

**Université Paris-Descartes**

# **LE CANCER EN EHPAD**

Dr VIEL-TRUONG Erika

**DIU Formation à la Fonction de Médecin Coordinateur d'Etablissement  
d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)**

Année Universitaire 2017-2018

Directeurs de mémoire : Dr David TRUONG

Madame Anabelle BARBOSA

## **REMERCIEMENTS**

Tous mes remerciements au Dr Quillerou, médecin coordinateur de l'EHPAD qui m'a accueillie, Madame Annabelle Barbosa qui a été particulièrement active et motivante pendant mon stage, la directrice Madame Dessaint qui n'a pas rechigné à me recevoir souvent et répondre à toutes mes questions, l'équipe soignante dont l'implication suscite l'admiration, et le Dr Truong qui m'a motivée à m'inscrire, et m'a aidée et conseillée dans la réalisation du stage, et du mémoire.

## SOMMAIRE

Rationnel	p4
Matériel et Méthodes	p6
Résultats	p7
Discussion	p9
<i>Population générale</i>	<i>p9</i>
<i>Patients ayant (eu) un cancer/ résidents indemnes</i>	<i>p10</i>
Conclusion et perspectives	p13
Références	p14
Tableaux	p17
Annexes	p19
Résumé	p21

## Rationnel

Le cancer est une maladie du sujet âgé (*Moyenne d'âge des patients cancéreux = 70 ans. 50 % des patients cancéreux ont plus de 65 ans*) (1). Le vieillissement de la population et la forte augmentation de l'incidence de la plupart des cancers au-delà de 65 ans font de la prise en charge oncogériatrique une préoccupation majeure en cancérologie. Véritable enjeu de santé publique, la démarche oncogériatrique 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,
- la population est vieillissante : en France, 5 millions de personnes ont plus de 75 ans, ce chiffre passera à 10 millions en 2050,
- l'incidence du cancer augmente avec l'âge : actuellement, 1 patient sur 3 atteint d'un cancer a plus de 75 ans ; en 2020, 60% des cancers seront diagnostiqués au-delà de 70 ans,
- le cancer constitue la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité chez les personnes de plus de 75 ans.

La prise en charge oncologique du sujet âgé est spécifique, du fait de la complexité de ces patients qui présentent des modifications liées au vieillissement, des comorbidités et des polymédications, un environnement familial particulier, une autonomie fonctionnelle hétérogène et variable, qui peuvent rencontrer des problèmes de dépression, de dénutrition, d'équilibre et des troubles cognitifs.

Les limites de la prise en charge sont

- liées à l'âge :

- Formes cliniques trompeuses (2)
  - Retard au diagnostic,
  - Retard à la consultation spécialisée (2)
  - Informations incomplètes sur le diagnostic et le pronostic (3)
  - Attitude du patient et de sa famille ;
- Liées aux médecins et personnel soignant, pas assez formé, avec ses propres convictions et en l'absence de données concernant les sujets très âgés (2-6)

Les données épidémiologiques américaines montrent que la mortalité par Cancer en EHPAD serait plus faible que dans la population du même âge vivant à domicile. Il n'y a actuellement aucune donnée de prévalence du cancer chez les résidents d'EHPAD en France. Le plan cancer III (8, 9), présenté le 4 février 2014 impulsé par l'INCa, renforce la prise en charge des personnes âgées, en mettant en exergue la spécificité de leurs besoins. La recherche clinique et les conditions d'administration des traitements anti-cancéreux en EHPAD constituent l'un des axes de travail sur lesquels l'UCOG notamment doivent contribuer (8).

Le médecin coordinateur doit être convaincu du bien-fondé des explorations, et en convaincre les autres membres de l'équipe. Il est en 1<sup>er</sup> ligne pour réaliser une évaluation de type globale (Evaluation Gérologique Globale) qui est le 1<sup>er</sup> pas vers l'oncogériatrie. Il doit pouvoir solliciter un avis spécialisé oncologique et si possible oncogériatrique, et intégrer les évaluations gériatriques ainsi que pouvoir gérer les effets secondaires ainsi que le programme de soins (10, 11). Enfin, il doit pouvoir gérer la fin de vie particulière de ces résidents (12,13).

Les limites de l'intervention du médecin coordinateur sont principalement représentées par son impossibilité à prescrire, et aussi par la prise en charge des coûts des soins de support (14, 15).

Néanmoins, nombre de patients de plus de 70 ans vivent en EHPAD, qui sont des structures idéales pour l'analyse particulière de ces populations. C'est pourquoi dans le cadre du DIU de Formation à la Fonction de Médecin Coordinateur d'EHPAD, et dans la continuité d'une formation en oncogériatrie, en soins palliatifs et d'oncologue médical, l'observation de la population de l'EHPAD terrain de stage, quant à la prise en charge du cancer dans les dimensions diagnostique et thérapeutique, a été retenue comme sujet de mémoire.

## **Matériel et Méthodes**

Les dossiers médicaux des résidents présents dans l'EHPAD REPOTEL de Voisins le Bretonneux (78) entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 1<sup>er</sup> août 2018 : soit 115 résidents. Ces dossiers ont été pour part papier et pour les patients présents lors du stage sous format informatique. Les informations étaient cherchées principalement dans les antécédents, les traitements, les observations médicales et paramédicales, y compris l'évaluation initiale.

Les cancers basocellulaires et du col utérin n'étaient pas retenus, néanmoins aucun n'a été mentionné. Les tumeurs solides et hématologiques ont été colligées. Par ailleurs des données démographiques, de date de diagnostic et de traitement, ainsi que d'état général par l'intermédiaire de l'autonomie (GIR) ont été colligées.

Les calculs statistiques des variables quantitatives ont été réalisés avec le test de Student. Le logiciel gratuit et en ligne BiostaTGV a été utilisé.

## Résultats

Au total 115 résidents ont vu leur dossier analysé (*tableau 1*), dont 28 femmes et 87 hommes. L'âge moyen était de 88 ans, pour un âge médian de 89 ans. Pour 110 d'entre eux, un proche aidant était présent lors de leur séjour à l'EHPAD, membre de la famille ou proche, et 5 n'avaient aucun proche aidant désigné dans le dossier (noté « pas de proche »). Le GIR moyen de l'ensemble de ces patients était de 2,9.

Vingt-trois patients (20%) ont présenté une pathologie cancéreuse dans leur vie, dont 10 hommes et 13 femmes (*tableau 2*). L'âge moyen et médian étaient de 90 et 89 ans. Tous avaient au moins un proche aidant décrit dans le dossier. Leur GIR moyen était de 3,3.

Cinq patients ont présenté des cancers multiples, à chaque fois au nombre de 2.

Les tumeurs retrouvées étaient les tumeurs habituellement les plus fréquentes : mammaires, colorectales, prostatiques et hématologiques. Le diagnostic de maladie métastatique a été posé chez 4 patients. Deux patients ont vu leur diagnostic posé pendant leur séjour en EHPAD, la donnée n'étant pas retrouvée pour un 3<sup>e</sup>, et les 20 autres l'ont eu avant. Parmi ces patients, 9 ont eu un diagnostic des années avant leur admission, et 14 de façon plus récente c'est-à-dire à une période où l'oncogériatrie est accessible et en développement. Parmi les 14 patients diagnostiqués de façon « récente » un suivi spécialisé est prévu chez 3 patients (21%), et il est également prévu pour un des autres patients ! Vingt patients étaient au courant de leur diagnostic, et un seul a été évalué par un oncogériatre. Néanmoins 19 patients ont reçu un traitement anti-cancéreux spécifique, 3 n'ont pas été traités, et la donnée manque pour un patient. Pendant leur séjour en EHPAD, 7 patients ont reçu un traitement spécifique : 2 par chirurgie et 5 par hormonothérapie. Une démarche de soins palliatifs est officielle pour 10 patients, mais ce n'est pas le cas pour 11 patients ; la donnée manquant pour 2 patients. Treize

patients ont eu un arrêt de leur traitement anti-cancéreux correspondant au plan de traitement initialement proposé. Quatre patients ont décidé de stopper les soins actifs anti-cancéreux, et pour 4 patients des traitements purement palliatifs sans valence anti-cancéreuse sont prescrits dans l'EHPAD. Le personnel soignant est en accord avec la prise en charge proposée (palliative ou active) dans 100% des cas.

A noter que 1 patient a été admis dans les suites de la découverte et de la prise en charge active de son cancer (ORL), avec des soins actifs toujours en cours lors de l'admission.

Il existait une suspicion de cancer pour 2 patients, dont un aurait été opéré des années avant son admission en EHPAD, l'autre ayant eu des investigations pendant son séjour mais finalement ne souhaitant pas de soins actifs ni de diagnostic précis.

Quatre-vingt-dix patients qui ont séjourné à l'EHPAD pendant cette période n'ont jamais eu de diagnostic de cancer, dont 17 hommes et 73 femmes (*tableau 1*). L'âge moyen et médian est de 88 ans. Quatre-vingt-cinq (94%) patients avaient un proche aidant signalé pendant leur séjour en EHPAD. Leur GIR moyen est de 3.

Les effectifs réduits n'ont pas permis de réaliser de nombreux calculs statistiques. Les âges sont similaires. La proportion hommes/femmes est biaisée par la population d'EHPAD par rapport à la représentation démographique habituelle dans la description des cancers (*Annexe 1*). Néanmoins, l'interrogation a porté sur la différence d'entourage par un proche aidant :  $p=0,25$  Intervalle de confiance à 95% [-0.151 ; 0.0399], et la différence en termes de GIR  $p=0,34$  Intervalle de confiance à 95% [-0.956 ; 0.3413].

## Discussion

### 1. Concernant la population globale :

Les patients observés pendant la période de début 2017 à juillet 2018 inclus avaient un âge à l'admission relativement avancé. Il semble que cet âge soit de plus en plus avancé avec les années, 87 ans pour les femmes et 83 ans pour les hommes d'après un observatoire national de 324 EHPAD publiques et privés entre 2010 et 2012 (16), ce qui est inférieur à l'observation de 2017-2018 de notre EHPAD. Les investigations diagnostiques ou de suivi des patients diminuent avec l'âge, principalement devant une estimation biaisée en dehors de l'oncogériatrie, basée sur l'absence de prise en charge thérapeutique subséquente prétendue par les patients/ entourage/professionnels non formés (d'après la Société Française d'OncoGériatrie SFOG ;17, 18)

Le GIR a été relevé, en tant qu'élément important de l'évaluation des résidents d'EHPAD, et pour estimer la relation potentielle entre leur prise en charge cancérologique et leur degré de dépendance. Entre 1 et 6, plus le GIR est élevé, plus le résident est dépendant (*Annexe 2*). Ici le GIR moyen de la population totale est de 2,9, amélioré notamment par le GIR d'un des 2 patients pour lesquels il existait une suspicion de cancer et qui n'apparaissent pas dans le tableau 1. Notons d'ailleurs que si le GIR d'un seul résident influence à ce point les résultats, et peut masquer un lien statistique, c'est bien que la puissance de l'étude est clairement mauvaise. L'évolution du GIR est habituellement plutôt représentée par le GMP (GIR Moyen Pondéré), et est actuellement en hausse (19) Pour autant il s'agissait du GIR d'entrée du résident, le suivi de son évolution n'ayant pas été analysé. L'état très dépendant d'un patient ne reflète pas forcément son état clinique et le GIR n'est pas suffisant pour représenter une évaluation correcte pour décider d'une démarche diagnostique ou thérapeutique, bien qu'il puisse entrer en ligne de compte. On peut supposer qu'un patient tout à fait autonome aura

également des fonctions cognitives lui permettant de donner un avis sur sa prise en charge, dans un sens ou dans l'autre.

## 2. Concernant la population ayant (eu) un cancer/ résidents indemnes :

Tous avaient au moins un proche aidant décrit dans le dossier sans différence statistiquement significative avec les personnes indemnes. Les investigations peuvent être refusées par le proche, notamment dans le cas d'un résident dément, ce pour quoi la question était posée.

De même le GIR moyen paraît de prime abord légèrement plus défavorable que dans la population indemne, mais il n'existe pas de différence significative.

Concernant le type de cancer présenté, il s'agit des cancers les plus fréquents décrits en France. Les cancers hématologiques ne sont pas systématiquement traités selon leurs critères biologiques et cliniques, pouvant expliquer certaines abstentions. L'une des patientes a présenté un cancer du sein de façon très antérieure puis un 2<sup>e</sup> cancer du sein controlatéral, qui a été identifié comme un 2<sup>e</sup> primitif, et qui a pu bénéficier de traitements adaptés. La survenue d'un 2<sup>e</sup> cancer du sein est plus risquée dans cette population déjà malade, le suivi étant donc particulièrement important. Enfin on peut discuter des diagnostics de cancers de prostate, particulièrement fréquents avec l'âge, dont l'intérêt diagnostique à un stade localisé et même thérapeutique reste débattu à ce jour. Treize patients ont eu un arrêt de leur traitement anti-cancéreux correspondant au plan de traitement initialement proposé : on peut se demander si le plan de traitement correspondait aux recommandations habituelles ou s'il a été aménagé pour la personne âgée comorbide, entraînant un traitement allégé ? Le diagnostic de maladie métastatique a été posé chez 4 patients : on peut se demander si ce nombre est sur ou sous-estimé, basé sur des manifestations cliniques uniquement ou sur des examens complémentaires.

L'illustration est celle du cancer de la prostate précédemment décrit, et la question éthique se pose de faire un diagnostic avec impact psychologique, physique et économique chez une personne qui bénéficiera ou non de sa prise en charge.

Ces questions méritent d'être étayées par des données scientifiques, basées sur des essais et études dans la population concernée, ce qui est une mission de l'oncogériatrie. En l'occurrence 14 résidents ont eu le diagnostic de leur cancer à une période où l'oncogériatrie est accessible et en développement. Or, un seul a été évalué par un oncogériatre !

Parmi eux un suivi spécialisé est prévu chez 3 patients (21%), pouvant dévoiler un manque d'intérêt et de formation des professionnels spécialisés (20).

De la même façon les dépistages collectifs sont stoppés à un âge précoce vis-à-vis de la population d'EHPAD, néanmoins les dépistages individuels sont toujours possibles. Il convient de mettre l'accent sur l'examen et les signes cliniques pour la prise en charge de son patient, de la même façon qu'il serait réalisé à un autre âge ou hors EHPAD (21).

Pour poursuivre sur l'aspect éthique, il était noté de façon possiblement surprenante que 20 étaient au courant de leur diagnostic, ce qui peut paraître beaucoup bien que à priori recommandé.

Pendant leur séjour en EHPAD, 7 patients ont reçu un traitement spécifique : 2 par chirurgie et 5 par hormonothérapie. Pourtant le prix des traitements peut être rapidement exorbitant en cancérologie, notamment pour les nouvelles thérapies ciblées orales. Par contre les hormonothérapies surtout anciennes sont souvent bon marché. Une discussion avec l'oncologue peut être opportune. Le dispositif de remboursement actuel doit permettre une prise en charge classique et selon les bonnes pratiques de ces patients.

Une démarche de soins palliatifs est officielle pour 10 des 23 patients. Une convention a été passée avec une équipe mobile de soins palliatifs au sein de l'EHPAD. La prise en charge palliative semblait plus encrée et facile, bien que la négociation des traitements purement symptomatiques ne soit pas toujours aisée entre le personnel soignant présent constamment et les médecins traitants. Pour autant le personnel était en accord avec l'attitude proposée au résident dans 100% des cas ! Seulement 4 patients avaient des traitements purement palliatifs dans leur plan de traitement, ce qui peut paraître peu mais à mettre en parallèle avec les besoins des autres patients qui ne paraissent pas sur les dossiers. Une limite importante et généralisable est l'absence de possibilité de réaliser des prescriptions hospitalières, par exemple pour l'Hypnovel® ou les morphiniques intraveineux. Notons la présence de nombreux soins de support de façon habituelle et proposée à tous les patients (psychologue, arthérapie, etc.).

Il existait une suspicion de cancer pour 2 patients, qui semblent peu intéressants en dehors du fait que leur GIR impacte sur la moyenne globale.

Le patient admis en EHPAD dans les suites de la prise en charge de son cancer, avec des soins actifs poursuivis montre la possible coopération entre l'hospitalier et l'EHPAD.

Enfin, concernant les patients qualifiés de indemnes, on peut se demander s'ils ont été sous-diagnostiqués, et dans ce cas pour quelles raisons.

La seule étude de référence disponible est celle de Guyot *et al* (22) qui rapporte parmi les 214 résidents observés dans les 45 EHPAD associées au CHU de Poitiers, entre janvier et avril 2015, (63 % femmes - moyenne d'âge 90 ans), une dépendance importante, dépendante (94% de  $GIR \leq 4$ ), une prévalence du cancer de 8,4% [7,7%-9.1%] avec des localisations

cutanées, digestives et mammaires qui étaient les plus fréquentes; 37% ont été diagnostiqués après l'institutionnalisation; 83% des résidents ont reçu un traitement. Il semble que dans cette étude les tumeurs cutanées étaient prises en compte mais ont-ils exclu les basocellulaires, qui sont souvent plus évolués bien que plus aisés à traiter que les autres cancers, chez les patients très âgés (23) ? par ailleurs de nombreux patients étaient donc diagnostiqués après institutionnalisation et traités de façon active. Pour autant, ils concluent « une faible prévalence du cancer en EHPAD, pouvant faire évoquer un sous-diagnostic dans cette population fragilisée. Le poids de l'âge chronologique semble encore ancré dans la pratique du médecin ».

### **Conclusion et perspectives :**

Devant la pauvreté de données, même d'observation, sur les cancers en EHPAD, ce mémoire apporte un éclairage original et nouveau sur les obstacles à la collecte de telles données. Il rappelle que l'Évaluation Gériatrique Globale doit être systématique en EHPAD, et peut comprendre une Évaluation Gériatrique Spécialisée orientée. Le screening oncogériatrique systématique peut ainsi intégrer le plan personnalisé de prise en soins du résident (24), et ajuster au mieux les examens à réaliser tout en les rationalisant. L'oncogériatrie appliquée en EHPAD se calque sur la démarche centrale de la prise en charge des résidents, en coordonnant la multidisciplinarité nécessaire.

Une implémentation de données solides scientifiques est nécessaire, ce qui a été missionné par l'INCa via les UCOG, notamment par le biais d'études cliniques prospectives randomisées spécifiquement conçues pour les patients âgés de plus de 70 ans. Pour cela, les EHPAD constituent une pépinière de cas et de cohortes homogènes et dont les données sont plus faciles à collecter. Ce travail devrait aboutir à l'édition et l'affinement de recommandations de prise en charge, où le médecin coordonnateur occupera un rôle central, de relais, de vigilance

et de coordination. Enfin, l'accompagnement des patients cancéreux en soins palliatifs devrait également être renforcé, avec la prévision d'un travail spécifique sur l'évaluation de la présence ou non d'une infirmière de nuit dans les EHPAD par le 4<sup>e</sup> Plan National des Soins Palliatifs (9, 25).

## Références

1. [http://www.orsmip.org/enquetes/rehpa/modules/partie/telec/resultat/cancer\\_en\\_ehpad\\_dr\\_guerin-congres\\_luchon\\_juin\\_2008.pdf](http://www.orsmip.org/enquetes/rehpa/modules/partie/telec/resultat/cancer_en_ehpad_dr_guerin-congres_luchon_juin_2008.pdf)
2. Retornaz F et al. Rev Med Int 2003
3. Basso U. Eur J Cancer care 2004.
4. Repetto L et al. Eur J Cancer 2003
5. Penson RT. The Oncologist 2004
6. [www.oncauvergne.fr/index.php?option=com\\_docman&task=doc](http://www.oncauvergne.fr/index.php?option=com_docman&task=doc)
7. <https://ehpad-magazine.com/le-3e-plan-cancer-noublie-pas-les-ages/>
8. <https://www.oncobretagne.fr/wp-content/uploads/2015/06/synopsis-EHPAD-mai2015.pdf>
9. <https://ehpad-magazine.com/le-3e-plan-cancer-noublie-pas-les-ages/>
10. <http://essais-oncologie.ap-hm.fr/essais-oncologie/Pages/frmDetailEssaiClinique.aspx?TitreAbrege=ONCO-EHPAD>
11. <http://essais-oncologie.ap-hm.fr/essais-oncologie/Pages/frmDetailEssaiClinique.aspx?TitreAbrege=ONCO-EHPAD>

12. <https://fr.slideshare.net/StratAdviser/dire-et-entendre-en-phase-terminale-en-ehpad>
13. <http://www.canceropole-idf.fr/wp-content/uploads/2017/05/sem2016-kpole-spall-15-laurent.pdf>
14. [www.ormsip.org/.../cancer\\_en\\_ehpad\\_dr\\_guerin-congres\\_luchon\\_juin\\_2008](http://www.ormsip.org/.../cancer_en_ehpad_dr_guerin-congres_luchon_juin_2008)
15. <http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/documents/138946/151242/18032014.pdf/66041c8f-2444-463b-8122-f0e357ac10e0>
16. <https://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/LOCActu/ArticleActualite&cid=1250267199943>
17. EHSP : mémoire « l'entourage familial des personnes âgées : vers et pour une place « suffisamment bonne » ? analyse comparée du soutien à domicile et de l'institution gériatrique » 2015
18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25349871>, <http://www.canceropole-idf.fr/wp-content/uploads/2017/05/sem2016-kpole-spall-15-laurent.pdf>
19. <https://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/LOCActu/ArticleActualite&cid=1250267199943>
20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27303932>
21. [http://www.ffamco-ehpad.org/docs/2015/ppt\\_3e\\_journee\\_annuelle\\_ffamco/5-pugg\\_oncog.pdf?b8b299c48386e82c6510727bb30d1681=9bb9ca96bba53b118ebe29d930a92a59](http://www.ffamco-ehpad.org/docs/2015/ppt_3e_journee_annuelle_ffamco/5-pugg_oncog.pdf?b8b299c48386e82c6510727bb30d1681=9bb9ca96bba53b118ebe29d930a92a59)
22. <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/55782>
23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16189865>

24. <http://www.oncopaca.org/repertoire-essais-cliniques/place-de-lintervention-geriatrique-chez-les-sujets-ages-traites-pour-un>

25. Bulletin de la SFAP, numéro 67, juin 2018

## TABLEAUX

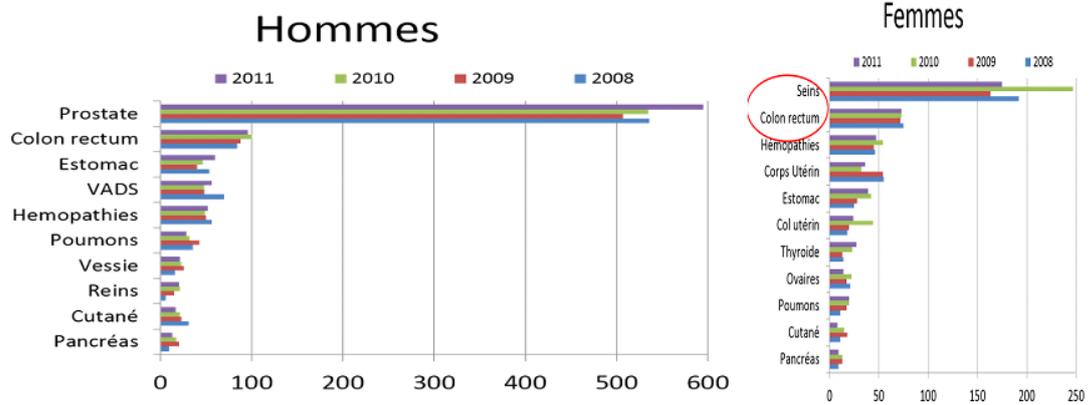
<b>Total des patients</b>		<b>Patients sans cancer</b>	<b>Patients ayant (eu) un cancer</b>
	<b>n=115</b>	<b>n=90 (89%)</b>	<b>n=23 (20%)</b>
<b>Hommes/femmes</b>	<b>28/87</b>	<b>17/73</b>	<b>10 / 13</b>
<b>Age moyen / médian du résident à l'admission</b>	<b>89 / 88 (68-113)</b>	<b>88/ 88 (68-102)</b>	<b>90,1 / 88,8 (80,4-113,0)</b>
<b>Proche aidant présent lors du séjour en EHPAD</b>	<b>110</b>	<b>85 / 1 / 4</b>	<b>23 (100%)</b>
<b>GIR du patient pendant son séjour en EHPAD</b>	<b>2,9</b>	<b>3,0</b>	<b>3,3</b>

**Tableau 1 : Description de la totalité des patients, et des groupes sans et avec cancer.**

Patients ayant (eu) un cancer		n=23
Hommes/femmes		10 / 13
Age moyen / médian du résident à l'admission		90,1 / 88,8 (80,4-113,0)
Primitif		
	<i>plus de 1</i>	5
	sein	14
	colorectal	5
	prostate	4
	hématologique	3
	hépatocarcinome	1
	ORL	1
Métastases diagnostiquées		4
Diagnostic pendant le séjour en EHPAD / avant le séjour / inconnu		2 / 20 / 1
Évalué par un oncogériatre oui/non/inconnu		1 / 21 / 1
Connait son diagnostic oui/non/ inconnu		20 / 1 / 2
Traité spécifiquement pour son cancer oui/non/inconnu		19 / 3 / 1
Traité spécifiquement pour son cancer pendant le séjour en EHPAD		7
	chirurgie	2
	chimiothérapie	0
	hormonothérapie	5
	radiothérapie	0
Démarche de soins palliatifs oui/non/ inconnu		10 / 11 / 2
Patients ayant souhaité stopper les traitements anti-cancéreux		4
Personnel soignant en accord avec les soins décidés		100%
Traitements palliatifs prescrits		4

**Tableau 2 : Description des patients avec cancer et leur prise en charge.**

## ANNEXES



**Annexe 1 : Répartition « habituelle » des cancers dans la population française, 2008-2011.**

GRUPE*	NIVEAU DE DÉPENDANCE
<b>GIR 1</b>	Personne en fin de vie, ou confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées, et qui nécessite de ce fait une aide en permanence.
<b>GIR 2</b>	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et qui exige une prise en charge pour la plupart des activités.
<b>GIR 3</b>	Personne ayant conservé une autonomie mentale, et partiellement sa capacité à se déplacer, mais qui a besoin, plusieurs fois par jour, d'une aide pour les soins corporels.
<b>GIR 4</b>	Personne qu'il faut aider à se coucher et à se lever, et qui peut ensuite se déplacer seule dans son logement. Doit être aidée pour la toilette et l'habillement, voire les repas.
<b>GIR 5</b>	Personne pouvant se déplacer seule dans son logement, et qui a seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
<b>GIR 6</b>	Personne qui est encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante (toilette, habillement, préparation et prise des repas, déplacements dans son logement).

The screenshot shows the GiR software interface with the following details:

- Patient Information:**
  - Nom: DURAND
  - Prénom: Paul
  - Date de naissance: 06/01/1896
  - Age: 107 ans
- Situation:**
  - Domicile
  - Institution
- Déplacement à l'extérieur:**
  - A
  - B
  - C
  - Text: sans moyen de transport
- Communication à distance:**
  - A
  - B
  - C
  - Text: Téléphone, alarme, sonnette
- Groupes GIR:**
  - Groupe GIR: 06/01/2003
  - Sous groupe domicile: 2
  - Perte d'autonomie maxi: [Progress bar]
- Options (Left Panel):**
  - Cohérence:**  A  B  C (Text: converser et / ou se comporter de façon logique)
  - Orientation:**  A  B  C (Text: se repérer dans le temps, la journée et les lieux)
  - Toilette:**
    - Partie haute du corps:  A  B  C
    - Partie basse du corps:  A  B  C
  - Habillement:**
    - Haut:  A  B  C
    - Moyen:  A  B  C
    - Bas:  A  B  C
  - Alimentation:**
    - Se servir:  A  B  C
    - Manger:  A  B  C
  - Élimination:**
    - Urinaire:  A  B  C
    - Fécale:  A  B  C

Annexe 2 : exemple de grille GIR et significations des sous-groupes.

## **RESUME**

Il existe très peu d'études même observationnelles sur la prise en charge des cancers en EHPAD, ce mémoire décrit la population d'une EHPAD sur une période de 19 mois, et montre une grande variabilité entre établissements, une faible démarche diagnostique et thérapeutique, une faible information dans les dossiers, sans lien évident avec la dépendance ni la présence de proches référents (isolement social). Les points positifs sont une information de leur diagnostic des patients, et une adéquation entre la prise en charge proposée et la démarche du personnel soignant. Il souligne l'importance de l'Evaluation Gériatrique Spécialisée dans la prise en charge de qualité et l'évaluation du résident, et la culture oncogériatrique dont l'EHPAD semble être un terrain de 1<sup>er</sup> choix. Les 3<sup>e</sup> plan cancer via l'INCa et les UCOG, ainsi que le 4<sup>e</sup> Plan National des Soins Palliatifs, ont tous 2 inclus des missions scientifiques orientées vers les EHPAD afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients cancéreux qui y résident.