



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE-LILLE 2

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Place du cancer dans les services de médecine et soins de suite  
gériatriques : enquête un jour donné, 5 ans après.**

Présentée et soutenue publiquement le 5 juin 2014

Au Pôle Recherche de la Faculté de Médecine

**par Adeline GRIMBERT**

**Jury**

**Président :** Monsieur le Professeur Jacques BONNETERRE

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur François PUISIEUX  
Monsieur le Professeur Guillaume PIESSEN  
Madame le Docteur Véronique SERVENT

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Cédric GAXATTE

# **Abréviations**

ADL: Activities of Daily Living

AEG: Altération de l'état général

AOG: Antenne d'Onco-Gériatrie

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

EGA : Evaluation Gériatrique Approfondie

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GDS : Geriatric Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INCa : Institut National du Cancer

MMSE : Mini Mental State Examination

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SoFOG : Société Française d'Oncogériatrie

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

UCOG : Unité de Coordination d'Onco-Gériatrie

UCOGIR : Unité de Coordination d'Onco-Gériatrie Inter-Régional

# Sommaire

Introduction.....	1
1/ Quelques chiffres .....	1
2/ Personnes âgées et Plans Cancer .....	2
3/ L'oncogériatrie en France.....	4
4/ Objectifs de l'étude.....	5
Patients et méthode.....	6
1/ Population étudiée.....	6
a/ Critères d'inclusion :.....	6
b/ Critères d'exclusion :.....	7
2/ Méthode .....	7
Résultats.....	9
1/ Population étudiée.....	9
2/ Localisation tumorale .....	13
3/ Devenir à 6 mois .....	15
Discussion .....	18
1/ Caractéristiques de la population étudiée .....	19
2/ Localisation tumorale .....	21
3/ Comparaison des données de l'enquête de 2012 à celle de 2007 .....	22
a/ Population étudiée : .....	22
b/ Motifs d'hospitalisation : .....	22

c/ Caractéristiques des patients et localisation tumorale :.....	23
d/ Prise en charge oncologique :.....	25
e/ Personne de confiance/Directives anticipées :.....	29
4/ Limites de l'étude .....	30
Conclusion.....	31
Bibliographie.....	32
Annexes.....	36
Annexe 1 : Evaluation à M0 (18/12/2012) .....	36
Annexe 2 : Evaluation à M6 (18/06/2013) .....	44
Annexe 3 : Services et investigateurs participants. ....	47

# **Introduction**

Le cancer est un problème majeur de santé publique, dont l'incidence augmente avec l'avancée en âge. Tous sexes confondus, 30% des cancers sont diagnostiqués après 75 ans. [1]

## **1/ Quelques chiffres**

La proportion de sujets de plus de 60 ans dans notre société ne cesse de s'accroître et atteindra environ 30% de la population totale d'ici 2050 en France : 12,6 millions en 2005 contre 22,3 millions en 2050, soit 80% de hausse en 45 ans. [2]

L'espérance de vie à la naissance augmente également pour atteindre aujourd'hui, en France, 84,8 ans chez la femme et 78,2 ans chez l'homme. [3] D'ici 2060, celle-ci atteindra 89 ans chez la femme et 84,5 ans chez l'homme dans l'Union européenne. [3]

En France, en 2012, 209 262 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués chez les personnes de 65 ans et plus, soit 58,9% des cancers tous âges confondus. [4]

Pour les personnes de 85 ans et plus, ce sont 35 928 nouveaux cas estimés, soit près de 10% de l'ensemble des cancers diagnostiqués.

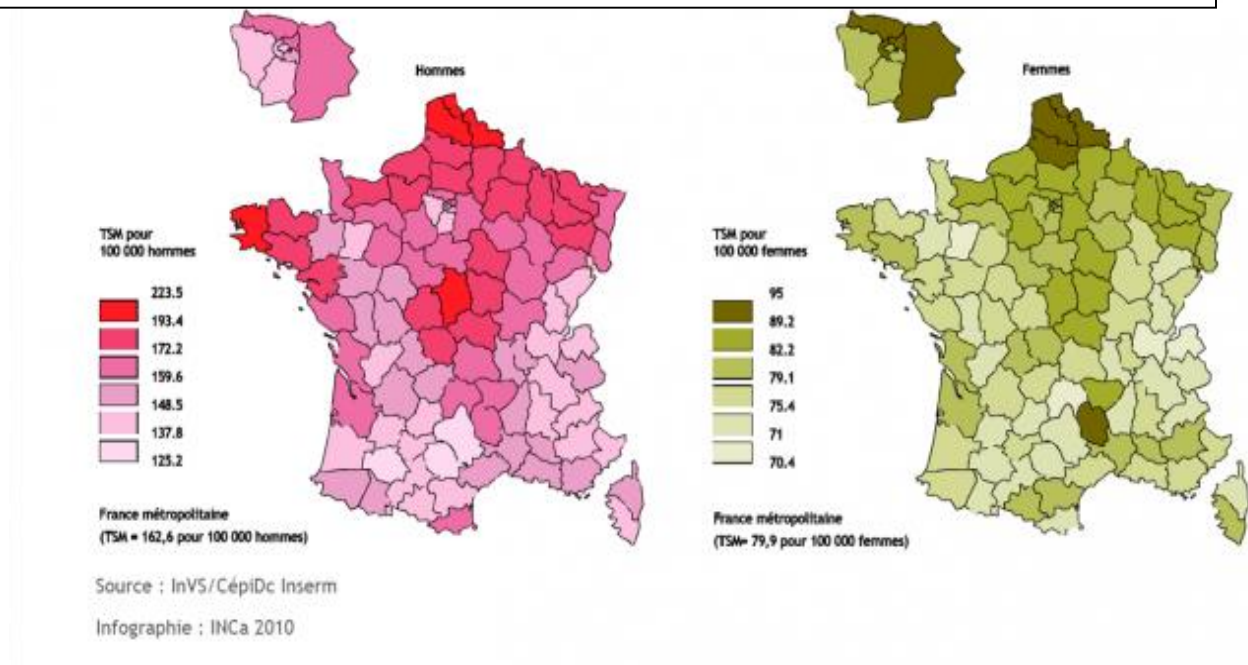
Les estimations prévoient qu'en 2050, 50% des cancers concerneront des patients de 75 ans et plus. [5]

Depuis 2007, le cancer est devenu la première cause de décès en France (hommes et femmes confondus) et la mortalité par cancer touche préférentiellement les personnes âgées. Ainsi en 2012, 73% des décès par cancer en France concernaient les personnes âgées de 65 ans et plus et 22,3% les personnes de 85 ans et plus. [4]

La Région Nord-Pas-de-Calais figure parmi les 5 régions dont les taux d'incidence des cancers sont les plus élevés, que ce soit chez l'homme ou la femme et quel que soit l'âge. [6] Le cancer est dans cette région la première cause de mortalité devant les maladies cardiovasculaires, tous âges et sexes confondus. [6]

Les taux de mortalité par cancer en France métropolitaine à l'échelle départementale, dans la période 2003-2007, sont indiqués dans la figure 1.

**Figure 1** : Taux standardisés à la population mondiale de mortalité par cancer à l'échelle départementale en France métropolitaine (2003-2007), InVS/CépiDc Inserm



## 2/ Personnes âgées et Plans Cancer

Avec le premier Plan Cancer (2003-2007) est créée une mission d'oncogériatrie, « chargée de la promotion et de la coordination de travaux dans le domaine de l'épidémiologie, de la prévention et de l'adaptation des traitements et des essais cliniques sur la population âgée ». [7]

Quinze unités pilotes de coordination en oncogériatrie (UPCOG) ont été mises en place sur le territoire français à partir de 2006 « pour développer des prises en charge adaptées aux personnes âgées atteintes de cancer, et optimiser les compétences des deux spécialités médicales concernées, celle de cancérologie et celle de gériatrie, par le biais d'une coordination accrue entre ces acteurs. » [8]

Un des objectifs du deuxième Plan Cancer 2009-2013 était de poursuivre l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer. [9]

Vingt-quatre Unités de Coordination en Oncogériatrie sont déployées sur le territoire à partir de 2011 (19 régions couvertes), auxquelles s'ajouteront 4 Antennes d'Oncogériatrie dans les 4 régions non pourvues d'UCOG. [8]

Un outil de dépistage gériatrique en oncologie a également été mis en place, l'outil ONCODAGE ou G8 (questionnaire à 8 items). Celui-ci permet aux spécialistes intervenant dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer, de dépister celles à risque de mauvaise tolérance d'un traitement anticancéreux et de leur proposer une évaluation gériatrique approfondie (EGA) avant le début du traitement.

Le troisième Plan Cancer 2014-2019 propose de poursuivre les actions déjà engagées pour la prise en charge des personnes âgées et traduit la volonté d'améliorer les prises en charge et les pratiques. Il assure l'évolution des formations et des pratiques professionnelles et structure la recherche clinique en oncogériatrie. [10]

Un des objectifs est de guérir plus de personnes malades et notamment de « répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées ». [10]

Plusieurs actions sont envisagées [10] :

- inclure une formation en gériatrie dans le Diplôme d'Etudes Spécialisées d'oncologie et dans la formation de cancérologie,

- améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population,
- réflexion sur les conditions d'administration des médicaments anticancéreux pour les patients âgés en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) afin d'assurer la continuité des traitements du cancer.

Une autre action prévue, prépondérante dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer, est de « mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants », notamment en favorisant les moments de répit pour les aidants, particulièrement dans les situations de soins palliatifs. [11]

### **3/ L'oncogériatrie en France**

L'oncogériatrie est le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie. Cette pratique vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multi professionnelle. [12]

L'oncogériatrie est née de la volonté d'une prise en charge efficace des patients âgés atteints de cancer et ce depuis le premier Plan Cancer en 2003.

Elle nécessite un partenariat étroit entre les équipes de gériatrie et d'oncologie.

Plusieurs sociétés savantes ont vu le jour notamment la Société Française d'Oncogériatrie (SoFOG) qui s'est fixée pour missions :

- de promouvoir la prise en charge multidisciplinaire du patient âgé atteint de cancer, en prenant en compte par exemple les soins de support et l'annonce diagnostic,



- de promouvoir la formation des professionnels de santé à l'oncogériatrie,
- de promouvoir la recherche clinique pour les malades âgés atteints de cancer,
- d'œuvrer pour l'application des bonnes pratiques cliniques en oncogériatrie. [13]

L'oncogériatrie est amenée à un développement de plus en plus important, permettant une prise en charge globale et multidisciplinaire des personnes âgées atteintes de pathologies cancéreuses.

#### **4/ Objectifs de l'étude**

Une des missions de l'INCa fixée aux UCOG est de promouvoir dans la région la prise en charge des patients âgés atteints de cancer afin de la rendre accessible à tous.

L'objectif principal de l'étude était de mesurer ce que représente la place du cancer dans les services de médecine et de soins de suite et réadaptation gériatriques de la région Nord-Pas-de-Calais (enquête un jour donné avec suivi à 6 mois).

Les objectifs secondaires étaient de :

- préciser les modalités de prise en charge des patients âgés atteints de cancer.
- comparer les résultats de cette étude à ceux d'une étude similaire réalisée 5 ans plus tôt dans la même région.

# **Patients et méthode**

## **1/ Population étudiée**

L'étude a consisté en une enquête un jour donné, le 18 décembre 2012, complétée d'un suivi à 6 mois soit le 18 juin 2013.

Celle-ci a été réalisée dans 14 établissements du Nord-Pas-de-Calais, et a intéressé 12 services de médecine gériatrique ou médecine polyvalente à orientation gériatrique et 8 services de SSR gériatriques. Les services recrutés l'ont été à partir d'une sollicitation par voie électronique des membres de la Société Septentrionale de Gériatrie Clinique du Nord-Pas-de-Calais.

Au total, les différents services enquêtés rassemblaient 698 lits, dont 352 de court séjour ou médecine polyvalente et 346 de SSR.

### **a/ Critères d'inclusion :**

Tous les patients de plus de 65 ans, hospitalisés pour une pathologie cancéreuse ont été inclus :

- que le cancer soit découvert au cours de l'hospitalisation ou qu'il s'agisse d'une complication ou de l'évolution d'un cancer déjà connu ;
- que le diagnostic de cancer soit parfaitement établi, ou qu'il soit considéré comme très probable par le praticien responsable (afin de ne pas éliminer des patients en soins palliatifs pour lequel le diagnostic de certitude du cancer pouvait ne pas être obtenu).

## b/ Critères d'exclusion :

Les patients pour lesquels le cancer est une « simple comorbidité », c'est-à-dire non en lien avec l'hospitalisation, n'ont pas été inclus (exemple : néoplasie mammaire sous hormonothérapie, non évolutive).

## **2/ Méthode**

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, multicentrique, réalisée un jour donné avec suivi à 6 mois.

Pour chaque patient inclus, les données suivantes ont été recueillies initialement :

- Age et Sexe.
- Motif d'hospitalisation.
- Nombre de jours d'hospitalisation.
- Performans Status.
- Activities of Daily Living (ADL). [14]
- Mini Mental State Evaluation (MMSE). [15]
- Mini-Geriatric Depression Scale (mini-GDS). [16]
- Albuminémie.
- Poids et notion de perte de poids.
- Score de Charlson pondéré (appréciant les comorbidités). [17, 18]
- Nombre de médicaments par jour.
- Localisation du cancer primitif +/- lésions secondaires.
- Situation sociale.
- L'information du patient quant à sa pathologie cancéreuse.

A 6 mois, les informations sur la prise en charge du cancer, son suivi et le devenir du patient ont été recueillies grâce au dossier médical et aux différents praticiens ayant pris en charge le patient. Ont également été recherchées la présence d'une personne de confiance ou la désignation d'une personne référente, ainsi que l'existence ou non de directives anticipées.

Les données sont présentées en valeur absolue et en pourcentage. L'analyse statistique se limite au calcul de moyennes et écarts-types.

L'ensemble des données recueillies ont ensuite été comparées aux données recueillies lors de l'enquête réalisée il y a 5 ans dans le même bassin de vie.

# Résultats

## 1/ Population étudiée

Le jour de l'enquête, 63 patients étaient hospitalisés pour une pathologie cancéreuse, soit 28 hommes (44,5%) et 35 femmes (55,5%), représentant 9% des patients hospitalisés.

L'âge moyen était de 81,2+/-7,6 ans au moment de l'inclusion.

Cinquante-sept patients habitaient au domicile soit 90,4% des patients, 3 résidaient en foyer logement et 3 en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Les patients habitant au domicile étaient seuls dans 71,9% des cas et vivaient en couple dans 24,5% des cas.

Parmi les 57 patients habitant au domicile, 42 avaient un aidant naturel qui était :

- un enfant dans près de la moitié des cas (47,6%),
- le conjoint dans 26,2% des cas,
- un autre membre de la famille ou une personne extérieure à la famille dans 26,2% des cas.

Les patients étaient souvent dépendants pour les gestes de la vie courante avec un ADL moyen à 3,2+/-2,6 et un Performans Status à 3 pour 26 d'entre eux (41,2%) et à 4 pour 19 d'entre eux (30,1%).

Les patients hospitalisés présentaient de nombreux syndromes gériatriques :

- Des troubles cognitifs connus chez 13 d'entre eux (20%), avec un Mini Mental State Examination (MMSE) moyen à 20,9/30 +/- 5,5 (N=45).

- Une dénutrition sévère (albuminémie < 30g/l) pour 50% des patients.
- De nombreuses comorbidités avec un score de Charlson moyen à 5,5+/-2,7.  
Un peu plus d'un patient sur cinq (13 patients soit 20,6%) avaient un antécédent de cancer traité et guéri.
- Une poly médication avec un nombre moyen de 8,1+/- 3,4 médicaments par patient.

Ces données sont présentées dans le tableau 1.

Les motifs d'hospitalisation des patients, variés, sont rapportés dans le tableau 2.

**Tableau 1** : Caractéristiques des patients

<b>Caractéristiques des patients</b>	<b>N=63 (%)</b>
Age (moyenne +/- écart-type)	81,2+/- 7,6 ans
Sex ratio (F/H)	1,25/1
Patient vivant seul	41 (71,9%)
Patient vivant en institution	6 (9,6%)
IMC moyen	24,7kg/m <sup>2</sup>
ADL (moyenne)	3,2+/- 2,6
<b>Performans status :</b>	
- 0	4 (6,3%)
- 1	2 (3,1%)
- 2	12 (19%)
- 3	26 (41,2%)
- 4	19 (30,1%)
- Médiane/moyenne	3/2,85
<b>Comorbidités / syndromes gériatriques</b>	
- Démence (connue ou MMS ≤ 24)	36 (57%)
- MMSE moyen/30 (n'=45)	20,9+/-5,5
- Escarre ≥ stade 3	3 (4,7%)
- Mini-GDS > 1 (n'=41) (dépression)	30 (73,1%)
- Dénutrition (n'=62)	
Albumine < 30 g/l	31 (50%)
Albumine 30-35 g/l	24 (39%)
Albumine moyenne	28,5+/-5,5g/l
Score de Charlson moyen	5,5+/-2,7
Score de Charlson > 4	37 (58,7%)
Score de Charlson pondéré moyen	9+/-2,8
<b>Nombre moyen de médicaments (n'=64)</b>	<b>8,1+/-3,4</b>

**Tableau 2 : Motifs d'hospitalisation**

<b>Motif d'hospitalisation</b>	<b>N=63</b>
Altération de l'état général	22 (34,9%)
Chute	15 (23,8%)
Douleur	11 (17,4%)
Difficultés de maintien à domicile	10 (15,8%)
Syndrome confusionnel/troubles cognitifs	6 (9,5%)
Prise en charge postchirurgicale	6 (9,5%)
Soins palliatifs	4 (6,3%)
Bilan du cancer	4 (6,3%)
Anémie	4 (6,3%)
Dyspnée	3 (4,7%)
Infection	1 (1,6%)
Autre	14 (22,2%)

Plusieurs motifs d'hospitalisation pouvaient être identifiés pour un même patient.



## **2/ Localisation tumorale**

Les localisations tumorales primitives retrouvées étaient :

- urologiques dans 19% des cas (12 patients),
- le colon/rectum/sigmoïde dans 12,6% des cas (8 patients),
- les hémopathies malignes dans 11,1% des cas (7 patients).

Les différentes localisations tumorales sont rapportées dans la figure 2.

Quatre patients avaient 2 localisations néoplasiques.

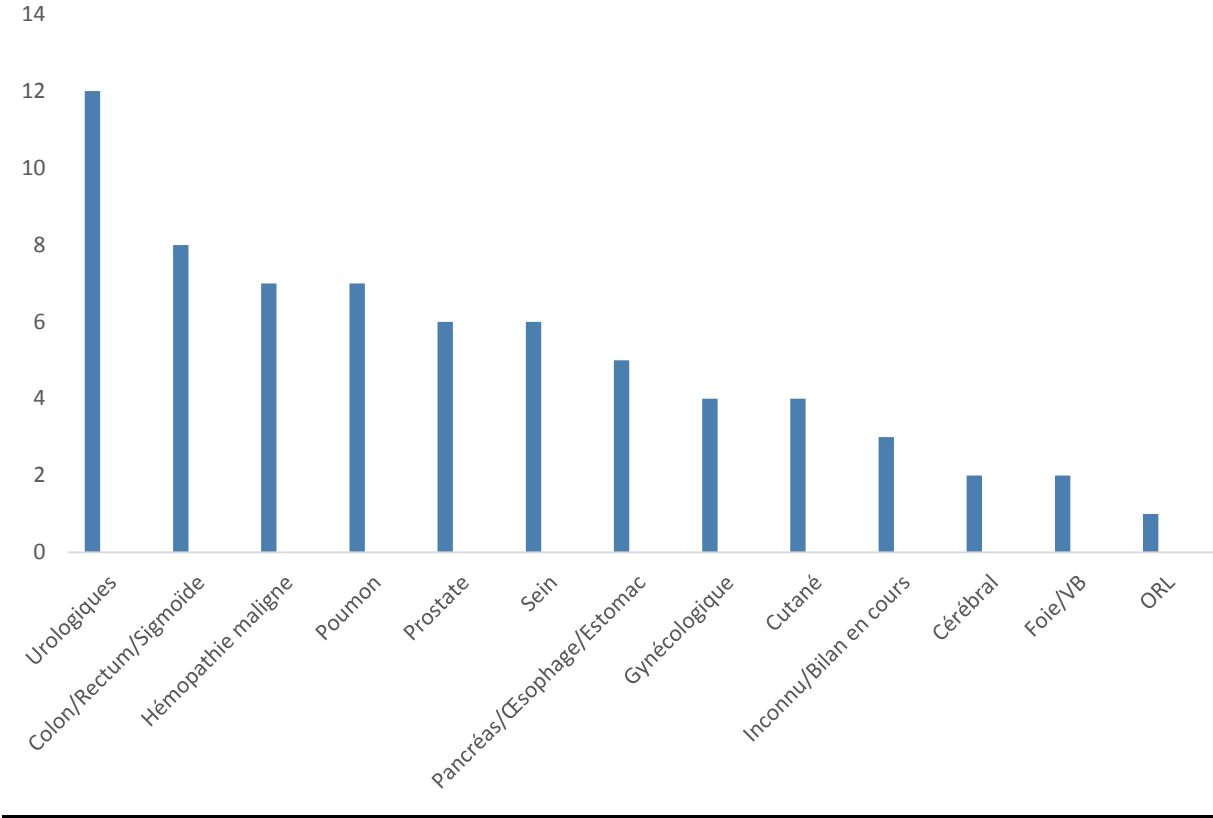
Le diagnostic de cancer était posé :

- pendant l'hospitalisation dans 49,2% des cas,
- avant l'hospitalisation dans 50,8% des cas,

Dans 48% des cas, le cancer était à un stade métastatique.

Quarante et un patients (65%) étaient informés du diagnostic de cancer.

**Figure 2:** Localisation tumorale



### **3/ Devenir à 6 mois**

A 6 mois :

- 38 patients étaient décédés soit 60%, dont 8 (21%) précocement (pendant l'hospitalisation),
- 11 patients étaient vivants avec poursuite évolutive du cancer (17,4%),
- 5 étaient vivants en rémission (7,9%),
- pour 9 patients l'évolution était inconnue (14,3%) (perdus de vue).

Trente-quatre patients (54%) ont bénéficié d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et dans 23,5% des cas un gériatre était présent.

Indépendamment de la présentation en RCP, un traitement curatif a été proposé dans 24% des cas et une prise en charge palliative était décidée dans 63% des cas.

Lorsqu'une prise en charge palliative était décidée, les différentes raisons étaient (plusieurs raisons pouvaient être identifiées pour un même patient, n'=54) :

- Traitement palliatif à la demande du patient (7,4%)
- Traitement palliatif car stade carcinologique trop avancé (44,4%)
- Traitement palliatif en raison de l'état clinique du patient (38,8%)

Les données concernant la prise en charge oncologique sont présentées dans le tableau 3.

**Tableau 3** : Prise en charge oncologique

<b>Prise en charge oncologique</b>	<b>N=63</b>
Avis d'un oncologue ou spécialiste d'organe	50 (79%)
Dossier discuté en RCP	34 (54%)
Patients relevant d'une prise en charge :	
- Curative	15 (24%)
- Palliative	40 (63%)
- Non définie (décès précoce)	8 (13%)
Prise en charge initialement proposée :	
- Spécifique* :	31 (49%)
• Chirurgie	14 (22%)
• Chimiothérapie	13 (21%)
• Radiothérapie	9 (14%)
• Hormonothérapie	5 (8%)
• Thérapie ciblée	1 (2%)
- Traitement symptomatique (antalgiques, nutrition...)	46 (73 %)
Interruption du traitement spécifique (n'=31)	5 (16%)
Suivi (n'=50)	
- Gériatre seul	14 (28%)
- Oncologue/Spécialiste d'organe seul	2 (4%)
- Médecin traitant seul	5 (10%)
- Gériatre et oncologue/spécialiste d'organe	19 (38%)
Patient informé du diagnostic	41 (65%)
Directives anticipées (n'=61)	1 (2%)
Personne de confiance désignée (n'=61)	30 (49,2%)

\* : Association de traitements proposée pour 10 patients.

n' : nombre de patients pour lequel la donnée est disponible.

Si 30 patients (49,2%) avaient désigné une personne de confiance ou une personne référente, seul un patient avait émis des directives anticipées.

Le suivi était assuré par plusieurs praticiens ; 19 patients (38%) des patients suivis (non décédés précocement et non perdus de vue) ont bénéficié d'un suivi à la fois par un gériatre et par un oncologue.

## **Discussion**

Cette étude, « photographie » un jour donné, démontre la part importante que représente la pathologie cancéreuse dans les services de médecine et SSR gériatriques de la région Nord-Pas-de-Calais avec 9% de patients hospitalisés un jour donné pour ce motif.

Dans la moitié des cas, le diagnostic de cancer était posé avant l'hospitalisation, et pour l'autre moitié, le diagnostic de cancer a été posé au cours de l'hospitalisation en gériatrie.

Pour seulement un peu plus d'un patient sur deux, le dossier a été discuté en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

Dans notre étude, près de 3 patients sur 4 ont bénéficié d'une prise en charge palliative, et seulement 1 sur 4 d'une prise en charge curative.

A 6 mois, trente-huit patients étaient décédés soit plus de 60% des patients inclus.

## **1/ Caractéristiques de la population étudiée**

Les patients âgés avec une pathologie cancéreuse représentaient 9% des patients hospitalisés un jour donné en médecine ou SSR gériatriques dans notre étude.

Nos données sont concordantes avec les données de la littérature. En effet, les patients âgés atteints d'un cancer, homme ou femme, représentaient respectivement 11% et 8% des hospitalisations en court séjour en 2008. [19]

L'Observatoire Régional de Santé Bretagne sur l'activité gériatrique rapportait le cancer comme motif de prise en charge pour 14% des patients hospitalisés en court séjour gériatrique et pour 13 % des patients en SSR, avec la réserve soulignée par les auteurs du travail d'une surreprésentation des patients hospitalisés en CHU. [20]

Les patients atteints de cancer hospitalisés dans les services de médecine et SSR gériatriques, sont des patients réellement « gériatriques », c'est-à-dire qu'ils sont souvent poly pathologiques, poly médicamentés, en perte d'autonomie, dénutris, présentant des troubles cognitifs. [21]

Toutefois, des différences existent dans le recrutement des patients accueillis dans ces services de gériatrie comme le montre le tableau 4. Les patients âgés atteints de cancer et suivis en ambulatoire ne présentent pas non plus les mêmes caractéristiques, présentant volontiers moins souvent de syndromes gériatriques. [22, 23]

**Tableau 4 :** Profil des évaluations oncogériatriques parmi plusieurs populations. Tableau adapté d'Exterman [23]

Evaluation	Ambulatoire	Mixte	Ambulatoire	HAD	Essai clinique	Unité hospitalière oncogériatrique	Hospitalisation	Hospitalisation	Hospitalisation
	USA	Italie	USA	USA	Italie	USA	France	France	France
Age, années	75 (médiane)	72 (médiane)	68 (moyenne)	77-78 (moyenne) *	74 (médiane)	74 (moyenne)	79 (moyenne)	79 (moyenne)	81 (moyenne)
OMS 0-1, %	83	74			81			32	9
Indépendance ADL, %	79	86	31		85	55	44 (ADL=6)	12,5 (ADL=6)	12,7 (ADL=6)
Indépendance IADL, %	44	52	42		33	26	34		
Dépression, %	26 (GDS)	40 (GDS)	14-26* (HADS)	17-19* (OASIS)		24 (GDS)	50 (mini GDS)	62,5 (mini GDS)	73 (mini GDS)
Déclin cognitif, %	25 (MMSE < 26)	37,8 (MMSE < 24)				51 (Horloge)	MMSE moyen = 22	52, MMSE moyen = 21	57, MMSE moyen = 21
Comorbidités, %	36 (CCI); 94 (CIRS)		5 (moyenne ; OARS)	61-75* (NIA/NCI)	5,8 (CCI)			6,2 (CCI)	5,5 (CCI)
Polymédication (Nb médicaments)			6 (moyenne)			6 (moyenne)	4,9 (moyenne)	8 (moyenne)	8 (moyenne)

\* 3 cohortes

Abréviations: HAD, hospitalisation à domicile ; ADL, Activities of Daily living ; IADL, Instrumental Activities of Daily living; GDS, Geriatric Depression Scale ; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale ; MMSE, Mini-Mental Status Exam; CCI, Charlson Comorbidity Index ; CIRS, Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric ; OARS, Older Americans Resource and Services Survey ; OASIS, Outcome Assessment Information Set ; NIA, National Institute on Aging ; NCI, National Cancer Institute.



## **2/ Localisation tumorale**

Dans notre étude, les 5 localisations tumorales les plus fréquemment retrouvées étaient les voies urinaires (19%), le tractus digestif (13%), les hémopathies malignes (11%), le poumon (11%) et la prostate (11%). Les localisations tumorales des patients hospitalisés ne reflètent pas l'incidence et la prévalence des cancers observées chez les personnes âgées de 75 à 84 ans, qui est la même que chez la population tous âges confondus. En effet, le cancer colorectal, le cancer du poumon et le cancer de la prostate sont les plus fréquents chez l'homme, tandis que chez la femme les trois premières localisations sont le sein, le colon/rectum et le poumon. [4]

Toutefois, certaines localisations tumorales sont plus volontiers observées chez les patients âgés notamment les néoplasies vésicales et les hémopathies malignes avec au premier rang le myélome multiple. [24]

Ainsi, un tiers des cancers de la vessie sont diagnostiqués après 75 ans. [1]

Le cancer du sein, bien qu'ayant une incidence élevée chez les patientes âgées, est peu représenté dans notre étude. En effet, ces patientes bénéficient le plus souvent d'une prise en charge ambulatoire ou en hôpital de jour. [25]

### **3/ Comparaison des données de l'enquête de 2012 à celle de 2007**

En 2007, une première enquête sur la place du cancer dans les services de médecine et SSR gériatriques avait été réalisée selon les mêmes modalités. [26]

Il semblait opportun de pouvoir comparer les données de l'enquête de 2012 avec celles de 2007, notamment pour apprécier l'évolution des pratiques.

#### **a/ Population étudiée :**

La proportion de personnes âgées hospitalisées en gériatrie pour une pathologie cancéreuse reste stable dans notre région depuis 5 ans, 11% en 2007 et 9% en 2012. Environ une personne sur dix hospitalisée dans les services de médecine gériatrique ou soins de suite et rééducation l'est donc pour une pathologie cancéreuse, que ce soit dans le cadre du diagnostic, de l'évolution ou d'une complication du cancer.

#### **b/ Motifs d'hospitalisation :**

L'altération de l'état général était le principal motif d'hospitalisation dans les deux études (35% en 2012 / 47,8% en 2007). En réalité, de nombreux patients ont plusieurs motifs d'hospitalisation, associant des symptômes (anémie, douleur...), des syndromes (chutes), des affections (infections) et des difficultés sociales (maintien à domicile difficile).

Ces motifs d'hospitalisation sont parmi les principaux motifs d'hospitalisation habituellement retrouvés pour les patients hospitalisés en médecine et SSR gériatriques, indépendamment du diagnostic de cancer.

### c/ Caractéristiques des patients et localisation tumorale :

Les caractéristiques et les différentes localisations tumorales en 2007 et 2012 sont résumées dans le tableau 5.

Il existe peu de différences entre les 2 périodes. On peut néanmoins noter des patients en moyenne plus âgés de 2 ans en 2012, une prévalence plus importante de patients en mauvais état général (71% de patients OMS 3 ou 4 en 2012 contre 59% en 2007) et une prévalence de syndromes gériatriques plus importante en 2012 (dépression, dénutrition sévère), même si le score de Charlson moyen est un peu plus bas en 2012 qu'en 2007.

En 2007, les localisations tumorales digestives regroupaient aussi le foie et la vésicule biliaire, expliquant leur pourcentage plus important par rapport à 2012.

La proportion de patients à un stade métastatique de leur cancer au moment de leur hospitalisation est comparable entre les 2 périodes (54% en 2007, 48% en 2012).

En revanche, la proportion de patients pour lesquels le cancer a été diagnostiqué au cours de l'hospitalisation en gériatrie est plus importante en 2012 (49%) qu'en 2007 (31%).

**Tableau 5** : Caractéristiques des patients 2007/2012.

Caractéristiques des patients	Enquête 2007 N=68 (%)	Enquête 2012 N=63 (%)
Age (moyenne)	79 ± 8	81,2 ± 7,6
Sex ratio (F/H)	1,1/1	1,25/1
Patient vivant seul	39 (58%)	41 (72%)
Patient vivant en institution	6 (19%)	6 (10%)
ADL (moyenne) (n'=64)	2,9 ± 1,9	3,2 ± 2
<b>Performans Status (n'=65)</b>		
0	8 (12%)	4 (6%)
1	13 (20%)	2 (3%)
2	6 (9%)	12 (19%)
3	20 (31%)	26 (41%)
4	18 (28%)	19 (30%)
médiane/moyenne	3/2,4	3/2,85
<b>Comorbidités</b>		
- Démence (connue ou MMSE≤24)	34 (52%)	36 (57%)
- MMS moyen/30	21+/-7	21+/-5,5
- Escarre ≥ stade 3	6 (9%)	3 (4,7%)
- mini GDS >1	25 (62.5%)	30 (73,1%)
- Dénutrition :		
• Albumine <30 g/l	26 (43%)	31 (50%)
• Albumine 30-35 g/l	29 (48%)	24 (39%)
- Score de Charlson moyen	6,2+/-2,6	5,5+/-2,7
- Score de Charlson >4	47 (69%)	37 (58,7%)
- Score de Charlson pondéré moyen	9,7+/-2,7	9+/-2,8
<b>Nombre moyen de médicaments</b>	8+/-3	8+/-3
<b>Localisation tumorale primitive #</b>		
Néoplasie du tractus digestif	26 (38%)	15 (24%)
Hémopathie maligne	9 (13%)	7 (11%)
Néoplasie du poumon	5 (7%)	7 (11%)
Néoplasie de prostate	6 (9%)	6 (10%)
Néoplasie des voies urinaires	5 (7%)	12 (19%)
Néoplasie du sein	3 (4%)	6 (10%)
Autre localisation ou localisation indéterminée	18 (26%)	14 (22%)
<b>Stade métastatique</b>	37 (54%)	30 (48%)
<b>Diagnostic de cancer porté pendant l'hospitalisation</b>	21 (31%)	31 (49%)

# le total dépasse 100%, plusieurs patients ayant 2 localisations cancéreuses primitives

#### d/ Prise en charge oncologique :

Les patients étaient informés du diagnostic dans respectivement 72% et 65% des cas en 2007 et 2012.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise que le patient doit être informé du diagnostic et des différentes investigations entreprises. [27]

Néanmoins, le Code de Santé Publique et le Code de Déontologie médicale reconnaissent le droit de tenir un malade dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic pour des raisons légitimes et dans son intérêt. [28]

En gériatrie, la présence de troubles cognitifs chez certains patients (plus de 50% en 2007 et en 2012) rend l'annonce diagnostique et l'information du patient parfois difficile. C'est une des raisons qui peut expliquer que l'ensemble des patients dans les 2 études n'aient pas été informés du diagnostic. Pour autant, la présence de troubles cognitifs ne doit pas empêcher l'information du patient, mais il conviendra de s'assurer de sa bonne compréhension.

Une autre raison expliquant probablement l'absence d'annonce diagnostique est le nombre de situations médicales d'emblée palliatives, qui ont fait préféré aux praticiens de tenir leurs patients dans l'ignorance de leur diagnostic, comme le Code de Déontologie l'autorise.

Les données comparatives entre 2007 et 2012 concernant la prise en charge oncologique sont rapportées dans le tableau 6.

**Tableau 6** : Prise en charge oncologique 2007/2012.

Prise en charge oncologique	Enquête 2007 N=68 (%)	Enquête 2012 N=63 (%)
Avis d'un oncologue ou d'un spécialiste d'organe	54 (83%)	50 (79%)
Dossier discuté en RCP	24 (37%) (n'=65)	34 (54%)
Patients relevant d'une prise en charge		
- curative	21 (32%) (n'=65)	15 (24%)
- palliative	44 (68%) (n'=65)	40 (63%)
Prise en charge initialement proposée		
- Spécifique : *	32 (49%) (n'=65)	31 (49%)
Chirurgie	19 (29%)	14 (22%)
Chimiothérapie	15 (23%)	13 (21%)
Radiothérapie	10 (15%)	9 (14%)
Hormonothérapie	3 (5%)	5 (8%)
- Traitement symptomatique (douleur, nutrition...)	47 (72%)	46 (73%)
Interruption du traitement spécifique	7 (22%) (n'=32)	5 (8%) (n'=62)
Suivi		
- gériatre seul	17 (27%) (n'=64)	14 (28%) (n'=50)
- oncologue/spécialiste d'organe seul	15 (23%) (n'=64)	2 (4%) (n'=50)
- gériatre et oncologue/spécialiste d'organe	22 (34%) (n'=64)	19 (38%) (n'=50)
- médecin traitant seul	10 (16%) (n'=64)	5 (10%) (n'=50)
Patient informé du diagnostic	49 (72%)	41 (65%)
Personne référente ou de confiance identifiée	33 (49%)	30 (49,2%)
Existence de directives anticipées	10 (15%)	1 (2%)
* Association de traitements proposée pour plusieurs patients n' : nombre de patients pour lesquels la donnée est disponible		

La proportion de patients ayant bénéficié d'un avis oncologique spécialisé reste comparable (80%).

En revanche, il existe une augmentation du nombre de dossiers présentés en RCP (54% versus 37%).

Un des objectifs du premier Plan Cancer était de faire bénéficier 100% des nouveaux patients atteints de cancer d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). [7]. Cet objectif n'est donc atteint en 2012 que pour un peu plus de 50% des patients hospitalisés en gériatrie. Une des raisons de la non-présentation de l'ensemble des dossiers en RCP réside dans le fait qu'un grand nombre de patients présentent un cancer au stade métastatique, de nombreuses comorbidités ou une perte d'autonomie importante, qui les classent d'emblée dans la catégorie des patients les plus fragiles selon la classification de Balducci, et donc pour lesquels aucune prise en charge curative n'est a priori envisageable. La mortalité dans les 6 mois ayant suivi l'enquête, particulièrement importante en 2012 (60% des patients dont ¼ des décès survenus dans le mois suivant l'enquête), traduit selon toute vraisemblance un nombre important de situations de fin de vie. Il est peu probable que la présentation en RCP aurait modifié la prise en charge.

Tous les patients atteints de cancer doivent pouvoir bénéficier de soins de support, qu'ils soient pris en charge en milieu hospitalier, à domicile ou en institution. [29]

En 2007 comme en 2012, plus de 70% des patients ont eu recours à des soins de support.

Les principaux soins apportés aux patients âgés atteints de cancer ont consisté en une prise en charge nutritionnelle, à l'adaptation du traitement antalgique et des soins de nursing.

Concernant les traitements spécifiques, près d'un patient sur 2, en 2012, a pu en bénéficier, sachant que ces traitements spécifiques avaient un objectif curatif uniquement dans la moitié des cas, soit près de 25% de l'ensemble des patients inclus.

La décision d'une prise en charge palliative est largement majoritaire dans notre étude, comme en 2007, avec près de 70% des patients ne bénéficiant pas de traitement curatif, en raison de l'état physique du patient, du stade carcinologique trop avancé ou du refus du patient.



e/ Personne de confiance/Directives anticipées :

La désignation d'une personne de confiance et la rédaction de directives anticipées restent difficiles à mettre en place en France.

Seuls 50% des patients ont identifié une personne référente, mais il ne s'agit bien souvent pas de la désignation d'une personne de confiance selon les modalités définies par l'article L.1111-4 du Code de Santé Publique issu de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. [30]

Concernant les directives anticipées, seul 1 patient en 2012 en avait formulé selon les modalités proposées par la loi. [30]

En 2007, la question des directives anticipées avait été posée aux médecins en charge des patients, notamment sur la limitation de soins invasifs, et non directement recherchées auprès des patients, ce qui explique la présence de 10 réponses positives.

Malheureusement, trop peu de patients désignent une personne de confiance et rédigent des directives anticipées, probablement en partie par manque d'informations.

En 2006, Silveira et al. démontraient l'importance des directives anticipées et le fait que, lorsque celles-ci étaient émises, le souhait du patient était le plus souvent respecté.

[31]

#### **4/ Limites de l'étude**

Notre étude ne représente qu'une photographie un jour donné des patients âgés atteints de cancer hospitalisés en gériatrie, qui ne traduit pas forcément la complexité de la prise en charge oncologique et gériatrique de ces patients.

Les services enquêtés sont les services dans lesquels travaillent les membres de la Société Septentrionale de Gérontologie Clinique du Nord-Pas-de-Calais ayant accepté de participer à l'enquête après sollicitation par voie électronique.

Les services enquêtés (594 lits) représentaient néanmoins, en 2007, 41% des lits des services de court séjour gériatriques et 25% des lits des services de SSR gériatriques de la région. Nous ne connaissons pas la représentativité sur la région Nord-Pas-de-Calais du nombre de lits enquêtés en 2012, mais le nombre plus important de centres participants et de lits enquêtés (698) laisse à penser une représentativité au moins identique à 2007.

## **Conclusion**

Notre étude démontre que le cancer représente une part importante de l'activité hospitalière dans les services de médecine et SSR gériatriques de la région Nord-Pas-de-Calais, et que cette part reste stable au cours du temps aux alentours de 10%.

Les patients pris en charge dans ces services présentent volontiers un cancer à un stade avancé, un état général altéré et une perte d'autonomie. Dans ce contexte, la prise en charge est plus souvent palliative, faisant intervenir des soins de support.

Entre 2007 et 2012, la proportion de dossiers de patients âgés présentés en RCP a augmenté, mais peut encore être améliorée. Certaines situations cliniques (dégradation rapide) ne le permettent pas toujours.

Ces données sont encourageantes sur le développement de l'activité oncogériatrique; il est néanmoins nécessaire de poursuivre le rapprochement et de renforcer la collaboration entre les équipes de gériatrie et d'oncologie afin de proposer les meilleurs soins aux patients âgés hospitalisés.

## **Bibliographie**

1. INCa, Epidémiologie des cancers des personnes âgées,  
  
<http://www.e-cancer.fr/soins/prises-en-charge-specifiques/oncogeriatry/epidemiologie>
2. INSEE, Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050,  
  
[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1089](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089)
3. INSEE, Espérance de vie-Mortalité,  
  
[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=T12F036](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F036)
4. INCa, Les cancers en France, Edition 2013.
5. INCa, Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie, mai 2009, p. 7.
6. Programme Régional Cancers 2011-2015, Région/ARS Nord-Pas-de-Calais,  
  
[http://www.nordpasdecalsais.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/planregionalcancers\\_2013.pdf](http://www.nordpasdecalsais.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/planregionalcancers_2013.pdf)
7. Plan Cancer 2003/2007. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer.  
  
[http://www.e-cancer.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1993&Itemid=2530](http://www.e-cancer.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=1993&Itemid=2530).
8. INCa, Les Unités de Coordination en Oncogériatrie,  
  
<http://www.e-cancer.fr/soins/prises-en-charge-specifiques/oncogeriatry/les-15-upcog>
9. Rapport final du Plan cancer 2009/2013.
10. Plan Cancer 2014/2019, Guérir plus de personnes malades, p. 36.

11. Plan Cancer 2014/2019, Préserver la continuité et la qualité de vie, p. 66-67.
12. INCa, Définition de l'Oncogériatrie,  
  
<http://www.e-cancer.fr/soins/prises-en-charge-specifiques/oncogeriatric>
13. Missions de la Société Francophone d'Oncogériatrie,  
  
<http://www.sofog.org/index.php/presentation-sofog/missions-de-la-sofog>.
14. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al., Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. *JAMA* 1963; 185:914-9.
15. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. « Mini-mental state ». A Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-98.
16. Clément JP, Nassif RF, Léger JM, et al. (Development and contribution to the validation of a brief French version of the Yesavage Geriatric Depression Scale). *Encephale* 1997; 23:91-9.
17. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, et al., Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol* 1994; 47:1245-51.
18. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40:373-83.
19. Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), N°783, Novembre 2011,

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er783.pdf>

20. Livre blanc de la gériatrie française - 2011. Editions ESV production. p. 175-204

21. Rainfray M, Mertens C., Le regard gériatrique et l'apport des structures gériatriques à la prise en charge des patients cancéreux âgés. *Oncologie* 2007; 9:230–3.

22. Retornaz F, Seux V, Sourial N, et al., Comparison of the health and functional status between older inpatients with and without cancer admitted to a geriatric/internal medicine unit. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62:917–22.

23. Extermann M, Hurria A., Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. *J Clin Oncol* 2007;25:1824–31.

24. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Juin 2011 ;

<http://www.e-cancer.fr/soins/prises-en-chargespecifiques/oncogeriatric/epidemiologie>

25. Pillet N, Goldberg S, Piault S, et al., Prise en charge hospitalière des patients âgés atteints de cancer en France en 2005. *Oncologie* 2007;9:196–9.

26. Gaxatte C, Delecluse C, Hoyer H, Delabrière I, Depuydt MG, Puisieux F et le Comité scientifique de la Société Septentrionale de Gériatrie Clinique. Prévalence et prise en charge du cancer dans les services de médecine et soins de suite gériatriques. *Journal d'oncogériatrie* (sous presse)

27. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

28. Article 35 - Information du malade. Code de Déontologie médicale.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>

29. Circulaire DHOS/SDO/2005/101 relative à l'organisation des soins en oncologie du 22 février 2005.

30. Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, article L.1111-4.

31. Maria J. Silveira, Scott Y.H.Kim, et al, Advance directives and outcomes surrogate decision making before death, *New England Journal of Medicine*, 2010;362:1211-8.

# Annexes

## Annexe 1 : Evaluation à M0 (18/12/2012)

### ENQUETE



**« Prise en charge des patients hospitalisés en Court Séjour Gériatrique  
Ou en Soins de Suite Gériatrique présentant une pathologie cancéreuse ».**

---

PROTOCOLE:

Enquête un jour donné complétée par une étude du suivi à 6 mois

Critères d'inclusion : tous les patients hospitalisés pour une pathologie cancéreuse, que le cancer soit découvert au cours de l'hospitalisation concernée ou qu'il s'agisse d'une complication ou de l'évolution d'un cancer déjà connu.

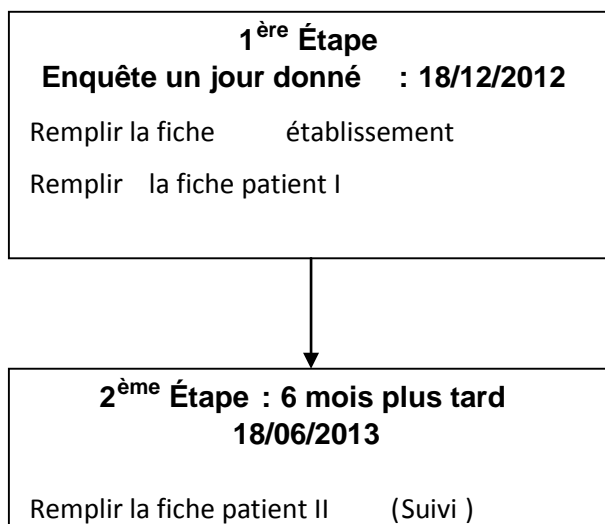
Cela concerne non seulement les patients pour lesquels le diagnostic de cancer est établi, mais aussi ceux pour lesquels le diagnostic de cancer est considéré comme très probable par le praticien en charge du patient.

Les patients pour lesquels le cancer est une « simple comorbidité » en ce sens qu'il n'est pas en lien avec l'hospitalisation doivent faire l'objet d'un relevé dans le tableau ci-dessous.

Critères d'exclusion : refus de participation du patient.

Déroulement de l'étude





Fiches papier à retourner à : **(garder une copie, pour pouvoir retrouver le patient à M6)**

Dr Cédric Gaxatte

Hôpital gériatrique les Bateliers

23 rue des Bateliers

59037 Lille cedex

#### FICHE ETABLISSEMENT

Enquêteur : .....

Nom de l'établissement : .....

L'établissement dispose :

- |   |   |
|---|---|
| D'un service ou consultation d'oncologie :              | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| D'un service ou consultation d'hématologie :            | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| De services ou consultations de spécialités d'organe :  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| D'une unité de soins palliatifs :                       | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| D'une équipe mobile de soins palliatifs :               | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| D'un service de radiothérapie :                         | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| D'un plateau d'imagerie (hors radiographie standard) :  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| De réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) : | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| D'une activité spécifique d'oncogériatrie :             | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

Le service enquêté est un service de :

- Court séjour ; précisez le nombre de lits : .....
- Soins de suite ; précisez le nombre de lits : .....
- Service de médecine polyvalente ; précisez le nombre de lits : .....

Le service dispose en interne de lits dédiés de soins palliatifs : OUI  NON

<u>Patients pour lesquels le cancer est une « simple comorbidité »</u>				
3 premières lettres du nom	3 premières lettres du prénom	Age	Sexe	Localisation du cancer

## FICHE PATIENT I (données initiales) (1 fiche par patient)

Nom de l'établissement : .....

Code patient								
3 premières lettres du nom :			3 premières lettres du prénom :			Date de naissance		

Commune de naissance : .....

Question 1. Age : .....

Question 2. Sexe : F  M

Question 3. Motif(s) d'hospitalisation (plusieurs réponses possibles):

- AEG
- Maintien à domicile impossible
- Douleur
- Anémie
- Thrombose veineuse profonde
- Syndrome infectieux
- Dyspnée
- Adénopathie, tuméfaction
- Soins palliatifs
- Chute
- Autre (préciser) : .....

Question 4. Date d'entrée dans le service : ...../...../.....

Nombre de jours depuis l'entrée dans le service : .....

Question 5. Performance status : .....

- OMS 0 : Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction
- OMS 1 : Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail
- OMS 2 : Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité moins de 50 % de son temps
- OMS 3 : Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou en chaise plus de 50 % du temps
- OMS 4 : Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence

Question 6.

ADL (le jour de l'enquête) :...../6

Activité	Description	Score
<b>Hygiène corporelle</b>	Autonome	1
	Aide partielle pour une partie du corps	0,5
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0
<b>Habillage</b>	Autonome pour le choix et l'habillage	1
	S'habille mais besoin d'aide pour se chausser	0,5
	Besoin d'aide pour choisir ses vêtements, pour s'habiller ou reste partiellement ou complètement déshabillé	0
<b>Aller aux toilettes</b>	Autonome	1
	Doit être accompagné, besoin d'aide	0,5
	Ne va pas aux wc, n'utilise pas le bassin, l'urinoir	0
<b>Locomotion</b>	Autonome	1
	Besoin d'aide	0,5
	Grabataire	0
<b>Continence</b>	Continent	1
	Incontinence occasionnelle	0,5
	Incontinence permanente	0
<b>Repas</b>	Autonome	1
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
	Aide complète ou alimentation artificielle	0
<b>TOTAL</b>		

Question 7 : Démence connue : OUI  NON

Question 8 : MMS (de moins de 3 mois) : .....  
 Si pas de MMS disponible, refaire un MMS :.....  
 Si MMS non réalisé : refus du patient  ou non réalisable

Question 9 : Mini-GDS /4

1. Vous sentez-vous découragé et triste ?	<b>Oui*</b>	<b>Non</b>
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	<b>Oui*</b>	<b>Non</b>
3. Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	<b>Oui</b>	<b>Non*</b>
4. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ? Vous ennuyez-vous souvent ?	<b>Oui*</b>	<b>Non</b>
Compter 1 point par * <b>Score</b> :		<b>/4</b>

Si mini-GDS non réalisable : refus du patient  ou non réalisable

Question 10 : Albuminémie (dernière mesurée) : .....g/l  
 Poids : .....kg  
 Perte de poids  > 2 % en une semaine  > 5 % en un mois  
 > 10 % en six mois  Ne sait pas  
 Pas de perte de poids  
 Taille : .....cm ou distance talon/genou : .....cm

Question 11 : Escarre(s) ≥ au stade III : OUI  NON

Question 12 : Créatininémie : .....  mg/l  
 mmol/l

Question 13 : Echelle de comorbidité de Charlson

Indice de Charlson		
<b>Insuffisance cardiaque congestive, infarctus du myocarde</b>	<input type="checkbox"/>	1 point
<b>Artériopathie oblitérante des membres inférieurs</b>	<input type="checkbox"/>	1 point
<b>Accident vasculaire cérébral</b>	<input type="checkbox"/>	1 point
<b>Démence</b>	<input type="checkbox"/>	1 point
<b>Maladie pulmonaire chronique</b>	<input type="checkbox"/>	1 point
<b>Connectivite</b>	<input type="checkbox"/>	1 point
<b>Ulcère gastroduodéal</b>	<input type="checkbox"/>	1 point
<b>Hépatopathie légère</b>	<input type="checkbox"/>	1 point
<b>Diabète</b>	<input type="checkbox"/>	1 point
<b>Hémiplégie</b>	<input type="checkbox"/>	2 points
<b>Insuffisance rénale modérée à terminale (clairance &lt; 30 ml/min)</b>	<input type="checkbox"/>	2 points
<b>Diabète compliqué</b>	<input type="checkbox"/>	2 points
<b>Leucémie</b>	<input type="checkbox"/>	2 points
<b>Lymphome</b>	<input type="checkbox"/>	2 points
<b>Cirrhose hépatique</b>	<input type="checkbox"/>	3 points
<b>Tumeur solide métastatique</b>	<input type="checkbox"/>	6 points
<b>VIH (avec ou sans SIDA)</b>	<input type="checkbox"/>	6 points
<b>Score de Charlson</b>	—	

Question 14 : Antécédent de cancer traité et guéri : OUI  NON

Question 15 : Nombre de médicaments (molécules) différents pris /j : .....

Question 16 : Le cancer

**Facteurs de risques de cancer :**

Tabac : actif et poursuivi  ; actif mais arrêté  ; passif  ni actif ni passif

Alcool (> 2 verres/j chez la femme ou > 3 verres/ chez l'homme) : OUI  NON

**Localisation du ou des cancer(s) :** \_\_\_\_\_

- Colorectal
- pancréas
- sein
- Mélanome
- Gynécologique (utérus, ovaire)
- Lymphome
- Inconnu
- Autre : .....
- estomac
- foie/voies biliaires
- ORL
- Bronche/poumon
- prostate
- Urologique (rein, urètre, vessie)
- Carcinome spino ou basocellulaire
- Tumeurs neuroendocrines
- Hémopathie maligne :
- leucémie
- syndrome myélodysplasique
- myélome

**TNM** : T \_\_\_ (1, 2, 3 ou 4 ou x), N \_\_\_ (0, 1, 2 ou 3 ou x), M \_\_\_ (0, 1 ou x) (x = inconnu)

Si cancer de prostate : score de Gleason \_\_\_ + \_\_\_ (de 1 à 5) PSA : \_\_\_\_\_ ng/l

Si cancer du sein : grade SBR \_\_\_ (I, II ou III) Her2 +  Her2 -

Récepteurs hormonaux : RE +  RE -  RP +  RP -

Si autre classification, précisez : .....

**Localisation métastatique** (choix multiple) : OUI  NON

- ganglionnaires
- pulmonaires
- osseuses
- rénales
- digestives autres
- hépatiques
- péritonéales
- cérébrales
- cutanées
- pleurale
- autre : .....

**Diagnostic de cancer retenu sur :**

Des critères cliniques : OUI  NON

Des examens d'imagerie : OUI  NON

Une documentation anatomopathologique : OUI  NON

Des données biologiques (marqueurs tumoraux) : OUI  NON

Si diagnostic de cancer encore non confirmé (bilan en cours), cochez

Le diagnostic a été posé lors de l'hospitalisation : OUI  NON

Question 17 : Situation sociale

Le patient vit à son domicile particulier : OUI  NON

Le patient vit seul : OUI  NON

Le patient vit en couple: OUI  NON

Le patient vit avec un autre membre de sa famille : OUI  NON

Il a un aidant naturel : OUI  NON

Si oui, quel est le principal aidant :.....

Le patient vit en institution gériatrique: OUI  NON

Si oui, quelle en est la nature :  foyer logement  EHPAD  USLD

Question 18 :

Existe-t-il des directives anticipées : OUI  NON

Une personne de confiance est-elle désignée : OUI  NON

Question 19 : Le patient a-t-il été informé de son diagnostic : OUI  NON

*(la question doit être posée à une IDE ou à un médecin)*

## Annexe 2 : Evaluation à M6 (18/06/2013)

### FICHE PATIENT (six mois après l'enquête un jour donné) PRISE EN CHARGE LORS DES SIX DERNIERS MOIS

Date de l'enquête :.....

Nom de l'établissement :.....

Code patient								
3 premières lettres du nom :			3 premières lettres du prénom :			Date de naissance		

Question 20 : Le diagnostic de cancer était initialement  retenu (confirmé ou probable)

incertain (ex. : bilan d'AEG)

Question 21 : si le diagnostic initial de cancer était incertain, a-t-il été finalement retenu à 6 mois ?

OUI  NON

Si oui, sur quels arguments :

Des critères cliniques : OUI  NON

Des examens d'imagerie : OUI  NON

Une documentation anatomopathologique : OUI  NON

Des données biologiques (marqueurs tumoraux) : OUI  NON

Question 22 : Y a-t-il eu un avis d'un oncologue: OUI  NON

Question 23 : Y a-t-il eu un avis d'un spécialiste d'organe: OUI  NON

Question 24 : Le dossier a-t-il été discuté :

en RCP : OUI  NON

en RCP en présence d'un gériatre: OUI  NON

Stratégie thérapeutique retenue (plusieurs réponses possibles) :

Question 25 :



- chirurgie
- radiothérapie
- traitement médical :
  - chimiothérapie
  - hormonothérapie
  - thérapie ciblée
  - radio-chimiothérapie
  - autre, précisez : .....
- Pas d'intervention thérapeutique à visée carcinologique  
(Soins de support ou soins palliatifs exclusivement)
- aucune décision prise (patient décédé avant)
- non définie

Le traitement carcinologique avait-il un objectif : curatif  ou palliatif

Question 26 : S'il s'agissait d'un traitement curatif, a-t-il été interrompu prématurément :

- oui
- non

Question 27 : S'il s'agissait d'un traitement palliatif, était-ce ?

- à la demande du patient (qui refusait un traitement actif)
- car le stade carcinologique était trop avancé
- car l'état physique du patient ne permettait pas un traitement curatif

Question 28 : quelle que soit la prise en charge retenue (curative ou palliative), un traitement symptomatique a-t-il été proposé (soins de support) ?

- oui
- non

Si oui, dire en quoi il consiste (douleur, nutrition...) :

.....

.....

.....

.....

Question 29 : Qui a assuré le suivi (plusieurs réponses possibles) :

- médecin traitant
- gériatre
- oncologue
- spécialiste d'organe

Question 30 : Devenir du patient à 6 mois (plusieurs réponses possibles) :

**Lieu de vie à 6 mois :**

- Toujours hospitalisé
- Retour dans le lieu de vie habituel
- Entrée en établissement d'hébergement
- Perdu de vue

**Evolution de la maladie :**

- Vivant, en rémission
- Vivant, cancer évolutif
- Décès
- Evolution du cancer inconnue

### **Annexe 3 : Services et investigateurs participants.**

#### **Centres investigateurs :**

CH Béthune, CH Denain, CH Dunkerque, CH Hazebrouck, CH Lens, CH Saint-Omer, CH Valenciennes, CHRU Lille, Clinique Anne d'Artois – Béthune, Hôpital Saint Vincent (GHICL), Hôpital Saint Philibert (GHICL), La Manaie – Auchel, Polyclinique de Grande-Synthe, Polyclinique de Riaumont

#### **Investigateurs :**

Dr Samiha Bouzaiani, Dr Marie-Guy Depuydt, Dr Emile Dervite, Dr Pascal D'Hulster, Dr Anne-Marie Durocher, Dr Cédric Gaxatte, Dr Emmanuelle loos, Dr Jean Mely, Dr Ana Sanda Pancea, Dr Jean Roche, Dr Bénédicte Simovic

**AUTEUR :**                    **Nom :** GRIMBERT                    **Prénom :** Adeline

**Date de soutenance :** Jeudi 5 juin 2014.

**Titre de la thèse :** Place du cancer dans les services de médecine et soins de suite gériatriques : enquête un jour donné, 5 ans après.

**Thèse- Médecine- Lille 2014**

**Cadre de classement :** DES de Médecine Générale, DESC de Gériatrie

**Mots-clés :** Sujet âgé, Cancer, Hospitalisation, Oncogériatrie

**Résumé :**

**Contexte :** Environ un tiers des pathologies cancéreuses sont diagnostiquées chez des personnes âgées. Les objectifs de l'étude étaient de mesurer ce que représente la place du cancer dans les services de médecine et de soins de suite et réadaptation gériatriques de la région Nord-Pas-de-Calais, et de préciser les modalités de prise en charge de ces patients.

**Méthode :** Etude prospective observationnelle, un jour donné avec suivi à 6 mois, réalisée dans 12 services de gériatrie ou médecine polyvalente et 8 de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) de la région Nord-Pas-de-Calais. Tous les patients de plus de 65 ans hospitalisés pour une pathologie cancéreuse, connue ou non, ont été inclus.

**Résultats :** 63 patients, d'âge moyen 81,2 +/- 7,6 ans, étaient hospitalisés pour une pathologie cancéreuse, représentant 9% des patients hospitalisés. Le cancer était à un stade métastatique dans un cas sur deux. Ces patients présentaient de nombreux syndromes gériatriques (dénutrition sévère - 50%, un déclin cognitif - 57%, une perte d'autonomie – ADL moyenne 3,2 ± 2, une poly médication – nombre moyen de médicaments 8,1+/-3,4), de nombreuses comorbidités (Charlson moyen à 5,5 ± 2,7). Dans la moitié des cas le diagnostic de cancer a été posé au cours de l'hospitalisation en gériatrie.

A 6 mois, 38 patients étaient décédés. Pour les 55 patients pour lesquels le suivi à 6 mois était possible, 63% relevaient d'une prise en charge palliative. 54% des patients ont bénéficié d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, contre 37% en 2007. Près d'un patient sur deux avait désigné une personne de confiance, mais seul un patient avait rédigé des directives anticipées.

**Conclusion :** Cette étude démontre que le cancer représente une part importante de l'activité hospitalière dans les services de médecine et SSR gériatriques de la région Nord-Pas-de-Calais, et que cette part reste stable au cours du temps aux alentours de 10%. Les patients pris en charge dans ces services présentent volontiers un cancer à un stade avancé, un état général altéré et une perte d'autonomie. Dans ce contexte, la prise en charge est plus souvent palliative, faisant intervenir des soins de support. Il est nécessaire de poursuivre le rapprochement et de renforcer la collaboration entre les équipes de gériatrie et d'oncologie afin de proposer les meilleurs soins aux patients âgés hospitalisés.

**Composition du Jury :**

**Président de thèse :** Monsieur le Professeur Jacques BONNETERRE

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur François PUISIEUX, Monsieur le Professeur Guillaume PIESSEN, Madame le Docteur Véronique SERVENT.

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Cédric GAXATTE.

