



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement  
le 15 septembre 2021 à Poitiers  
par **Monsieur Yvan MORENO**  
né le 24 avril 1989

**Hospitalisation non programmée de patients âgés atteints de cancer sur des  
lits dédiés en médecine gériatrique :  
Etat des lieux médical et paramédical sur 12 mois**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

**Membres** :

Madame la Professeure Virginie MIGEOT  
Madame le Docteur Evelyne LIUU  
Monsieur le Docteur Florent SEITE  
Monsieur le Docteur Patrick BOUCHAERT

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Simon VALERO

## **LISTE DES ENSEIGNANTS**



## REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Marc Paccalin**, président du jury,

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse et de m'accueillir au sein de cette famille qu'est la gériatrie. Veuillez recevoir toute ma gratitude et ma sincère considération.

**A Madame la Professeure Virginie Migeot**,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'avoir pris le temps d'évaluer mon travail. Vous avez toute ma reconnaissance.

**A Madame le Docteur Evelyne Liuu**,

Merci pour ton aide précieuse et ton accompagnement pour ce projet de thèse. Sans toi les statistiques ne seraient restées qu'à l'état de chiffres incompréhensibles.

**A Monsieur le Docteur Florent Seite**,

Merci pour ta disponibilité à faire partie de ce jury. Merci pour ta gentillesse, ta bienveillance et ta confiance qui ont conforté mon choix pour la gériatrie.

**A Monsieur le Docteur Patrick Bouchaert**,

Je vous remercie d'avoir accepté de prendre part à mon jury et de juger cette thèse. Merci d'apporter votre expertise oncologique à ce travail.

**A Monsieur le Docteur Simon Valero**, mon directeur de thèse,

Merci de m'avoir fait confiance pour mener ce projet de thèse. Tu as ma profonde reconnaissance pour ton aide si précieuse et le temps que tu m'as accordé. Merci également de m'avoir transmis ton enthousiasme et ta passion pour la gériatrie.

**Aux Lyonnais**, Mathilde, Lucile, Marion, Sandra, Guillaume, Romain, Amin, Tomas, Momo et Pepouse. Merci pour ces années d'externat, ces super soirées et ces lendemains de soirée plus compliqués.

**Aux Poitevins**, Maxime, Pierre, Fanny, Chloé, Manu, Thomas, Jérémy, Hélène, Morgane, Romain, Virgile, Imanol, Mallaury, Jean Philippe, Maud, Arthur, Benjamin, Gwendolen. Vous avez été les meilleurs amis/co-internes/chefs que l'on puisse rêver pour son internat.

**A la bande à petit bonhomme**. A Olivier, le rêveur, à Julie la globbetteuse, à Elise le petit caillou, à Laetitia et sa saxo tunée, à Johny le Jukebox, à Claire l'écolo, à Julien l'international, à Matthieu les gros mollets, à Ludivine et ses expressions franchouillardes, à Clémentine la danseuse, à Victor le spirituel, à Pascal le musclé, à Emeline la couturière, à Anaïs la judoka, à Camille la parisienne, à Mathilde la baronne, à Marion la reine du déchocage. Vous êtes là depuis toujours, merci m'avoir soutenu durant toutes ces années.

**A mes parents**, qui m'ont toujours encouragé pour la poursuite de mes études. Merci pour votre amour, votre soutien inconditionné, votre générosité et votre bienveillance. J'espère que vous trouverez dans ce travail l'aboutissement de vos efforts ainsi que ma plus profonde reconnaissance.

**A mes frères et sœurs**, Alexandre (le gnou), Christelle (la photographe) et Marie (le petit cochon). A tous nos moments passés ensemble. Merci pour votre soutien et votre affection.

**A Mathilde**, merci d'être présente à mes côtés et de m'avoir accompagné durant toutes ces années. Merci pour ton amour, ta patience et ton calme.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	8
I) Vieillessement de la population .....	8
II) Cancer chez le sujet âgé .....	8
III) Notion d'oncogériatrie.....	9
IV) Problématique .....	10
OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES .....	12
I) Objectif principal.....	12
II) Objectifs secondaires .....	12
MATERIEL ET METHODE .....	13
I) Définition de la population cible .....	13
A) Critères d'inclusion .....	13
B) Critères d'exclusion .....	13
II) Le recueil de données .....	14
A) Réalisation du recueil .....	14
B) Contenu du recueil de données.....	14
C) Information au patient.....	16
III) Type d'étude, durée et taille de la population .....	16
IV) Déroulement du recueil .....	17
V) Respect des règles éthiques .....	17
VI) Méthode d'analyse des données.....	17
A) Statistiques descriptives .....	17
B) Analyses univariées.....	18

RESULTATS .....	19
I) Taille de l'échantillon .....	19
II) Analyse descriptive de la population .....	19
III) Analyses univariées.....	25
A) Caractéristiques de la population en fonction d'une prise en charge connue en oncologie ou non avant l'hospitalisation.....	25
B) Caractéristiques de la population en fonction du caractère métastatique ou non de la prise en charge .....	29
C) Caractéristiques de la population en fonction de la nécessité ou non d'un SSR à la suite de leur prise en charge en court séjour gériatrique .	33
DISCUSSION .....	38
I) Profil des patients hospitalisés sur des lits dédiés d'oncogériatrie .....	38
II) Charge en soins des patients hospitalisés sur des lits dédiés d'oncogériatrie .....	40
III) Intérêt d'un parcours de soin adapté .....	42
IV) Perspectives.....	44
V) Biais et limites de l'étude .....	45
A) Biais de recueil .....	45
1) Biais de mesure.....	45
2) Biais de classement .....	45
B) Biais de confusion .....	46
C) Biais de sélection.....	46
CONCLUSION.....	47
REFERENCES .....	49
ANNEXES .....	52
RESUME .....	55
SERMENT .....	56

# INTRODUCTION

## I) Vieillesse de la population

Selon Laura Carstensen (1), professeure de psychologie et directrice du Stanford Centre on Longevity, « le défi de notre époque est de construire un monde qui répond aux besoins des plus âgés comme des plus jeunes ».

La HAS définit le vieillissement comme « l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr » (2).

Selon l'INSEE, le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011, avec l'arrivée des générations d'après-guerre. En effet les « baby-boomers » nés en 1945 auront 85 ans en 2030. Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va ainsi enregistrer une croissance de près de 50% entre 2020 et 2030 en atteignant les 6 millions de personnes en France (3). Par ailleurs, les femmes continuent d'avoir une espérance de vie plus longue que celle des hommes. En 2020, l'espérance de vie des femmes à la naissance est de 85,1 ans (contre 79,1 ans pour les hommes). Elles étaient respectivement de 81,8 ans et 73,6 ans en 1994. Les femmes représentent ainsi près de 75% des plus de 85 ans (4).

## II) Cancer chez le sujet âgé

Les causes de mortalité dans le grand âge ont cependant évolué ces dernières années, notamment avec la maladie oncologique qui occupe une place de plus en plus prépondérante dans cette population (5). En France, près d'un tiers des cancers survient chez des personnes âgées de plus de 75 ans (6). Le risque de décès lié au cancer est alors plus élevé du fait de comorbidités et de syndromes gériatriques, mais également d'une prise en charge plus tardive et souvent moins adaptée (7).

En effet, selon Cudennec et al., la prise en charge des patients âgés ayant un cancer pose deux problèmes principaux, à savoir l'absence de règle de prise en charge, avec l'exclusion de cette population des essais et des recommandations, et l'absence de standard thérapeutique (8).

Chez l'homme, les cancers du poumon, de la prostate et du colon sont responsables de près de la moitié des décès par cancer chez les plus de 65 ans. Chez la femme, les cancers du sein, du colon et du poumon représentent plus de 40% des décès par cancer dans cette tranche d'âge (7).

La prise en charge des sujets âgés atteints de cancer est donc un véritable problème de santé publique et représente un enjeu majeur pour les années à venir.

### **III) Notion d'oncogériatrie**

L'oncogériatrie correspond au rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie. Elle est définie par l'Institut National du Cancer (INCa), comme une pratique visant à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un « traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multi professionnelle » (9)

En France, la lutte contre le cancer s'est structurée dès 2003 autour de plans nationaux appelés les « Plans cancer » sous l'impulsion de l'Etat et du Président de la République. Son objectif est de mobiliser les acteurs de santé publique autour de la prévention, du dépistage mais aussi de l'organisation des soins (8).

Au total, trois plans cancer se sont succédés depuis 2003, permettant la création au sein de l'institut national du cancer (INCA) d'une « mission oncogériatrie »

Lors du premier plan cancer de 2003, des Unités Pilotes de Coordination en OncoGériatrie (UPCOG) ont été créées afin de prendre en charge de manière optimale les patients âgés atteints de cancer (10).

Au total, ces unités pilotes ont permis en 2011 et 2012 la création de 19 Unités de Coordination en OncoGériatrie (UCOG), 5 unités inter-régionale (UCOGIR) et 4 antennes d'OncoGériatrie (AOG), chacune rattachée à une UCOGIR.

Les 4 missions définies pour ces unités sont :

- Adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologue-gériatre ;
- Promouvoir l'accessibilité des soins à tous ;
- Contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie ;
- Soutenir la formation et l'information en oncogériatrie.

#### **IV) Problématique**

Selon une étude de 2015 (11), il est important de décloisonner les modes de prise en charge dans le domaine de l'oncogériatrie. En effet, les professionnels de santé hospitaliers impliqués dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer souhaitent une optimisation du parcours de soin via notamment la coordination entre les filières gériatriques et oncologiques (12).

Plusieurs études, comme l'étude PREPARE notamment, cherchent à évaluer l'intérêt d'un suivi gériatrique systématique au cours de la prise en charge oncologique.

En effet l'oncogériatrie ne doit pas se cantonner à la seule évaluation pré-thérapeutique. Même si ce temps est fondamental pour dépister les fragilités gériatriques qui pourraient mettre en péril le bon déroulement du traitement ou empêcher un traitement si le patient est trop fragile, il est important de suivre les recommandations proposées, voire d'adapter les soins de support gériatriques en fonction de la tolérance du traitement et de l'évolution de la maladie.

Un suivi systématique gériatrique au cours de la prise en charge oncologique permet ainsi de mieux dépister les fragilités et d'optimiser le suivi au long cours de ces patients. Dépister pour mieux anticiper les événements intercurrents afin d'éviter au maximum les ruptures dans un parcours de soins déjà complexe est fondamental.

Les hospitalisations non programmées font partie de ces ruptures le plus souvent non attendues. Une étude rétrospective menée au CHU de Poitiers en 2018 a mis en évidence des profils très hétérogènes de patients âgés atteints de cancer hospitalisés en unité de court séjour gériatrique et en oncologie. Cependant les motifs d'hospitalisation étaient souvent identiques avec de vraies problématiques gériatriques en oncologie (13). Ce constat conforte l'importance d'orienter les patients vers l'unité de soins la plus appropriée à leur état de santé en cas d'hospitalisation non programmée.

Pour être optimale, la filière gériatrique devrait intégrer une filière de soins oncogériatriques, comprenant en plus des consultations d'évaluation et de suivi, des lits de court séjour et de soins de suite spécifiques pour ces patients âgés atteints de cancer avec des fragilités gériatriques.

Fort de ce constat, des lits dédiés d'oncogériatrie ont été ouverts le 1<sup>er</sup> avril 2019 au sein d'une unité de court séjour gériatrique au CHU de Poitiers. Ils accueillent ainsi en hospitalisation non programmée des patients âgés, connus ou non de l'oncogériatrie, atteints d'un cancer traité ou non, présentant une pathologie aiguë et des critères de fragilité (dépendance, chute, troubles neuropsychologiques ...).

Le principal objectif de ces lits est d'optimiser la prise en charge de ces patients en apportant une vision globale et complémentaire, via une unité dédiée et une équipe médicale et paramédicale formée. Cette approche doit également favoriser les liens entre la ville et l'hôpital ainsi qu'avec les équipes médicales et chirurgicales de cancérologie.

A travers cette étude, nous avons étudié les caractéristiques cliniques, biologiques et les besoins médicaux et paramédicaux nécessaires à une unité d'oncogériatrie. Nous avons ainsi essayé d'appréhender la charge en soin que pouvait représenter ce type d'unité.

## **OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES**

### **I) Objectif principal**

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux médical et paramédical des patients âgés, atteints de cancer, admis en hospitalisation non programmée sur des lits dédiés d'oncogériatrie.

### **II) Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires de cette étude sont de comparer la charge en soin médical et paramédical en fonction :

- D'une prise en charge connue en oncologie ou non avant l'hospitalisation ;
- Du caractère métastatique ou non de la prise en charge ;
- De la nécessité ou non d'un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) à la suite de leur prise en charge en court séjour gériatrique.

## MATERIEL ET METHODE

### I) Définition de la population cible

#### A) Critères d'inclusion

- Patients âgés de 75 ans et plus ;
- Porteurs d'un cancer diagnostiqué, solide ou hématologique, métastatique ou non, en prise en charge curative ou palliative ;
- Hospitalisés en court séjour gériatrique, UF (Unité Fonctionnelle) 1051 de l'unité D du CHU de Poitiers ;
- Pour la prise en charge d'une problématique médicale aiguë ;
- Entre le 1<sup>er</sup> avril 2019 et le 31 mars 2020.

#### B) Critères d'exclusion

- Patients âgés de moins de 75 ans ;
- Patients porteurs d'un cancer en rémission complète ;
- Patients non porteurs d'un cancer ;
- Hospitalisés sur une autre UF de court séjour gériatrique ;
- Hospitalisés en dehors de la période concernée.

## II) Le recueil de données

### A) Réalisation du recueil

Le recueil de données s'est effectué en deux temps, sur deux fichiers Excel séparés.

Un premier fichier comprend pour chaque patient inclus :

- Le nom et prénom ;
- La date de naissance ;
- Un numéro d'anonymat ;
- La date d'hospitalisation.

Le deuxième fichier, distinct du premier, anonymisé, comprend :

- Le numéro d'anonymat ;
- Les données socio-démographiques ;
- Les données gériatriques ;
- Les données oncologiques ;
- Les données d'hospitalisation ;
- Les données post-hospitalisation.

### B) Contenu du recueil de données

L'objectif principal de cette étude était d'effectuer une analyse descriptive des patients âgés, atteints de cancer, hospitalisés pour problème aigu, sur des lits dédiés.

Ces données ont été classées en cinq catégories :

- ➔ Données socio-démographiques :
  - Age ;
  - Sexe ;
  - Lieu de vie (Domicile, Ehpad, Foyer logement, autre) ;
  - Mode de vie (en couple, seul, chez un proche).

→ Données gériatriques :

- Présence ou non d'un service d'aides à domicile ;
- Présence ou non d'un aidant naturel ;
- Dépendance avec le GIR (Groupe Iso-Ressources) ;
- Statut nutritionnel avec la valeur de l'albuminémie ;
- Présence ou non de comorbidités cardio-vasculaires ;
- Taux sérique de vitamine D ;
- Evaluation de la fonction rénale avec la clairance en Cockcroft ;
- Valeur de l'hémoglobine ;
- Polymédication (cardiovasculaire, antidiabétique, antalgique, anti-agrégant, inhibiteur de la pompe à protons, psychotropes) ;
- Statut CIRS-G qui permet d'apprécier le niveau de comorbidité des patients (Annexe 3).

→ Données oncologiques :

- Patient connu ou non de l'oncologie ;
- Patient connu ou non de l'oncogériatrie ;
- Type de cancer ;
- Présence ou non de métastases ;
- Prise en charge palliative ou non.

→ Données d'hospitalisation :

- Mode d'entrée en hospitalisation (direct, urgences, service de médecine, service de chirurgie, lits de régulation du Pôle Régional de Cancérologie (PRC) ;
- Diagnostic principal ;
- Diagnostic associé ;
- Prise en charge post-opératoire ;
- Traitements oncologiques pendant l'hospitalisation ;
- Intervention paramédicale (Kinésithérapeute, Diététicien, Ergothérapeute, Psychologue, Assistante sociale) ;
- Supplémentation martiale par Ferinject ;
- Transfusion ;
- Présence d'un pousse-seringue électrique ou d'une PCA ;

- Présence d'une voie veineuse périphérique ;
  - Présence d'une voie sous-cutanée ;
  - Administration d'un traitement antalgique de palier 3 ;
  - Nombre de jour d'hospitalisation ;
  - Mode de sortie d'hospitalisation.
- Données post-hospitalisation :
- Réhospitalisation en médecine ou en gériatrie dans les 6 mois ;
  - Date de la réhospitalisation ;
  - Date des dernières nouvelles ;
  - Statut aux dernières nouvelles (à un an de la fin de l'étude).

### C) Information au patient

Chaque patient hospitalisé au CHU de Poitiers reçoit un livret d'accueil qui l'informe de l'existence de missions de recherche qui sont susceptibles d'utiliser les données médicales collectées dans le cadre de leur prise en charge. Le patient peut refuser l'utilisation de ses données médicales en le signalant au médecin qui le prend en charge. Il y est précisé que cette décision ne changera en rien la qualité des soins qui lui sera apporté.

Au cours de cette période, aucun des patients hospitalisés n'a exprimé son refus à l'utilisation de ses données.

### III) Type d'étude, durée et taille de la population

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, observationnelle et descriptive. Elle a été réalisée sur une période d'un an, entre le 1<sup>er</sup> avril 2019 et le 31 mars 2020. Elle concerne uniquement les patients de 75 ans et plus, avec un diagnostic de cancer, hospitalisés au CHU de Poitiers, en unité de cours séjour gériatrique sur des lits dédiés d'oncogériatrie (UF 1051).

#### **IV) Déroulement du recueil**

La première étape a consisté, à partir des données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), à établir la liste des patients âgés de 75 ans et plus, hospitalisés sur l'UF 1051 durant la période concernée.

Le recueil de données s'est déroulé sur 3 mois, de novembre 2020 à janvier 2021.

Les informations ont été recueillies et complétées grâce au dossier informatisé du CHU sur les logiciels TELEMAQUE, CYBERLAB et HOPITAL MANAGER.

#### **V) Respect des règles éthiques**

Le chapitre X de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a été abrogé en 2016. Il donne un cadre légal quant au traitement des données de santé à caractère personnel à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention.

Il est ainsi possible de recueillir des données personnelles, à partir d'un dossier médical, à des fins d'évaluation des pratiques de soin et de prévention.

#### **VI) Méthode d'analyse des données**

Les analyses statistiques ont été réalisées via le logiciel STAT View.

##### **A) Statistiques descriptives**

Pour chaque donnée, nous avons extrait le nombre de patients concernés en valeur absolue et le pourcentage représenté sur l'échantillon total.

En ce qui concerne les valeurs continues, comme l'âge par exemple, nous avons regroupé les données par paliers homogènes puis défini le nombre d'individus concernés dans chaque palier.

## B) Analyses univariées

Les variables nominales ont été étudiées à l'aide du test du Chi-deux afin d'exprimer les résultats sous forme d'effectif (n) et de pourcentage (%). A noter l'utilisation d'un test de Fisher pour les effectifs <5.

En ce qui concerne les variables continues, nous avons utilisé la méthode ANOVA pour extraire une moyenne et son écart type.

Pour chacune des deux méthodes d'analyse, le risque de première espèce a été fixé à 0,05.

## RESULTATS

### I) Taille de l'échantillon

Cent quatre-vingt-quinze patients répondant aux critères d'inclusion ont été inclus sur la période du 01/04/2019 au 31/03/2020 à partir des données du PMSI de l'UF 1051. Au total, 219 hospitalisations ont été analysées.

### II) Analyse descriptive de la population (Tableau 1)

Au niveau socio-démographique, la moyenne d'âge des patients hospitalisés dans les lits d'oncogériatrie était de 86,2 ans. Il s'agissait majoritairement de femmes (52%). Quarante-deux pourcents étaient seuls. Une grande majorité des patients (82%) vivaient à domicile.

Concernant les données gériatriques, la population était dépendante avec un GIR moyen à 3,4 (plus des 2/3 des patients avaient un  $GIR \leq 4$  et avaient un aidant naturel ou professionnel à domicile). Il s'agissait d'une population co-morbide (plus des  $\frac{3}{4}$  avaient un CIRS-G  $>$  à 6, essentiellement cardio-vasculaire pour 87%) et polymédiquée (69% prenaient plus de 5 médicaments). Les types de traitement les plus fréquents étaient respectivement cardiovasculaires pour 83%, anti-douleurs pour 71% et psychotropes pour 51%. Près des 2/3 avaient une insuffisance rénale modérée à sévère. Une anémie était retrouvée dans 86% des cas. Plus des 2/3 étaient dénutris. Près des  $\frac{3}{4}$  des patients présentaient une carence en vitamine D avec des seuils sériques inférieurs à 30 ng/ml.

Pour ce qui est des données oncologiques, une grande majorité des patients était connue des services d'oncologie (82%), 1/3 de l'oncogériatrie. Les localisations des cancers étaient variables avec notamment 15% de cancer colorectaux, 14% de cancer de prostate, 13% de cancer pulmonaire et 11% de cancer mammaire. Ils étaient plus de la moitié à présenter un cancer métastatique et près des 2/3 à être considérés comme palliatifs pour leur prise en charge.

Les chiffres concernant les données d'hospitalisation montraient que la moitié des patients était hospitalisée via le service des urgences. Un tiers était hospitalisé directement de leur domicile et seulement 16% étaient transférés d'un service de médecine.

Les diagnostics principaux étaient une altération de l'état général pour 1/3 des patients, suivi des problèmes oncologiques spécifiques et des troubles respiratoires, chacun à 11%. Seul 12 patients (6%) étaient dans un programme de soins péri-opératoires.

Au cours de l'hospitalisation en court séjour, 2/3 des patients hospitalisés avaient eu recours au kinésithérapeute. Ils étaient plus de la moitié à bénéficier d'une prise en charge diététique et près d'un tiers à être évalué par la psychologue du service. Seuls 16% avaient eu une évaluation sociale.

Peu de patients (13%) avaient poursuivi leur traitement oncologique spécifique pendant leur temps d'hospitalisation. Les  $\frac{3}{4}$  avaient nécessité une voie veineuse périphérique et plus de la moitié une voie sous-cutanée. Un traitement antalgique de palier 3 était nécessaire pour 52% des patients.

Un transfert en SSR était organisé pour plus de la moitié des patients. Près d'un quart des patients hospitalisés était retourné à domicile. Seuls 12% étaient décédés pendant leur hospitalisation en court séjour.

Concernant les données post hospitalisation, la moitié était réhospitalisée à 6 mois (35% en gériatrie). Aux dernières nouvelles, 72% des patients étaient décédés.

*Tableau 1 : Caractéristiques de la population hospitalisée en oncogériatrie*

Données	n (%)
<b>Données socio-démographiques</b>	
Age moyen (en année)	82,6 +/- 5,5
Age	
< 82 ans	49 (23%)
82-87 ans	73 (33%)
> 87 ans	97 (44%)
Sexe	
Homme	106 (48%)
Femme	113 (52%)
Lieu de vie	
Domicile	179 (82%)
EHPAD	28 (13%)
Foyer logement	10 (4%)
Résidence sénior	2 (1%)
Mode de vie	
Couple/Enfants	126 (58%)
Seul	93 (42%)
<b>Données gériatriques</b>	
Aides à domicile	
Aidant naturel	133 (61%)
Aidant professionnel	134 (61%)
GIR moyen	3,4 +/- 1,5
GIR	
1	19 (9%)
2	48 (22%)
3	40 (18%)
4	51 (23%)
5	26 (12%)
6	23 (11%)

Taux Albuminémie moyen (g/l)	33,3 +/- 5,2
Taux Albuminémie (g/l)	
< 30	45 (20%)
30 à 35	88 (40%)
> 35	56 (26%)
Taux Vitamine D moyen (ng/ml)	24,1 +/- 12,2
Taux Vitamine D (ng/ml)	
< 20	74 (34%)
20 à 30	54 (25%)
>30	41 (19%)
Comorbidités cardiovasculaires	
Présence de comorbidité CV	190 (87%)
CIRS-G moyen	8,7 +/- 2,7
CIRS-G	
1 à 6	47 (22%)
6 à 10	115 (54%)
10 à 16	57 (26%)
Clairance moyenne créatinine (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	57,5 +/- 21,6
Clairance créatinine (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	
< 35	41 (19%)
35 à 65	89 (41%)
> 65	85 (39%)
Taux Hémoglobine moyen (g/dl)	11 +/- 1,9
Taux Hémoglobine (g/dl)	
< 10	90 (41%)
10 à 13	99 (45%)
> 13	30 (14%)
Polymédication	
> 5 médicaments	151 (69%)

<b>Types de traitement</b>	
Cardiovasculaires	182 (83%)
Antidiabétiques	24 (11%)
Insuline	20 (9%)
Antalgiques	156 (71%)
Anti-agrégant plaquettaire	75 (34%)
IPP	97 (44%)
Psychotropes	111 (51%)
<b>Données oncologiques</b>	
Connu de l'oncologie	179 (82%)
Connu de l'oncogériatrie	73 (33%)
Type de cancer	
Vessie	15 (7%)
Hématologique	19 (9%)
Gynécologique (ovaire, utérus)	11 (5%)
Pulmonaire	28 (13%)
ORL	8 (4%)
Digestif (colon, rectum)	32 (15%)
Prostate	30 (14%)
Sein	21 (11%)
Pancréas	12 (6%)
Autres	43 (18%)
Métastases	113 (52%)
Palliatif	147 (67%)

<b>Données d'hospitalisation</b>	
<b>Mode d'entrée en hospitalisation</b>	
Direct	61 (28%)
Urgences	111 (51%)
Service Médecine	34 (16%)
Service Chirurgie	10 (5%)
Lits Régul PRC	3 (1%)
<b>Diagnostic principal</b>	
Altération de l'état général	60 (27%)
Douleur	19 (9%)
Chute	15 (7%)
Infectieux	22 (10%)
Problème oncologique spécifique	25 (11%)
Problème de maintien à domicile	2 (1%)
Digestif	14 (7%)
Respiratoire	11 (5%)
Confusion	11 (5%)
Anémie	16 (7%)
Autres	24 (11%)
<b>Prise en charge post-opératoire</b>	
Traitement oncologique pendant l'hospitalisation	28 (13%)
<b>Intervention paramédicale</b>	
Kinésithérapeute	148 (68%)
Ergothérapeute	37 (17%)
Diététicienne	123 (56%)
Psychologue	71 (32%)
Assistante sociale	34 (16%)
<b>Ferinject</b>	
Transfusion	24 (11%)
<b>PCA/PSE</b>	
Sous-cutanée	120 (55%)
VVP	165 (75%)
<b>Traitement antalgique palier 3</b>	
	114 (52%)

Mode de sortie d'hospitalisation	
Décès	27 (12%)
SSR	117 (53%)
Domicile	50 (23%)
EHPAD	16 (7%)
Autres	9 (4%)
Données Post hospitalisation	
Réhospitalisation à 6 mois	112 (51%)
Réhospitalisation Gériatrie	75 (35%)
Dernières nouvelles	
Décédé	158 (72%)
Vivant	46 (21%)
Perdu de vue	15 (7%)

### III) Analyses univariées

#### A) Caractéristiques de la population en fonction d'une prise en charge connue en oncologie ou non avant l'hospitalisation (tableau 2)

En ce qui concerne les données socio-démographiques, les patients non connus de l'oncologie étaient significativement plus âgés ( $p < 0,0001$ ) et le plus souvent seuls ( $p < 0,001$ ), comparativement à la population connue de l'oncologie.

Les patients non connus de l'oncologie présentaient plus de comorbidités cardiovasculaires ( $p = 0,027$ ) et bénéficiaient plus d'un traitement cardiovasculaire ( $p = 0,026$ ).

Les patients connus de l'oncologie bénéficiaient plus souvent d'un aidant naturel ( $p < 0,001$ ). Ils étaient significativement plus connus de l'oncogériatrie ( $p = 0,0005$ ), plus métastatiques ( $p = 0,0002$ ) et par conséquent d'avantage en prise en charge palliative ( $p = 0,029$ ).

On ne retrouvait aucune différence significative concernant les besoins paramédicaux (kinésithérapeute, diététicienne, psychologue et assistante sociale) et médicaux (antalgique de palier 3, transfusion, ferinject).

Concernant le devenir de ces patients, on ne relevait aucune différence sur leur mode de sortie d'hospitalisation. Ils étaient en effet majoritairement orientés vers des SSR pour chacun des deux groupes.

*Tableau 2.: Caractéristiques de la population en fonction d'une prise en charge connue en oncologie ou non avant l'hospitalisation*

<b>Données</b>	Connu oncologie n total = 179 n (%)	Non connu oncologie n total = 40 n (%)	p
<b>Données socio-démographiques</b>			
Age moyen (en année)	85,5 +/- 0,4	89,7 +/- 0,7	< <b>0,0001</b>
Sexe			<b>0,026</b>
Femme	86 (48%)	27 (67,5%)	
Lieu de vie			0,435
Domicile	149 (83%)	30 (75%)	
EHPAD	22 (12%)	6 (15%)	
Foyer logement	7 (4%)	3 (8%)	
Résidence sénior	1 (1%)	1(3%)	
Vie seul	64 (36%)	29 (73%)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Données gériatriques</b>			
Aidant naturel	120 (67%)	13 (33%)	<b>&lt;0,001</b>
Aidant professionnel	108 (60%)	26 (65%)	0,584
GIR moyen	3,4 +/- 0,1	3,4 +/- 0,2	0,981
Taux Albuminémie moyen (g/l)	33,2 +/- 0,4	33,4 +/- 0,9	0,847
Taux Vitamine D moyen (ng/ml)	23,5 +/- 1	26,4 +/-2,5	0,218
Comorbidités cardiovasculaires	151 (84%)	39 (98%)	<b>0,027</b>
CIRS-G moyen	8,9 +/- 0,2	8 +/- 0,4	0,054

Clairance moyenne (ml/min/1.73 <sup>2</sup> )	58,2 +/- 1,7	54,4 +/-3,1	0,317
Taux Hémoglobine moyen (g/dl)	11 +/- 0,1	11,1 +/- 0,3	0,785
Nombre de médicaments moyen	7,3 +/-0,2	7,1 +/-0,5	0,755
Types de traitement			
Cardiovasculaires	144 (80%)	38 (95%)	<b>0,026</b>
Antidiabétiques	19 (11%)	5 (13%)	0,73
Insuline	15 (8%)	5 (13%)	0,414
Antalgiques	126 (70%)	30 (75%)	0,56
Anti-agrégant plaquettaire	64 (36%)	11 (28%)	0,32
IPP	84 (47%)	13 (33%)	0,097
Psychotropes	87 (49%)	24 (60%)	0,192
<b>Données oncologiques</b>			
Type de cancer			0,075
Vessie	13 (7%)	2 (5%)	
Hématologique	14 (8%)	5 (13%)	
Gynécologique (ovaire, utérus)	9 (5%)	2 (5%)	
Pulmonaire	22 (12%)	6 (15%)	
ORL	4 (2%)	1 (3%)	
Digestif (colon, rectum)	28 (16%)	4 (10%)	
Prostate	28 (16%)	2 (5%)	
Sein	18 (10%)	3 (8%)	
Pancréas	9 (5%)	3 (8%)	
Connu oncogériatrie	69 (39%)	4 (10%)	<b>0,0005</b>
Métastases	103 (58%)	10 (25%)	<b>0,0002</b>
Palliatif	126 (70%)	21 (53%)	<b>0,029</b>

<b>Données d'hospitalisation</b>			
Mode d'entrée en hospitalisation			0,163
Direct	53 (30%)	8 (20%)	
Urgences	84 (47%)	27 (68%)	
Service Médecine	31 (17%)	3 (8%)	
Service Chirurgie	8 (5%)	2 (5%)	
Lits Régul PRC	3 (2%)	0 (0%)	
Diagnostic principal			0,671
Altération de l'état général	51 (29%)	9 (23%)	
Douleur	14 (8%)	5 (13%)	
Chute	11 (6%)	4 (10%)	
Infectieux	15 (8%)	7 (18%)	
Problème oncologique spécifique	24 (13%)	1 (3%)	
Problème de maintien à domicile	2 (1%)	0 (0%)	
Digestif	12 (7%)	2 (5%)	
Respiratoire	9 (5%)	2 (5%)	
Confusion	9 (5%)	2 (5%)	
Anémie	13 (7%)	3 (8%)	
Prise en charge post-opératoire	10 (6%)	2 (5%)	0,882
Traitement oncologique pendant l'hospitalisation	25 (14%)	3 (8%)	0,268
Intervention paramédicale			
Kinésithérapeute	120 (67%)	28 (70%)	0,718
Ergothérapeute	29 (16%)	8 (20%)	0,562
Diététicienne	100 (56%)	23 (58%)	0,85
Psychologue	58 (32%)	13 (33%)	0,99
Assistante sociale	26 (15%)	8 (20%)	0,387
Ferinject	23 (13%)	7 (18%)	0,456
Transfusion	21 (12%)	3 (8%)	0,427
PCA/PSE	55 (31%)	7 (18%)	0,093

Sous-cutanée	101 (56%)	19 (48%)	0,305
VVP	137 (77%)	28 (70%)	0,386
Antalgique de palier 3	98 (55%)	16 (40%)	0,914
Mode de sortie d'hospitalisation			0,788
Décès	23 (13%)	4 (10%)	
SSR	93 (52%)	24 (60%)	
Domicile	40 (22%)	10 (25%)	
EHPAD	15 (8%)	1 (3%)	
<b>Données Post hospitalisation</b>			
Réhospitalisation	92 (51%)	20 (50%)	0,873
Réhospitalisation Gériatrie	59 (34%)	16 (41%)	0,4
Dernières nouvelles			0,166
Décédé	134 (75%)	24 (60%)	
Vivant	34 (19%)	12 (30%)	
Perdu de vue	11 (6%)	4 (10%)	

B) Caractéristiques de la population en fonction du caractère métastatique ou non de la prise en charge (tableau 3)

Comparativement, il existait une différence significative entre les patients métastatiques et non métastatiques concernant les aides à domicile. Un aidant naturel était plus souvent présent auprès des patients métastatiques ( $p=0,002$ ), contrairement aux patients non métastatiques qui bénéficiaient plus souvent d'une aide professionnelle à domicile ( $p=0,024$ ).

Significativement, le type de cancer était différent entre les deux populations ( $p<0,0001$ ). On retrouvait plus de patients métastatiques chez les patients porteurs d'un cancer prostatique, colo-rectal ou mammaire, contrairement aux patients porteurs d'un cancer de vessie ou gynécologique bas.

Les patients métastatiques étaient de façon significative plus connus de l'oncologie ( $p=0,0002$ ) et en prise en charge palliative ( $p<0,0001$ ). Ils bénéficiaient plus souvent de PCA ou PSE ( $p<0,0001$ ), ainsi que d'antalgiques de palier 3 ( $p=0,0001$ ). Le taux de décès était significativement plus important aux dernières nouvelles ( $p<0,0001$ ).

Les patients venant des services de chirurgie étaient significativement non métastatiques ( $p=0,028$ ) et bénéficiaient d'une prise en charge post-opératoire ( $p=0,021$ ).

La population métastatique était hospitalisée plus souvent pour altération de l'état général et douleur ( $p=0,021$ ).

Aucune différence significative n'était retrouvée quant aux variables socio-démographiques, au motif d'hospitalisation, aux intervenants paramédicaux pendant l'hospitalisation ou au mode de sortie.

*Tableau 3 : Caractéristiques de la population en fonction du caractère métastatique ou non de la prise en charge*

Données	Métastatique n total = 113 n (%)	Non Métastatique n total = 106 n (%)	p
<b>Données socio-démographiques</b>			
Age moyen (en année)	85,3 +/- 0,5	87,2 +/- 0,5	0,12
Sexe			0,533
Femme	56 (50%)	57 (54%)	
Lieu de vie			0,061
Domicile	99 (88%)	80 (76%)	
EHPAD	9 (8%)	19 (18%)	
Foyer logement	5 (4%)	5 (5%)	
Résidence sénior	0 (0%)	2 (2%)	
Vit seul	43 (38%)	50 (47%)	0,173

<b>Données gériatriques</b>			
Aidant naturel	80 (71%)	53 (51%)	<b>0,002</b>
Aidant professionnel	61 (54%)	73 (69%)	<b>0,024</b>
GIR moyen	3,5 +/- 0,1	3,3 +/- 0,2	0,296
Taux Albuminémie moyen (g/l)	32,9 +/- 0,5	33,7 +/- 0,6	0,271
Taux Vitamine D moyen (ng/ml)	22,9 +/- 1,2	25,3 +/- 1,4	0,196
Comorbidités cardiovasculaires	96 (85%)	94 (89%)	0,417
CIRS-G moyen	9,1 +/- 0,3	8,3 +/- 0,2	0,451
Clairance moyenne (ml/min/1.73 <sup>2</sup> )	58,1 +/- 2	58,8 +/- 2	0,653
Taux Hémoglobine moyen (g/dl)	11,1 +/- 0,2	10,9 +/- 0,2	0,538
Nombre de médicaments moyen	7,2 +/- 0,3	7,2 +/- 0,3	0,972
Types de traitement			
Cardiovasculaires	90 (80%)	92 (87%)	0,158
Antidiabétiques	11 (10%)	13 (12%)	0,549
Insuline	9 (8%)	11 (10%)	0,536
Antalgiques	84 (74%)	72 (68%)	0,295
Anti-agrégant plaquettaire	42 (37%)	33 (31%)	0,347
IPP	50 (44%)	47 (44%)	0,989
Psychotropes	55 (49%)	56 (53%)	0,539
<b>Données oncologiques</b>			
Type de cancer			<b>&lt;0,0001</b>
Vessie	6 (5%)	9 (9%)	
Hématologique	4 (4%)	15 (14%)	
Gynécologique (ovaire, utérus)	2 (2%)	9 (5%)	
Pulmonaire	23 (20%)	5 (5%)	
ORL	4 (4%)	1 (1%)	
Digestif (colon, rectum)	18 (16%)	14 (13%)	
Prostate	23 (20%)	7 (7%)	
Sein	13 (12%)	8 (10%)	
Pancréas	9 (8%)	3 (3%)	

Connu oncologie	103 (91%)	76 (72%)	<b>0,0002</b>
Connu oncogériatrie	43 (38%)	30 (28%)	0,126
Palliatif	113 (100%)	34 (32%)	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Données d'hospitalisation</b>			
Mode d'entrée en hospitalisation			<b>0,028</b>
Direct	30 (27%)	31 (29%)	
Urgences	57 (50%)	54 (51%)	
Service Médecine	23 (20%)	11 (10%)	
Service Chirurgie	1 (1%)	9 (9%)	
Lits Régul PRC	2 (2%)	1 (1%)	
Diagnostic principal			<b>0,021</b>
Altération de l'état général	42 (37%)	18 (17%)	
Douleur	13 (12%)	6 (6%)	
Chute	6 (5%)	9 (9%)	
Infectieux	8 (7%)	14 (13%)	
Problème oncologique spécifique	10 (9%)	15 (14%)	
Problème de maintien à domicile	0 (0%)	2 (2%)	
Digestif	7 (6%)	7 (7%)	
Respiratoire	8 (7%)	3 (3%)	
Confusion	5 (4%)	6 (6%)	
Anémie	5 (4%)	11 (10%)	
Prise en charge post-opératoire	1 (1%)	11 (10%)	<b>0,002</b>
Traitement oncologique pendant l'hospitalisation	19 (17%)	9 (9%)	0,065
Intervention paramédicale			
Kinésithérapeute	79 (70%)	69 (65%)	0,447
Ergothérapeute	16 (14%)	21 (20%)	0,265
Diététicienne	69 (61%)	54 (51%)	0,132
Psychologue	41 (36%)	30 (28%)	0,207
Assistante sociale	20 (18%)	14 (13%)	0,359

Ferinject	15 (14%)	15 (14%)	0,892
Transfusion	11 (10%)	13 (12%)	0,581
PCA/PSE	46 (41%)	16 (15%)	<b>&lt; 0,0001</b>
Sous-cutané	63 (56%)	57 (54%)	0,769
VVP	91 (81%)	74 (70%)	0,066
Antalgique palier 3	73 (65%)	41 (39%)	<b>0,0001</b>
Mode de sortie d'hospitalisation			0,09
Décès	18 (16%)	9 (9%)	
SSR	66 (58%)	51 (48%)	
Domicile	22 (20%)	28 (26%)	
EHPAD	4 (4%)	12 (11%)	
<b>Données Post hospitalisation</b>			
Réhospitalisation	53 (47%)	59 (56%)	0,195
Réhospitalisation Gériatrie	36 (34%)	39 (37%)	0,631
Dernières nouvelles			<b>&lt;0,0001</b>
Décédé	95 (84%)	63 (59%)	
Vivant	11 (10%)	35 (33%)	
Perdu de vue	7 (6%)	8 (8%)	

C) Caractéristiques de la population en fonction de la nécessité ou non d'un SSR à la suite de leur prise en charge en court séjour gériatrique (Tableau 4)

Concernant les données socio-démographiques, les patients nécessitant un SSR à la suite de leur hospitalisation vivaient significativement plus à domicile ( $p=0,007$ ). Ces patients étaient plus dépendants ( $p=0,019$ ), plus dénutris ( $p=0,025$ ), plus carencés en vitamine D ( $p=0,048$ ) et nécessitaient davantage de traitements antalgiques ( $p = 0,038$ ). De même, leur prise en charge était significativement plus palliative ( $p=0,05$ ) que les patients ne nécessitant pas de SSR.

On retrouvait une différence, bien que non significative concernant le diagnostic principal ( $p=0,051$ ), avec plus de venue à l'hôpital pour chute, problème de douleur ou de maintien à domicile.

Au niveau des besoins paramédicaux, de manière globale, les patients ayant poursuivi leur prise en charge en SSR avaient d'avantage eu recours au kinésithérapeute ( $p<0,0001$ ), à l'ergothérapeute ( $p=0,028$ ), à la diététicienne ( $p=0,0002$ ), à la psychologue ( $p=0,025$ ) ainsi qu'à l'assistante sociale ( $p=0,004$ ) pendant leur période en court séjour. De même, ces patients étaient significativement plus nombreux à recevoir des perfusions par voie sous-cutanée ( $p=0,023$ ).

Aucune différence significative n'était retrouvée pour les variables post-hospitalisation, tant sur le nombre de réhospitalisation que sur les décès.

*Tableau 4 : Caractéristiques de la population en fonction de la nécessité ou non d'un SSR à la suite de leur prise en charge en court séjour gériatrique*

Données	Nécessité d'un SSR n total = 117 n (%)	Court Séjour n total = 102 n (%)	p
<b>Données socio-démographiques</b>			
Age moyen (en année)	85,8 +/- 0,5	86,7 +/- 0,5	0,238
Sexe			0,185
Femme	56 (48%)	57 (56%)	
Lieu de vie			<b>0,007</b>
Domicile	106 (90%)	73 (72%)	
EHPAD	7 (6%)	21 (21%)	
Foyer logement	4 (3%)	6 (6%)	
Résidence sénior	1 (1%)	1 (1%)	
Vit seul	53 (45%)	40 (40%)	0,428

<b>Données gériatriques</b>			
Aidant naturel	72 (61%)	61 (61%)	0,998
Aidant professionnel	67 (57%)	67 (66%)	0,148
GIR moyen	3,2 +/- 0,1	3,7 +/- 0,2	<b>0,019</b>
Taux Albuminémie moyen (g/l)	32,5 +/- 0,5	34,3 +/- 0,6	<b>0,025</b>
Taux Vitamine D moyen (ng/ml)	22,6 +/- 1,2	26,4 +/- 1,4	<b>0,048</b>
Comorbidités cardiovasculaires	105 (89%)	85 (84%)	0,294
CIRS-G moyen	8,9 +/- 0,3	8,5 +/- 0,3	0,277
Clairance moyenne (ml/min/1.73 <sup>2</sup> )	57,7 +/- 2	57,3 +/- 2,2	0,902
Taux Hémoglobine moyen (g/dl)	11,1 +/- 0,2	10,9 +/- 0,2	0,426
Nombre de médicaments moyen	7,2 +/- 0,3	7,3 +/- 0,3	0,898
Types de traitement			
Cardiovasculaires	98 (83%)	84 (83%)	0,982
Antidiabétiques	16 (14%)	8 (8%)	0,183
Insuline	9 (8%)	11 (11%)	0,403
Antalgiques	91 (77%)	65 (64%)	<b>0,038</b>
Anti-agrégant plaquettaire	41 (35%)	34 (34%)	0,866
IPP	56 (48%)	41 (41%)	0,308
Psychotropes	54 (46%)	57 (56%)	0,115
<b>Données oncologiques</b>			
Type de cancer			0,473
Vessie	9 (8%)	6 (6%)	
Hématologique	8 (7%)	11 (11%)	
Gynécologique (ovaire, utérus)	6 (5%)	5 (5%)	
Pulmonaire	20 (17%)	8 (8%)	
ORL	3 (3%)	2 (2%)	
Digestif (colon, rectum)	14 (12%)	18 (18%)	
Prostate	21 (18%)	9 (9%)	
Sein	11 (9%)	10 (10%)	
Pancréas	5 (4%)	7 (7%)	
Connu oncologie	94 (80%)	85 (84%)	0,391

Connu oncogériatrie	43 (36%)	30 (30%)	0,292
Palliatif	86 (73%)	61 (60%)	<b>0,05</b>
<b>Données d'hospitalisation</b>			
Mode d'entrée en hospitalisation			0,726
Direct	30 (25%)	31 (31%)	
Urgences	60 (51%)	51 (51%)	
Service Médecine	21 (18%)	13 (13%)	
Service Chirurgie	6 (5%)	4 (4%)	
Lits Régul PRC	1 (1%)	2 (2%)	
Diagnostic principal			0,051
Altération de l'état général	37 (31%)	23 (23%)	
Douleur	12 (10%)	7 (7%)	
Chute	10 (9%)	5 (5%)	
Infectieux	12 (10%)	10 (10%)	
Problème oncologique spécifique	12 (10%)	13 (13%)	
Problème de maintien à domicile	2 (2%)	0 (0%)	
Digestif	4 (3%)	10 (10%)	
Respiratoire	4 (3%)	7 (7%)	
Confusion	7 (6%)	4 (4%)	
Anémie	3 (3%)	13 (13%)	
Prise en charge post-opératoire	6 (5%)	6 (6%)	0,782
Traitement oncologique pendant l'hospitalisation	17 (14%)	11 (11%)	0,437
Intervention paramédicale			
Kinésithérapeute	94 (80%)	54 (54%)	<b>&lt;0,0001</b>
Ergothérapeute	26 (22%)	11 (11%)	<b>0,028</b>
Diététicienne	80 (68%)	43 (43%)	<b>0,0002</b>
Psychologue	46 (39%)	25 (25%)	<b>0,025</b>
Assistante sociale	26 (22%)	8 (8%)	<b>0,004</b>

Ferinject	17 (15%)	13 (13%)	0,745
Transfusion	11 (9%)	13 (13%)	0,4
PCA/PSE	31 (26%)	31 (31%)	0,469
Sous-cutané	73 (62%)	47 (47%)	<b>0,023</b>
VVP	89 (75%)	76 (75%)	0,976
Antalgique palier 3	62 (53%)	52 (52%)	0,876
<b>Données Post hospitalisation</b>			
Réhospitalisation	53 (45%)	59 (58%)	0,046
Réhospitalisation Gériatrie	38 (33%)	37 (38%)	0,413
Dernières nouvelles			0,169
Décédé	86 (73%)	72 (71%)	
Vivant	21 (18%)	25 (25%)	
Perdu de vue	11 (9%)	4 (4%)	

## DISCUSSION

Notre étude est, à notre connaissance, l'une des premières à établir un état des lieux médical et paramédical d'une population âgée atteinte de cancer, hospitalisée pour un problème aigu sur des lits spécifiquement dédiés d'oncogériatrie, au sein d'une unité de court séjour gériatrique.

### **I) Profil des patients hospitalisés sur des lits dédiés d'oncogériatrie**

Des travaux récents issus de cohortes ont permis d'affiner la définition du syndrome de fragilité gériatrique. S'il était initialement utilisé pour qualifier uniquement l'état de vulnérabilité des patients, son sens a peu à peu évolué au cours des années. Fried et al. décrit le « phénotype de fragilité » qui comprend cinq marqueurs : la faiblesse, la faible endurance, l'activité physique réduite, la vitesse de marche ralentie et la perte de poids involontaire au cours de la dernière année (14). Ainsi la fragilité représenterait plutôt un risque à venir, de déclin fonctionnel, de dépendance et d'évènements péjoratifs tel que les chutes, les fractures, les hospitalisations, les entrées en institution et le décès (15).

L'analyse descriptive de la population révèle ainsi que les patients âgés atteints de cancer présentent des profils de fragilité gériatrique importants.

Il s'agit d'une population dépendante, dénutrie, comorbide avec une polymédication et un CIRS-G moyen supérieur à 8. Bien que vivant à domicile pour la grande majorité d'entre eux, ils bénéficient également pour plus de la moitié d'aidants naturels ou professionnels.

Le lien entre comorbidités et fragilité gériatrique est bien établi et souvent décrit dans la littérature. Ce sont deux conditions qui sont intimement liées et la comorbidité peut ainsi être une cause et une conséquence de la fragilité (15). Les études ont démontré l'impact négatif potentiel sur la récupération fonctionnelle et le reconditionnement physique des sujets âgés fragiles, comorbides, après la survenue d'un stress aigu. Elles mettent également l'accent sur la nécessité de détecter précocement les caractéristiques de fragilité d'une personne âgée qui sont des éléments indissociables du projet de soins (16).

De nombreuses études pointent du doigt la corrélation entre dénutrition du sujet âgé atteint de cancer et mauvais pronostic. En effet, la dénutrition (définie par un taux sérique d'albumine inférieur à 35g/L chez le sujet de plus de 65ans) est un facteur péjoratif de la prise en charge oncologique, réduisant par exemple la réponse aux traitements et augmentant les effets indésirables des chimiothérapies (17). Elle augmente la prévalence des infections nosocomiales et l'apparition d'escarres, diminue l'autonomie et la qualité de vie, augmente la durée d'hospitalisation et les dépenses de santé (18). L'impact de la fragilité nutritionnelle doit être pour cela un point important de la prise en charge.

Le fléchage vers une unité spécialisée semble influencer le profil des patients. Si l'on compare à l'étude de Valero et al. réalisée au sein du même établissement (13), les patients âgés atteints de cancers hospitalisés sur des lits dédiés sont moins âgés que ceux hospitalisés sur des lits de court séjour gériatrique conventionnel. Cette différence est probablement liée au fait que les patients sont à plus de 80% connus de l'oncologie, drainant une population généralement plus jeune, souvent en cours de traitement ou ayant été traitée. On constate également des patients davantage en soins palliatifs avec 67% de patients métastatiques contre seulement 7,6% des patients âgés atteints de cancers analysés dans l'étude de Retornaz et al. sur des lits de gériatrie conventionnelle (19).

Ces patients métastatiques sont hospitalisés le plus souvent pour une altération de l'état général et des douleurs. En toute logique, on observe que cette population métastatique nécessite davantage de perfusion via PCA et davantage de traitements antalgiques de palier 3. Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature. En effet selon une méta-analyse publiée en 2016, la douleur était retrouvée chez 39% des patients âgés atteints de cancer après un traitement curatif, chez 55% pendant le traitement d'un cancer chronique et chez 66% des patients âgés présentant un cancer métastatique ou avancé (20,21).

La fragilité des patients hospitalisés en oncogériatrie est confirmée par le taux important de décès aux dernières nouvelles, puisque près des  $\frac{3}{4}$  des patients suivis sur les lits dédiés d'oncogériatrie étaient décédés lors du recueil de données à 1 an de la fin de l'étude. Retornaz et al. en 2007 (21) avait déjà mis en avant le faible taux de survie à court terme des patients âgés atteints de cancers. En effet, près de 20% de ces patients décédaient durant l'hospitalisation contre seulement 8% chez les patients âgés non cancéreux.

## **II) Charge en soins des patients hospitalisés sur des lits dédiés d'oncogériatrie**

Lors de l'étude de 2019 par Valero et al.(13), il avait été montré que l'intervention de l'équipe paramédicale était significativement différente entre les secteurs oncologiques puisqu'il existait un besoin plus important en ergothérapeutes et assistantes sociales en gériatrie et un besoin plus important en psychologues en oncologie conventionnelle (13). D'après les résultats obtenus dans notre étude, on remarque que la majorité des patients avec une prise en charge palliative ont bénéficié d'un SSR à la suite de leur hospitalisation. Ces mêmes patients ont également davantage eu recours, dès leur hospitalisation en court séjour, aux paramédicaux tels que le kinésithérapeute, la diététicienne, l'ergothérapeute, la psychologue ou encore l'assistante sociale.

Selon des recommandations parues dans le journal d'oncogériatrie en 2015 (22), l'activité physique chez les patients atteints de cancer a démontré des effets bénéfiques importants. Elle permettrait de lutter contre les effets indésirables des traitements, de diminuer la fatigue, d'améliorer les fonctions de l'organisme et d'améliorer la qualité de vie.

La dénutrition, comme déjà évoqué, fait partie intégrante de la prise en charge dans cette population souvent dénutrie. Ainsi, l'expertise d'un diététicien est primordiale afin d'évaluer, traiter et suivre l'état nutritionnel des patients. Outre les conseils diététiques, les compléments nutritionnels oraux, prescrits sur ordonnance médicale, occupent une place importante dans la prise en charge du sujet âgé, afin de limiter les complications liées à la dénutrition (23). La prise en charge doit être adaptée à chaque patient par une évaluation précise et spécialisée, réalisée par la diététicienne.

Comme décrit précédemment, les patients hospitalisés en oncogériatrie sont dépendants, avec un risque d'aggravation lors de l'évolution de la maladie, entraînant un besoin, à court ou moyen terme, d'une aide sociale. Cette prise en charge est cependant souvent demandée de manière trop tardive par le patient ou sa famille et conduit à des impasses sociales et à des durées d'hospitalisation plus longues. Anticiper ces difficultés par une équipe disponible permet de soulager à la fois le patient et sa famille mais également le personnel médical.

Une prise en charge psychologique participe également à l'approche pluridisciplinaire de l'oncogériatrie et ce d'autant plus chez les patients en soins palliatifs. Elle est nécessaire et les patients ont eux-mêmes revendiqué son utilité lors des états généraux de la Ligue contre le cancer en 1998 (24).

La gestion de la fin de vie en gériatrie est un point clé de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. Lefebvre et al.(25) pose le problème de la fin de vie dans les unités de gériatrie et pointe du doigt la charge en soins importante que peut représenter cette population. En effet, une étude coopérative menée dans plusieurs centres de gériatrie français avait permis de conclure que la charge en soins occasionnée par un malade âgé en fin de vie était équivalente à celle d'un malade plus jeune, hospitalisé en unité de soins palliatifs (26). Cette étude datant de plus de 20 ans, renforce un peu plus la nécessité d'une unité dédiée avec un personnel formé et surtout en nombre suffisant.

Comme nous l'avons vu précédemment, une grande partie des patients hospitalisés en oncogériatrie sont dans leur dernière année de vie et bien souvent hospitalisés pour des états douloureux nécessitant des antalgiques de palier 3, délivrés par des PCA ou des PSE. Mal contrôlées, ces douleurs altèrent la qualité de vie et induisent une sur-morbidité physique et psychologique. De plus, ces douleurs majorent la souffrance de la famille, des proches mais également des soignants (27). Ceci implique, pour l'équipe infirmière et médicale, tout d'abord un temps de soins supplémentaire pour la mise en place de ces dispositifs, mais également une surveillance régulière et une expertise dans l'évaluation de la douleur de la personne âgée, parfois peu communicante.

Si le besoin en personnel soignant paramédical semble indispensable pour le bien-être du patient, il faut également s'interroger sur le bien-être des soignants dans ces unités. En effet, la confrontation répétée à la fin de vie peut entraîner une souffrance professionnelle et provoquer un épuisement professionnel (28). D'autre part, ces patients fragiles, en fin de vie, dépendants, requièrent des soins plus lourds et peuvent contribuer à l'épuisement des équipes. Ainsi, la mise en œuvre d'unités dédiées d'oncogériatrie implique une dotation soignante suffisante pour sa réalisation dans de bonnes conditions pour le patient et pour le soignant.

Toutes ces données mettent en avant la nécessité de compétences pluridisciplinaires, aussi bien pour les médecins que pour les équipes paramédicales qui doivent être formés en oncogériatrie et sur des points clés comme la prise en charge de la douleur, la perte d'autonomie, la prise en charge palliative. Les médecins des unités d'oncogériatrie doivent travailler en étroite collaboration avec les spécialistes du cancer que sont les oncologues, les hématologues, les radiothérapeutes et les chirurgiens pour délivrer aux patients les soins adaptés. Ce travail de collaboration instauré dès le diagnostic doit être poursuivi pour permettre une prise en charge optimale et appréhender au mieux les décompensations aiguës.

### **III) Intérêt d'un parcours de soin adapté**

Alors qu'ils sont pour la plupart connus des services d'oncologie, on observe que seulement 1/3 des patients hospitalisés dans cette unité dédiée sont suivis en oncogériatrie. Cette donnée met de nouveau en avant les difficultés de décloisonnement des modes de prise en charge, pourtant primordiales pour améliorer les soins de cette population (11). Elle pointe aussi les difficultés encore trop présentes du manque de screening au moment du diagnostic, permettant au patient d'entrer dans la filière de soins oncogériatrique. L'évaluation gériatrique approfondie a démontré sa capacité à améliorer la survie, l'état cognitif et physique des patients, et d'augmenter les chances de maintien à domicile (29). Celle-ci permet ainsi de prendre des mesures préventives ou correctives pour les problèmes médicaux réversibles et d'anticiper les futures décompensations (30). Elle souffre pourtant d'un manque de lisibilité qui constitue un frein à sa mise en place. Un autre obstacle mis en évidence par les études de santé publique est le manque de temps et de moyens humains. L'idée d'un binôme infirmière/gérialtre permet de dégager du temps pour le gérialtre et de diminuer les délais d'intervention. Selon Acquaviva et al., l'organisation en oncogériatrie n'est pas toujours facilitante et ne permet pas de créer des habitudes de travail. Elle est souvent basée sur des relations interpersonnelles et non des pratiques standardisées sur l'ensemble du parcours (31).

Ces unités dédiées d'oncogériatrie, mise en avant par Valero et al. (13) et Retornaz et al. (19) permettent alors de récupérer des patients dans la filière et entamer une prise en charge pluridisciplinaire et collaborative avec l'oncologie, au décours d'une problématique aigue.

Les chiffres montrent par ailleurs que seul 1/3 des patients arrive en entrée directe depuis leur domicile. Or, selon une étude publiée en 2015 par Broussier et al. (32), la filière d'hospitalisation directe depuis le domicile pour des patients âgés et comorbides a un intérêt majeur pour une prise en charge optimale du sujet âgé polypathologique. En effet, lors du passage par le service des urgences, les patients présentent davantage de complications avec notamment plus de syndromes confusionnels et de rétention aiguë d'urine. De plus, l'hospitalisation depuis le domicile permet de répondre aux demandes des médecins traitants, souvent contraints de transférer leur patient au service des urgences.

Une des solutions à apporter serait de sensibiliser les professionnels de santé, en particulier ceux qui se trouvent au premier plan des soins primaires, à savoir les médecins généralistes et les urgentistes. Ceci pourrait passer par la mise en place d'une infirmière coordinatrice référente en tant que principal interlocuteur. Elle pourrait ainsi aiguiller les patients connus de l'oncogériatrie admis en hospitalisation non programmée et leur éviter une prise en charge par le service des urgences, souvent débordé et qui occasionne du stress pour ces patients fragiles.

Enfin, les résultats révèlent que plus de la moitié des patients bénéficie d'un SSR à la suite du court séjour. Se pose alors le problème de la présence de lits d'aval, malheureusement insuffisants pour pouvoir répondre au vieillissement de la population et aux besoins croissants. Les unités mixtes qui intègrent à la fois le court séjour et le SSR s'inscrivent dans cette volonté de continuité de soin et de parcours de soin adapté. Les soignants, à la fois médicaux et paramédicaux, peuvent ainsi suivre le patient tout au long de son hospitalisation. Il s'agit d'un bénéfice qui pourrait être intéressant pour les patients hospitalisés dans les unités dédiées, par une prise en charge en aigu et un suivi en SSR par une équipe pluridisciplinaire, composée de soignants formés et connaissant le patient.

#### **IV) Perspectives**

L'autre grand défi de l'oncogériatrie est la prise en charge péri-opératoire pour les patients éligibles à la chirurgie. Dans notre étude, seulement 6% des patients étaient hospitalisés dans ce contexte. L'amélioration des techniques chirurgicales et anesthésiques a pourtant permis une diminution notable de la mortalité et de la morbidité post-opératoire chez le sujet âgé. Il en ressort un plus grand éventail d'indication opératoire et un gain de chance pour le patient âgé atteint de cancer (33). Ce type de prise en charge, encore largement géré par les services de chirurgie, pourrait pourtant bénéficier de l'expertise médicale et paramédicale de ces unités dédiées. Cette nouvelle filière de soins, intégrant une évaluation oncogériatrique préalable, permettrait, en pré-opératoire quand cela est nécessaire, de renforcer les réserves fonctionnelles du patient par la mise en place d'un support nutritionnel ou d'une supplémentation ferrique par exemple, pour améliorer le pronostic post-opératoire du patient.

L'étude menée par Shahrokni et al. (34) a étudié en 2020 l'association potentielle d'une coopération chirurgien-géronte sur la mortalité post-opératoire à 90 jours. Cette coopération consistait en une consultation pré-opératoire et une visite post-opératoire par le géronte, avec prise en charge des comorbidités, ajustement médicamenteux et aide à l'organisation de la sortie. Cette étude de cohorte rétrospective a ainsi permis de montrer une baisse significative de la mortalité post-opératoire à 90 jours chez les patients âgés atteints de cancer bénéficiant de cette évaluation géronte préalable.

De nouvelles études à plus grande échelle comme l'essai IMPROVED (34) sont en cours. Cette dernière vise à évaluer le bénéfice d'une prise en charge géronte personnalisée et intensive péri-opératoire sur la morbidité à 30 jours chez les patients âgés atteints d'un cancer digestif. Elle permettra probablement de montrer le bénéfice d'une prise en charge précoce en post-opératoire dans des unités de court séjour géronte.

Les unités spécialisées en oncogériatrie avec des équipes pluridisciplinaires formées ont ainsi toute leur place pour permettre une surveillance plus rapprochée et plus adaptée, afin d'appréhender au mieux les complications et d'optimiser la récupération des patients.

## V) Biais et limites de l'étude

### A) Biais de recueil

#### 1) Biais de mesure

Par le caractère rétrospectif de cette étude, les données cliniques et paracliniques n'ont pas pu être recueillies de manière exhaustive chez tous les patients. C'est le cas notamment du GIR, de l'albuminémie, du dosage de vitamine D ainsi que de la clairance rénale en ce qui concerne les données gériatriques. Ces données sont pourtant au centre de l'évaluation en gériatrie. Ces valeurs manquantes entraînent une perte de puissance statistique.

Par ailleurs, en ce qui concerne les données paramédicales, il est à noter que l'assistante sociale dédiée à l'unité d'oncogériatrie, était, pour une grande partie de cette période, en congé et n'était pas remplacée. Il est fort probable que le nombre de patients nécessitant une prise en charge sociale soit largement sous-estimé par cette étude.

#### 2) Biais de classement

Les patients gériatriques présentent souvent plusieurs motifs d'hospitalisation, bien souvent intriqués. Ainsi, classer, hiérarchiser et définir un diagnostic principal peut entraîner un biais de classement non négligeable. Celui-ci est dépendant de l'enquêteur qui recueille les données. A noter que ce biais est limité par le fait que pour cette étude, le recueil de données n'a été réalisé que par une seule personne. Il n'y a pas eu de biais de mesure dû à l'enquêteur.

## B) Biais de confusion

Concernant les résultats biologiques, comme l'albuminémie par exemple, l'analyse n'a pas pris en compte les valeurs de la Protéine C-Réactive (CRP), principal marqueur de l'inflammation. Or un syndrome inflammatoire ou infectieux perturbe les valeurs de l'albumine et peut ainsi conclure à tort à une dénutrition.

Il existe également un probable biais de confusion concernant la survie des patients et leur devenir en post-hospitalisation. En effet, le recueil a été réalisé à 1 an de la fin du recrutement. Cela implique une différence importante de suivi entre les patients hospitalisés au début et à la fin de l'étude. Le recul sur leur devenir est moins grand, et peut être interprété à tort comme une meilleure survie.

Enfin, il existe un biais de confusion potentiel par le caractère monocentrique de cette étude.

## C) Biais de sélection

Il est très limité dans cette étude puisque tout patient hospitalisé sur des lits dédiés était intégré à l'analyse finale et répondait aux critères d'inclusion.

## CONCLUSION

Notre étude a permis de mettre en avant les caractéristiques des patients et les besoins médicaux et paramédicaux d'une unité dédiée d'oncogériatrie pour des hospitalisations non programmées.

Il en ressort une population âgée comorbide, dépendante, présentant une fragilité gériatrique importante. Ce sont des patients pour la plupart connus de l'oncologie, métastatiques, douloureux et qui requièrent une prise en charge pluridisciplinaire dès le court séjour.

Ces profils impliquent une charge en soins médicaux et paramédicaux importante. Il est nécessaire de disposer d'une dotation en soignants suffisante, comprenant en plus des infirmières et aides-soignantes, des kinésithérapeutes, des diététiciennes, des psychologues ainsi que des assistantes sociales pour prendre en charge les patients dans les meilleures conditions. Cette équipe doit également être formée aux spécificités de l'oncogériatrie afin d'appréhender au mieux les complications éventuelles de ces patients fragiles.

Pour répondre au vieillissement démographique et à l'émergence des cancers dans cette population, les unités d'oncogériatrie doivent s'inscrire dans un parcours de soins adapté avec une filière bien définie et connue de tous les intervenants, du médecin généraliste, en passant par l'urgentiste, l'oncologue, l'hématologue et le chirurgien. Ce n'est que par le bon fonctionnement de cette filière de soins que nous pourrions appréhender au mieux la maladie cancéreuse chez la personne âgée.

Les enjeux de ces unités sont multiples tant pour le patient et sa prise en charge que pour le personnel soignant. Le vieillissement de la population requiert une adaptation du système de soins, qui passe entre autres par la création de ce type d'unités. Ce nouveau maillon dans un parcours oncogériatrique déjà bien défini, débutant dès le diagnostic par une évaluation, puis un suivi dans une prise en charge conjointe, s'inscrit totalement dans ce même esprit.

Pour que l'oncogériatrie survive, nos tutelles doivent nous donner les moyens pour faire face au tsunami gériatrique des prochaines années, d'autant plus que le prochain défi de l'oncogériatrie réside dans la prise en charge péri-opératoire. Ces unités dédiées, si elles sont dotées suffisamment en soignants formés, seront au premier plan de cette nouvelle filière pour améliorer à la fois le pronostic mais également la qualité de vie de ces patients dans un processus de soins curatifs.

## REFERENCES

1. Carstensen LL. Growing Old or Living Long: Take Your Pick [Internet]. Issues in Science and Technology. 1970 [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://issues.org/carstensen/>
2. Le Bihan-Benjamin C, Bréchet J-M, Bousquet P-J, Viguier J, Buzyn A, Saint-Jean O. Sujets âgés atteints de cancer en France : quel recours à l'hospitalisation en 2012 ? Bull Cancer (Paris). févr 2015;102(2):139-49.
3. Vieillessement de la population : une adaptation nécessaire [Internet]. Vie publique.fr. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/280168-vieillessement-de-la-population-une-adaptation-necessaire>
4. Insee 2017 : la population française vieillit [Internet]. Observatoire des seniors. 2018 [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://observatoire-des-seniors.com/insee-2017-la-population-francaise-vieillit/>
5. Cancer et vieillissement : une évidence épidémiologique [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-296/cancer-et-vieillessement-une-evidence-epidemiologique>
6. Le cancer chez les personnes âgées | Institut Curie [Internet]. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://curie.fr/page/le-cancer-chez-les-personnes-agees>
7. Ghiringhelli F, Ladoire S, Manckoundia P, Chauffert B, Solary E, Besancenot JF, et al. Prise en charge des cancers solides et des hémopathies malignes du sujet âgé : l'oncogériatrie une discipline en devenir. Rev Médecine Interne. mars 2005;26(3):216-25.
8. Cudennec T, Moulias S, de Malherbe A, Teillet L. Médecine personnalisée dans le cancer en gériatrie. :2.
9. Oncogériatrie - L'organisation de l'offre de soins [Internet]. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatie>
10. UCOG - Poitou-Charentes [Internet]. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <http://ucog.onco-poitou-charentes.fr/presentation>
11. Antoine V, de Wazières B, Houédé N. Attentes des professionnels hospitaliers impliqués dans la prise en charge globale en oncogériatrie. Bull Cancer (Paris). févr 2015;102(2):150-61.
12. Terret C, Zulian G, Droz J. Statements on the interdependence between the oncologist and the geriatrician in geriatric oncology. Crit Rev Oncol Hematol. nov 2004;52(2):127-33.

13. Valero S, Simet G, Fauchier T, Jamet A, Bouchaert P, Migeot V, et al. Hospitalisation non programmée des patients âgés atteints de cancer : quel parcours de soins ? Bull Cancer (Paris). avr 2019;106(4):293-303.
14. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
15. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. déc 2011;9(4):387-90.
16. Chassagne P. Fragilité-comorbidité: une association déterminante de la prise en charge d'une pathologie chez le sujet âgé. Cah Année Gérontologique. avr 2012;4(1):1-1.
17. Blanc-Bisson C, Fonck M, Rainfray M, Soubeyran P, Bourdel-Marchasson I. Undernutrition in elderly patients with cancer: Target for diagnosis and intervention. Crit Rev Oncol Hematol. sept 2008;67(3):243-54.
18. Amaral TF, Matos LC, Tavares MM, Subtil A, Martins R, Nazaré M, et al. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. Clin Nutr. déc 2007;26(6):778-84.
19. Retornaz F, Seux V, Pauly V, Soubeyrand J. Geriatric assessment and care for older cancer inpatients admitted in acute care for elders unit. Crit Rev Oncol Hematol. nov 2008;68(2):165-71.
20. van den Beuken-van Everdingen MHJ, Hochstenbach LMJ, Joosten EAJ, Tjan-Heijnen VCG, Janssen DJA. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage. juin 2016;51(6):1070-1090.e9.
21. Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan M-L, Bonnet-Zamponi D. Hospitalization of elderly in an Acute-Care Geriatric Department. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. juin 2012;10(2):143-50.
22. Chorin F, Boulahssass R, Landry S, Guérin O. Oncogériatrie et activité physique : Recommandations et indications de prise en charge. 2015;6(4):7.
23. Renoud-Grappin M, Gruat B, Vermorel J, Gauthier J, Roux C, Mouchoux C. Utilisation des compléments nutritionnels oraux dans la population gériatrique : évaluation des pratiques professionnelles. Nutr Clin Métabolisme. juin 2016;30(2):172-8.
24. Suissa V, Guérin S, Warusfel A. Towards a personalized support necessary but complex to implement. The exemple of oncogeriatric care. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. déc 2019;17(4):357-68.
25. Sebag-Lanoë R. Soins palliatifs et gériatrie, un défi. Gérontologie Société. 2004;27 / n° 108(1):117.

26. Sebag-Lanoë R, Lefebvre-Chapiro S, Gomas J-M. Soins palliatifs et accompagnement en gériatrie. EMC - Médecine. févr 2005;2(1):1-8.
27. Rey J-B, Tran T, Ammar D, Parent D, Janus N, Launay-Vacher V. Gestion des antalgiques chez les patients insuffisants rénaux en cancérologie. Bull Cancer (Paris). mars 2012;99(3):345-69.
28. Bayet-Papin B, Héritier C. La souffrance des médecins, des infirmières et des aides soignantes dans l'accompagnement de fin de vie à l'hôpital. Rev Int Soins Palliatifs. 2006;21(1):35.
29. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ, Adams J. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. The Lancet. oct 1993;342(8878):1032-6.
30. Caillet P, Canoui-Poitrine F, Vouriot J, Berle M, Reinald N, Krypciak S, et al. Comprehensive Geriatric Assessment in the Decision-Making Process in Elderly Patients With Cancer: ELCAPA Study. J Clin Oncol. 20 sept 2011;29(27):3636-42.
31. Acquaviva H, Boulhat M, Coudournac N, Leroux N, Place P, Baratier A, et al. LA COORDINATION DES SOINS. :36.
32. Broussier G. Activité comparée en 2015 d'un SAMU-Centre 15 urbain et d'un SAMU-Centre 15 urbain avec composante rurale. Thèse de Médecine. Université de Limoges ; 2016, 38p.
33. Orsenigo E, Tomajer V, Palo SD, Carlucci M, Vignali A, Tamburini A, et al. Impact of age on postoperative outcomes in 1118 gastric cancer patients undergoing surgical treatment. Gastric Cancer. 23 févr 2007;10(1):39-44.
34. Paillaud E, Peschaud F, Cudennec T, Caillet P, Gisselbrecht M, De Decker L, et al. Implementation of complex perioperative intervention in older patients with cancer (IMPROVED program). J Clin Oncol. 20 mai 2019;37(15\_suppl):TPS11630-TPS11630.

## ANNEXES

### ANNEXE 1 :

#### Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources)

- A : Fait seul(e), totalement, habituellement, correctement  
B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement  
C : Ne fait pas

COHERENCE : Converser et/ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE DU HAUT DU CORPS : Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains	
TOILETTE DU BAS DU CORPS : Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds	
HABILLAGE HAUT : Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras	
HABILLAGE MOYEN : Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles	
HABILLAGE BAS : Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures	
ALIMENTATION : SE SERVIR Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre	
ALIMENTATION : MANGER Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler	
ELIMINATION URINAIRE : Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	
ELIMINATION FECALE : Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	
TRANSFERTS : Se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR : Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE : Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	

## ANNEXE 2 :

### Evaluation du score GIR (Groupe Iso-Ressources)

Signification du Gir auquel la personne est rattachée	
Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants  - ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante  - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement  - ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

### ANNEXE 3 :

#### Score de Co-morbidité : CIRS-G

Items du CIRS-G ( si plusieurs maladies dans le même système, coter la plus grave)	Score (0 à 4)
<b>CARDIAQUE</b> - Coeur seulement	
<b>HEMATOLOGIE</b> – sang, moelle osseuse, rate, vaisseaux sanguins, ganglions	
<b>HTA</b> – cotation fondée sur sévérité (organes touchés cotés séparément)	
<b>RESPIRATOIRE</b> – poumons, bronches, trachée sous larynx	
<b>ORL et OPH</b> – oreilles, nez, larynx, yeux	
<b>DIGESTIF SUP</b> – oesophage, estomac, duodénum, voies biliaires, pancréas	
<b>DIGESTIF INF</b> – reste des intestins, dont hernies	
<b>HEPATIQUE</b> – foie seulement	
<b>RENAL</b> - reins seulement	
<b>GENITO-URINAIRE</b> – uretères, urètre, prostate, vessie, gonades	
<b>MUSCULO-SQUELETTIQUE et TEGUMENTS</b> – muscles, os, peau	
<b>NEUROLOGIQUE</b> – cerveau (démences exclues), moelle épinière, nerfs	
<b>ENDOCRINO-METABOLIQUE</b> – diabète, infection diffuse, intoxication	
<b>PSYCHIATRIE</b> – inclut démences, agitation, dépression, anxiété, psychoses	

#### CIRS-G total

0 = aucun  
1 = léger  
2 = modéré  
3 = sévère  
4 = très sévère

Pas de trouble de l'organe ou du système  
Trouble n'affectant pas l'activité normale, pronostic excellent  
Trouble affectant l'activité normale, un traitement est nécessaire  
Trouble invalidant, traitement urgent, pronostic sévère  
Trouble menaçant la vie, traitement urgent, pronostic grave

## RESUME

**Introduction :** Face au vieillissement de la population et à la prévalence des cancers chez les personnes âgées, il est indispensable d'améliorer le parcours de soins. La création de lits dédiés d'oncogériatrie sur des lits de court séjour gériatrique doit permettre de prendre en charge cette population spécifique pour des hospitalisations non programmées, qui constituent bien souvent une rupture dans le parcours de soins. Cette nouvelle filière doit s'organiser et s'intégrer au sein d'un parcours qui comprend déjà l'évaluation pré-thérapeutique et le suivi. La pérennité de ces unités impose une connaissance précise des caractéristiques et des besoins de cette population afin de mettre en place des soins adaptés.

**Objectifs :** L'objectif principal de ce travail était de réaliser un état des lieux médical et paramédical des patients âgés atteints de cancer, admis en hospitalisation non programmée sur des lits dédiés d'oncogériatrie.

**Méthode :** Etude rétrospective, monocentrique, observationnelle et descriptive réalisée au CHU de Poitiers, en unité de court séjour gériatrique sur des lits dédiés d'oncogériatrie du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 mars 2020. Tous les patients hospitalisés pendant cette période sur les lits d'oncogériatrie étaient éligibles. Les données socio-démographiques, gériatriques, oncologiques et celles en lien avec l'hospitalisation étaient recueillies dans les dossiers médicaux et soignants informatisés du CHU.

**Résultats :** 219 hospitalisations ont été analysées. La moyenne d'âge était de 86,2 ans. Le GIR moyen était de 3,4 avec un CIRS-G > 6 pour ¾ des patients. 69% des patients prenaient plus de 5 médicaments. Une anémie était retrouvée dans 86% des cas et ¾ des patients présentaient une dénutrition. La majorité des patients étaient connus de l'oncologie avec les 2/3 en prise en charge palliative. Un tiers d'entre eux était suivi en oncogériatrie. Plus de la moitié des hospitalisations se faisaient via le service des urgences. Le motif d'admission le plus fréquent était une altération de l'état général. Au cours de l'hospitalisation, 2/3 des patients hospitalisés avaient eu recours au kinésithérapeute, la moitié à la diététicienne et près d'1/3 à une évaluation psychologique. Seulement 16% des patients avaient eu une évaluation sociale. Un traitement antalgique de palier 3 était nécessaire dans plus de la moitié des hospitalisations. Aux dernières nouvelles, plus de 70% des patients étaient décédés. L'analyse univariée montre que les patients connus de l'oncologie bénéficiaient plus souvent d'un aidant naturel ( $p < 0,001$ ). Ils étaient plus souvent métastatiques ( $p = 0,0005$ ). Les patients métastatiques bénéficiaient plus souvent de PCA ou PSE ( $p < 0,0001$ ) ainsi que d'antalgiques de palier 3 ( $p = 0,0001$ ). Les patients ayant bénéficié d'un SSR à la suite de leur hospitalisation étaient plus dépendants ( $p = 0,019$ ), plus dénutris ( $p = 0,025$ ) et nécessitaient davantage de traitements antalgiques ( $p = 0,038$ ). Leur prise en charge était significativement plus palliative ( $p = 0,05$ ). Ces patients avaient eu recours plus souvent, dès le court séjour, au kinésithérapeute ( $p < 0,0001$ ), à l'ergothérapeute ( $p = 0,028$ ), à la diététicienne ( $p = 0,0002$ ), à la psychologue ( $p = 0,025$ ) ainsi qu'à l'assistante sociale ( $p = 0,004$ ).

**Conclusion :** La population hospitalisée sur des lits dédiés d'oncogériatrie dans le cadre d'une pathologie aiguë est âgée, comorbide, dépendante, et présente une fragilité gériatrique importante. Ces patients, pour la plupart connus de l'oncologie, sont en grande majorité métastatiques, douloureux et requièrent une prise en charge pluridisciplinaire dès le court séjour. Ceci implique, pour un bon fonctionnement, des soignants médicaux et paramédicaux formés et en nombre. Afin de faire face au tsunami gériatrique des prochaines années, nos tutelles doivent donner les moyens à l'oncogériatrie d'optimiser les parcours de soins, d'autant plus que le prochain défi réside dans la prise en charge péri-opératoire, où ses unités auront très probablement un rôle à jouer.

**Mots clés :** cancer, sujet âgé, hospitalisation, charge en soins, parcours de soins.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

