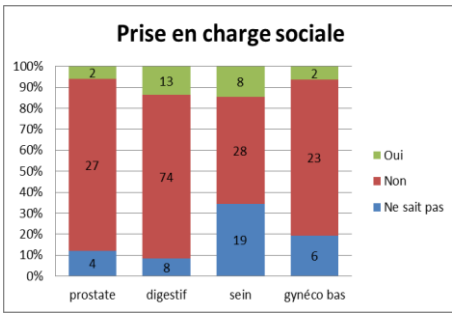


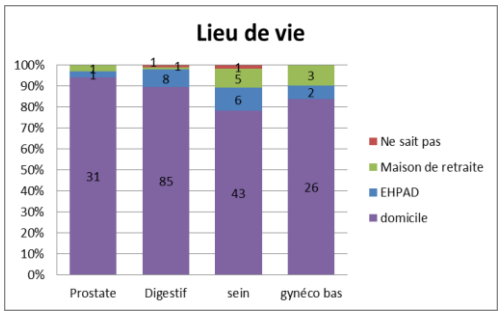
Présence d'aidants

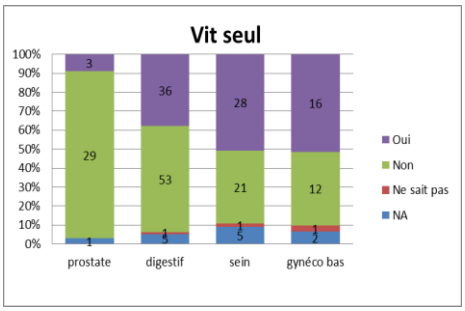


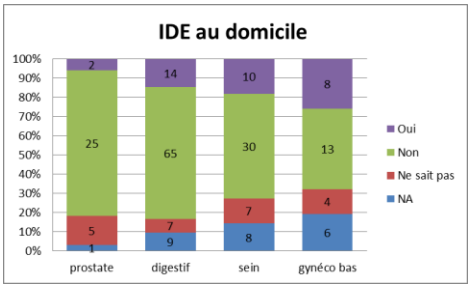
Ces données montrent que les patients vivent majoritairement à domicile (85%). 39% des patients vivent seuls et 40% ont une aide-ménagère. Seulement 16% ont une infirmière à domicile.
Les pourcentages de portage de repas et de télé-alarme restent faibles, autour de 10%.

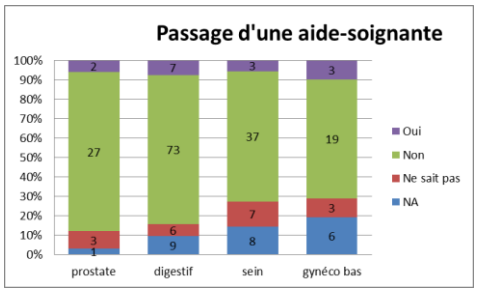
<u>1b) description des aspects sociaux par type de cancer</u> :

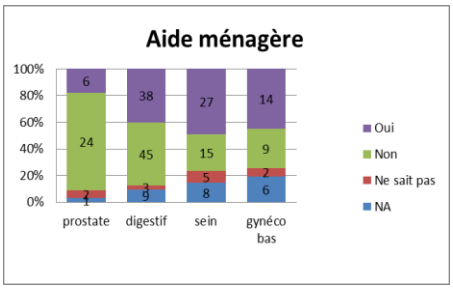


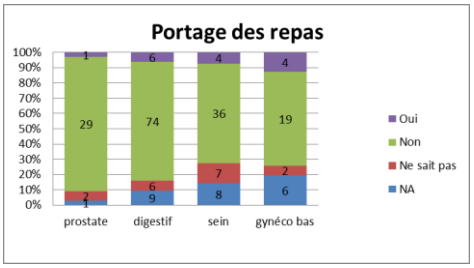


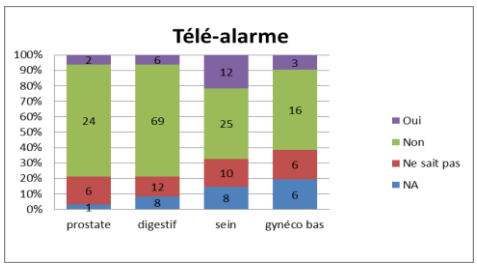


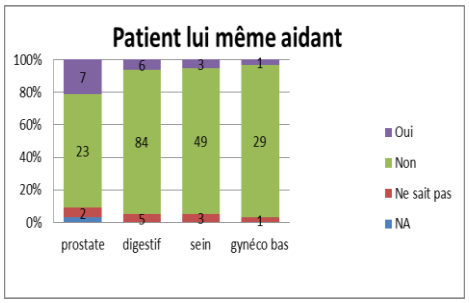


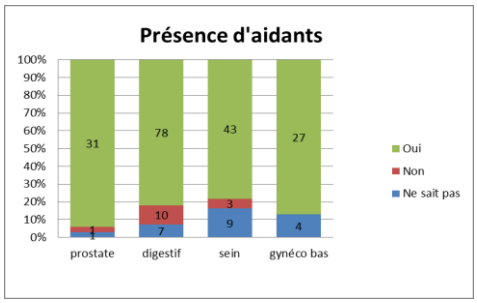












Il est intéressant de noter que plus de 50% des patientes atteintes de cancer du sein et de cancer gynécologique bas vivent seules (28/55 et 16/31 respectivement), contre seulement 9,1% des patients atteints de cancer de la prostate (3/33). 37,9% des patients atteints de cancer digestif vivent également seuls (36/95) : 22,4% des hommes et 54,3% des femmes. Ces chiffres sont probablement en lien avec la durée de vie plus longue chez les femmes que chez les hommes.

De plus, plus de 45% des patientes atteintes de cancer du sein (27/55) et de cancer gynécologique bas (14/31) ont une aide-ménagère alors que seulement 18,2% (16/33) des patients atteints de cancer de prostate en ont une. 40% (36/95) en moyenne des patients atteints de cancer digestif (homme ou femme) ont également une aide-ménagère.

Si on analyse ensemble les items « vit seul » et « aide-ménagère », les patientes atteintes de cancer du sein (35,7%) et les patientes atteintes de cancer gynécologique bas (43,5%) vivent majoritairement seules et ont une aide-ménagère, contre seulement 3,3% des patients atteints de cancer de la prostate et 21,7% des patients atteints de cancer digestif (12,2% des hommes et 26,1% des femmes).

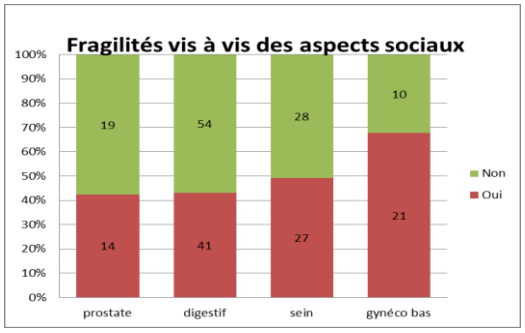
	Vit seul	**Aide-ménagère**		
		Non	**Oui**	**Total général**
cancer du sein	Non	6	12	18
	Oui	9	15/42 (35,7%)	24
	Total général	**15**	**27**	**42**
cancer gynéco bas	Non	5	4	9
	Oui	4	10/23 (43,5%)	14
	Total général	**9**	**14**	**23**
cancer prostate	Non	22	5	27
	Oui	2	1/30 (3,3%)	3
	Total général	**24**	**6**	**30**
cancer digestif	Non	30	20	50
	Oui	15	18/83 (21,7%)	33
	Total général	**45**	**38**	**83**

Plus de 20% (7/33) des patients atteints de cancer de la prostate sont des aidants, pourcentage beaucoup plus élevé que celui observé chez les autres patients atteints de cancer, dans cette étude.

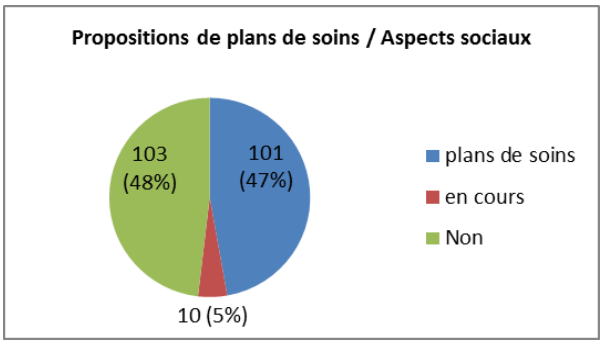
1c) <u>fragilités sociales identifiées par le gériatre et notées dans la conclusion de l'EOG</u>

➔ Au total **103 patients présentent une fragilité sociale** identifiée par le gériatre lors de l'évaluation onco-gériatrique, ce qui correspond à environ un patient sur 2 (**48,1%**).

Ce pourcentage est beaucoup plus élevé chez les patientes atteintes de cancer gynécologique bas : 67% (21/31). Mais cette observation n'est pas statistiquement significative (p=0,1).



2a) <u>description globale des propositions de plans de soins</u> :



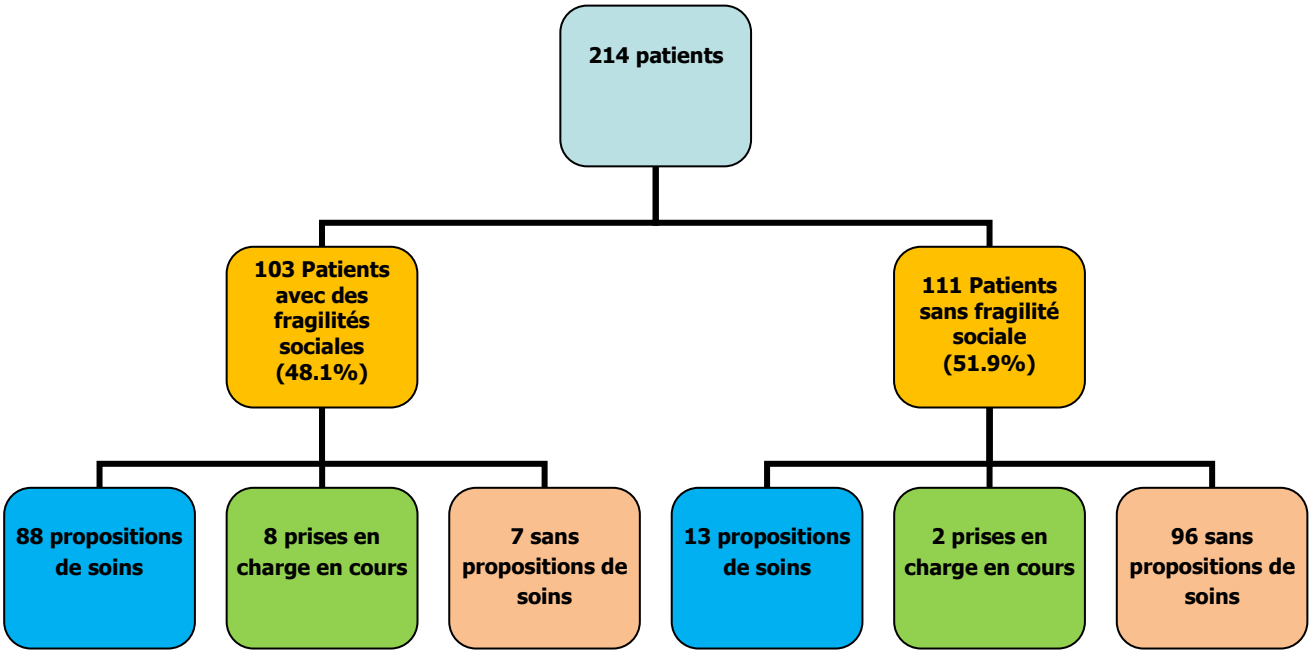
Sur la totalité des 214 patients de l'étude, seulement 10 patients bénéficiaient déjà d'actions sociales (4,7%). 101 patients ont bénéficié de propositions de plan de soins gériatrique (soit **47,2%),** parmi lesquelles on retrouve des propositions de prise en charge en SSR au cours du traitement, des propositions d'inscription en EHPAD, des propositions d'aides supplémentaires (aide-ménagère, portage des repas) à mettre en place.

2b) <u>description des propositions de plans de soins chez les patients fragiles :</u>

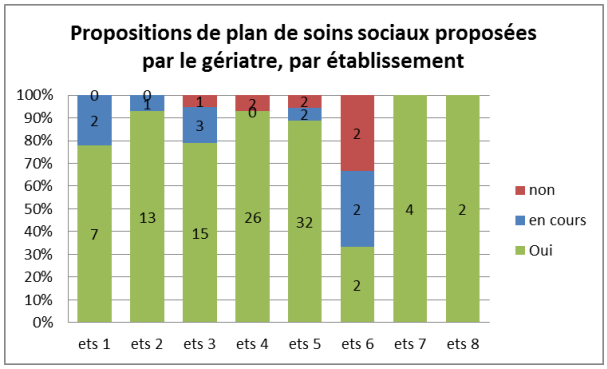
Parmi les 103 patients présentant des fragilités vis-à-vis des aspects sociaux (cf. 1c) :

- 88 patients ont bénéficié de propositions de soins (85%),
- 8 patients étaient déjà pris en charge (8%)
- et pour 7 patients (7%), nous n'avons pas retrouvé de propositions de soins dans le compte-rendu du gériatre.

➔ **En résumé concernant les aspects sociaux :**



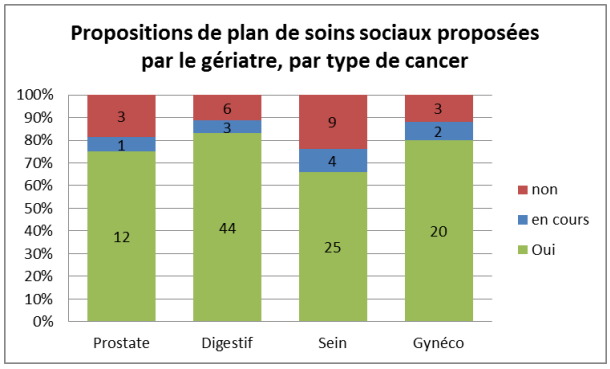
2c) propositions de plans de soins en fonction de l'établissement



Il existe une différence significative entre les établissements mais les effectifs sont très petits et donc difficilement interprétable

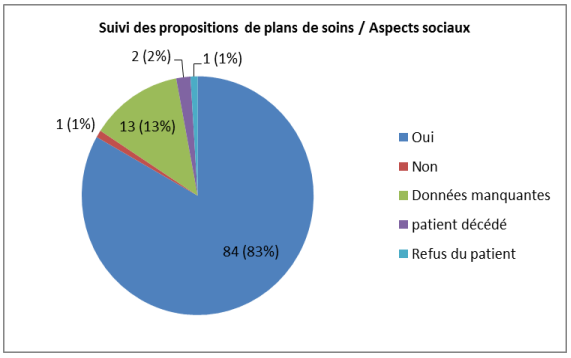
.

2d) propositions de plans de soins en fonction du type de cancer :



Il n'y a pas de différence importante suivant le type de cancer.

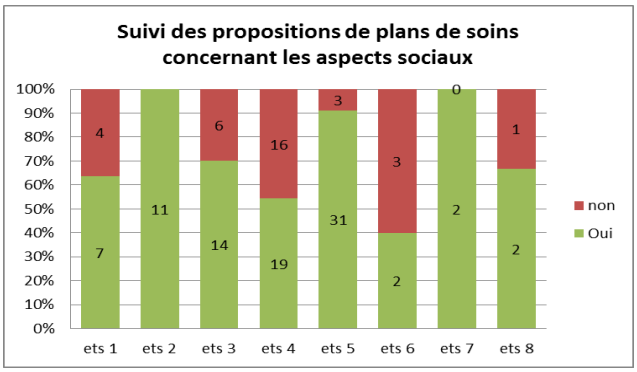
Suivi de la proposition de plan de soins concernant les aspects sociaux

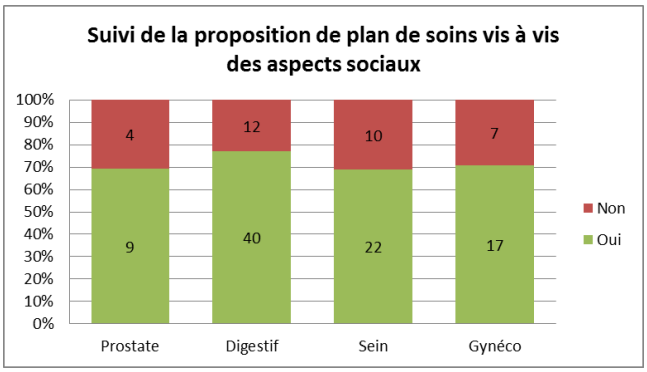


Parmi les 101 patients ayant bénéficié d'une proposition de plan de soins concernant les aspects sociaux (88 patients fragiles et 13 patients non encore fragiles), 84 propositions (**83%**) ont été clairement suivies et retrouvées dans le dossier.

Parmi les 17 dossiers ne traçant pas le suivi des propositions :

- 1 dossier faisait état de l'absence de mise en place d'actions.
- 2 patients sont décédés avant la mise en place du suivi.
- une patiente a refusé la proposition de prise en charge en EHPAD.
- 13 données étaient manquantes (données qui n'ont pas été retrouvées dans les dossiers).





On note des suivis d'actions différents entre les établissements (même si les effectifs sont parfois très petits), mais on ne note pas de différence entre type de pathologie.

FRAGILITE NUTRITIONNELLE

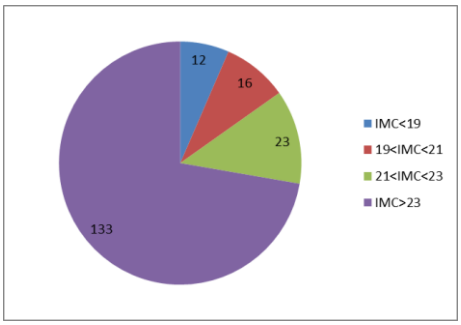
Identification des aspects nutritionnels

1a) <u>description globale des aspects nutritionnels</u> :

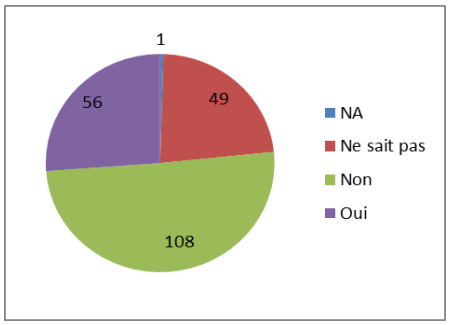
- IMC
- Perte de poids > 5% en 1 mois ou 10% en 6 mois
- Score dépistage MNA
- Score évaluation globale MNA
    - MNA <17 : mauvais état nutritionnel
    - 17<MNA<23,5 : risque de malnutrition
    - MNA>23,5 : pas de problème nutritionnel

Les différents items n'étaient pas toujours retrouvés dans les dossiers : le nombre de patients pour lesquels l'item a été retrouvé est ajouté entre parenthèse.

IMC (184 patients)

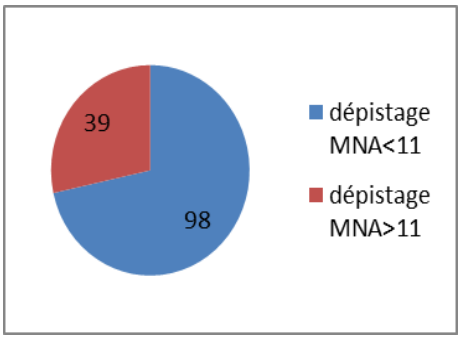


Perte de poids (214 patients)

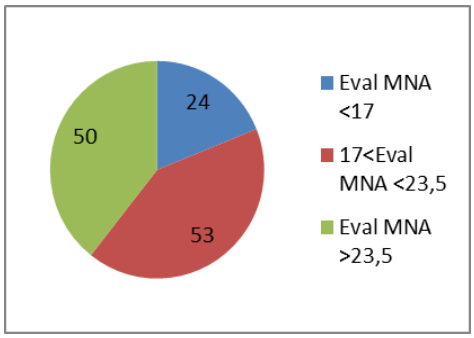


Les résultats de l'IMC via la G8 et via l'EOG sont similaires.

Score dépistage MNA (137 patients)

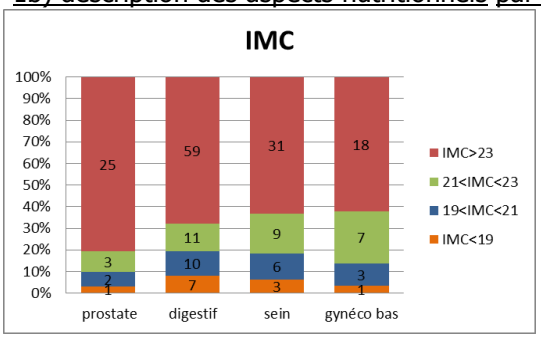


Evaluation globale MNA (127 patients)



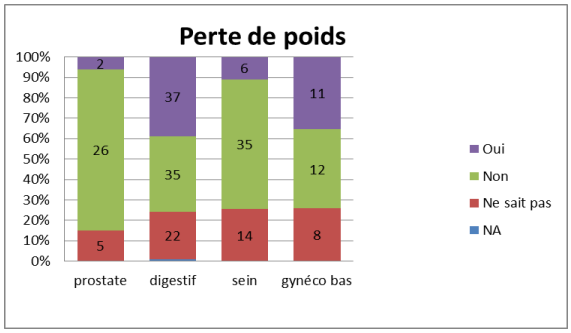
La grille G8 intégrant la question de l'anorexie ne permet de détecter que 5% des patients anorexiques alors que le MNA réalisé lors de l'EOG permet de détecter 18% de patient en mauvais état nutritionnel.

1b) <u>description des aspects nutritionnels</u> <u>par type de cancer</u>:

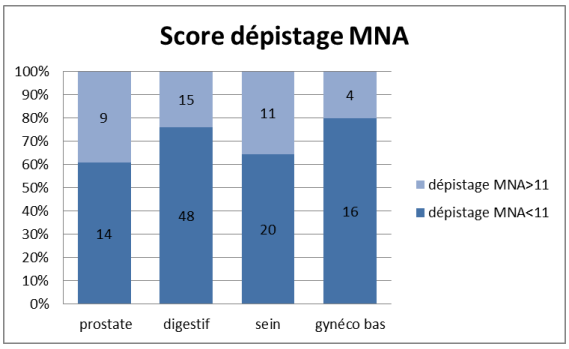


En moyenne, 17,9% des patients atteints de cancer ont un IMC<21 soit une dénutrition.

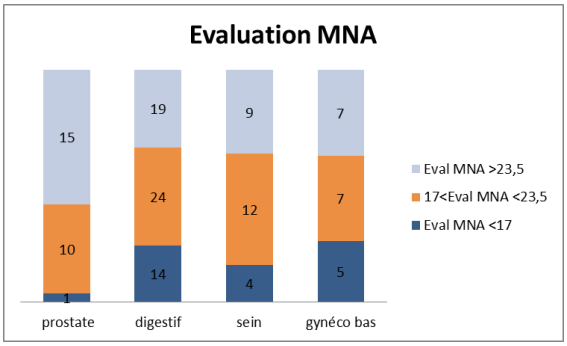
On remarque cependant un pourcentage d'IMC<21 nettement plus faible chez les patients atteints de cancer de la prostate (9%), comme observé dans l'item IMC de la grille G8.



On note une perte de poids plus importante chez les patients atteints de cancer digestif et cancer gynécologique bas par rapport aux autres patients.



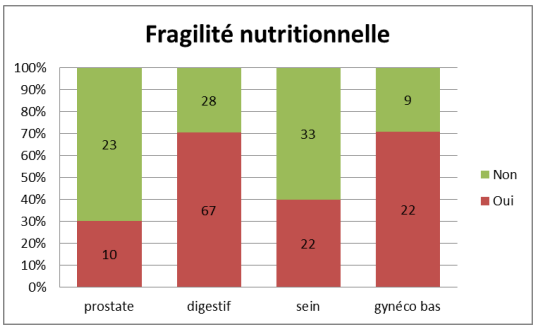
Plus de 60% des patients atteints d'un cancer ont un score de dépistage inférieur à 11, ce qui évoque un risque nutritionnel, pourcentage légèrement plus important chez les patients atteints de cancer digestif et cancer gynécologique bas, comme observé précédemment pour la perte de poids.



Comme précédemment, on observe un % plus élevé de patients atteints de cancer digestif et cancer gynécologique bas avec un score < à 17, suggérant un mauvais état nutritionnel.

1c) <u>fragilités nutritionnelles identifiées par le gériatre et notées dans la conclusion de l'EOG</u> :

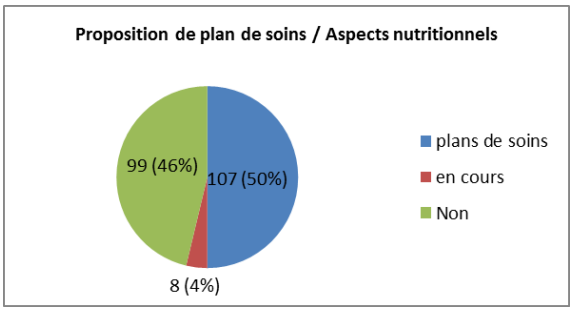
➔ Au total, **121 patients présentent une fragilité vis-à-vis des aspects nutritionnels** identifiée par le gériatre lors de l'évaluation onco-gériatrique, ce qui correspond à environ un patient sur 2 (**56,5%**).



On note des différences significatives ($p<0.01$) suivant la pathologie : plus de 70% des patients atteints de cancer digestif et de patientes atteintes de cancer gynécologique bas présentent une fragilité vis-à-vis de la nutrition, contre 30% et 40% respectivement pour les patients atteints de cancer de la prostate et les patientes atteints de cancer du sein.

Proposition de plan de soins concernant les aspects nutritionnels

2a) <u>description globale des propositions de plans de soins</u> :

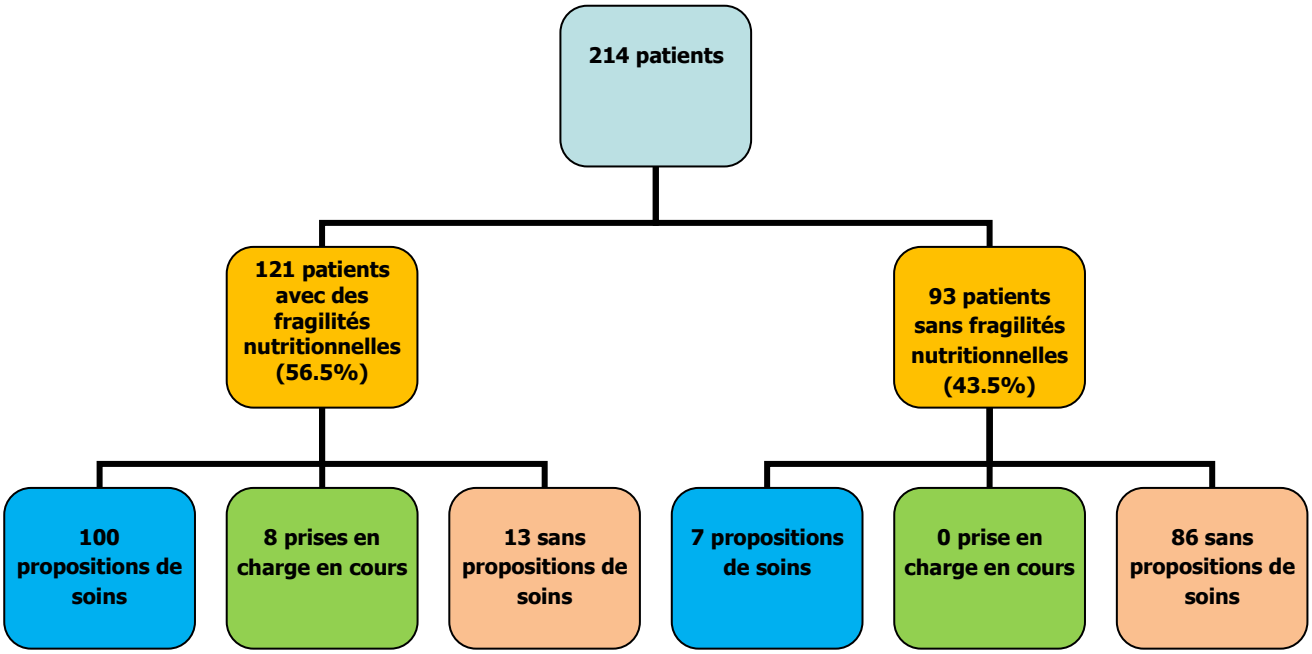


Parmi les 214 patients, seulement 8 patients bénéficiaient déjà d'un plan de soins nutritionnels retrouvés (3,7%). 107 patients ont bénéficié de propositions de plan de soins gériatrique concernant cette fragilité (**50%**), qu'ils aient été identifiés comme déjà fragile ou non. Les actions proposées sont essentiellement la prise de compléments alimentaires et un suivi par une diététicienne.

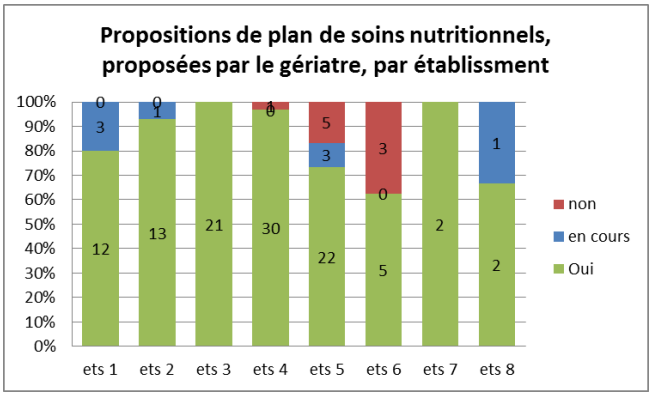
2b) <u>description des propositions de plans de soins chez les patients fragiles</u> :

Parmi les 121 patients présentant des fragilités vis-à-vis des aspects nutritionnels (cf. 1c) :
- 100 patients ont bénéficié de propositions de soins (83%),
- 8 patients étaient déjà pris en charge (7%)
- et pour 13 patients (10%), nous n'avons pas retrouvé de propositions de soins dans le compte-rendu du gériatre.

➔ **En résumé concernant les aspects nutritionnels :**

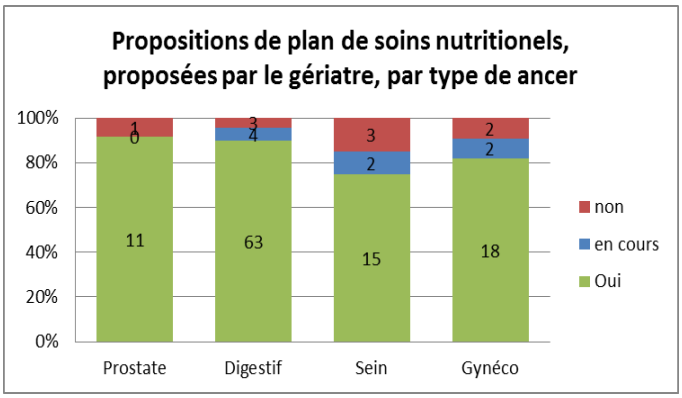


2c) propositions de plans de soins en fonction de l'établissement :



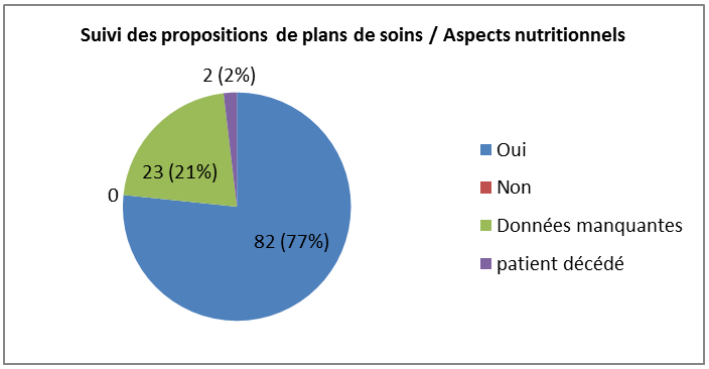
Il existe une différence entre les établissements mais les effectifs sont très faibles.

2d) propositions de plans de soins en fonction du type de cancer :

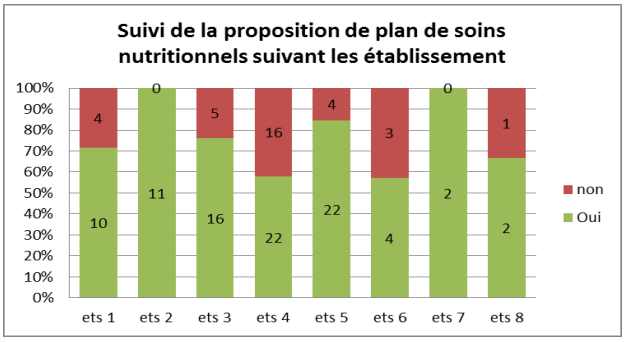


Il n'y a pas de différence significative suivant le type de cancer.

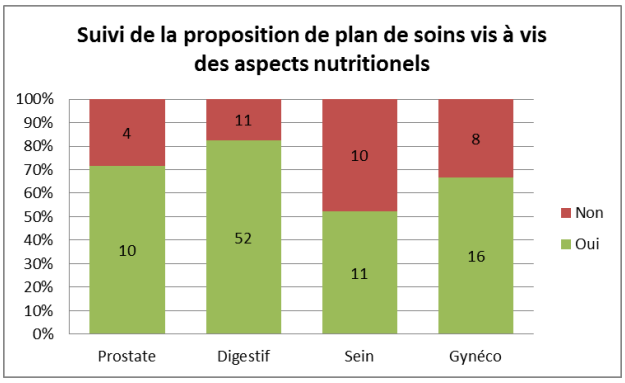
Suivi de la proposition de plan de soins concernant les aspects nutritionnels



Parmi les 107 patients ayant bénéficié d'une proposition de plan de soins (100 patients fragiles et 7 patients non fragiles) concernant les aspects nutritionnels, 82 plans de soins (**77%**) ont été clairement suivis et retrouvés dans le dossier. De nombreuses données n'ont pas pu être retrouvées dans le dossier (données manquantes, patients perdus de vue) et 2 patients sont décédés.



On note des suivis d'actions différents entre les établissements même si les effectifs sont parfois très petits.



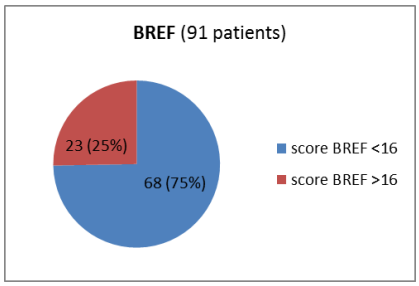
Les plans de soins nutritionnels sont d'avantage suivis et retrouvés dans les dossiers de patients atteints de cancer digestif. Ils le sont nettement moins pour les femmes atteintes de cancer du sein.

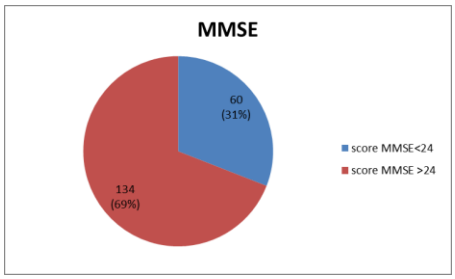
FRAGILITE COGNITIVE

Identification des fragilités cognitives

1a) <u>description globale des aspects cognitifs</u> :

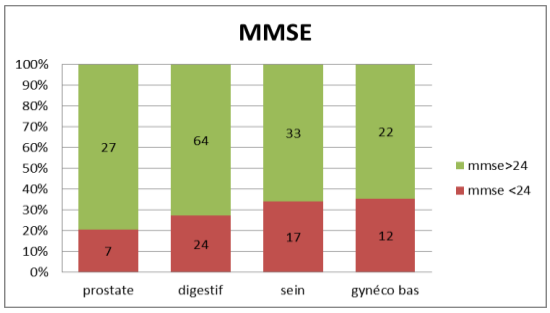
- BREF
- MMSE : Les résultats du test MMSE ont été regroupés en 3 catégories
  MMSE<24 : démence
  MMSE >24 : déficit cognitif léger ou état cognitif normal



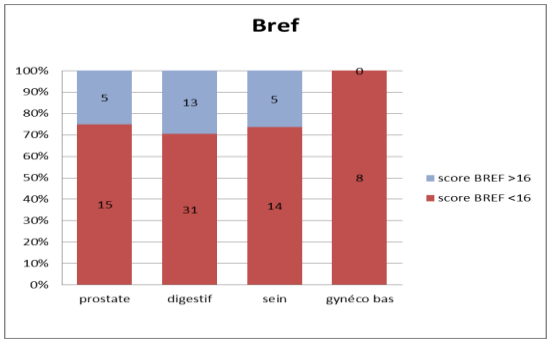


Le test BREF n'a été réalisé que pour 91 patients soit 42,5%, alors que la MMSE a été réalisé auprès de 194 patients (90,6%).
On peut noter cependant que 75% des patients ont un score BREF < 16 (anormal), alors qu'on ne retrouve un MMSE pathologique que chez 31% des patients.

<u>1b) description des aspects cognitifs par type de cancer</u>



Les résultats de ce test montrent une hétérogénéité quant aux aspects cognitifs dans la population de patients atteints de cancer. On peut cependant noter un pourcentage légèrement plus important de patientes atteintes de cancer du sein et de cancer gynécologique bas avec un score MMSE<24 pathologique (35% pour une moyenne de 29).

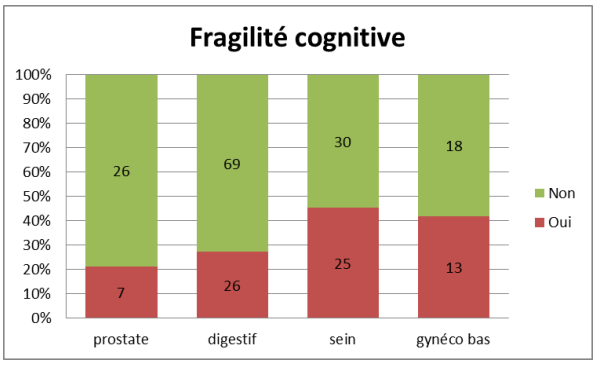


Plus de 70% des patients ont un score BREF < 16 considéré comme anormal, avec 100% des patientes atteintes de cancer gynécologique bas.

1c) fragilités cognitives identifiées par le gériatre et notées dans la conclusion de l'EOG :

➔ Au total, **71 patients présentent une fragilité cognitive** soit **33%**.

Ce type de fragilité est retrouvé chez 25 patientes atteintes de cancer du sein (45%) et 13 patientes atteintes de cancer gynécologique bas (42%) contre 21,2% et 27,4% des patients atteints respectivement de cancer de la prostate et digestif. La différence entre les types de cancer est statistiquement significative ($p<0.01$).



Proposition de plan de soins concernant les aspects cognitifs

2a) description globale des propositions de plans de soins :

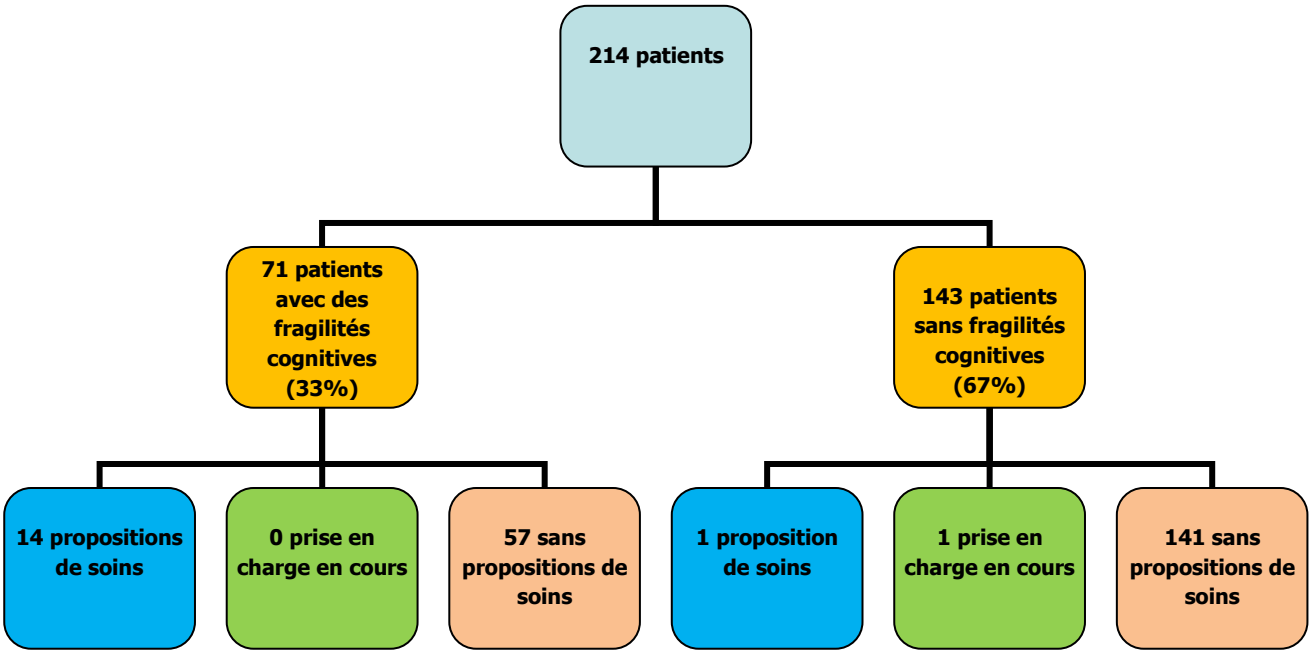
Parmi les 214 patients, 15 propositions de plans de soins (scanner cérébral, RDV consultation mémoire, bilan cognitif) ont été émises.

Un scanner cérébral a été proposé par le gériatre pour un patient présentant des troubles cognitifs déjà pris en charge.

2b) description des propositions de plans de soins chez les patients fragiles :

Parmi les 71 patients présentant des fragilités vis-à-vis des aspects cognitifs (cf. 1c) :
- 14 patients ont bénéficié de propositions de soins (20%),
- Et pour 57 patients (80%), nous n'avons pas retrouvé de propositions de soins dans le compte-rendu du gériatre.

➔ **En résumé concernant les aspects cognitifs :**



Proposition de plan de soins concernant les aspects cognitifs

Parmi ces 15 propositions, 8 ont été suivies et retrouvées dans le dossier de soins.

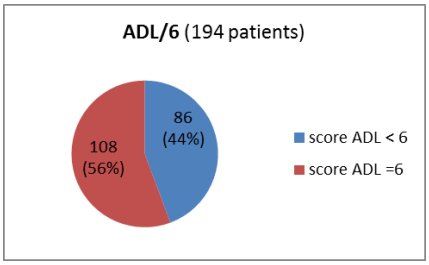
AUTONOMIE

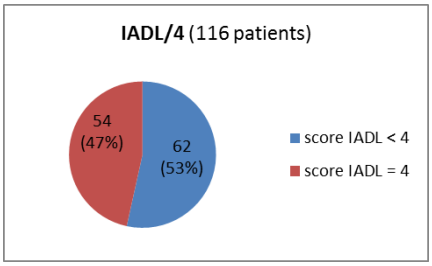
Identification des fragilités vis-à-vis de l'autonomie

1a) <u>description globale de l'autonomie</u>:

L'autonomie est déterminée en fonction des critères suivants :

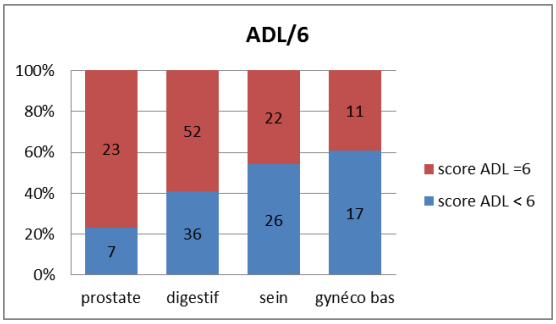
- ADL
- IADL



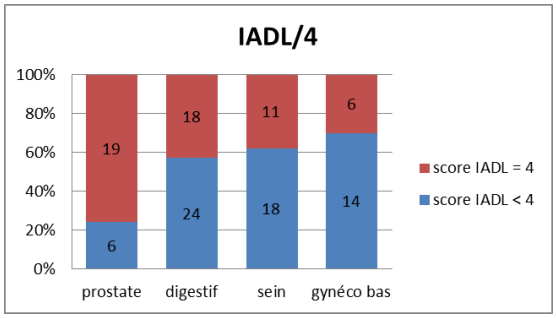


En fonction du test réalisé (ADL ou IADL) entre 44% et 53% des patients présente une perte d'autonomie.

1b) <u>description de l'autonomie par type de cancer</u>:



La proportion de femmes atteintes de cancer gynécologique bas et de cancer du sein ayant un score ADL < 6 est plus importante que dans les cancers de la prostate et digestifs (61% et 54% respectivement contre 23% et 41%), suggérant une perte d'autonomie plus fréquente chez ces patientes.

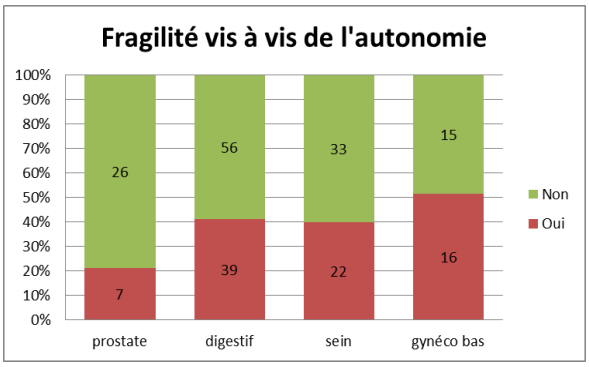


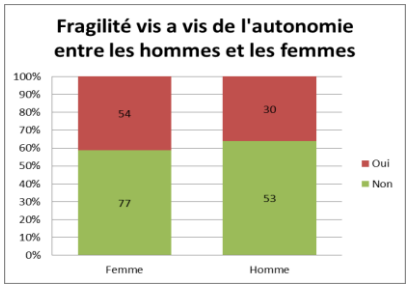
On retrouve des résultats similaires avec le test IADL. Les patients atteints de cancer de la prostate restent les plus autonomes.

1c) <u>fragilités vis-à-vis de l'autonomie identifiées par le gériatre et notées dans la conclusion de l'EOG</u>

➔ Au total, **83 patients présentent une fragilité vis-à-vis de l'autonomie** soit **38,8%.**

Les patients atteints de cancer de la prostate sont moins fragiles vis-à-vis de l'autonomie. Les femmes atteintes de cancer gynécologique bas sont les personnes qui en ont le plus.

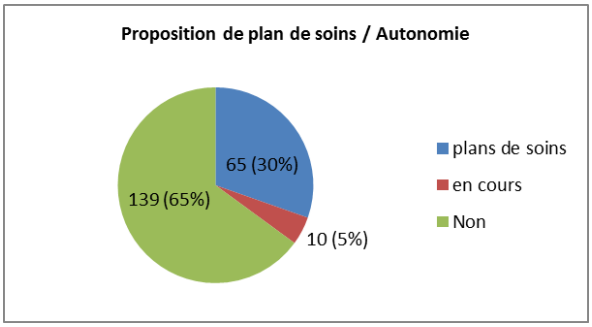




Ces différences ne sont observées qu'en fonction du type de cancer. Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes.

Proposition de plan de soins vis-à-vis de l'autonomie

2a) <u>description globale des propositions de plans de soins</u> :



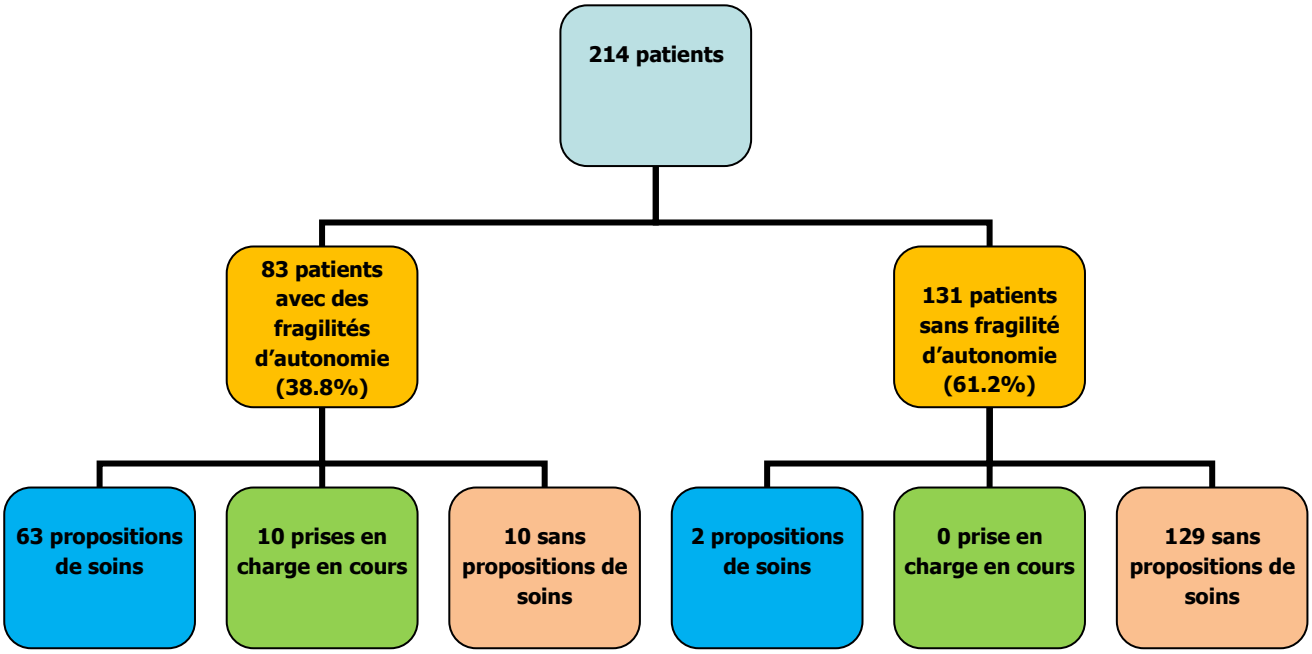
65 patients (**30%**) parmi les 214, ont bénéficié d'une proposition de prise en charge afin d'améliorer leur autonomie. Seulement 10 patients (5%) avaient déjà des projets en cours de mise en place.

Parmi ces 65 patients, 63 présentaient des fragilités vis-à-vis de l'autonomie.

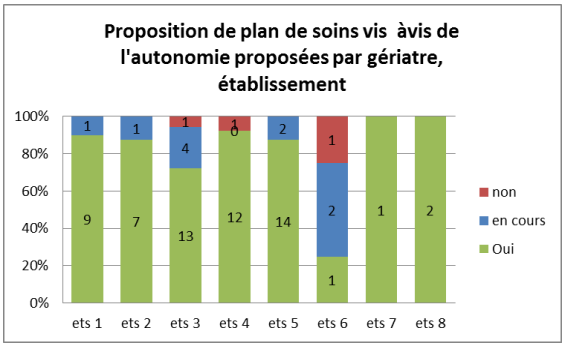
2b) <u>description des propositions de plans de soins chez les patients fragiles</u> :

Parmi les 83 patients présentant des fragilités vis-à-vis de l'autonomie (cf. 1c) :
- 63 patients ont bénéficié de propositions de soins (76%),
- 10 patients étaient déjà pris en charge (12%),
- 1 patient est décédé (1%)
- et pour 9 patients (11%), nous n'avons pas retrouvé de propositions de soins dans le compte-rendu du gériatre.

→ En résumé concernant l'autonomie :

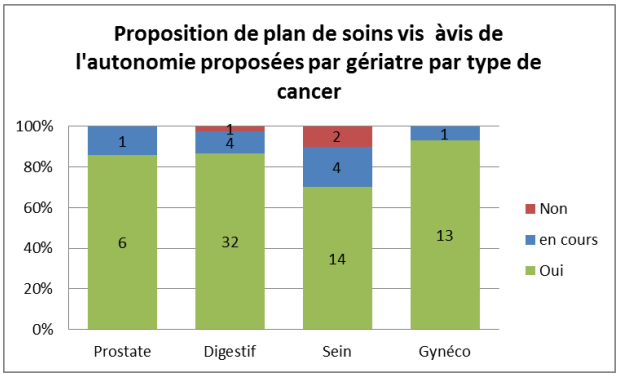


2c) propositions de plans de soins en fonction de l'établissement :



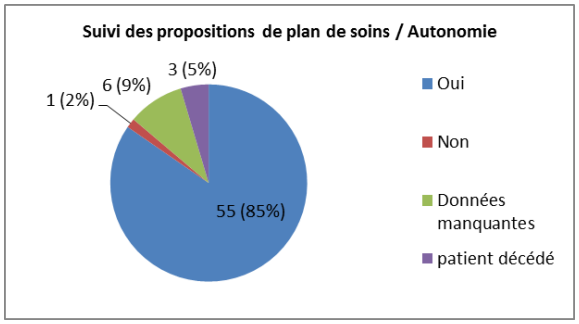
Il existe une différence entre établissement mais les effectifs sont petits.

2d) propositions de plans de soins en fonction du type de cancer :

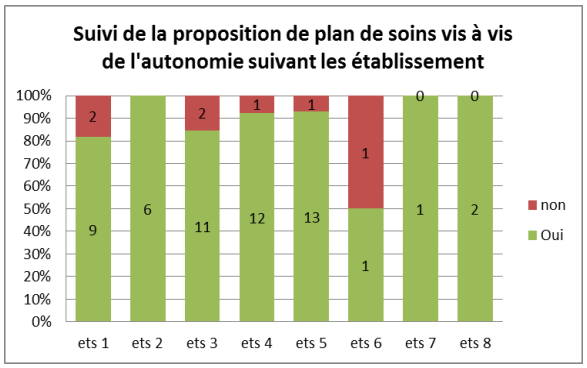


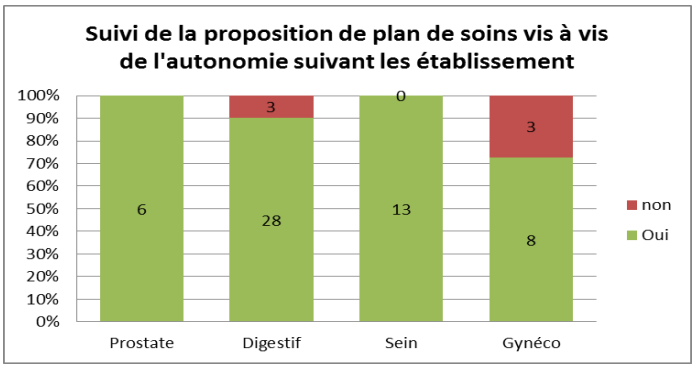
Il existe peu de différence en fonction du type de cancer.

Suivi des propositions de plan de soins concernant l'autonomie



Parmi les 65 propositions de plan de soins (65 patients fragiles et 2 patients non encore fragiles), 55 ont été suivies et retrouvées dans le dossier de soin soit **85%** des cas. 3 patients sont décédés, et pour 6 patients (9%), nous n'avons pas retrouvé d'information quant au suivi dans le dossier.





Il existe peu de différences entre établissement et assez peu entre type de cancer.

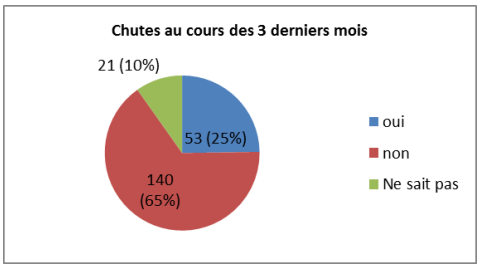
FRAGILITE VIS-A-VIS DES PERFORMANCES PHYSIQUES

Identification des fragilités vis-à-vis des performances physiques

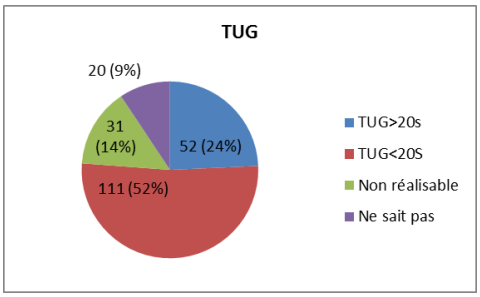
1a) <u>description globale des performances physiques</u> :

Les performances physiques sont déterminées en fonction des 2 critères suivants :

- Nombre de chutes
- TUG (risque de chute)

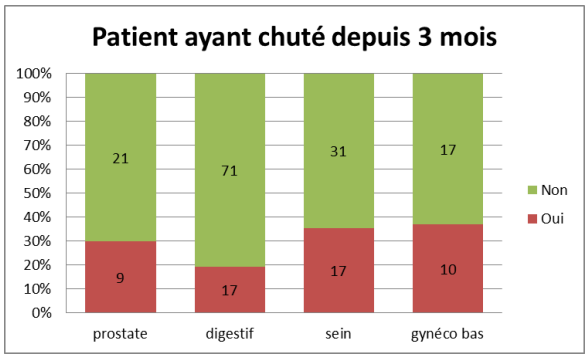


Sur 214 patients, 25% des patients ont chuté au cours des 3 derniers mois (de 1 à 3 fois).

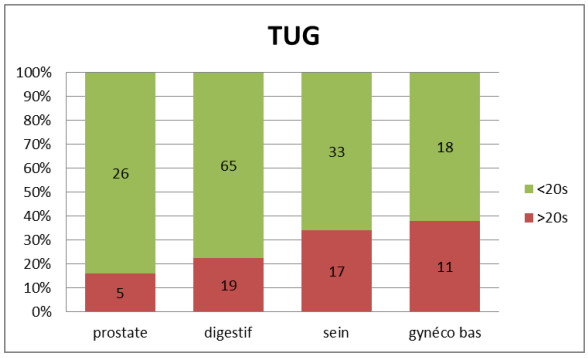


Sur 214 patients, 194 patients ont été évalués via le TUG. 111 patients (52%) ont réalisé le TUG en un temps normal (<20s). 52 patients ont mis plus de 20s (24%), et 31 patients n'ont pu le réaliser (14%).

1b) <u>description des performances physiques par type de cancer:</u>



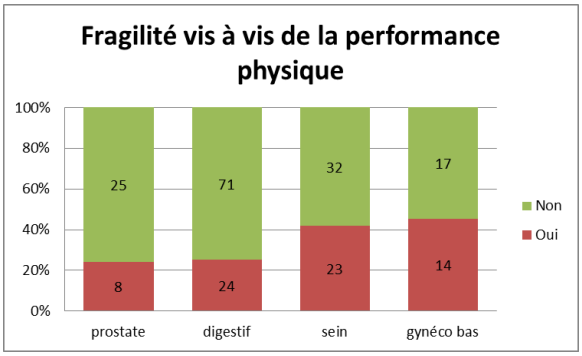
Même si la différence n'est pas significative, on peut noter un pourcentage plus faible de chutes chez les patients atteints de cancer digestif par rapport aux autres patients.



Les patientes atteintes d'un cancer du sein ou d'un cancer gynécologique bas ont de moins bons résultats au test du TUG. Elles semblent avoir plus de risques de chutes notamment par rapport aux hommes atteints de cancer de la prostate.

1c) fragilités vis-à-vis des performances physiques identifiées par le gériatre et notées dans la conclusion de l'EOG

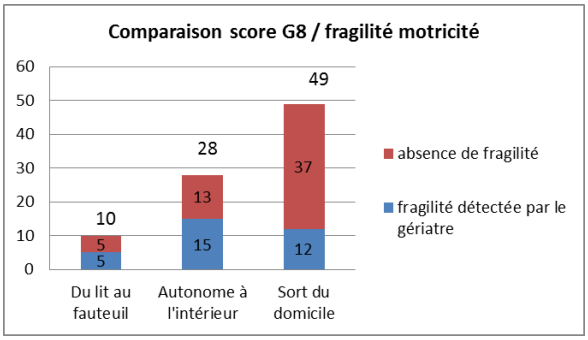
➔ Au total, **69 patients présentent des fragilités vis-à-vis des performances physiques (32,2%).**



Plus de 40% des patientes atteintes d'un cancer du sein ou d'un cancer gynécologique bas ont des fragilités vis-à-vis des performances physiques. Cette relation est peu significative statistiquement parlant.

Il n'y a pas de différence significative suivant le sexe.

1d) Comparaison grille G8 et analyse des fragilités vis-à-vis de la motricité par le gériatre



87 réponses (10+28+49) ont été retrouvées pour la question motricité de la grille G8.

49 patients dont été évalués comme « pouvant sortir du domicile » via la grille G8. Cependant parmi ces 49 patients, 12 (24%) présentaient des fragilités vis-à-vis de la motricité détectées par le gériatre lors de l'évaluation onco-gériatrique.

Proposition de plans de soins vis-à-vis des performances physiques

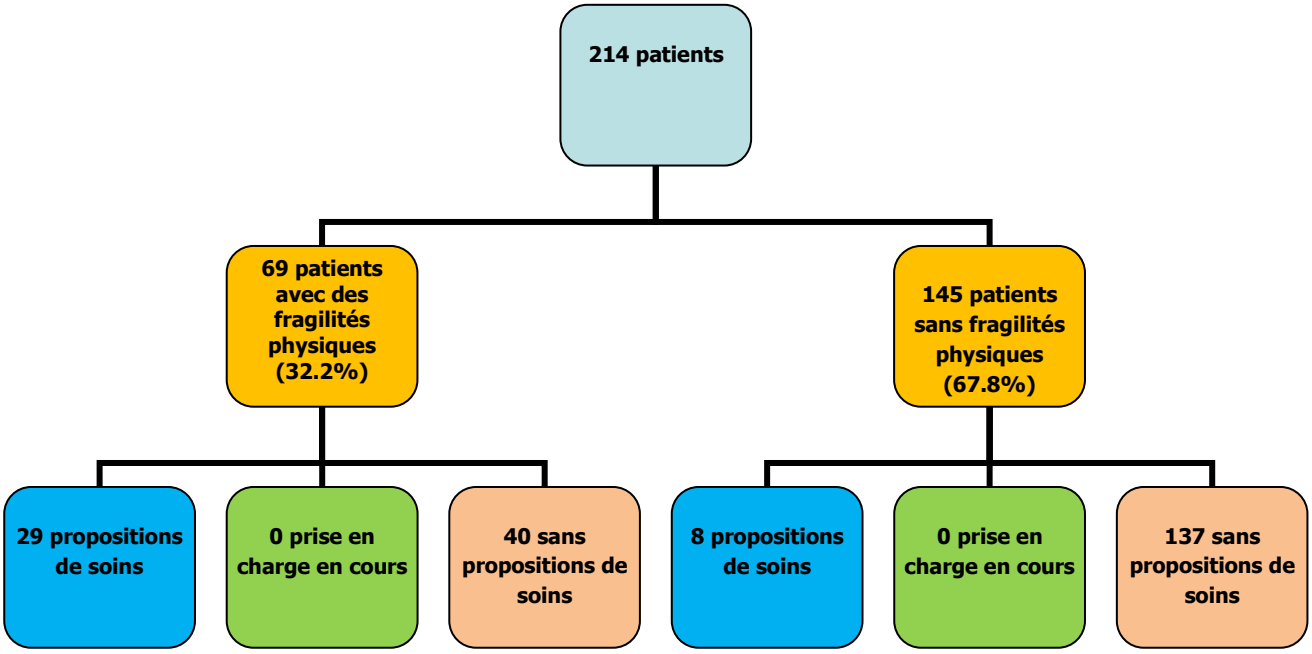
2a) <u>description globale des propositions de plans de soins</u> :

Parmi les 214 patients, 37 propositions de plan de soins (prescriptions de séances de kinésithérapie) ont été retrouvées dans la conclusion du compte-rendu de l'EOG du gériatre, soit 17% d'actions.

2b) <u>description des propositions de plans de soins chez les patients fragiles</u> :

Parmi les 69 patients présentant des fragilités vis-à-vis des performances physiques (cf. 1c) :
- 29 patients ont bénéficié de propositions de soins (42%),
- Et pour 40 patients (58%), nous n'avons pas retrouvé de propositions de soins dans le compte-rendu du gériatre.

➔ **En résumé concernant les performances physiques,**



Suivi des propositions de plans de soins vis-à-vis des performances physiques

Il est difficile de se prononcer sur le suivi de ces propositions car souvent la prescription est faite par le gériatre, il n'y a pas de CR de kinésithérapeute quant à la réalisation de ces séances. On retrouve néanmoins 15 traces dans les dossiers.

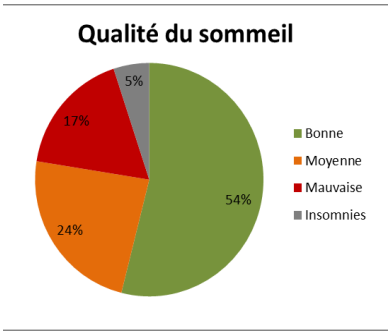
FRAGILITES VIS-A-VIS DE LA THYMIE

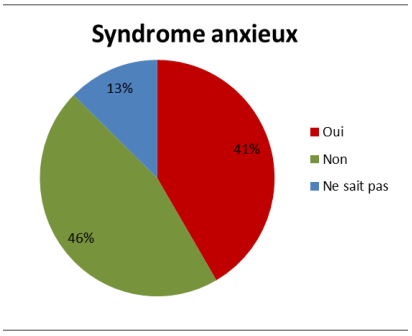
Identification des fragilités vis-à-vis de la thymie

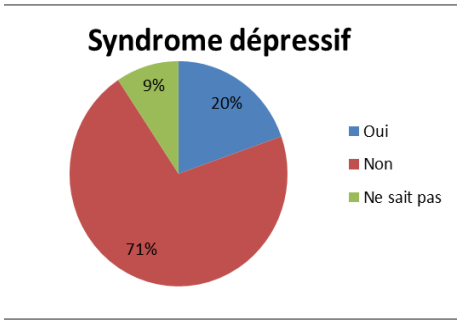
1a) description globale de la thymie

La thymie est évaluée au travers :

- Sommeil
- Identification d'un syndrome anxieux
- Identification d'un syndrome dépressif

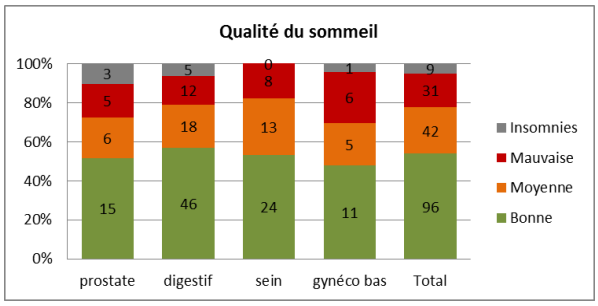


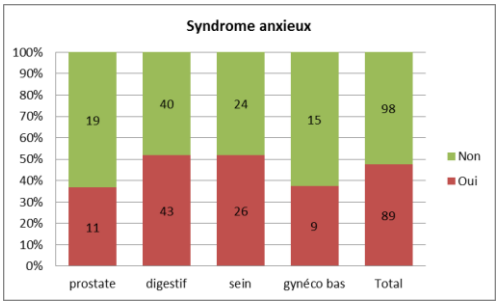


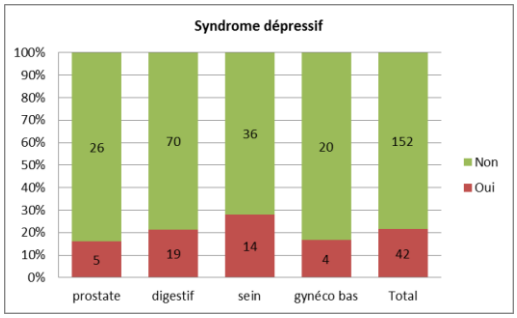


L'évaluation de la qualité du sommeil a été retrouvée dans 178 dossiers. Elle est bonne pour la majorité des patients.
La recherche d'un syndrome anxieux a été retrouvée dans 187 dossiers. La moitié des patients semblent être anxieux.
La recherche d'un syndrome dépressif a été retrouvée dans 194 dossiers. Seulement 20 % des patients présentent un syndrome dépressif.

1b) description de la thymie par type de cancer:





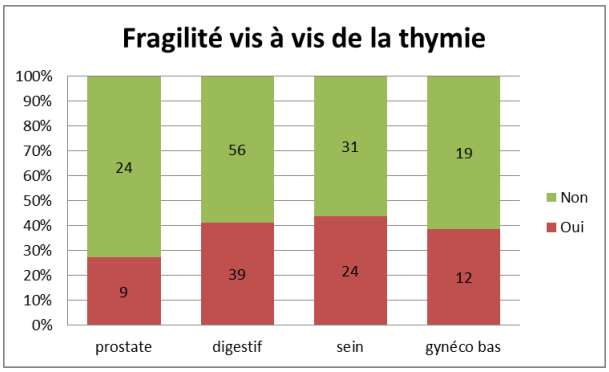


Il n'y a pas de différence significative entre patients atteints de différents types de cancer. On peut tout de même noter que les patientes atteintes de cancer du sein ont un moins bon sommeil, un syndrome anxieux ou un syndrome dépressif plus fréquent que dans les autres pathologies.

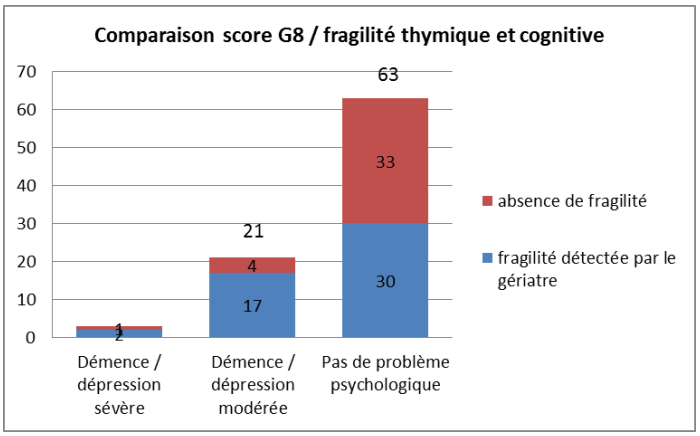
1c) fragilités vis-à-vis de la thymie identifiées par le gériatre et notées dans la conclusion de l'EOG

➔ **Au total 84 patients présentent une fragilité vis-à-vis de la thymie** (**39%**).

Le pourcentage est plus faible chez les patients atteints de cancer de la prostate, mais la différence reste non significative.



1d) Comparaison grille G8 et analyse des fragilités vis-à-vis de la thymie et des troubles cognitifs par le gériatre



Il est intéressant de noter que le gériatre a décelé 30 fragilités vis-à-vis de troubles cognitifs ou de la thymie chez 63 patients pour lesquels aucun problème psychologique n'avait été détecté via la grille G8 soit près d'un patient sur 2.

Proposition de plans de soins vis-à-vis de la thymie

2a) description globale des propositions de plans de soins :

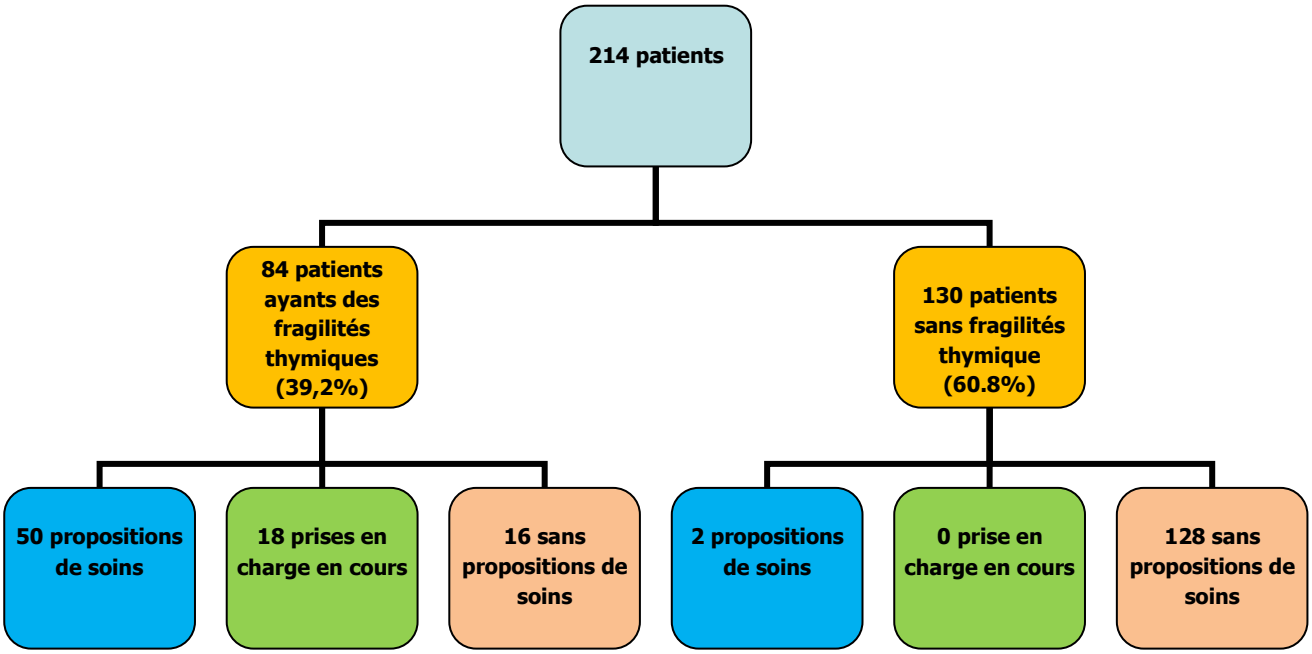
Parmi les 214 patients, 52 propositions de plan de soins (prescriptions d'antidépresseurs et/ou proposition d'intervention du psychologue) ont été émises soit **24%** des cas. 18 patients bénéficiaient déjà d'une prise en charge psychologique ou étaient déjà sous traitements médicamenteux.

2b) description des propositions de plans de soins chez les patients fragiles :

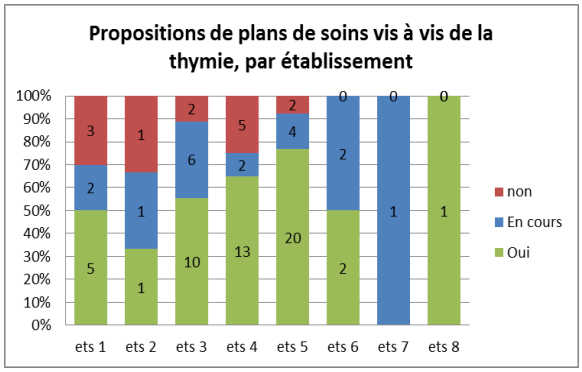
Parmi les 84 patients présentant des fragilités vis-à-vis de la thymie (cf. 1b) :

- 50 patients ont bénéficié de propositions de soins (59%),
- 18 patients bénéficiaient déjà d'une prise en charge psychologique (21%)
- Et pour 16 patients (19%), nous n'avons pas retrouvé de propositions de soins dans le compte-rendu du gériatre.

➔ **En résumé concernant la thymie,**

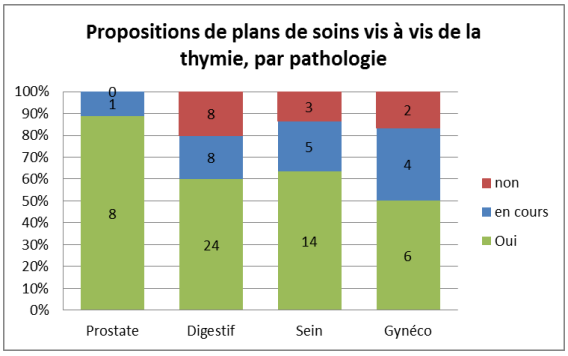


2c) propositions de plans de soins en fonction de l'établissement :



On peut noter des différences en fonction de l'établissement mais elles sont non significatives du fait du trop petit effectif.

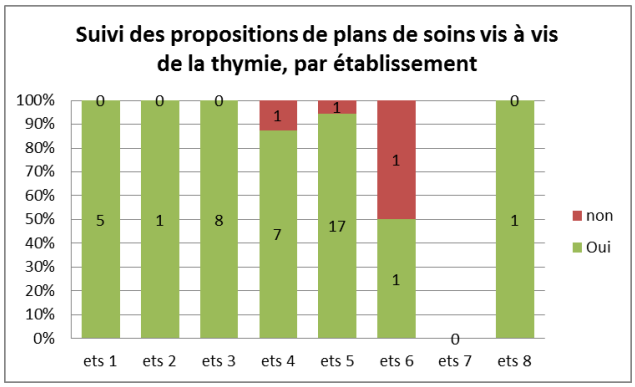
2d) propositions de plans de soins en fonction du type de cancer :

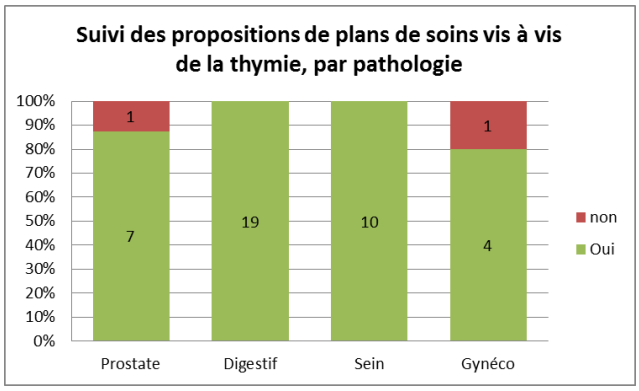


Il semble exister des différences dans les nombres de propositions de plan de soin par pathologie (plus dans les cancers de la prostate que pour les cancers gynécologiques pour qui il existe déjà des prises en charge mises en place), mais les effectifs sont trop petits pour conclure.

Suivi des propositions de plans de soins vis-à-vis de la thymie

Parmi les 52 propositions de plans de soins, 40 ont été appliquées et retrouvées dans le dossier, soit **76,9%** des cas.

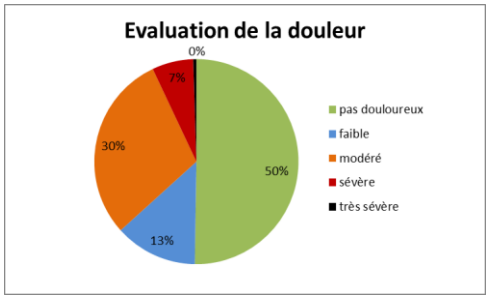




FRAGILITES VIS-A-VIS DE LA DOULEUR

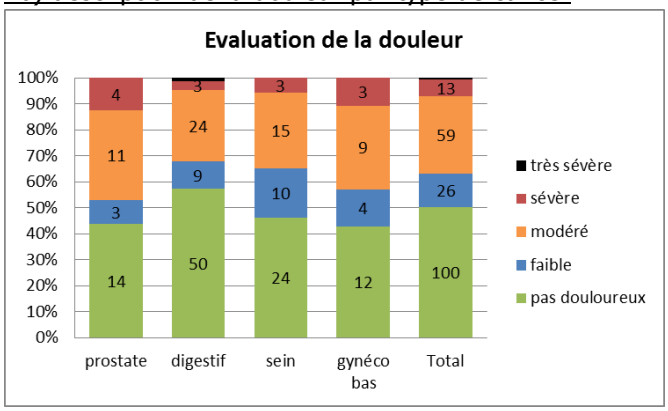
1 *Identification des fragilités vis-à-vis de la douleur*

1a) description globale de la douleur



Parmi les 197 patients dont on a retrouvé l'évaluation de la douleur, 126 patients sont considérés comme pas du tout ou peu douloureux (64%). 14 patients sont très douloureux (douleur sévère et très sévère) soit 7%.

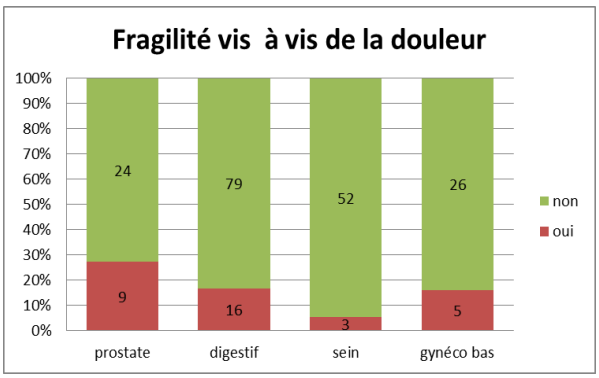
1b) description de la douleur par type de cancer



Les patients atteints de cancer digestif et de cancer du sein sont moins douloureux (67% et 69%) que ceux atteints de cancer gynécologique ou cancer de la prostate (57% et 53%).

1b) fragilités vis-à-vis de la douleur identifiées par le gériatre et notées dans la conclusion de l'EOG

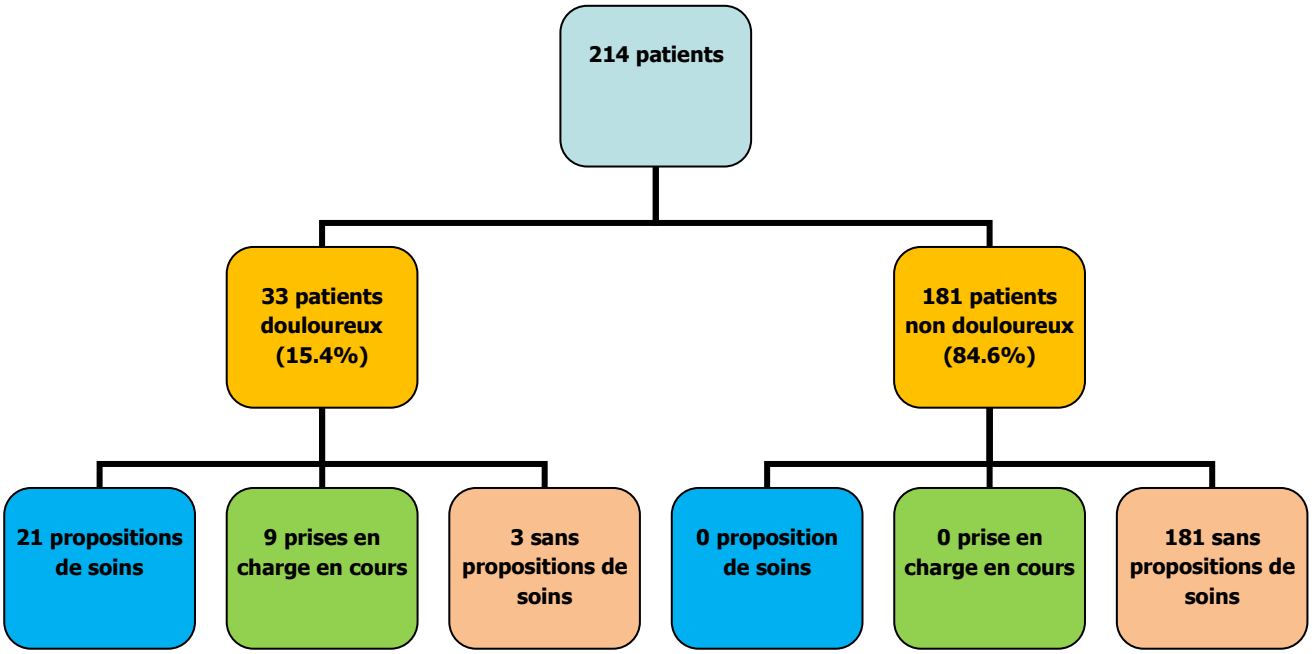
→ Au total **33 patients sont considérés comme douloureux** par le gériatre (15,4%).
Les patients atteints de cancer de prostate sont les plus douloureux. Cette différence est significative avec un $p<0.05$.

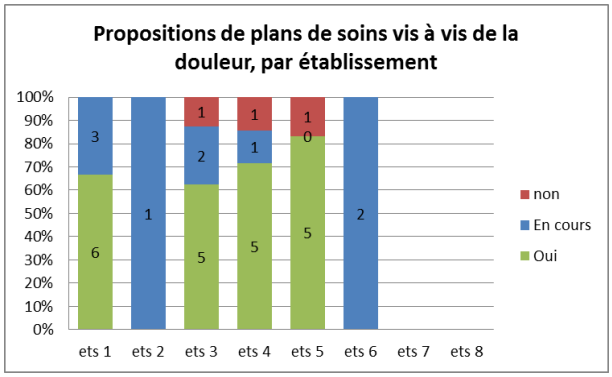


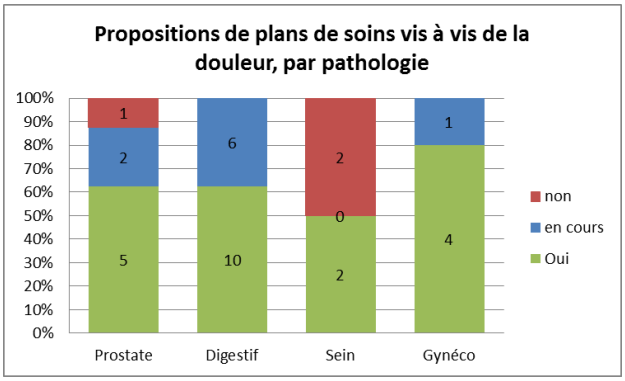
2 Propositions de plan de soins vis-à-vis de la douleur

Parmi les 214 patients, 21 propositions de plan de soins ont été émises soit 10% des cas environ. Tous les patients présentaient des fragilités vis-à-vis de la douleur. 9 patients (4%) bénéficiaient déjà d'une prise en charge contre la douleur.

➔ **En résumé concernant la douleur**







Les effectifs sont trop faibles pour conclure.

3 Suivi des propositions de plan de soins vis-à-vis de la douleur

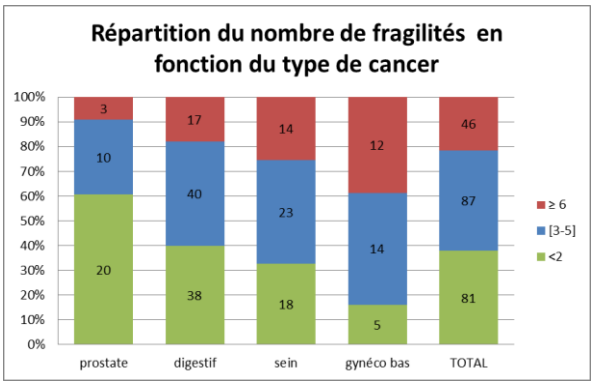
Parmi les 21 propositions, 16 prises en charge de la douleur ont été initiées et retrouvées dans le dossier.

CONCLUSIONS SUR LES FRAGILITES, LES PROPOSITIONS ET LES SUIVIS DE PROPOSITIONS

Typologie des patients

Sur les 214 patients étudiés, seulement 15 n'ont aucune fragilité détectés par le gériatre.

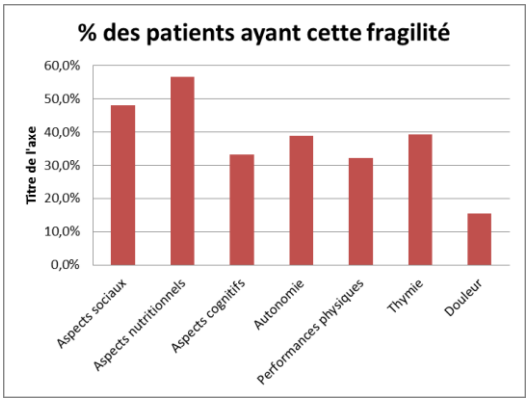
En résumé, toutes pathologies confondues, le patient type vit à son domicile (85%) avec quelqu'un, il fait appel à une aide-ménagère (40%) et à des aidants (84%).
Il a un IMC normal (82%) avec cependant un score de dépistage du MNA inférieur à 11 (72%) qui évoque un risque nutritionnel, confirmée par le MNA dans 61% des cas.
Il présente peu de troubles cognitifs avec un MMSE non pathologique (69%).
Concernant les performances physiques, il a rarement chuté au cours des 3 derniers mois et a un TUG normal.
40% des patients ont des fragilités vis-à-vis de la thymie et leurs douleurs physiques sont plutôt bien prises en charge.

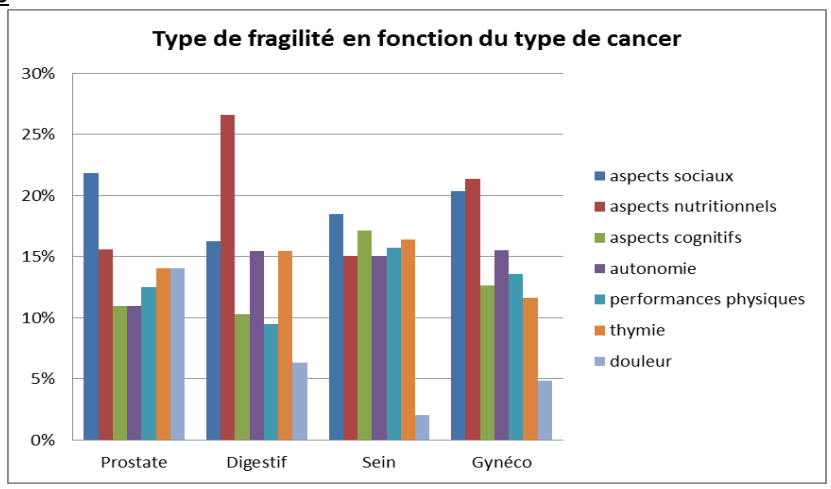


1a) Typologie en fonction du nombre de fragilités

En termes de nombre de fragilités, les profils des patients sont différents en fonction du type de cancer. Les patientes atteintes de cancer gynécologique bas ont souvent plus de fragilités, puisque près de 40% d'entre elles ont plus de 6 fragilités

1b) Typologie en fonction du type de fragilités

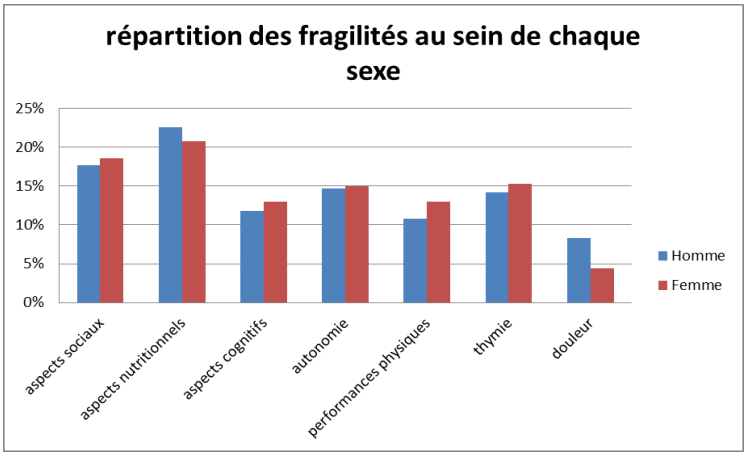




Un patient sur deux présente des troubles nutritionnels et/ou des difficultés sociales.
Les fragilités concernant la thymie et l'autonomie se retrouvent chez plus d'un patient sur trois.

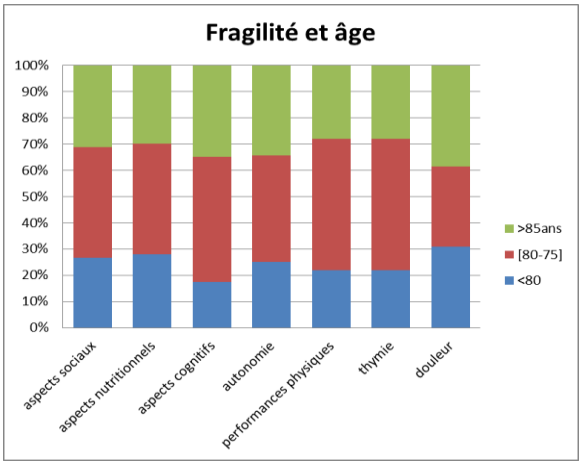
Le type de fragilité est également différent en fonction du type de cancer. Les patients atteints de cancer digestif ont sans surprise souvent une fragilité nutritionnelle (test

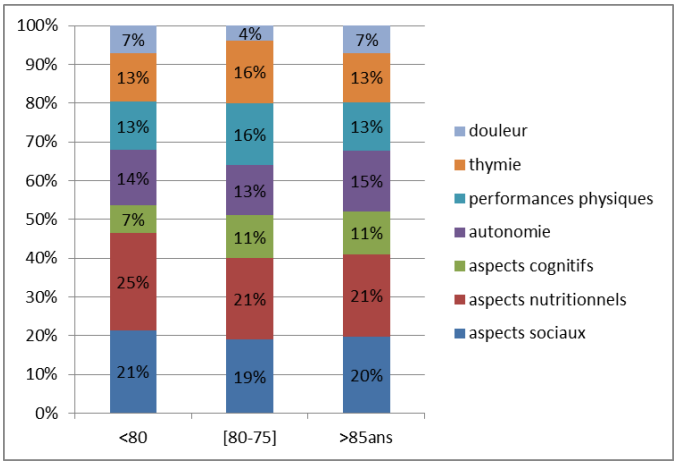
statistiquement significatif), mais sont assez peu douloureux. Les patients atteints de cancer de la prostate sont statistiquement plus douloureux (p=0.05).
On retrouve plus souvent de fragilités sociales chez les patients atteints de cancer de la prostate et les patientes atteintes de cancer gynécologique bas.
Il existe un lien significatif entre les troubles cognitifs et le type de cancer (p=0.04) : cancer du sein et dans une moindre mesure cancer gynécologique bas. Une étude plus approfondie devrait nous permettre de rechercher des facteurs explicatifs non retrouvés actuellement dans la littérature.



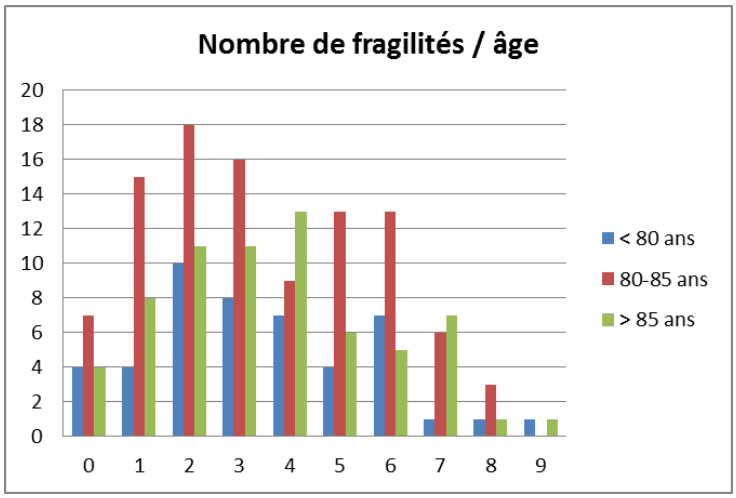
Chez les hommes comme chez les femmes, **les troubles nutritionnels et les fragilités liées aux aspects sociaux prédominent**.

On note qu'il y a assez peu de différence en fonction du sexe, avec un peu plus de troubles nutritionnels et de douleur chez les hommes, et un peu plus de troubles du moral et des aspects sociaux chez les femmes.





L'analyse du type de fragilités par âge ne met pas en évidence de différence significative en fonction de l'âge.

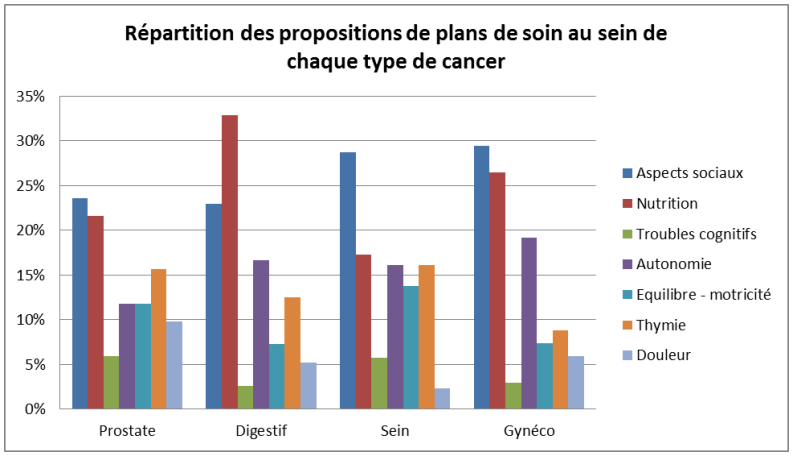


.

Les patients âgés de moins de 80 ans ont plus souvent 2 à 3 fragilités, alors que ceux âgés de 85 ans et plus ont plutôt 4 fragilités. Mais l'analyse du nombre de fragilités en fonction de l'âge ne met pas en évidence de différence significative

Proposition de plans de soins et suivi de ces propositions

197 patients ont bénéficié de propositions d'actions (**92%**) avec au total 398 propositions de plans de soins (365 pour des patients fragiles + 33 pour des patients non encore fragiles) parmi les 7 domaines analysés précédemment.



Les **aspects nutritionnels** font l'objet de beaucoup de propositions de plan de soins, conformément au nombre de fragilités détectées.

Les **aspects sociaux** font également l'objet de nombreuses propositions d'actions surtout chez les femmes atteintes de cancer du sein et gynécologique même si cette fragilité n'était pas déjà installée.

Remarque : De nombreuses données n'ont pas été retrouvées dans les dossiers, données manquantes, patients perdus de vue, ou ayant été suivis dans un autre établissement. 37 patients sont également décédés au cours de leurs suivis soit 17%.

Pour 182 patients au moins une proposition d'actions a été suivie soit 85%.

Parmi les 398 propositions d'actions, 300 ont été suivies et retrouvées, soit une moyenne de 75,3% :

- Autonomie : 85%
- Aspects sociaux : 83%
- Thymie : 77%
- Nutrition : 77%

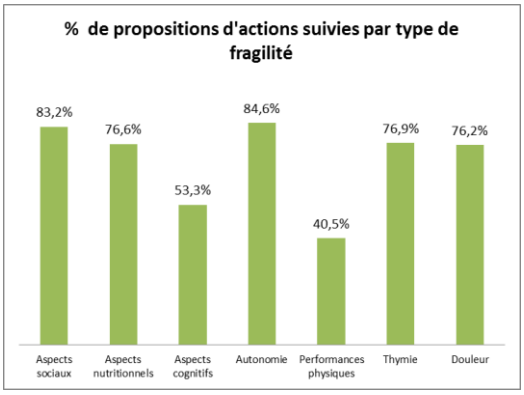


Tableau récapitulatif des fragilités, des propositions de soins et des suivis de ces propositions :

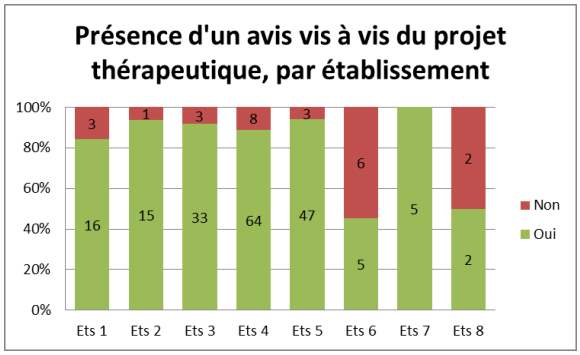
	Patients fragiles						Patients non fragiles					
	Fragilité		Proposition d'actions		Actions déjà en cours		Absence de fragilité		Proposition d'actions		Actions déjà en cours	
	Nb	*% de patients fragiles*	*Nb*	*% par rapport au nb de patients fragiles*	*Nb*	*% par rapport au nb de patients fragiles*	*Nb*	*% de patients non fragiles*	*Nb*	*% par rapport au nb de patients non fragiles*	*Nb*	*% par rapport au nb de patients non fragiles*
Aspects sociaux	103	48,1%	88	85,4%	8	7,8%	111	51,9%	13	11,7%	2	1,8%
Aspects nutritionnels	121	56,5%	100	82,6%	8	6,6%	93	43,5%	7	7,5%	0	0,0%
Aspects cognitifs	71	33,2%	14	19,7%	0	0,0%	143	66,8%	1	0,7%	1	0,7%
Autonomie	83	38,8%	63	75,9%	10	12,0%	131	61,2%	2	1,5%	0	0,0%
Performances physiques	69	32,2%	29	42,0%	0	0,0%	145	67,8%	8	5,5%	0	0,0%
Thymie	84	39,3%	50	59,5%	18	21,4%	130	60,7%	2	1,5%	0	0,0%
Douleur	33	15,4%	21	63,6%	9	27,3%	181	84,6%	0	0,0%	0	0,0%
Total	**564**		**365**	**65%**	**53**				**33**	**25%**	**3**	

Fragilités	**Proposition d'actions**	**Suivi des propositions**	
	Nb total	Nombre	% de suivis des propositions
Aspects sociaux	101	84	83,2%
Aspects nutritionnels	107	82	76,6%
Aspects cognitifs	15	8	53,3%
Autonomie	65	55	84,6%
Performances physiques	37	15	40,5%
Thymie	52	40	76,9%
Douleur	21	16	76,2%
Total	**398,00**	**300**	**75,4%**

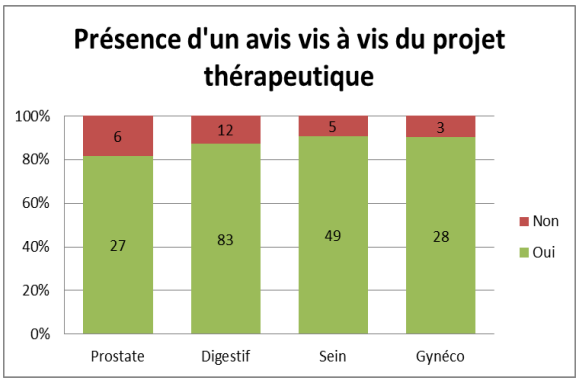
AVIS GERIATRIQUES VIS-A-VIS DU PROJET THERAPEUTIQUE ET LEUR SUIVI

PRESENCE DE L'AVIS

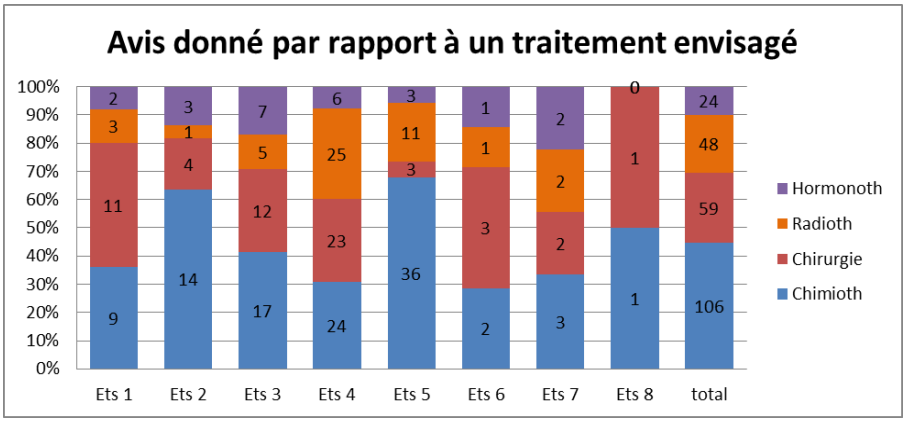
188 patients ont bénéficié d'un avis gériatrique vis-à-vis du projet thérapeutique **(87,8%)** dont 179 vis-à-vis de propositions thérapeutiques carcinologiques, et 9 sans proposition thérapeutique carcinologique définie au préalable.



Globalement les gériatres énoncent quasiment systématiquement leur avis vis-à-vis du projet carcinologique.



On note peu de différence en fonction du type de cancer.



Globalement les avis sont plus souvent donnés par rapport aux traitements proposés en oncologie médicale

CONCLUSION DE L'AVIS GERIATRIQUE VIS-A-VIS DE LA PROPOSITION THERAPEUTIQUE

→ 159 avis gériatriques sur 188 (84,6%) ont été donnés sans aucune réserve.

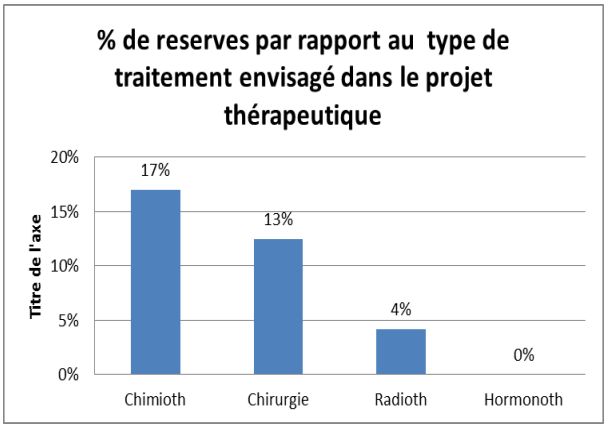
Ont été définis dans la suite du rapport comme « réserve » :

- des propositions de modification de type de traitement (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie),
- des propositions de changement de molécule, ou de dose.

→ 16% des avis gériatriques émettaient une réserve (29 dossiers).

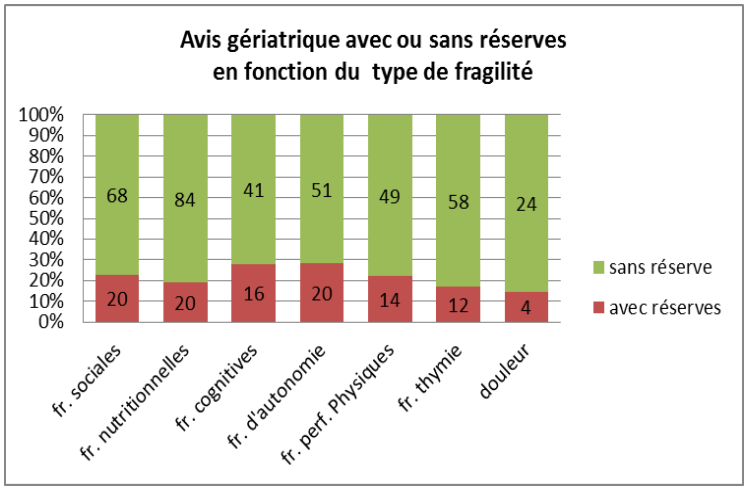
1) Réserve en fonction du type de traitement

Les EOG contenaient une réserve concernant un traitement médicamenteux hors hormonothérapie dans 17 dossiers parmi les 100 projets thérapeutiques contenant au moins ce type de traitement soit 17%. La proportion est légèrement inférieure concernant les projets thérapeutiques contenant au moins un traitement chirurgical. Ce pourcentage tombe à 3% concernant la radiothérapie et on n'a noté aucune réserve vis-à-vis de projet thérapeutique contenant une hormonothérapie.



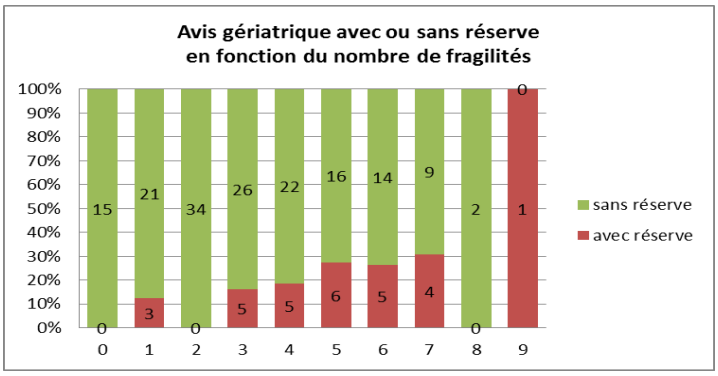
On peut donc en conclure que **proportionnellement les réserves sont plus fréquentes pour les traitements oncologiques**.

2) Réserves en fonction des fragilités du patient

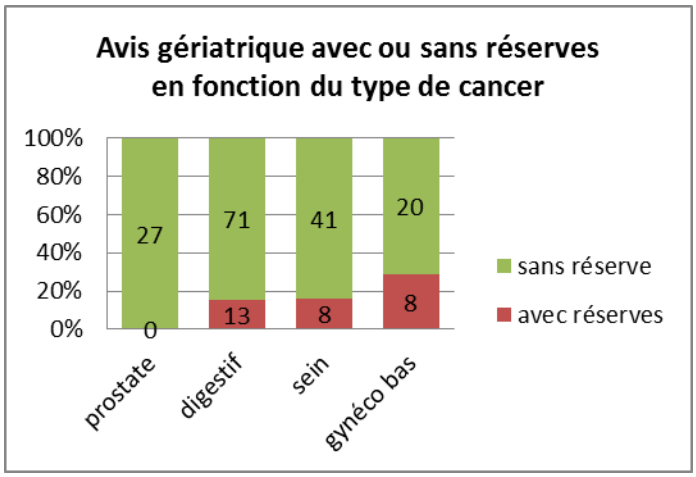


Les fragilités qui entrainent le plus souvent une réserve vis-à-vis du projet thérapeutique sont les aspects cognitifs (28%) et l'autonomie (28%).

Ce graphe montre que globalement plus le nombre de fragilités est grand plus le gériatre émet une réserve.



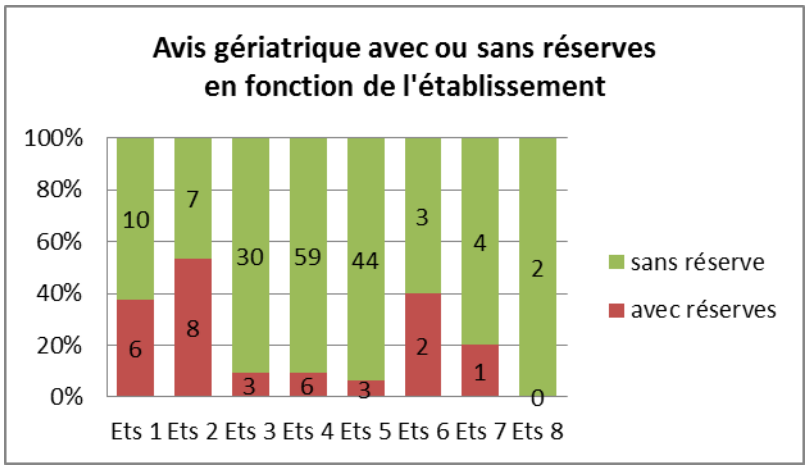
3) Réserves en fonction des fragilités du type de cancer



Aucune « réserve » n'a été émise quant aux traitements proposés dans le cancer de la prostate.

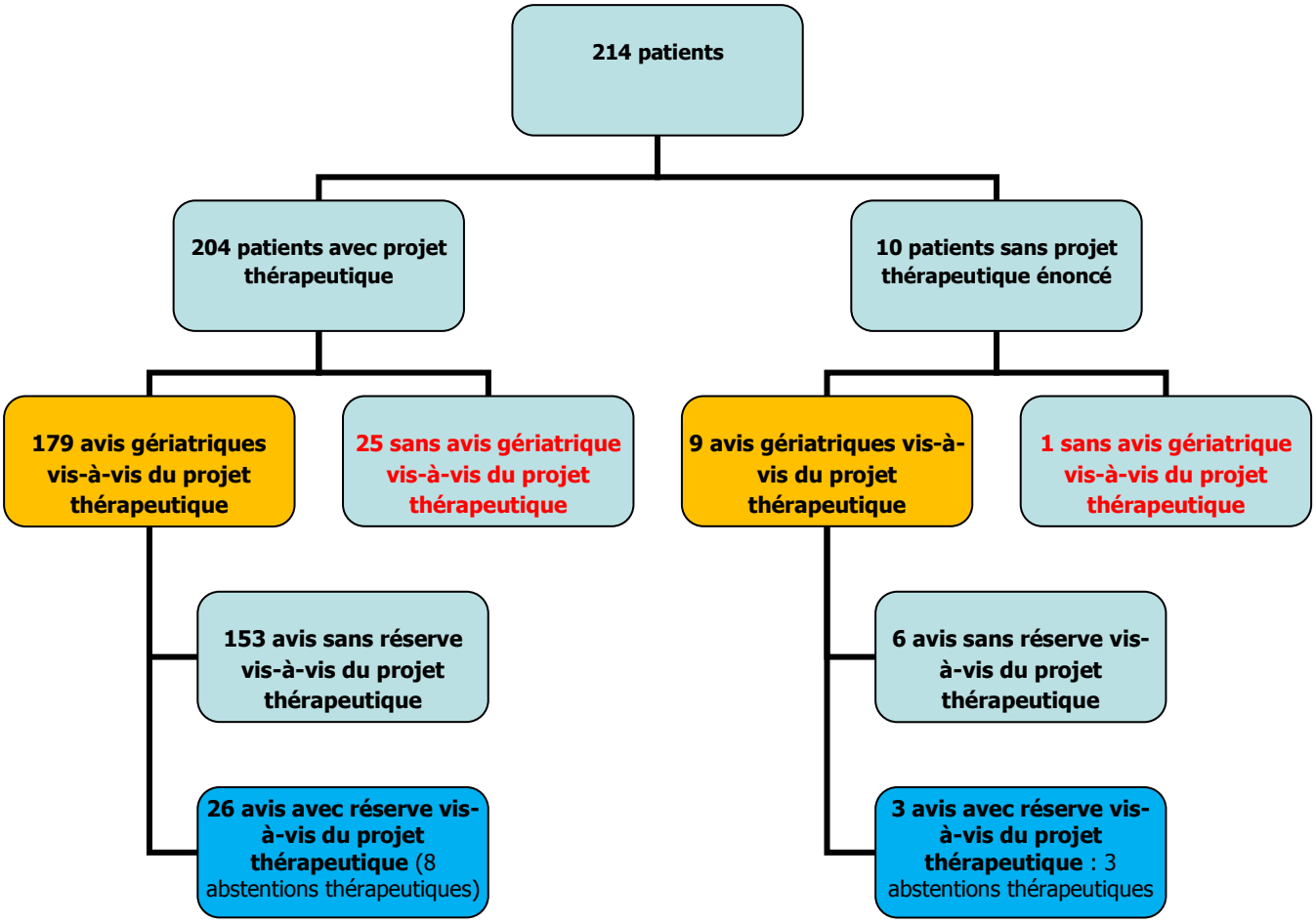
Parmi les 29 patients pour lesquels les gériatres ont émis des « réserves », on note 8 patientes atteintes de cancer gynécologique bas (sur un total de 28 soit 28%), 8 patientes atteintes d'un cancer du sein (16%) et 13 patients atteints de cancer digestif (15%). L'effectif est faible, il est donc difficile de conclure.

4) Réserves en fonction des fragilités de l'établissement



Les « réserves » des gériatres sont retrouvées dans presque tous les établissements. On peut noter cependant que le gériatre de l'établissement 2 a émis une « réserve » pour la moitié de ses dossiers : 1 dossier de patient atteint de cancer digestif, 2 dossiers de cancer du sein et 5 dossiers de cancer gynécologique bas. Alors que pour l'établissement 1, il s'agit de 5 dossiers de patients atteints de cancer digestif et un dossier de cancer du sein pour lesquels une « réserve » a été émise quant au traitement proposé.

➔ **En résumé concernant l'avis gériatrique vis-à-vis du projet thérapeutique**



SUIVI DE L'AVIS

Cancérologues et gériatres ont toujours été en accord.

Parmi les 29 dossiers présentant un avis gériatrique de « réserve », aucun traitement n'a été mis en place contre l'avis du gériatre.

Sur les 214 dossiers étudiés, un seul patient a eu un traitement différent de celui évoqué par le cancérologue et le gériatre. Il s'agissait d'un patient ayant reçu une hormonothérapie alors que la chimiothérapie avait été évoqué par le cancérologue et dont la faisabilité avait été actée par le gériatre.

Ainsi sur les 204 projets thérapeutiques identifiés, 26 ont été modifiés suite aux réserves émises par le gériatre, soit 12,7%.

LES LIMITES DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective avec des niveaux d'information parfois variables en fonction de l'établissement. De plus de part cette modalité d'étude, le gériatre de l'UCOGpl et l'ARC ont dû parfois interpréter les CR d'hospitalisation et de consultation afin de connaître le projet thérapeutique envisagé. Enfin notre évaluation du suivi des propositions actions se base bien évidemment sur la traçabilié de ces actions dans le dossier patient de l'établissement ; ainsi les interventions réalisées à l'extérieur, comme par exemple des séances de kinésithérapeutes ou un suivi par un psychologue de ville ne sont pas toujours tracées.

Les fragilités vis-à-vis des comorbidités via les scores type Charlson ou CIRS n'ont été relevées. Une étude complémentaire serait à mener pour identifier les liens qu'il pourrait y avoir entre comorbidités et réserves.

Enfin les effectifs pour certains établissements sont trop faibles pour pouvoir être analysés par pathologie.

CONCLUSION

L'étude PAGAPAC avait pour objectif principal l'évaluation d'une part du suivi du plan de soins proposé par le gériatre et d'autre part de la prise en compte de l'avis gériatrique quant au choix thérapeutique.

Concernant le suivi du plan de soins, 75% des propositions de soins ont été suivi d'actions retrouvés dans les dossiers. Ces actions concernaient préférentiellement les fragilités en lien avec l'autonomie, les aspects sociaux, la thymie et la nutrition. Il n'y avait pas de différence significative entre établissements, ni entre type de cancer. Les propositions d'actions du gériatre lors de l'évaluation onco-gériatrique ont donc été très souvent suivies d'effets.

Concernant la prise en compte de l'avis gériatrique vis-à-vis du projet thérapeutique, on note que les gériatres ont émis des « réserves » chez seulement 15% des patients et que cela a été systématiquement pris en compte. Ces réserves ont été émises surtout pour des patients ayant plus de 4 fragilités et souvent pour des patients ayant une fragilité cognitive ou de difficulté d'autonomie. Ces résultats sont cohérents avec ceux issus de la cohorte ELCAPA [4]. Cependant l'étude PAGAPAC a permis d'analyser les avis gériatriques vis-à-vis des projets thérapeutiques (nombre de réserves) et les traitements réalisés vis-à-vis de l'avis gériatrique (suivi de l'avis), alors que ELCAPA a analysé les différences entre les traitements proposés et les traitements réalisés pour les patients ayant bénéficié d'une EOG.

L'étude PAGAPAC a donc permis de montrer que les évaluations onco-gériatriques permettaient, d'une part de mettre en place des actions afin que les traitements carcinologiques puissent avoir lieu dans les meilleures conditions possibles (les propositions de plans de soins sur le plan gériatrique sont donc suivies d'effets), et d'autre part que l'avis gériatrique vis-à-vis du projet thérapeutique était pris en compte par les équipes cancérologiques. Ces résultats peuvent être mis en relation avec le travail fournit par l'UCOGpl dans l'accompagnement des équipes lors de la mise en place de ce nouveau parcours et son développement. En effet l'UCOGpl d'une part favorise la formation et information des gériatres vis-à-vis des traitements oncologiques afin d'émettre un avis le plus pertinent possible (formation via le DU onco-gériatrie, formation et information continue,…), et d'autre part sensibilise, avec les professionnels des établissements, les oncologues à l'intérêt de l'évaluation onco-gériatrique.

Enfin il a été possible de déterminer parmi ces patients les types de fragilités en fonction du type de cancer. Les patients atteints d'un cancer digestif ou d'un cancer gynécologique ont de façon significative une fragilité vis-à-vis des aspects nutritionnels, alors que les fragilités cognitives se retrouvent significativement plus pour les femmes atteintes de cancer du sein ou de cancer gynécologique. Quant aux hommes atteints de cancer de la prostate, ils sont significativement plus douloureux.

Ces éléments devront être confirmés mais permettent d'ors et déjà de mener une réflexion sur la prise en charge de soins adaptée.

Les résultats sont très encourageants quant à la portée de l'avis gériatrique sur le projet thérapeutique et sur la prise en charge. La diffusion de ces conclusions autant au sein de chaque établissement qu'au sein des autres établissements de la région devrait permettre de poursuivre la sensibilisation des acteurs de santé, oncologues médicaux et radiothérapeutes, chirurgiens et infirmiers.

Références:

[1] Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Cure H, et al. ; Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology : ONCODAGE project *J. Clin. Oncol 2011; 29 (15s)*

[2] Plan cancer 2014-2019

[3] : Ramjaun A, Nassif MO, Krotneva S, Huang AR, Meguerditchian An : Improved targeting of care for older patients : a systematic review of the utility of comprehensive geriatric assessement; *J Geriatr Oncol*. 2013 Juil; 4(3) : 271-81

[4] Caillet P, Canoui-Poitrine F, Vaouriot J, Berle M, Reinald N, Krypciak S, Bastuji-Garin S, Culine S, Paillaud E Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer : ELCAPA study; *J. Clin Oncol 2011 sept 20;29(27) : 3636-42*

Annexe 1 :

Action 23.4

SOINS ET VIE DES MALADES

ONCODAGE

SEPTEMBRE 2012

Outil de dépistage gériatrique en oncologie

Oncodage est un outil qui permet aux oncologues, hématologues et cancérologues d'identifier les personnes âgées atteintes de cancer à risque de mauvaise tolérance d'un traitement anticancéreux parce qu'elles présentent une dénutrition, des comorbidités, une polymédication, des troubles cognitifs... et de leur proposer une consultation adaptée aux anomalies dépistées et/ou une évaluation gériatrique approfondie (EGA) avant de commencer le traitement anticancéreux.

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : <80
	SCORE TOTAL	**0 – 17**

Un score ≤ à 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatriques devant conduire à une consultation adaptée.

Annexe 2 : Code CIM 10 retenu comme DP

APPAREIL GYNECOLOGIQUE

Autres organes génitaux féminins ou organes génitaux féminins sans précision

C51.0 T.M. DE LA GRANDE LÈVRE
C51.1 T.M. DE LA PETITE LÈVRE
C51.2 T.M. DU CLITORIS
C51.8 T.M. A LOCALISATIONS CONTIGÜES DE LA VULVE
C51.9 T.M. DE LA VULVE, SAI
C52 T.M. DU VAGIN
C57.8 T.M. A LOCALISATIONS CONTIGÜES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME
C57.9 T.M. D'UN ORGANE GÉNITAL DE LA FEMME, SAI
D07.1 CARCINOME IN SITU DE LA VULVE
D07.2 CARCINOME IN SITU DU VAGIN
D07.3 CARCINOME IN SITU D'ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME, NCA OU SAI

D39.7 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE D'AUTRES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME
D39.9 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE D'UN ORGANE GÉNITAL DE LA FEMME, SAI

Col utérus

C53.0 T.M. DE L'ENDOCOL
C53.1 T.M. DE L'EXOCOL
C53.8 T.M. A LOCALISATIONS CONTIGÜES DU COL DE L'UTÉRUS
C53.9 T.M. DU COL DE L'UTÉRUS, SAI
D06.0 CARCINOME IN SITU DE L'ENDOCOL
D06.1 CARCINOME IN SITU DE L'EXOCOL
D06.7 CARCINOME IN SITU D'AUTRES PARTIES DU COL DE L'UTÉRUS
D06.9 CARCINOME IN SITU DU COL DE L'UTÉRUS, SAI

Corps utérus

C54.0 T.M. DE L'ISTHME DE L'UTÉRUS
C54.1 T.M. DE L'ENDOMÈTRE
C54.2 T.M. DU MYOMETRE
C54.3 T.M. DU FOND DE L'UTERUS
C54.8 T.M. A LOCALISATIONS CONTIGÜES DU CORPS DE L'UTÉRUS
C54.9 T.M. DU CORPS DE L'UTÉRUS, SAI
C55 T.M. DE L'UTÉRUS, PARTIE SAI
D07.0 CARCINOME IN SITU DE L'ENDOMÈTRE

Ovaire et autres annexes

C56 T.M. DE L'OVAIRE
C57.0 T.M. D'UNE TROMPE DE FALLOPE
C57.1 T.M. D'UN LIGAMENT LARGE
C57.2 T.M. D'UN LIGAMENT ROND
C57.3 T.M. D'UN PARAMÈTRE
C57.4 T.M. DES ANNEXES DE L'UTÉRUS, SAI
C57.7 T.M. D'AUTRES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME PRÉCISÉS
D39.1 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE DE L'OVAIRE

Placenta

C58 T.M. DU PLACENTA
D39.2 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE DU PLACENTA

Utérus non précisé

D39.0 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE DE L'UTÉRUS

Sein

C50.0 T.M. DU MAMELON ET DE L'ARÉOLE

C50.1 T.M. DE LA PARTIE CENTRALE DU SEIN
C50.2 T.M. DU QUADRANT SUPERO- INTERNE DU SEIN
C50.3 T.M. DU QUADRANT INFERO- INTERNE DU SEIN
C50.4 T.M. DU QUADRANT SUPERO- EXTERNE DU SEIN
C50.5 T.M. DU QUADRANT INFERO- EXTERNE DU SEIN
C50.6 T.M. DU PROLONGEMENT AXILLAIRE DU SEIN
C50.8 T.M. A LOCALISATIONS CONTIGÜES DU SEIN
C50.9 T.M. DU SEIN, SAI
D05.0 CARCINOME IN SITU LOBULAIRE
D05.1 CARCINOME IN SITU INTRACANALICULAIRE
D05.7 CARCINOME IN SITU DU SEIN, NCA
D05.9 CARCINOME IN SITU DU SEIN, SAI
D48.6 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE DU SEIN

APPAREIL DIGESTIF

Autres organes digestifs et appareil digestif sans précision

C26.0 T.M. DU TRACTUS INTESTIN
C26.1 T.M. DE LA RATE
C26.8 T.M. À LOCALISATIONS CONTIGÜES DE L'APPAREIL DIGESTIF
C26.9 T.M. DE SIÈGES MAL DÉFINIS DE L'APPAREIL DIGESTIF
C46.71 SARCOME DE KAPOSI DIGESTIF
D01.7 CARCINOME IN SITU D'AUTRES ORG. DIG. PREC.
D01.9 CARCINOME IN SITU D'UN ORG. DIG., SAI
D37.7 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE D'AUTRES ORGANES DIGESTIFS
D37.9 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE DE L'APPAREIL DIGESTIF, SAI

Canal anal

C21.0 T.M. DE L'ANUS, SAI
C21.1 T.M. DU CANAL ANAL
C21.2 T.M. DE LA ZONE CLOACALE
C21.8 T.M. À LOCALISATIONS CONTIGÜES DU RECTUM, DE L'ANUS ET DU CANAL ANAL
D01.3 CARCINOME IN SITU DE L'ANUS ET DU CANAL ANAL

Côlon, rectum

C18.0 T.M. DU CAECUM
C18.1 T.M. DE L'APPENDICE
C18.2 T.M. DU CÔLON ASCENDANT
C18.3 T.M. DE L'ANGLE DROIT DU COLON
C18.4 T.M. DU CÔLON TRANSVERSE
C18.5 T.M. DE L'ANGLE GAUCHE DU COLON
C18.6 T.M. DU CÔLON DESCENDANT
C18.7 T.M. DU CÔLON SIGMOIDE
C18.8 T.M. À LOCALISATIONS CONTIGÜES DU COLON
C18.9 T.M. DU COLON, SAI
C18.9+0 SYNDROME DE LYNCH
C18.9+8 CÔLON, TUMEURS MALIGNES AUTRES ET NON PRÉCISÉES
C19 T.M. DE LA JONCTION RECTO- SIGMOIDIENNE
C20 T.M. DU RECTUM
D01.0 CARCINOME IN SITU DU COLON
D01.1 CARCINOME IN SITU DE LA JONCTION RECTO- SIGMOIDIENNE
D01.2 CARCINOME IN SITU DU RECTUM
D37.3 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE DE L'APPENDICE
D37.4 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE DU COLON
D37.5 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE DU RECTUM

Estomac, duodénum, grêle

C16.0 T.M. DU CARDIA
C16.1 T.M. DU FUNDUS
C16.2 T.M. DU CORPS DE L'ESTOMAC
C16.3 T.M. DE L'ANTRE PYLORIQUE
C16.4 T.M. DU PYLORE
C16.5 T.M. DE LA Pt. COURBURE DE L'ESTOMAC, SAI
C16.6 T.M. DE LA Gd. COURBURE DE L'ESTOMAC, SAI
C16.8 T.M. À LOCALISATIONS CONTIGÜES DE L'ESTOMAC
C16.9 T.M. DE L'ESTOMAC, SAI
C16.9+0 ESTOMAC, TUMEUR MALIGNE FAMILIALE LIÉE AU GÈNE CDH 1
C16.9+8 ESTOMAC, TUMEURS MALIGNES AUTRES ET NON PRÉCISÉES
C17.0 T.M. DU DUODENUM
C17.1 T.M. DU JEJUNUM
C17.2 T.M. DE L'ILEON
C17.3 T.M. DU DIVERTICULE DE MECKEL
C17.8 T.M. À LOCALISATIONS CONTIGÜES DE L'INTESTIN GRELE
C17.9 T.M. DE L'INTESTIN GRELE, SAI
D00.2 CARCINOME IN SITU DE L'ESTOMAC
D01.4 CARCINOME IN SITU DE PARTIES DE L'INTESTIN, NCA OU SAI
D37.1 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE DE L'ESTOMAC
D37.2 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE DE L'INTESTIN GRÊLE

Foie et voies biliaires

C22.0 CARCINOME HEPATOCELLULAIRE
C22.1 CARCINOME DU CANAL BILIAIRE INTRAHEPATIQUE
C22.2 HEPATOBLASTOME
C22.3 ANGIOSARCOME DU FOIE
C22.4 SARCOMES DU FOIE, NCA
C22.7 CARCINOME DU FOIE PREC
C22.9 T.M. DU FOIE, SAI
C23 T.M. DE LA VÉSICULE BILIAIRE
C24.0 T.M. DU CANAL BILIAIRE EXTRA- HÉPATIQUE
C24.1 T.M. DE L'AMPOULE DE VATER
C24.8 T.M. À LOCALISATIONS CONTIGÜES DES VOIES BIL.
C24.9 T.M. DES VOIES BIL., SAI
D01.5 CARCINOME IN SITU DU FOIE, DE LA VESICULE ET DES VOIES BIL.

D37.6 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE DU FOIE, DE LA VESICULE ET DES VOIES BILIAIRES

Œsophage

C15.0 T.M. DE L'ŒSOPHAGE CERVICAL
C15.1 T.M. DE L'ŒSOPHAGE THORACIQUE
C15.2 T.M. DE L'ŒSOPHAGE ABDOMINAL
C15.3 T.M. DU TIERS SUP. DE L'ŒSOPHAGE
C15.4 T.M. DU TIERS MOY. DE L'ŒSOPHAGE
C15.5 T.M. DU TIERS INF. DE L'ŒSOPHAGE
C15.8 T.M. À LOCALISATIONS CONTIGÜES DE L'ŒSOPHAGE
C15.9 T.M. DE L'ŒSOPHAGE, SAI
D00.1 CARCINOME IN SITU DE L'ŒSOPHAGE

Pancréas

C25.0 T.M. DE LA TÊTE DU PANCRÉAS
C25.1 T.M. DU CORPS DU PANCRÉAS

C25.2 T.M. DE LA QUEUE DU PANCRÉAS
C25.3 T.M. DU CANAL PANCRÉATIQUE
C25.4 T.M. DU PANCRÉAS ENDOCRINE
C25.4+0 PANCRÉAS ENDOCRINE, TUMEUR MALIGNE AVEC NÉOPLASIE ENDOCRINE MULTIPLE DE TYPE I [NEM 1]
C25.4+8 PANCRÉAS ENDOCRINE, TUMEURS MALIGNES AUTRES ET NON PRÉCISÉES
C25.7 T.M. D'AUTRES PARTIES DU PANCRÉAS
C25.8 T.M. À LOCALISATIONS CONTIGÜES DU PANCRÉAS
C25.9 T.M. DU PANCRÉAS, SAI
C25.9+0 T.M. DU PANCRÉAS, FAMILIALE
C25.9+8 T.M. DU PANCRÉAS, AUTRE ET NON PRÉCISÉE

CANCER DE LA PROSTATE

C61 T.M. DE LA PROSTATE
D07.5 CARCINOME IN SITU DE LA PROSTATE
D40.0 T. ÉVOLUTION IMPRÉVISIBLE/INCONNUE DE LA PROSTATE

Annexe 3 : Formulaire d'accord

Participation au projet « EVALUATION DE LA PORTE DE L'AVIS GERIATRIQUE SUR L'ADAPTATION DES TRAITEMENTS D'UNE PERSONNE AGEE ATTEINTE DE CANCER : PAGAPAC «

Nom de l'établissement :

☐ Nous ne souhaitons pas participer à l'étude de la portée de l'avis gériatrique sur l'adaptation des traitements d'une personne âgée atteinte de cancer

☐ Nous souhaitons participer à l'étude de la portée de l'avis gériatrique sur l'adaptation des traitements d'une personne âgée atteinte de cancer

Si vous souhaitez participer, merci d'indiquer la **personne de référence** pour cette étude, ainsi que ses coordonnées :

Nom : Prénom :

Mail : Téléphone :

Date et signature

du directeur d'établissement

Date et signature

du président de CME

Date et signature

du chef de service / chef de pôle pour la prise en charge des cancers gynécologiques

Date et signature

du chef de service / chef de pôle pour la prise en charge des cancers digestifs

Date et signature

du chef de service / chef de pôle pour la prise en charge des cancers de la prostate