

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 2 octobre 2015 à Poitiers
par **Nicolas GUYOT**

Prévalence du cancer chez les patients âgés de 75 ans et plus résidant en EHPAD : étude réalisée auprès des 45 EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Membres : Madame le Professeur Virginie MIGEOT
Monsieur le Professeur Jean-Marc TOURANI
Monsieur le Docteur Patrick BOUCHAERT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Simon VALERO

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Paccalin, merci de l'honneur que vous me faites en présidant mon jury de thèse. C'est avec plaisir et envie que je poursuis ma formation dans le domaine de la gériatrie.

A Simon, merci d'avoir dirigé ma thèse. Merci d'avoir cru en moi, et de m'avoir permis de mettre un pied à l'étrier de la gériatrie. Merci pour ton investissement, ta disponibilité et ta réactivité, et ce toujours dans la bonne humeur.

A Madame le Professeur Migeot, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, et d'avoir partagé votre analyse experte concernant les biostatistiques.

A Monsieur le Professeur Tourani, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Votre œil d'oncologue me semble indispensable pour discuter autour de ce travail.

A Monsieur le Docteur Bouchaert, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de l'intérêt que vous portez à mon travail.

A l'équipe des gériatres de l'hôpital de Saintes, Dr Becot-Mahaud, Dr Schreiner, Dr Bonnin. Merci de m'avoir permis de travailler sereinement ma thèse, et de répondre à toutes mes « petites questions » ; sans oublier mon grand maître Galvez, coloc' de bureau. Ça continue !

Au Docteur Christine Pradère, pour l'oreille attentive et bienveillante, et la passion que vous m'avez fait partager chaque jour pendant 6 mois.

A Nathalie, pour m'avoir tellement encouragé dans cette voie. Choupi est devenu grand maintenant...

A Michel, pour nos discussions à refaire le monde en promenant les chiens, et parce que je n'oublierai jamais de rester humain.

A ma famille. Sarah, ma championne de petite sœur, dans le sport et dans la vie. Corinne, ma maman, je te soutiendrai toujours.

A mes amis, tellement importants, qui m'avez porté dans les bons et aussi les mauvais moments... Clément, Toinou, Vincent, Didi, Aurélien, Caro, Marie. Et aussi Môduche, Anne-Sophie et Lapin, évidemment. On n'est pas près de se quitter !

A mes anciens cointernes, Laure et Fardeen surtout, qui font que ne suis pas près d'oublier mes 3 années d'internat.

A mes colocs, qui égayent le quotidien, Yann et Adélie, même à 10000km, tu devras nous supporter !

Aux copains du kayak, bouffée d'oxygène à chaque fois que je monte sur l'eau, et surtout Clément, « partenaire de l'année » !

A la BIM ! Continuez de faire chanter nos petits cœurs. On en a toujours besoin.

A Guillaume, merci de supporter au quotidien ma petite tête, et d'illuminer mes journées. Pour tous ces bons moments, passés, mais surtout à venir...

Enfin, à mon père Jean-Yves. Tu décidais de nous quitter il y a presque 10 ans. Je te racontais alors mes tout débuts de jeune étudiant en médecine, et tu m'écoutais sans en perdre une miette. Depuis, les valeurs que tu m'as transmises n'ont cessé de me porter, et m'ont amené jusque-là. J'espère que tu es fier de tes enfants...

Table des matières

INTRODUCTION	10
1. La population française vieillit	10
a. L'espérance de vie comme marqueur de développement	10
b. Population française et vieillissement	10
c. Espérance de vie à un âge donné	10
2. Dépendance	11
a. Augmentation de la dépendance	11
b. Outils d'évaluation de la dépendance	12
c. Etablissements Médico-sociaux.....	13
3. Epidémiologie du cancer en France	13
a. Tumeurs solides.....	13
b. Hémopathies	14
4. But de l'oncogériatrie	14
5. Problématique	15
OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES.....	16
METHODOLOGIE.....	17
1. Définition de la population cible.....	17
a. Critères d'inclusion	17
b. Critères de non-inclusion	17
2. Recueil de données.....	17
a. Réalisation du recueil.....	17
b. Contenu du recueil de données	18
c. Information du patient.....	19

3. Type de l'étude, durée et taille de la population	20
4. Déroulement du recueil.....	20
5. Respect des règles éthiques	21
6. Méthode d'analyse des données	21
a. Détermination de la prévalence	21
b. Analyses descriptives	21
c. Analyses comparatives des variables explicatives.....	22
RESULTATS.....	23
1. Taille de l'échantillon	23
2. Prévalence.....	23
a. Prévalence globale	23
b. Prévalence partielle.....	23
3. Données Gériatriques.....	23
4. Données oncologiques	25
a. Description des données brutes	25
b. Facteurs influençant la prise en charge oncologique : analyses univariées	28
c. Facteurs influençant la prise en charge oncologique : analyse multivariée	30
5. Suivi des patients traités	31
a. Description des données brutes	31
b. Analyse univariée du suivi	32
c. Analyses multivariées	33
6. Problématique actuelle	34
DISCUSSION	35
1. Prévalence des cancers.....	35
a. Prévalence globale	35
b. Prévalence partielle.....	37

2. Répartition des cancers	38
3. Données gériatriques	39
4. Données oncologiques et facteurs influençant la prise en charge	41
5. Le cancer comme problématique en EHPAD	44
6. Limites et biais de l'étude	45
a. Biais de sélection	45
b. Biais d'information	45
c. Biais de confusion	46
7. Perspectives	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	57
RESUME	61
SERMENT	62

INTRODUCTION

1. La population française vieillit

a. L'espérance de vie comme marqueur de développement

L'allongement de l'espérance de vie depuis un siècle est un des témoins du progrès du développement de l'Homme.

Avec les dimensions de bien-être matériel (de par le Produit Intérieur Brut), et d'éducation (de par le taux de scolarisation des enfants, et d'alphabétisation des adultes), l'espérance de vie à la naissance est une des dimensions choisie par les Nations Unies pour définir l'Indice de Développement Humain (IDH) [1]. En 2014, le rapport mondial sur l'IDH classe la France au 20^e rang mondial. Elle est au 3^e rang de l'espérance de vie à la naissance des femmes avec 85,2 ans, derrière le Japon 87 ans et l'Espagne 85,3 ans. Elle se place au 17^e rang concernant l'espérance de vie à la naissance des hommes, avec 78,3 ans, à égalité avec l'Allemagne [2].

b. Population française et vieillissement

La population française vieillit, et continuera de vieillir.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee), la proportion des personnes de plus de 75 ans ne cesse d'augmenter. A l'horizon 2060, elle va presque doubler, passant de 9,3% en 2015 à 16,2% en 2060, soit environ 11 millions de personnes âgées de 75 ans et plus [3]. En 1960, elles n'étaient que de 4,3%.

La prise en charge du vieillissement est un enjeu de santé publique majeur.

c. Espérance de vie à un âge donné

L'espérance de vie à un âge donné est plus représentative à l'échelle individuelle que l'espérance de vie à la naissance, puisqu'il diffère si l'on est malade ou en bonne santé.

En 2001, aux Etats-Unis, une étude montre qu'une femme âgée de 75 ans présentant des comorbidités et une altération de son autonomie fonctionnelle a une espérance de vie de 6,8 années, soit la même espérance de vie qu'une femme de 90 ans ne présentant pas de comorbidités [4].

En 2008, Piccirillo retrouve que le nombre de comorbidités augmente avec l'âge. Les plus représentées sont en premier lieu l'hypertension artérielle, suivie des maladies respiratoires, du diabète et des maladies coronariennes et artérielles [5].

Par ailleurs, Gross montre avec une étude rétrospective sur 30 000 patients en 2006, qu'il existe une mortalité attribuable significativement augmentée dans le cancer colo-rectal pour 3 pathologies : l'insuffisance cardiaque avec 9,4% de mortalité attribuable, l'insuffisance respiratoire chronique avec 5,6%, et le diabète avec 3,9% [6].

La question est de savoir si le patient va mourir de son cancer ou de ses comorbidités. Le poids des comorbidités et une hiérarchisation des problématiques est donc nécessaire, pour comprendre et connaître la place du cancer dans l'histoire médicale du patient.

2. Dépendance

a. Augmentation de la dépendance

La dépendance est définie comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement. La dépendance d'une personne âgée est définie comme un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne.

L'augmentation de l'espérance de vie conduit mécaniquement à l'augmentation de la dépendance des plus âgés, avec ses problématiques médicales, sociales et économiques.

Au 1^{er} janvier 2012, en France métropolitaine, 1,17 million de personnes âgées sont considérées comme dépendantes, soit 7,8 % des 60 ans ou plus. À l'horizon 2060, selon le scénario des projections de dépendance, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions [7].

b. Outils d'évaluation de la dépendance

En France, plusieurs outils sont utilisés pour l'évaluation de la dépendance.

Sur le versant médical, les outils validés sont l'échelle des activités de vie quotidienne – ADL (Activity of Daily Living) et l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne – IADL (Instrumental Activity of Daily Living) [8]. L'ADL évalue les capacités d'un individu pour les gestes courants intéressant le corps (soins corporels, habillement, toilette, transfert, continence, alimentation). L'IADL est utilisée chez les patients âgés vivant encore au domicile et évalue la capacité d'utiliser le téléphone, de faire les courses, de préparer un repas, de faire le ménage, de laver le linge, d'effectuer un voyage ou des transports urbains, de prendre un traitement médicamenteux et de gérer un budget personnel.

Sur le versant social, elle est mesurée à partir de l'outil AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) [9]. Cette grille permet aux experts médico-sociaux de mesurer le degré de dépendance en se fondant sur les activités que les personnes peuvent effectuer seules. Elle classe les patients en 6 Groupes Iso-Ressource (GIR), allant de GIR 1 pour les personnes confinées au lit ou au fauteuil qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants, ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, à GIR 6 pour les personnes autonomes.

Cette grille est la base pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'APA permet de financer les aides à la personne permettant le maintien à domicile [10], et également de s'acquitter d'une partie du tarif dépendance des structures d'accueil [11].

c. Etablissements Médico-sociaux

Lorsque le maintien à domicile, devant l'isolement et malgré la coordination des différents professionnels de santé, devient impossible, l'alternative est l'entrée en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante).

Les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées sont définis par le code d'action sociale et des familles (art. L. 312-1) comme « les établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes de la vie, des prestations de soins, ou une aide à l'insertion sociale ». Ils ont plusieurs rôles, comme « la mise en œuvre d'actions de dépistage, d'aide de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au service des usagers, ou d'autres établissements ou services » [12,13].

La capacité d'accueil des EHPAD croît chaque année. En France en 2011, il existe 10 481 EHPAD pour 719 810 places [14], soit une augmentation de 5% depuis 2007.

Par ailleurs, l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 85,06 ans en 2013, soit une augmentation de 5 ans par rapport aux années 1990, du fait notamment du prolongement du maintien à domicile grâce à une offre de soins mieux adaptée [15].

3. Epidémiologie du cancer en France

a. Tumeurs solides

L'incidence du cancer augmente régulièrement au cours de la vie. C'est surtout une pathologie du sujet âgé : l'âge médian de découverte tous cancers confondus est de 68 ans chez l'homme, 67 ans chez la femme. Par ailleurs, en 2012, 115 310 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués chez les 75 ans et plus, soit près d'un tiers des cancers [16]. Chez les plus de 85 ans, 35 928 cas de cancers ont été diagnostiqués, soit près de 10% des cancers.

La répartition des cancers est la même que chez le sujet plus jeune avec en premier lieu le cancer de la prostate, suivi du cancer colorectal, puis du cancer du poumon chez l'homme. Chez la femme, on retrouve le cancer du sein, suivi du cancer colorectal, puis le cancer du poumon [16].

Par ailleurs, c'est une pathologie en augmentation constante : entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer a augmenté de 89%, passant de 170 000 à 320 000 cas découverts par an [16].

Les causes de mortalité en France font du cancer la première cause pour les 65-79ans, et la deuxième cause chez les plus de 80 ans [17].

b. Hémopathies

Les hémopathies malignes sont également fréquentes chez le sujet âgé. D'après l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), on retrouve 35 000 nouveaux cas d'hémopathie maligne en France en 2012, dont la moitié chez les sujets de plus de 60 ans. Elles représentent 10% des nouveaux cas de cancer diagnostiqués.

Les hémopathies les plus représentées sont le myélome multiple, la leucémie lymphoïde chronique, le lymphome diffus à grandes cellules, et les syndromes myélodysplasiques [18].

4. But de l'oncogériatrie

L'oncogériatrie est née de la confrontation de ces 2 problématiques que sont le vieillissement de la population, et l'augmentation de l'incidence du cancer dans cette population.

Le constat était également fait de l'absence de recommandations spécifiques chez le sujet âgé quant à la réalisation des traitements standards. Cela pouvait aboutir à un risque de traiter insuffisamment un patient du fait de son seul âge et entraîner une perte de chance ; ou au contraire, un risque de sur-traitement avec une application stricte des protocoles oncologiques, pouvant entraîner des effets délétères pour le patient.

Le but est d'apporter au patient la prise en charge la plus adaptée à son profil et à sa pathologie. La décision de traitement est prise lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), de manière collégiale entre oncologues et spécialistes d'organes.

Depuis 2014 et le 3^{ème} Plan Cancer [19], le dépistage des sujets fragiles est systématique par l'inclusion dans la fiche de RCP d'un test validé, comme le G8 [20] ou le Filtre Onco-Gériatrique (FOG) [21].

5. Problématique

La population d'EHPAD est de fait une population âgée et plus dépendante que les patients âgés de la population générale des mêmes tranches d'âge.

Cependant, tous les patients résidant dans ces structures ne sont pas aussi dépendants qu'on pourrait le penser, et l'on peut supposer que certains patients souffrent dans leur prise en charge de cette image imposée.

Le cancer est une pathologie du sujet âgé. Il est fort à penser que c'est une problématique à laquelle sont confrontés fréquemment les patients et le corps médico-soignant en EHPAD.

Il existe peu de données dans la littérature concernant le cancer et la place qu'il occupe en EHPAD. Aussi, nous avons recherché la prévalence globale du cancer dans ces structures. Parallèlement, nous nous sommes intéressés à cette population particulière en tentant de décrire le profil gériatrique et la prise en charge oncologique des patients. Enfin, nous avons recherché les caractéristiques du patient pouvant influencer cette prise en charge.

OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES

- Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est de définir la prévalence du cancer chez les patients âgés de 75 ans et plus ayant développé la maladie à partir de 75 ans et résidant dans un des 50 EHPAD conventionnés avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers

- Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont multiples :

- Etudier le profil gériatrique de cette population au niveau dépendance, nutrition, cognition et comorbidités.
- Décrire la prise en charge oncologique.
- Définir les problématiques posées par cette population aux équipes soignantes.
- Rechercher les facteurs socio-démographiques et gériatriques pouvant influencer la prise en charge oncologique.

METHODOLOGIE

1. Définition de la population cible

a. Critères d'inclusion

- Tous les patients âgés de 75 ans et plus (nés en 1940 et avant cette date) ayant développé un cancer ou une récurrence de cancer, à partir de 75 ans.
- Quelles que soient la localisation et la situation de traitement (adjuvant, néoadjuvant, localement avancé ou métastatique),
- En cours de traitement spécifique, surveillance ou soins palliatifs.
- Résidant dans un des EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers au moment de l'inclusion.

Les EHPAD conventionnés correspondent aux établissements ayant signé une convention de coopération avec le CHU et Poitiers.

b. Critères de non-inclusion

- Tous les patients âgés de moins de 75 ans
- Tous les patients ayant développé un cancer avant 75 ans
- Ne résidant pas en EHPAD au moment du recueil de données

2. Recueil de données

a. Réalisation du recueil

Le recueil des données s'effectue en deux temps, sur 2 fichiers EXCEL:

- Un premier fichier, avec création d'un numéro d'anonymat, comprenant :
 - nom et prénom du patient,
 - date de naissance,
 - comorbidités évolutives.

- Un deuxième fichier (sans donnée nominative) comprenant des données gériatriques et oncologiques spécifiques au patient et à sa prise en charge.

b. Contenu du recueil de données

La pertinence des données recueillies a été évaluée avec un gériatre et un médecin de santé publique du CHU de Poitiers au cours du mois de Décembre 2014.

Devant l'hétérogénéité des dossiers d'EHPAD, et afin d'obtenir un recueil le plus homogène possible, des échelles (habituellement utilisées pour définir la dépendance, l'état nutritionnel, l'état thymique et cognitif) n'ont pu être retenues.

Ces données permettent de décrire les profils gériatrique et oncologique du patient, ainsi que la problématique que pose le patient au moment de l'inclusion.

Les données gériatriques retenues sont :

- La date et le motif d'entrée en EHPAD
- L'âge
- Le sexe
- Le score CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric) (annexe 1) [22]
- Le poids à l'entrée et le poids actuel
- Le GIR (annexe 2)
- L'état cognitif mentionné dans le dossier médical

Le score CIRS-G est une échelle validée évaluant chaque comorbidité en fonction de sa sévérité avec une notation allant de 0 à 4. Le score final est obtenu en additionnant les résultats de chaque pathologie, et nous a permis de classer les patients en 2 groupes (inférieur ou égal à 2 comorbidités, supérieur 2 comorbidités).

Les données oncologiques sont :

- La date de diagnostic du cancer
- Le type de cancer
- La présence de métastases
- La réalisation d'un bilan d'extension ou non
- Le type de prise en charge (curatif, palliatif)
- Le traitement mis en place
- La présentation en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ou non
- Le suivi en cours ou non
- La survie du patient, calculée en mois à partir de la date de diagnostic
- La problématique actuelle posée par le patient

c. Information du patient

Une information orale a été délivrée dans un premier temps aux directeurs d'EHPAD et médecins coordonnateurs lors de la réunion annuelle des EHPAD en Novembre 2014, suivi d'un courrier électronique rappelant le déroulement de l'étude.

Deux lettres d'information destinées au patient et à la personne de confiance ont été rédigées, décrivant l'objectif de l'étude et le mode de recueil des données (Annexe 3).

Ces lettres ont été envoyées aux établissements et directeurs d'EHPAD, à destination des résidents concernés.

3. Type de l'étude, durée et taille de la population

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, multicentrique, descriptive et rétrospective.

Celle-ci s'est déroulée dans 45 des 50 EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers.

En termes d'échantillonnage, il est décidé une étude la plus exhaustive possible, afin de calculer la prévalence du cancer sur l'ensemble des EHPAD conventionné avec le CHU.

4. Déroulement du recueil

Un rendez-vous était pris par l'interne en charge de la thèse, avec le médecin coordonnateur ou l'infirmière coordinatrice de chaque EHPAD.

L'interne s'est rendu dans chaque EHPAD, et les dossiers médicaux ont été consultés en présence du médecin coordonnateur ou de l'infirmière coordinatrice.

Les données ont ensuite été complétées à partir du dossier informatisé du CHU sur le logiciel TELEMAQUE et du Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) sur le site onco-poitou-charentes.fr.

Le recueil de données s'est déroulé sur 5 mois, de janvier 2015 à mai 2015.

5. Respect des règles éthiques

Chaque patient était informé de l'étude et de son déroulement par une lettre explicative, et était libre de ne pas participer en faisant savoir son refus.

Les données-patient ont été traitées uniquement par le médecin en charge de l'étude et saisies de façon anonyme.

En vertu de l'article 54 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifié par la loi du 6 août 2004, un avis a été demandé au Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS).

6. Méthode d'analyse des données

La saisie des données a été réalisée par une seule personne de façon anonyme sous la forme d'une feuille de calcul Microsoft EXCEL n°99992-117-611-452.

a. Détermination de la prévalence

La prévalence a été calculée comme étant le nombre de patients ayant développé un cancer ou une récurrence de cancer parmi la population étudiée, sur le nombre total de résidents des 45 EHPAD étudiés, avec un intervalle de confiance de 95 %.

b. Analyses descriptives

Pour les variables quantitatives (âge, CIRS-G), une analyse de la distribution de chaque modalité a été réalisée sous la forme de moyennes et écart-types.

Les variables qualitatives ont été présentées sous la forme d'effectifs et de pourcentages.

Le GIR a été interprété comme variable qualitative (autonome, dépendant, très dépendant).

c. Analyses comparatives des variables explicatives

Nous avons croisé les variables ci-dessous, afin d'établir le lien possible entre :

- d'une part l'âge au diagnostic, et d'autre part la réalisation du bilan d'extension, de la RCP, et du traitement.
- d'une part les comorbidités, en croisant 2 groupes (inférieur ou égal à 2 comorbidités, supérieur à 2 comorbidités), et d'autre part la réalisation du bilan d'extension, de la RCP, et du traitement.
- d'une part, l'entrée en institution, et d'autre part la réalisation du bilan d'extension, de la RCP et du traitement.
- entre l'âge actuel du patient, le nombre de comorbidités, la présence d'une démence, l'autonomie et le délai de fin de traitement d'une part, et le suivi d'autre part.

Les pourcentages ont été analysés en analyse univariée puis multivariée grâce à un test de régression logistique, avec calcul de l'Odds Ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (IC 95%).

Le logiciel utilisé était SAS 9.3 (SAS Institute[®]).

RESULTATS

1. Taille de l'échantillon

45 EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers ont participé à l'étude sur une période de 4 mois de janvier à avril 2015.

2 552 dossiers ont été consultés, par les médecins coordonnateurs, infirmières coordinatrices, et par l'interne en charge de l'étude.

Sur les 2 552 dossiers consultés, 214 répondaient aux critères d'inclusion de l'étude.

2. Prévalence

a. Prévalence globale

La prévalence globale, tous cancers confondus, était de 8,38% [7,3%-9,5%].

b. Prévalence partielle

Elle représente le nombre de patients ayant développé un cancer sur une période donnée et vivants au moment du recueil.

- La prévalence partielle à un an est de 2,27%.
- La prévalence partielle à 5 ans est de 5,7%.

3. Données Gériatriques (Tableau 1)

La population incluse était majoritairement constituée de femmes (63%).

L'âge moyen au moment du recueil était de 89,7 ans, avec une majorité de patients de plus de 90 ans (54%).

La population était en majorité dépendante (50% de GIR 3-4) à très dépendante (44% de GIR 1-2), et polypathologique (57% ayant plus de 2 comorbidités).

L'entrée en EHPAD était liée principalement à une problématique relative aux comorbidités (39%) et à des troubles cognitifs (29%), avec une faible place pour les pathologies cancéreuses (10%).

La durée moyenne d'institutionnalisation était de 2 ans.

Parmi les syndromes gériatriques recherchés, 42% des patients présentaient des troubles cognitifs modérés à sévères, et 10% une perte de poids supérieure à 11% depuis l'admission en EHPAD.

Données Gériatriques	n	%
Sexe		
F	135	63
H	79	40
Âge		
75-84 ans	33	15
85-89ans	66	31
90-95ans	88	41
>95ans	27	13
Motif d'entrée en EHPAD		
Cancer	21	10
Comorbidités	83	39
Démence	63	29
Souhait	47	22
Autonomie		
GIR 5-6	14	6
GIR 3-4	107	50
GIR 1-2	93	44
Comorbidités		
≤2 comorbidités	92	43
≥3 comorbidités	122	57
Troubles cognitifs		
Oui	90	42
Non	124	58
Perte de poids		
Non ou <10%	191	89
>10%	23	11
Durée d'institutionnalisation		
<1 an	33	16
[1-2 ans]	46	22
>2 ans	133	63

Tableau 1 : données gériatriques

4. Données oncologiques (Figures 1 et 2, Tableau 2)

a. Description des données brutes

Au moment du diagnostic, la population incluse avait en majorité moins de 85 ans (47%), et n'était pas encore institutionnalisée (63%). Le diagnostic a été posé pour la plupart des patients il y a moins de 5 ans (72%).

Les localisations retrouvées le plus fréquemment étaient cutanées (26%), digestives (18%) et mammaires (18%), suivies des hémopathies (11%) et des cancers de prostate (10%). Peu de patients présentaient des localisations secondaires (12%).

Concernant la prise en charge du cancer, un bilan d'extension était réalisé pour 61% des patients, et seulement 35% avaient été présentés en RCP.

Un traitement a été réalisé pour 83% des patients, avec décision d'une prise en charge curative pour 62%.

Le traitement le plus fréquent était la chirurgie pour 55% des patients traités.

Données oncologiques	n	%
Localisations secondaires		
Oui	25	12
Non	189	88
Âge au diagnostic		
Avant 85 ans	101	47
Entre 85 et 90 ans	64	30
Après 90 ans	49	23
Diagnostic par rapport à l'entrée en EHPAD		
Avant	134	63
Après	80	37
RCP		
Oui	73	35
Non	141	65
Bilan d'extension		
Oui	128	61
Non	82	39
Traitement		
Oui	176	83
Non	36	16
Type de prise en charge		
Curatif	130	62
Palliative	81	38
Type de traitement		
Chirurgie	118	55
Chimiothérapie	24	11
Radiothérapie	36	17
Hormonothérapie	45	21
Abstention	28	13
Refus	8	4

Tableau 2 : données oncologiques

Localisation des cancers

- Cutanée
- Digestive
- Mammaire
- Hémopathies
- Prostate
- Rein/Vessie
- Gynécologique
- Poumon/ORL
- Autres
- SNC

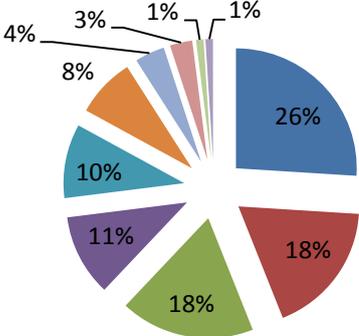


Figure 1 : localisation des cancers

Temps depuis le diagnostic

- ≤1 an
- 1-5 ans
- >5ans

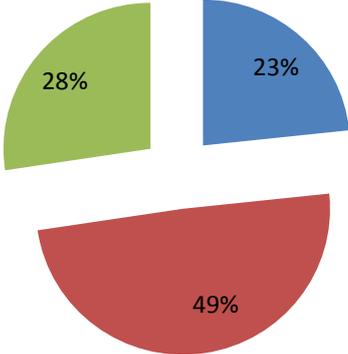


Figure 2 : temps depuis le diagnostic.

b. Facteurs influençant la prise en charge oncologique – analyses univariées

i. Réalisation du bilan d'extension (tableau 3)

Les analyses concernant le bilan d'extension n'ont pas pris en compte les carcinomes basocellulaires et ont été réalisées sur 180 patients. Les données manquaient pour 4 patients : 2 pour lesquels le diagnostic de cancer était très récent, 2 pour lesquels le diagnostic était très ancien.

On retrouvait une association statistiquement significative entre l'âge au diagnostic et la réalisation du bilan d'extension. Plus le patient était âgé, moins le bilan d'extension était réalisé.

Le fait d'être institutionnalisé ou non, et l'âge au moment du diagnostic n'influençaient pas la réalisation du bilan d'extension.

Bilan d'extension	Oui n (%)	Non n (%)	OR	IC 95%
Âge au diagnostic			0,917	[0,863-0,974]
<85 ans	68 (54%)	18 (36%)		
85-90 ans	39 (31%)	14 (28%)		
>90 ans	19 (15%)	18 (36%)		
Diagnostic/Entrée en EHPAD			0,996	[0,507-1,956]
Avant	78 (62%)	31 (62%)		
Après	48 (38%)	19 (38%)		
Nombre de comorbidités			0,852	[0,640-1,134]
≤2 comorbidités	61 (48%)	16 (32%)		
≥3 comorbidités	65 (52%)	34 (68%)		

Tableau 3 : facteurs influençant le bilan d'extension

ii. **Présentation en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
(Tableau 4)**

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre la présentation en RCP et le fait d'être institutionnalisé, le nombre de comorbidités ou l'âge au diagnostic.

Les données RCP manquaient pour 5 patients pris en charge initialement hors-région.

Présentation en RCP	Oui n (%)	Non n (%)	OR	IC95%
Âge au diagnostic			1,011	[0,962-1,062]
<85 ans	29 (30%)	70 (70%)		
85-90 ans	27 (44%)	35 (56%)		
>90 ans	17 (35%)	31 (65%)		
Diagnostic/Entrée en EHPAD			0,739	[0,413-1,323]
Avant	42 (32%)	88 (68%)		
Après	31 (39%)	48 (61%)		
Nombre de comorbidités			1,022	[0,798-1,310]
≤2 comorbidités	33 (37%)	56 (63%)		
≥3 comorbidités	40 (33%)	80 (77%)		

Tableau 4 : facteurs influençant la présentation en RCP

iii. **Traitement des patients (Tableau 5)**

Il existait une association statistiquement significative entre la réalisation du traitement et l'âge au diagnostic, et entre la réalisation du traitement et le fait d'être institutionnalisé.

Le traitement était moins réalisé chez les patients institutionnalisés, et chez les patients plus âgés.

Les données manquaient pour 2 patients du fait de la découverte récente de leur cancer.

Traitement	Oui n (%)	Non n (%)	OR	IC 95%
Âge au diagnostic			0,906	[0,850-0,967]
<85 ans	87 (87%)	13 (13%)		
85-90 ans	54 (86%)	9 (14%)		
>90 ans	36 (73%)	13 (27%)		
Diagnostic/Entrée en EHPAD			2,848	[1,368-5,930]
Avant	118 (89%)	15 (11%)		
Après	59 (75%)	20 (25%)		
Nombre de comorbidités			0,776	[0,564-1,069]
≤2 comorbidités	80 (88%)	11 (12%)		
≥3 comorbidités	97 (80%)	24 (20%)		

Tableau 5 : facteurs influençant le traitement

c. Facteurs influençant la prise en charge oncologique : analyse multivariée (tableau 6)

Les résultats des analyses univariées ont été utilisés pour une analyse multivariée, dans laquelle les variables «diagnostic avant/après entrée en EHPAD», «nombre de comorbidités», et «âge au diagnostic» ont été ajustées entre elles.

Analyses multivariées	OR	IC 95%
Bilan d'extension		
Diagnostic avant/après EHPAD	0,682	[0,327-1,419]
Nombre de comorbidités	0,818	[0,606-1,104]
Age au diagnostic	0,904	[0,847-0,965]
RCP		
Diagnostic avant/après EHPAD	0,747	[0,402-1,391]
Nombre de comorbidités	1,012	[0,788-1,299]
Age au diagnostic	1,002	[0,951-1,056]
Traitement		
Diagnostic avant/après EHPAD	2,062	[0,947-4,490]
Nombre de comorbidités	0,758	[0,538-1,069]
Age au diagnostic	0,918	[0,855-0,986]

Tableau 6 : analyse multivariée des données oncologiques

Dans cette analyse, seul l'âge au diagnostic était associé à une moindre réalisation du bilan d'extension, et à une moindre réalisation du traitement.

Dans notre étude, plus le patient était âgé au moment du diagnostic, moins le bilan d'extension et le traitement étaient réalisés.

5. Suivi des patients traités

a. Description des données brutes (tableau 7)

L'analyse du suivi a été réalisée sur 141 patients. Nous avons retiré les patients qui étaient en cours de traitement, car de fait en cours de suivi, et n'avons gardé que les patients ayant reçu un traitement.

Suivi	Oui n(%)	Non n(%)
Délai fin de traitement		
<2ans	30 (70)	23 (24)
[2-5ans]	4 (9)	22 (23)
>5ans	9 (21)	5 (53)
Age actuel		
75-84 ans	10 (23)	9 (10)
85-89 ans	17 (40)	22 (23)
90-94 ans	14 (33)	51 (54)
>95 ans	2 (4)	13 (14)
Nombre de comorbidités		
≤2	21 (49)	22 (44)
≥3	22 (51)	53 (56)
Troubles cognitifs		
Oui	13 (30)	44 (46)
Non	30 (70)	51 (54)
Autonomie		
Gir 5-6	3 (7)	6 (6)
GIR 3-4	29 (67)	43 (45)
GIR 1-2	11 (26)	46 (49)

Tableau 7 : suivi des patients traités

b. Analyse univariée du suivi (tableau 8)

Le suivi des patients traités (141), hors patients en cours de traitement, a été analysé grâce une régression logistique simple avec les variables suivantes :

- Délai de fin de traitement (<2ans, 2-5ans, >5ans),
- Age actuel,
- Nombre de comorbidités,
- Autonomie,
- Troubles cognitifs,
- Métastases.

Suivi	OR	IC 95%
Fin de traitement		
]2-5ans] vs [0-2ans]	0,139	[0,042-0,461]
[>5ans[vs [0-2ans]	0,138	[0,056-0,337]
Age actuel	0,881	[0,810-0,958]
Comorbidités	0,838	[0,615-1,142]
Autonomie		
Dépendants vs Autonomes	1,349	[0,312-5,830]
Très dépendants vs Autonomes	0,478	[0,103-2,218]
Démence	0,502	[0,234-1,080]
Métastases oui vs non	6,022	[1,739-20,850]

Tableau 8 : Suivi – Analyse univariée

Il existe une association statistiquement significative avec le délai de fin de traitement, l'âge actuel du patient, le nombre de comorbidités et la présence de métastases.

c. Analyses multivariées (tableau 9)

Les analyses univariées ont été utilisées pour la réalisation d'une régression logistique multiple, dans laquelle les variables précédentes, ont été ajustées entre elles.

ANALYSE MULTIVARIEE	OR	IC 95%
Délai fin de traitement	0,365	[0,218-0,610]
Age	0,899	[0,810-0,998]
Nombre de comorbidités	0,763	[0,522-1,116]
Dépendants vs Autonomes	1,149	[0,231-5,721]
Très dépendants vs Autonomes	0,362	[0,063-2,077]
Troubles cognitifs Oui vs Non	0,878	[0,344-2,243]
Métastases Oui vs Non	3,589	[0,770-16,726]

Tableau 9 : Suivi – Analyse multivariée

Lorsque les variables sont ajustées entre elles, on ne retrouve plus que le délai de fin de traitement et l'âge actuel du patient comme facteur étant associé au suivi.

Au moment du recueil de données, plus le patient était âgé, moins il était suivi. De même, plus le délai de fin de traitement était grand, moins le patient était suivi.

6. **Problématique actuelle** (Figure 3)

Les problématiques posées actuellement par le patient étaient principalement en rapport avec la dépendance (28%) et les comorbidités (16%), et d'une moindre proportion avec le cancer (15%).

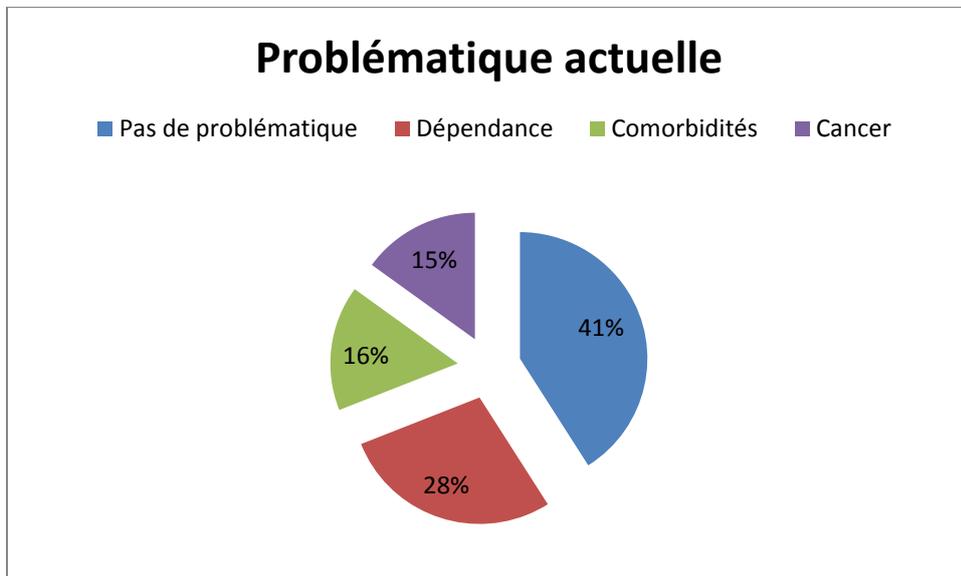


Figure 3 : Problématique actuelle

DISCUSSION

1. Prévalence des cancers

a. Prévalence globale

Dans notre étude, la prévalence globale, tous cancers confondus, développés à partir de 75 ans chez des patients résidant en EHPAD, est de 8,38%.

Ce chiffre est nettement inférieur à la prévalence des cancers dans la population générale des plus de 75 ans. En effet, une étude de la prévalence en France à partir des registres nationaux de 2008, retrouve jusqu'à 33% de prévalence globale chez les hommes, et 14% chez les femmes à partir de 75 ans [23]. De même, dans la New England Centenarian Study la prévalence globale est de 20% chez les femmes et 22% chez les hommes. [24]

Cependant, les chiffres de prévalence concernant la population d'EHPAD retrouvés dans la littérature se rapproche des 8,38% de notre étude. En 2005, dans une étude américaine sur les EHPAD du New Hampshire, la prévalence globale est de 8,8% [25]. D'autres études retrouvent environ 10% de prévalence de cancers à l'admission en EHPAD [26,27].

Cette différence de prévalence entre la population en structure et la population générale peut s'expliquer par un sous diagnostic des patients résidant en EHPAD comparativement aux patients à domicile dans les mêmes tranches d'âge. Ainsi dans notre étude, seulement 37% des cancers sont diagnostiqués après l'entrée en structure.

Plusieurs arguments peuvent venir étayer cette hypothèse :

- Les stratégies de dépistage et de diagnostic précoce sont probablement moins réalisées dans la population d'EHPAD, comparativement aux populations des mêmes tranches d'âge. Le dépistage organisé des cancers les plus fréquents (sein et colo-rectal), est recommandé jusqu'à l'âge de 74 ans. Après cet âge, il n'existe plus de dépistage de masse, mais un dépistage individuel du cancer, laissé à l'appréciation

du médecin, alors même que le risque de cancer augmente à partir de 75 ans. Aussi, notre population d'EHPAD est plus dépendante et polypathologique que la population générale des mêmes tranches d'âge, et de ce fait la balance bénéfique/risque de certains examens complémentaires à visée diagnostique (coloscopie par exemple), doit toujours être évaluée. La nécessité d'établir des stratégies devant l'absence de standards concernant le dépistage chez le sujet âgé a déjà été évoquée dans d'autres études [28]. L'augmentation de l'espérance de vie à 75 ans, la population âgée croissante et l'augmentation du risque de développer un cancer après 75 ans, doivent inciter à la réalisation de recommandations afin de limiter le retard au diagnostic et la perte de chance qui en découle. Le 2^{ème} plan cancer avait proposé 2 pistes : étendre le dépistage de masse aux 75-80 ans, ou élaborer un programme de recommandations pour un dépistage opportuniste, qui pourrait permettre au médecin traitant d'adapter les recommandations en fonction des patients et de leur âge physiologique.

- On peut également évoquer le moindre dépistage et diagnostic chez les patients présentant des troubles cognitifs. En effet, plusieurs études ont montré que cette population était sous-diagnostiquée, et qu'en l'absence de recommandations, les médecins généralistes ne pratiquaient pas de dépistage [29,30]. Or, dans notre population, les patients présentant des troubles cognitifs représentent près d'un patient sur deux, et la question du diagnostic de cancer dans cette population doit être encore étudiée.
- Le diagnostic du cancer est souvent tardif chez le sujet âgé du fait des symptômes initiaux noyés avec les symptômes des nombreuses comorbidités associées. La prévalence du cancer est sûrement influencée, dans cette population polypathologique, par un diagnostic tardif, voire très tardif ou inexistant. [31]
- Enfin, si les EHPAD sont un lieu où la fin de vie est possible, les patients présentant un cancer évolué entraînant une perte d'autonomie importante sont peu représentés (12% de patients métastatiques). La politique actuelle privilégiant le maintien à domicile, on peut imaginer que ce maintien est possible tant que la

maladie est contrôlée. Cependant, la dégradation parfois rapide de l'état général et des délais d'attente pour une institutionnalisation souvent longs, ne permettent pas au patient d'accéder à une structure, entraînant comme corolaire des décès à l'hôpital.

b. Prévalence partielle

La prévalence partielle à un an retrouvée dans notre étude est de 2,3%, soit près de 30% des cancers diagnostiqués il y a moins d'un an en cours de prise en charge ou de traitement. Cela sous-entend une quantité de soins plus importante pour tous ces patients.

La prévalence partielle à 5 ans est de 5,7%, soit environ 60% des cancers en cours de traitement, surveillance clinique ou para-clinique.

De la même façon que les chiffres de prévalence globale, on retrouve dans la population générale des plus de 75 ans, des chiffres de prévalence partielle à 5 ans plus élevés allant de 3,5% chez les femmes de plus de 85 ans, à 9% chez les hommes de 75-84 ans [23].

Par ailleurs, le rapport PUGG 2014 sur la place du cancer dans l'ensemble des filières gériatriques retrouve 50% de diagnostics il y a moins d'un an, et 80% il y a moins de 5 ans, différence expliquée par le fait que les patients étaient recrutés en grande partie dans les services de médecine gériatrique [32].

Ainsi, les cancers diagnostiqués récemment prennent une place importante par rapport à la totalité des cancers. Aussi, ces cancers sont générateurs de soins, sur les plans médical, social et psychologique, à l'échelle du patient et de sa famille.

2. Répartition des cancers

Les cancers les plus fréquemment retrouvés dans notre étude sont les cancers cutanés (26%), digestifs (18%), mammaires (18%), les hémopathies (11%), et le cancer de la prostate (10%).

Cette répartition est différente de celle rencontrée dans la population générale où le cancer de la prostate arrive en tête chez l'homme (34%) et le cancer du sein chez la femme (40%) [23].

Cependant, en 2010, Extermann étudie une cohorte de 177 patients de plus de 90 ans à partir de registres du cancer aux Etats-Unis, et retrouve des chiffres comparables à ceux de notre étude avec par ordre de fréquence les cancers cutanés (25%), mammaires (14%), digestifs et ORL (8,5%), et enfin prostate (6,8%) [33].

A notre connaissance, il n'existe pas de chiffre de prévalence par cancer en EHPAD spécifiquement, mais on peut prétendre à une part importante des cancers cutanés à contrario des cancers de prostate faiblement représentés.

En effet, on peut supposer que si le dépistage individuel est moins réalisé que dans la population générale, les cancers à l'origine de symptômes visibles par les soignants, comme une lésion cutanée, une masse mammaire, un saignement digestif, continuent à être à l'origine d'explorations et de diagnostics.

De la même façon, on peut supposer que d'autres cancers à l'origine de symptômes généraux, comme une altération de l'état général, ou une anémie, chez des patients polypathologiques et dépendants, peuvent ne pas être explorés et non diagnostiqués ou diagnostiqués tardivement expliquant la sous-représentation des cancers de prostate et des hémopathies notamment.

3. Données gériatriques

Les profils gériatriques des patients inclus dans notre étude étaient représentatifs des profils des patients résidant en EHPAD, à savoir une population très âgée, dépendante, polyopathologique et présentant des syndromes gériatriques.

En effet, on retrouvait un âge moyen élevé de 89,7 ans, cependant plus élevé que l'âge moyen en EHPAD retrouvé en 2010 par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements médico-sociaux qui était de 85 ans [34]. La proportion hommes/femmes retrouvée était la même que dans la population générale, avec une majorité de femmes (63%) [35].

Notre population était en grande majorité dépendante à très dépendante, avec 43% des patients en GIR1-2 et 50% en GIR 3-4. On retrouve également ces proportions dans le rapport de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie avec 50% des résidents d'EHPAD en GIR 1 ou 2 [36]. Cependant, le retentissement du cancer sur l'autonomie a déjà été montré notamment par Buchanan en 2005, qui retrouvait des patients en EHPAD avec cancer plus âgés et plus dépendants que les autres résidents [37].

Il nous a été difficile d'établir le profil oncogériatrique de notre population devant l'absence, pour beaucoup, des outils (échelles, marqueurs) validés en oncogériatrie, dans les dossiers d'EHPAD.

En effet, nous avons pu constater la non-uniformisation des dossiers médicaux en EHPAD avec notamment la faible réalisation de l'albumine, marqueur de dénutrition [38], l'absence de Mini Nutritionnal Assessment [39], ainsi que la non-documentation des troubles cognitifs par le MMS, outils de dépistage des recommandations de la HAS [40]. On peut donc supposer que nos résultats sont sous-estimés, avec 11% de patients présentant une perte de poids supérieure à 10%, et 42% de patients présentant des troubles cognitifs modérés à sévères. Le rapport ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) en 2010 retrouvait 45% de patients atteints d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée. [34]

Par ailleurs, nous avons pu constater une proportion importante de patients dépendants avec un GIR 3-4, chez une population polypathologique avec des comorbidités supérieures ou égales à 2 pour 57% des patients. Cependant le GIR n'est pas un bon indicateur oncogériatrique et représente une population très hétérogène. L'évaluation gériatrique standardisée trouve alors tout son intérêt, afin de déterminer les profils «intermédiaires» (dépendance fonctionnelle et/ou une à deux comorbidités susceptibles de décompenser) et les profils «fragiles», (dégradation majeure de l'état de santé, avec plus de trois comorbidités et/ou un syndrome gériatrique évolutif). En effet, dans le premier groupe, des adaptations thérapeutiques seront envisagées, et dans le second un traitement palliatif sera préféré [41].

Enfin, on peut s'interroger sur les particularités de la prise en charge des patients présentant des troubles cognitifs sévères. En effet, cette population représentait presque la moitié des patients inclus dans notre étude. Si nous avons déjà pu évoquer le moindre dépistage et diagnostic du cancer dans cette population, des questions éthiques relatives à la prise en charge de ces patients, l'évaluation des symptômes, peuvent être posées. Il a déjà été mis en évidence que les patients déments atteints de cancer reçoivent moins de traitements antalgiques que les patients aux fonctions cognitives préservées [28]. Or, si le traitement étiologique doit se discuter, tous les patients doivent a priori prétendre au traitement de leurs symptômes.

4. Données oncologiques et facteurs influençant la prise en charge

Malgré la diversité des localisations de cancer et des profils gériatriques, plusieurs axes de réflexion ressortent de notre étude.

En effet, nous avons pu constater que, en dépit du grand âge au diagnostic avec un diagnostic après 85 ans pour 52% des patients, et 22% pour les plus de 90 ans, un traitement curatif était préféré pour une majorité des cas (62%).

Par ailleurs, la prise en charge du cancer était une problématique récente puisque pour 72% des patients, le diagnostic avait été posé il y a moins de 5 ans. Cependant, la faible proportion de diagnostics posés après institutionnalisation (37%), nous invite à penser, comme indiqué dans la première partie, que le dépistage et le diagnostic du cancer sont moins réalisés en EHPAD qu'au domicile.

Concernant la prise en charge en amont du traitement, le bilan d'extension était réalisé pour 72% des patients. En analyse univariée et multivariée, l'âge au diagnostic apparaît comme étant un facteur influençant la réalisation du bilan d'extension. Plus le patient est âgé au moment du diagnostic, moins il bénéficie de bilan d'extension.

Cette diminution de la proportion de réalisation d'explorations à mesure que l'âge avance, associée à l'âge élevé moyen au diagnostic, peut être un argument pour expliquer la faible proportion de cancers métastatiques (12%) en EHPAD.

En effet, si l'on dépiste et diagnostique moins, on recherche également moins les localisations secondaires. Il est important d'évaluer la balance bénéfique/risque de certains examens complémentaires chez le sujet âgé très fragile. Le profil gériatrique et oncogériatrique est alors nécessaire pour éviter les risques d'une sous ou sur-réalisation d'explorations. Cependant même si la prise en charge étiologique peut ne pas être modifiée, poser un diagnostic précis peut permettre parfois de mieux appréhender une prise en charge palliative terminale [28].

Par ailleurs, nous avons pu constater qu'une minorité (35%) des patients inclus dans notre étude avait été présentée en RCP. Pour autant aucun des facteurs étudiés (âge au

diagnostic, nombre de comorbidités, fait d'être institutionnalisé) ne semble influencer cette décision.

D'après l'HAS, la RCP regroupe des professionnels de santé de plusieurs disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la prise en charge la plus adaptée [42]. Elle est entrée dans le cadre légal dans une circulaire du 22 février 2005, et devenue obligatoire pour tout nouveau diagnostic de cancer [43]. Depuis le 3^{ème} Plan Cancer 2014-2019 [44], la fiche de RCP est à compléter, pour tous les patients de 75 ans et plus, d'un test de pré-screening type G8 [45] ou FOG [21], afin d'évaluer la nécessité d'une évaluation gériatrique. Il existe donc des pistes d'amélioration pour modifier effectivement la prise en charge du patient âgé atteint de cancer.

On peut supposer également que d'autres facteurs intercurrents que l'âge peuvent interférer dans la réalisation du bilan d'extension et de la présentation en RCP, comme l'état cognitif ou la dépendance au moment du diagnostic, que nous n'avons pas pu évaluer dans notre étude.

Concernant le traitement, nous avons pu constater qu'une majorité des patients avaient bénéficié d'une prise en charge curative, avec la réalisation d'un traitement pour 83%. Parmi les traitements, la chirurgie était largement préférée (55%), avec une part moins importante pour l'hormonothérapie, la radiothérapie, et la chimiothérapie. Dans une cohorte de 177 patients nonagénaires, Extermann retrouvait en 2010 également la chirurgie comme traitement le plus utilisé (41%), avec le moins d'effets secondaires indésirables [46]. Cependant, la crainte d'effets secondaires de la radiothérapie et la chimiothérapie ne doit pas entraîner un sous-traitement. Plusieurs études ont montré les bénéfices de ces stratégies thérapeutiques, même chez les patients âgés [47,48].

Parmi les facteurs influençant la réalisation du traitement, le fait d'être institutionnalisé au moment du diagnostic était significativement associés à une moindre réalisation de traitements en analyse univariée.

On peut supposer que le fait d'être institutionnalisé entraîne, dans les croyances du médecin, une image « négative » de ces patients fragiles, voire très fragiles. On peut souligner la proportion importante de patients dépendant GIR 3-4, pouvant

correspondre à des profils intermédiaires ou fragiles, chez lesquels l'évaluation oncogériatrique trouve toute sa place.

En analyse multivariée, seul l'âge au diagnostic était associé au traitement : plus le patient était âgé au moment du diagnostic, moins il bénéficiait de traitement. On retrouve également dans la littérature l'âge au diagnostic comme un facteur de risque de sous-traitement [49,50]. Il existe probablement d'autres facteurs influençant la réalisation du traitement, comme l'état cognitif et le statut fonctionnel du patient, mais ces variables n'ont pas pu être analysées dans notre étude par manque de données dans les dossiers.

Toutefois, il est important de noter que, dans l'évaluation oncogériatrique pré-thérapeutique, ce n'est pas l'âge chronologique qui doit influencer les décisions médicales, mais bien l'âge physiologique qui tient compte, entre autres, des statuts fonctionnel, cognitif, nutritionnel et de l'évaluation des comorbidités évolutives.

Concernant le suivi, les paramètres influençant sa fréquence sont différents en fonction du cancer, du type histologique, de la prise en charge adoptée curative ou palliative, de la réalisation des différents traitements. Cependant, nous nous sommes posés la question de savoir si les caractéristiques intrinsèques du patient pouvaient être associées à un meilleur suivi. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés aux seuls patients ayant reçu un traitement. L'analyse multivariée des variables retrouvait comme facteur associé à un moindre suivi, le délai par rapport à la fin du traitement, ainsi que l'âge au diagnostic.

S'il est logique que le suivi soit moins important plus on s'éloigne de la fin de traitement, on peut souligner que l'âge chronologique du patient semble encore une fois influencer la prise en charge du patient. Or, si un patient est éligible à un traitement particulier, on peut s'attendre à ce que le suivi post-traitement soit réalisé avec la même assiduité.

Une surveillance alternée entre spécialiste, et médecin généraliste ou oncogériatre, lors de consultations dédiées au suivi du cancer, pourraient être une piste pour améliorer ce suivi.

Il est intéressant de noter enfin que la présence de troubles cognitifs, l'autonomie, et le nombre de comorbidités ne semblaient pas influencer le suivi post-traitement.

5. Le cancer comme problématique en EHPAD

Le cancer reste un motif d'institutionnalisation moins fréquent (10%) que la perte d'autonomie relative aux comorbidités (39%) et à la démence (29%). Une étude en 2005 sur 61 890 patients admis en EHPAD aux Etats-Unis, montre que 11,8% des patients avaient un diagnostic de cancer à l'admission, et que parmi ces patients, 19% étaient admis pour des soins de confort de prise en charge palliative [37]. On peut penser que les difficultés d'accès aux EHPAD actuellement, avec des listes d'attente importantes, associées à une évolutivité parfois rapide du cancer, diminue la proportion de patients institutionnalisés pour une problématique relative au cancer.

Le cancer comme problématique principale semblait ensuite prendre une part plus importante. En effet, 15% des patients avaient une problématique principale en lien avec leur cancer au moment du recueil de données. La problématique « cancer » regroupait les problématiques relatives aux symptômes de la maladie, aux complications du traitement, ou encore à une prise en charge palliative ou d'une symptomatologie douloureuse. Une étude américaine comparant les symptômes présentés par 10900 patients institutionnalisés, montrait que les patients avec cancer présentaient significativement plus de symptômes (douleur, dyspnée, diarrhée...) que les patients indemnes de cancer [51]. Cela confirme que le cancer est source de soins. Aussi, une étude anglaise sur 127 patients institutionnalisés, prospective, a montré que le cancer était associé à un risque d'hospitalisation aiguë accru par rapport aux autres patients [52].

Toutes les hospitalisations ne sont pas évitables. Cependant, elles peuvent être source d'angoisse pour le patient, sa famille, et de iatrogénie.

En juillet 2015, la HAS établit des recommandations sur les hospitalisations évitables chez le patient vivant en EHPAD. Les pistes d'amélioration à privilégier concernent la

prévention des chutes, la iatrogénie, le développement des soins palliatifs, par une meilleure coordination des soins, le développement du regard gériatrique et de la pluridisciplinarité, un accès facilité pour les structures auxiliaires comme l'HAD [53].

Extrapolées au patient présentant un cancer en EHPAD, on ne peut qu'encourager le développement de la collaboration entre les filières gériatriques afin d'éviter les hospitalisations via les urgences, de par des avis téléphoniques, consultations externes, ou hospitalisations directes.

6. Limites et biais de l'étude

a. Biais de sélection

Le biais de sélection était peu présent dans notre étude.

En effet, sur les 50 EHPAD, 45 ont participé à l'étude. Ils étaient de type différent : privés, publics, avec unité protégée ou non, ce qui rend la population source a priori représentative de la population d'EHPAD, composée de 2 552 patients, dont chaque dossier a été consulté de manière exhaustive.

Par ailleurs, notre étude s'intéressait uniquement au cancer du sujet âgé, et tous les patients ayant développé un cancer avant 75 ans étaient exclus.

b. Biais d'information

Le biais d'information a été un facteur limitant nous conduisant à modifier certains critères d'évaluation du profil gériatrique des patients inclus.

En effet, nous avons pu constater l'hétérogénéité des dossiers en fonctions des EHPAD, avec des logiciels utilisés différents, des modes de fonctionnement différents et une hétérogénéité de prise en charge gériatrique des patients. L'absence d'utilisation d'échelles validées dans une grande partie des cas, nous a conduits à modifier nos critères gériatriques :

- Le statut nutritionnel n'a pas été bien évalué, de par la trop faible proportion du dosage de l'albumine et de la réalisation du MNA,

- Le statut cognitif était défini à partir des comorbidités notées dans le dossier médical et souvent évalué a priori, en l'absence de test neuropsychologique ou de MMS,
- Le statut fonctionnel était mal évalué, les outils validés comme l'ADL étant peu utilisés. A défaut, le GIR du patient a été recueilli, ce qui reflète moins bien les capacités fonctionnelles du patient.

Ainsi, le profil gériatrique du patient n'a pu être étudié qu'à minima. On aurait pu s'attendre à retrouver ces échelles validées de manière consensuelle. Par ailleurs, ces données gériatriques reflètent l'état actuel du patient. Il aurait pu être intéressant de retrouver ces données au moment du diagnostic, ainsi qu'à l'entrée en structure, et comparer l'évolution du patient sur les plans nutritionnel, cognitif et fonctionnel.

c. Biais de confusion

Le biais de confusion a été limité par le fait de ne comparer que ce qui était comparable. En effet, nous nous sommes attachés à comparer les éléments comparables au moment du diagnostic, et les éléments en notre possession concernant la prise en charge ou le profil du patient actuellement.

Par ailleurs, les analyses uni-variées étaient complétées d'analyses multi-variées, ce qui diminue le biais de confusion.

7. Perspectives

Le résultat de notre étude, dont l'objectif était de déterminer la prévalence du cancer développé à partir de 75 ans en EHPAD, retrouve une prévalence tous cancers confondus de 8,38%, ce qui est nettement inférieur à la prévalence du cancer dans la population générale.

Nous avons pu constater que la population de notre étude, comme les populations d'EHPAD, était polypathologique, dépendante, avec la présence de syndromes gériatriques comme la démence et la dénutrition.

Ce faible chiffre de prévalence, 3 fois moins en moyenne que dans la population générale des mêmes tranches d'âge, nous invite à penser que de nombreux patients résidant en EHPAD, vivent avec un cancer non diagnostiqué. Or, la population d'EHPAD est une population très âgée et, malgré l'absence de diagnostic pour certains, ils ont vécu jusqu'à ce grand âge.

L'âge chronologique, indépendamment de l'âge physiologique, semble encore trop présent dans les décisions d'explorations complémentaires et de traitement. De ce fait, il nous semble important que les personnels médicaux et soignants soient sensibilisés aux particularités de l'oncogériatrie.

Plusieurs pistes d'amélioration se dégagent de notre étude :

- L'élaboration de recommandations de bonnes pratiques concernant le dépistage et le diagnostic précoce pourraient être une aide dans la pratique quotidienne du médecin généraliste, qui est l'acteur du système de soins qui travaille au plus près de cette population.
- Une formation des soignants en EHPAD, médecins coordonnateurs, et médecins généralistes sur les thématiques d'oncogériatrie et ses particularités pourrait entrer dans le cadre de la formation continue.
- Une amélioration de la communication au sein de la filière gériatrique (avis téléphoniques spécialisés, consultations externes, hospitalisations directes)

pour répondre à certaines demandes permettrait de raccourcir les circuits de soins.

- Le suivi pourrait être réalisé au cours de consultations dédiées à plusieurs échelles : spécialiste, médecin traitant et oncogériatre.

CONCLUSION

Notre étude sur la prévalence et la prise en charge du cancer en EHPAD est à notre connaissance, une des premières à avoir été réalisée en France.

La prévalence retrouvée, de 8,38%, bien moindre comparativement à la population générale, nous laisse penser que le cancer en EHPAD est sous-diagnostiqué.

Le portrait que nous avons pu dresser du patient présentant un cancer en EHPAD est une femme, plus âgée que la population d'EHPAD, dépendante à très dépendante, polyopathologique, et présentant en majorité un cancer cutané, digestif ou mammaire.

Les recommandations concernant le diagnostic du cancer ne sont pas définies pour la population âgée, voire très âgée qui de surcroît semble souffrir de cette image que le médecin a de la dépendance.

L'âge au diagnostic est encore dans notre étude une variable qui influence, à elle seule, la prise en charge oncologique du patient. Les patients plus âgés ont significativement moins de bilan d'extension, et sont moins traités que les patients plus jeunes, confirmant le poids de l'âge chronologique et l'image générale du patient âgé sur l'âge physiologique. De la même façon, les patients plus âgés sont moins suivis que les patients plus jeunes. Des consultations dédiées au suivi du cancer par le médecin généraliste ou un oncogériatre pourraient être une piste pour améliorer le suivi de ces patients.

L'espérance de vie ne doit être la seule motivation du médecin dans la prise en charge de son patient. La question doit être posée en termes de qualité de vie. Vit-on mieux avec un cancer diagnostiqué ? La prise en charge, même symptomatique ou palliative, est-elle meilleure quand on connaît l'origine de certains symptômes ? Au titre de ne pas vouloir embêter cette population âgée, ne réalise-t-on pas trop peu d'explorations ? De manière imprécise, nous avons pu constater le nombre de profils « intermédiaires » potentiels,

patients chez qui les prises en charge sont les plus discutées entre professionnels, et adaptées.

L'accord et les volontés du patient et de sa famille sont bien évidemment à prendre en compte en premier lieu. Aussi, nous avons pu noter la proportion importante de patients présentant des troubles cognitifs, et les questions éthiques relatives à leur prise en charge qui en découlent. Quelles limites doit-on se fixer afin de ne pas tomber dans ce qui peut être considéré comme de l'acharnement thérapeutique ?

La réalisation de recommandations de bonnes pratiques concernant le diagnostic du cancer chez le sujet âgé pourrait être un outil de plus d'aide à la décision du médecin traitant. De même, il nous semble important que les personnels soignants et médicaux des EHPAD soient sensibilisés à l'oncogériatrie, et notamment à l'intérêt d'une évaluation gériatrique dans certaines situations. Une collaboration étroite et une coordination des soins entre EHPAD, médecins traitants, et hôpital est un des axes fondamentaux afin d'améliorer la prise en charge du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Accardo J, Murat F, De Peretti G. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. L'indice de développement humain : une approche individuelle. [en ligne]. 2004. [consulté le 14 Mars 2015]; [17 pages]. Consultable à l'URL http://www.insee.fr/fr/insee-statistique-publique/connaitre/colloques/acn/pdf11/texte_accardo_de_peretti_murat.pdf
2. Malik K. Rapport sur le développement humain 2014. [en ligne]. 2014. [consulté le 14 mars 2015]; [259 pages]. Consultable à l'URL <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-fr.pdf>
3. Blanpain N, Chardon O. Projection de population à l'horizon 2060. INSEE Première. [en ligne]. Octobre 2010. [consulté le 14 mars 2015]. N°1320. [4 pages]. Consultable à l'URL <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>
4. Walter LC, Convinky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. JAMA 2001;285:2750-6.
5. Piccirillo J, Vlahiotis A, Barrett L et al. The changing prevalence of comorbidity across the age spectrum. Crit Rev Oncol Hematol 2008;67:124-132.
6. Gross CP, Guo Z, McAvay GJ et al. Multimorbidity and survival in older persons with colorectal cancer. J Am Geriatr Soc 2006;54:1898-904.
7. Insee-personnes âgées dépendantes. [en ligne]. [consulté le 14 mars 2015]; [1 page]. Consultable à l'URL http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096
8. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-86.
9. Décret n° 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR. Version à jour du 12 septembre 2015.
10. Vos droits, service public. Allocation personnalisée d'Autonomie (Apa) à domicile. [en ligne]. [mis à jour le 13 mai 2015; consulté le 14 juin 2015]. Disponible à l'URL <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F10009.xhtml>
11. Social, Santé.gouv. L'APA en établissement [en ligne]. [mis à jour le 3 octobre 2011; consulté le 14 juin 2015]. Disponible à l'URL <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees->

autonomie,776/dossiers,758/prestations-sociales,759/allocation-personnalisee-d,1724/l-apa-en-etablissement,5652.html

12. Hervy MP, Gervais X, Maubourguet N, Meyer S, Oddos B. Les établissements et services médico-sociaux. In : Le livre blanc de gériatrie. 2011. p. 78-87.
13. Code de l'action sociale et des familles. Article L312-1. Modifié par la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 – art 65.
14. DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des statistiques. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. [en ligne]. Février 2014. [consulté le 14 mars 2015]. n°877. [6 pages]. Disponible à l'URL <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-offre-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes,11274.html>
15. Observatoire des EHPAD. [en ligne]. 2014. [consulté le 14 juin 2015]. [84 pages]. Disponible à l'URL <https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>
16. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. [En ligne]. 2013 juillet [Consulté le 26/04/2015] ; [126 pages]. Disponible à l'URL : http://www.invs.sante.fr/content/download/70152/266151/version/3/file/rapport_estimation_nationale_incidence_mortalite_cancer_france_1980_2012_tumeurs_solides.pdf
17. INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Principales causes de décès des personnes âgées en 2012. [en ligne]. [consulté le 18 mars 2015]. Disponible à l'URL : <http://www.insee.fr/fr/ffc/figure/NATSOS06220.xls>
18. INVS. Institut National de Veille Sanitaire. Estimation de l'incidence des hémopathies malignes en France entre 1980 et 2012. [en ligne]. [mis à jour le 8/10/2013 ; consulté le 26 Avril 2015]. Disponible sur l'URL : <http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communiques-de-presse/2013/Estimation-de-l-incidence-des-hemopathies-malignes-en-France-entre-1980-et-2012-par-sous-type-histologique-selon-la-classification-la-plus-recente>

19. Inca: Institut National du Cancer. Plan Cancer 2014-2019. [en ligne]. Février 2014. [Consulté le 30 avril 2015]. [152 pages]. Consultable à l'URL http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf
20. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Cure H, Rousselot H, et al. Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project. *J Clin Oncol* [Internet]. 2011;29: 2011 (suppl; abstr 9001)(suppl; abstr 9001).
21. Valéro S, Migeot V, Bouche G, Raban N, Rouillet B, Dreyfus B, et al. Who needs a comprehensive geriatric assessment? A French Onco-G eriatric Screening tool (OGS). *J Geriatr Oncol* 2011;2:130- 6
22. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc* 1968;16:622-6
23. Colonna M, Mitton N, Bossard N, Belot A, Grosclaude P and the French Network of Cancer Registries. Total and partial cancer prevalence in the adult French population in 2008. *BMC Cancer* 2015 19;15:153
24. Andersen SL, Terry DF, Wilcox MA, Babineau T, Malek K, Perls TT. Cancer in the oldest old. *Mech Ageing Dev* 2005;126:263-7
25. Johnson VM¹, Teno JM, Bourbonniere M, Mor V. Palliative care needs of patients in nursing homes. *J Palliat Med* 2005;8:273-9
26. Rodin MB. Cancer patients admitted to nursing homes: what do we know? *J Am Med Dir Assoc* 2008;9:149-56
27. Buchanan RJ, Barkley J, Wang S, Kim M. Analyses of nursing home residents with cancer at admission. *Cancer Nurs* 2005;28:406-14.
28. Bourbonniere M, Van Cleave JH. Cancer care in nursing homes. *Semin Oncol Nurs* 2006;22:51-7.
29. Chapelet G, Berrut G, Bourbouloux E, Campone M, Derkinderen P, de Decker L. Cancer screening practices in elderly with dementia. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2015;13:133-40.
30. Baillargeon J, Kuo YF, Lin YL, Raji MA, Singh A, Goodwin JS. Effect of mental disorders on diagnosis, treatment, and survival of older adults with colon cancer. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1268-73.

31. Robertson R, Campbell NC, Smith S. Factors influencing time for presentation to treatment colorectal and breast cancer in urban and rural areas. *Br J Cancer* 2004;90: 1479-85.
32. Jeandel C, Hanon O. Journées annuelles de la SFGG. Pratiques et usages en Gériatrie et Gérontologie. Enquête nationale sur la prise en charge des cancers ou hémopathies malignes dans les structures gériatriques. Novembre 2014. France.
33. Extermann M, Crane EJ, Boulware D. Cancer in nonagerians : profile, treatments and outcomes. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010;75:160-4.
34. ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Déploiement des pratiques professionnelles en établissements pour personnes âgées dépendantes. [en ligne]. 2010. [Consulté le 11 juin 2015]. [48 pages]. Consultable à l'URL http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2._Vdefpdf.pdf
35. INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2015. [en ligne]. [Consulté le 24 Avril 2015]. Consultable à l'URL <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/bilan-demo/pyramide/pyramide.htm?lang=fr&champ=fe>
36. CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. La lettre d'information de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. [en ligne]. Décembre 2014. [Consulté le 24 Avril 2015]. Consultable à l'URL <http://www.lalettrecnsa.cnsa.fr/lettre27/panorama/les-ehpad-et-leurs-re-sidents-en-2013.html>
37. Buchanan RJ, Barkley J, Wang S, Kim M. Analyses of nursing home residents with cancer at admission. *Cancer Nurs* 2005;28:406-14.
38. HAS: Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de Dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée, synthèse des recommandations de bonne pratique. [en ligne]. 2007. [Consulté le 11 juin 2015]; [4 pages]. Consultable à l'URL http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf

39. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996; 54(1 Pt 2):S59-65.
40. HAS : Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge, Recommandation de bonne pratique. [en ligne]. Décembre 2011. [Consulté le 11 juin 2015]. [49 pages]. Consultable à l'URL http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf
41. Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach *Oncologist* 2000;;224-37.
42. HAS : Haute Autorité de Santé. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, évaluation et amélioration des pratiques. [en ligne]. Mai 2014. [Consulté le 11 juin 2015]. [3 pages]. Consultable à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf
43. Circulaire DHOS/SDO n° 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie
44. Inca : Institut National du Cancer. Suivi du dispositif de prise en charge et de recherche clinique en oncogériatrie. [en ligne]. Janvier 2015. [Consulté le 24 avril 2015]. [34 pages]. Consultable à l'URL <http://documentation.fhp.fr/documents/20977P.pdf>
45. Soubeyran P et al. Validation of the screening tool in geriatric oncology : the ONCODAGE project. *J Clin Oncol* 2011;29 (suppl, abstr 9001).
46. Extermann M, Crane EJ, Boulware D. Cancer in nonagerians : profile, treatments and outcomes. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010;75:160-4.
47. Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G, et al. Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly women. *J Clin Oncol* 2003;21:3580–7.
48. Bouchardy C, Rapiti E, Blagojevic S, Vlastos AT, Vlastos G. Older female cancer patients: importance, causes, and consequences of undertreatment *J Clin Oncol* 2007;25:1858–69.

49. Zeber JE, Copeland LA, Hosek BJ, Karnad AB, Lawrence VA, Sanchez-Reilly SE. Cancer Rates, medical comorbidities, and treatment modalities in the oldest patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008;67:237-42.
50. August DA, Rea T, Sondak VK. Age related differences in breast cancer treatment. *Ann Surg Oncol* 1994;1:45-52.
51. Duncan JG, Bott MJ, Thompson SA, Gajewski BJ. Symptom occurrence and associated clinical factors in nursing home residents with cancer. *Res Nurs Health* 2009;32:453-64.
52. Drageset J¹, Eide GE, Harrington C, Ranhoff AH. Acute hospital admission for nursing home residents without cognitive impairment with a diagnosis of cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2015;24:147-54.
53. HAS : Haute Autorité de Santé. Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD. [en ligne]. Juillet 2015. [Consulté le 2 août 2015]. [96 pages]. Consultable à l'URL http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/note_methodo_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf

ANNEXES

Annexe 1

Score de Co-morbidité : CIRS-G

Nom :

Prénom :

Age :

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

GIRS-G total

CIRS composite = nombre de systèmes cotés > ou = à 2

0 = aucun

Pas de trouble de l'organe ou du système

1 = léger

Trouble n'affectant pas l'activité normale, pronostic excellent

2 = modéré

Trouble affectant l'activité normale, un traitement est nécessaire

3 = sévère

Trouble invalidant, traitement urgent, pronostic sévère

4 = très sévère

Trouble menaçant la vie, traitement urgent, pronostic grave

Annexe 2

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, déambulatoire, 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 3



Lettre d'information

Etude de la prévalence du cancer chez les patients âgés de 75 ans et plus, résidant en EHPAD, réalisée auprès des 50 EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers

Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers
2 Rue de la Milétrie, 86021 Poitiers

Investigateur coordonnateur :

Dr Simon VALERO – Praticien Hospitalier au pôle de Gériatrie – CHU de Poitiers

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une **Etude sur « la prévalence du cancer chez les patients âgés de 75 ans et plus, résidant en EHPAD, réalisée auprès des 50 EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers »**.

Cette étude a pour but de connaître le nombre de patients pour qui un diagnostic de cancer ou de récurrence de cancer a été fait à partir de l'âge de 75 ans et qui résident actuellement en EHPAD.

L'objectif est d'analyser votre prise en charge et comprendre les problématiques actuelles posées au sein de l'EHPAD comme la douleur, l'autonomie et les conséquences de vos traitements.

Les données seront recueillies par Nicolas Guyot, interne dans le cadre de sa thèse de médecine, dans votre dossier médical et en présence du médecin coordonnateur de l'EHPAD. Si besoin, elles seront complétées à partir de la fiche de recueil des RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) dans le DCC (Dossier Communicant de Cancérologie) sur le site onco-poitou-charentes.fr et sur le dossier informatisé (TELEMAQUE) du CHU de Poitiers.

Le traitement informatisé des données nominatives est conforme aux dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractères personnels et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Conformément à cette loi, vous pourrez exercer votre droit d'accès et de rectification aux données auprès du directeur surveillant de la recherche (05.49.44.41.70).

Votre refus de participation sera sans conséquences sur la nature et la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Signature de l'investigateur coordonnateur de l'étude

Dr Simon Valero



Lettre d'information – Personne de confiance

Etude de la prévalence du cancer chez les patients âgés de 75 ans et plus, résidant en EHPAD, réalisée auprès des 50 EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers

Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers
2 Rue de la Milétrie, 86021 Poitiers

Investigateur coordonnateur :

Dr Simon VALERO – Praticien Hospitalier au pôle de Gériatrie – CHU de Poitiers

Madame, Monsieur,

Nous proposons à votre proche de participer à une **Etude sur « la prévalence du cancer chez les patients âgés de 75 ans et plus, résidant en EHPAD, réalisée auprès des 50 EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers »**.

Cette étude a pour but de connaître le nombre de patients pour qui un diagnostic de cancer ou de récurrence de cancer a été fait à partir de l'âge de 75 ans et qui résident actuellement en EHPAD.

L'objectif est d'analyser la prise en charge de votre proche et de comprendre les problématiques actuelles posées au sein de l'EHPAD comme la douleur, l'autonomie et les conséquences de ses traitements.

Les données seront recueillies par Nicolas Guyot, interne dans le cadre de sa thèse de médecine, dans le dossier médical et en présence du médecin coordonnateur de l'EHPAD. Si besoin, elles seront complétées à partir de la fiche de recueil des RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) dans le DCC (Dossier Communicant de Cancérologie) sur le site onco-poitou-charentes.fr et sur le dossier informatisé (TELEMAQUE) du CHU de Poitiers.

Le traitement informatisé des données nominatives est conforme aux dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractères personnels et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Conformément à cette loi, vous pourrez exercer votre droit d'accès et de rectification aux données auprès du directeur surveillant de la recherche (05.49.44.41.70).

Votre refus de participation sera sans conséquences sur la nature et la qualité des soins qui vous seront prodigués à votre proche.

Dr Simon Valero

RESUME

Prévalence du cancer chez les patients âgés de 75 ans et plus résidant en EHPAD : étude réalisée auprès des 45 EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers

INTRODUCTION : Le nombre de patients dépendants continue de croître avec des difficultés de maintien à domicile. En 2015, 500 000 patients vivent en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante) avec un âge moyen de 84 ans. Parallèlement, le nombre de patients vivant avec un cancer croît chaque année. En 2012, près de 115 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chez les sujets âgés de 75 ans et plus. Jusqu'à aujourd'hui, peu d'études se sont intéressées à la population institutionnalisée atteinte de cancer.

OBJECTIFS : Les objectifs étaient de calculer la prévalence du cancer chez les résidents d'EHPAD âgés de 75 ans et plus ayant développé la maladie à partir de 75 ans et de définir les facteurs influençant la prise en charge de cette population fragilisée.

METHODE : Etude observationnelle, descriptive, multicentrique, rétrospective réalisée auprès de 45 EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers de janvier à avril 2015. Tous les patients ayant développé un cancer ou une récurrence de cancer à partir de 75 ans ont été inclus, quels que soient la localisation, la situation de traitement, le suivi. Les données gériatriques étaient recueillies dans le dossier médical de l'EHPAD. Les données oncologiques étaient complétées à partir du dossier informatisé du CHU de Poitiers et du Dossier Communicant de Cancérologie.

RESULTATS : 214 résidents ont été inclus (63 % femmes - moyenne d'âge 90 ans), en majorité polypathologique (57% avaient au moins 3 comorbidités), dépendante (94% de $GIR \leq 4$), avec des troubles cognitifs (42%). La prévalence du cancer était de 8,4% [7,7%-9.1%] avec les localisations cutanées, digestives et mammaires qui étaient les plus fréquentes; 37% ont été diagnostiqués après l'institutionnalisation; 83% des résidents ont reçu un traitement. La chirurgie était réalisée pour 55% des patients traités. Parmi les variables étudiées, seul l'âge au diagnostic était associé de manière significative à une moindre réalisation d'un bilan d'extension (OR=0,904 IC95% [0,847-0,965]) et d'un traitement (OR 0,918 IC95% [0,855-0,986]). Le fait d'être institutionnalisé et le nombre de comorbidités n'influençaient pas la prise en charge. La réalisation du suivi était associée à l'âge actuel du patient (OR=0,899 IC95% [0,810-0,998]), ainsi que le délai de fin de traitement (OR=0,365 IC95% [0,218-0,610]). L'autonomie, la présence de troubles cognitifs et de localisations secondaires n'influençaient pas le suivi.

CONCLUSION : Notre étude, une des premières en France, retrouve une faible prévalence du cancer en EHPAD, nous laissant évoquer un sous-diagnostic dans cette population fragilisée. Le poids de l'âge chronologique semble encore ancré dans la pratique du médecin, puisqu'il influence les décisions d'explorations complémentaires, le traitement oncologique et le suivi. Une sensibilisation des personnels soignants et médicaux dans les EHPAD à l'oncogériatrie et à l'intérêt d'une évaluation gériatrique semble nécessaire pour améliorer la prise en charge de ces patients.

MOTS CLES : Prévalence, Cancer, EHPAD, Âge, Oncogériatrie

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 !



Prévalence du cancer chez les patients âgés de 75 ans et plus résidant en EHPAD : étude réalisée auprès des 45 EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers

INTRODUCTION : Le nombre de patients dépendants continue de croître avec des difficultés de maintien à domicile. En 2015, 500 000 patients vivent en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante) avec un âge moyen de 84 ans. Parallèlement, le nombre de patients vivant avec un cancer croît chaque année. En 2012, près de 115 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chez les sujets âgés de 75 ans et plus. Jusqu'à aujourd'hui, peu d'études se sont intéressées à la population institutionnalisée atteinte de cancer.

OBJECTIFS : Les objectifs étaient de calculer la prévalence du cancer chez les résidents d'EHPAD âgés de 75 ans et plus ayant développé la maladie à partir de 75 ans et de définir les facteurs influençant la prise en charge de cette population fragilisée.

METHODE : Etude observationnelle, descriptive, multicentrique, rétrospective réalisée auprès de 45 EHPAD conventionnés avec le CHU de Poitiers de janvier à avril 2015. Tous les patients ayant développé un cancer ou une récurrence de cancer à partir de 75 ans ont été inclus, quels que soient la localisation, la situation de traitement, le suivi. Les données gériatriques étaient recueillies dans le dossier médical de l'EHPAD. Les données oncologiques étaient complétées à partir du dossier informatisé du CHU de Poitiers et du Dossier Communicant de Cancérologie.

RESULTATS : 214 résidents ont été inclus (63 % femmes - moyenne d'âge 90 ans), en majorité polyopathologique (57% avaient au moins 3 comorbidités), dépendante (94% de GIR \leq 4), avec des troubles cognitifs (42%). La prévalence du cancer était de 8,4% [7,7%-9.1%] avec les localisations cutanées, digestives et mammaires qui étaient les plus fréquentes; 37% ont été diagnostiqués après l'institutionnalisation; 83% des résidents ont reçu un traitement. La chirurgie était réalisée pour 55% des patients traités. Parmi les variables étudiées, seul l'âge au diagnostic était associé de manière significative à une moindre réalisation d'un bilan d'extension (OR=0,904 IC95% [0,847-0,965]) et d'un traitement (OR 0,918 IC95% [0,855-0,986]). Le fait d'être institutionnalisé et le nombre de comorbidités n'influençaient pas la prise en charge. La réalisation du suivi était associée à l'âge actuel du patient (OR=0,899 IC95% [0,810-0,998]), ainsi que le délai de fin de traitement (OR=0,365 IC95% [0,218-0,610]). L'autonomie, la présence de troubles cognitifs et de localisations secondaires n'influençaient pas le suivi.

CONCLUSION : Notre étude, une des premières en France, retrouve une faible prévalence du cancer en EHPAD, nous laissant évoquer un sous-diagnostic dans cette population fragilisée. Le poids de l'âge chronologique semble encore ancré dans la pratique du médecin, puisqu'il influence les décisions d'explorations complémentaires, le traitement oncologique et le suivi. Une sensibilisation des personnels soignants et médicaux dans les EHPAD à l'oncogériatrie et à l'intérêt d'une évaluation gériatrique semble nécessaire pour améliorer la prise en charge de ces patients.

MOTS CLES :

Prévalence, Cancer, EHPAD, Âge, Oncogériatrie