



**HAL**  
open science

# Analyse descriptive du profil des patients de plus de 75 ans admis en Court Séjour Gériatrique porteurs d'une néoplasie

Charlotte Bucciero

► **To cite this version:**

Charlotte Bucciero. Analyse descriptive du profil des patients de plus de 75 ans admis en Court Séjour Gériatrique porteurs d'une néoplasie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01942309

**HAL Id: dumas-01942309**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01942309>**

Submitted on 3 Dec 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté  
de Médecine

Aix-Marseille Université

**Analyse descriptive du profil des patients de plus de 75 ans admis  
en Court Séjour Gériatrique porteurs d'une néoplasie.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 17 Avril 2018**

**Par Madame Charlotte BUCCIERO**

**Née le 13 avril 1988 à Marseille 08<sup>ème</sup> (13)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur FRANCES Yves**

**Président**

**Monsieur le Professeur ROSSI Pascal**

**Assesseur**

**Madame le Professeur GENTILE Stéphanie**

**Assesseur**

**Madame le Docteur MOLINES Catherine**

**Directeur**

**Madame le Docteur BERNARD-CHANAVAZ Dorothée**

**Assesseur**





Faculté  
de Médecine

Aix-Marseille Université

**Analyse descriptive du profil des patients de plus de 75 ans admis  
en Court Séjour Gériatrique porteurs d'une néoplasie.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 17 Avril 2018**

**Par Madame Charlotte BUCCIERO**

**Née le 13 avril 1988 à Marseille 08<sup>ème</sup> (13)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur FRANCES Yves**

**Président**

**Monsieur le Professeur ROSSI Pascal**

**Assesseur**

**Madame le Professeur GENTILE Stéphanie**

**Assesseur**

**Madame le Docteur MOLINES Catherine**

**Directeur**

**Madame le Docteur BERNARD-CHANAVAZ Dorothée**

**Assesseur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DE MEDECINE

**Doyen** : Georges LEONETTI

**Vice-Doyen aux Affaires Générales** : Patrick DESSI  
**Vice-Doyen aux Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Asseseurs :**

- \* aux Etudes : Jean-Michel VITON
- \* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- \* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- \* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- \* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- \* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- \* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission :**

- \* 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- \* 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- \* 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- \* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- \* DU-DIU : Véronique VITTON
- \* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- \* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- \* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- \* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- \* Relations Internationales : Philippe PAROLA
- \* Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : \* Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service :**

- \* Communication : Laetitia DELOUIS
- \* Examens : Caroline MOUTTET
- \* Logistique : Joëlle FRAVEGA
- \* Maintenance : Philippe KOCK
- \* Scolarité : Christine GAUTHIER

### DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHIERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jean-Claude  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs  
DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs  
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs  
O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs  
P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs  
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président  
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs  
A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs  
H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur  
W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs  
S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs  
E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur  
P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs  
R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur  
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b>	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b>	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b>	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b>	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
<b>2004</b>	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b>	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b>	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
<b>2007</b>	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine  
PAGANELLI Franck  
PANUEL Michel  
PAPAZIAN Laurent  
PAROLA Philippe  
PARRATTE Sébastien  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure  
PELLETIER Jean  
PETIT Philippe  
PHAM Thao  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique  
PIQUET Philippe  
PIRRO Nicolas  
POINSO François  
RACCAH Denis  
RAOULT Didier  
REGIS Jean  
REYNAUD/GAUBERT Martine  
REYNAUD Rachel  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth  
*RIDINGS Bernard Surnombre*

ROCHE Pierre-Hugues  
ROCH Antoine  
ROCHWERGER Richard  
ROLL Patrice  
ROSSI Dominique  
ROSSI Pascal  
ROUDIER Jean  
SALAS Sébastien  
*SAMBUC Roland Surnombre*  
SARLES Jacques  
SARLES/PHILIP Nicole  
SCAVARDA Didier  
SCHLEINITZ Nicolas  
SEBAG Frédéric  
SEITZ Jean-François  
SIELEZNEFF Igor  
SIMON Nicolas  
STEIN Andréas  
TAIEB David  
THIRION Xavier  
THOMAS Pascal

THUNY Franck  
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès  
TRIGLIA Jean-Michel  
TROPIANO Patrick  
TSIMARATOS Michel  
TURRINI Olivier  
VALERO René  
VAROQUAUX Arthur Damien  
VELLY Lionel  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel  
VITTON Véronique  
VIEHWEGER Heide Elke  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
FILIPPI Simon

### **PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL**

BURKHART Gary

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud ( <i>Disponibilité</i> )	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**  
**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
KERBAUL François (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
*MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre*  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
MICHELET Pierre (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
*ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre*  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
*LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre*  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
CURVALE Georges (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH)  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
DODDOLI Christophe (PU-PH)  
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
MACE Loïc (PU-PH)  
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
AMABILE Philippe (PU-PH)  
BARTOLI Michel (PU-PH)  
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*  
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*  
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*  
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERRROT Thierry (PU-PH)  
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,**

**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
SEITZ Jean-François (PU-PH)  
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
KRAHN Martin (PU-PH)  
LEVY Nicolas (PU-PH)  
MONCLA Anne (PU-PH)  
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
TOGA Caroline (MCU-PH)  
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
BOUBLI Léon (PU-PH)  
BRETTELLE Florence (PU-PH)  
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
COURBIERE Blandine (PU-PH)  
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

#### **IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
OLIVE Daniel (PU-PH)  
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

#### **MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
PAROLA Philippe (PU-PH)  
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

#### **MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
*FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre*  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

#### **NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
RACCAH Denis (PU-PH)  
VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

#### **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

#### **OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
HOFFART Louis (PU-PH)  
MATONTI Frédéric (PU-PH)  
*RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre*

#### **HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
COSTELLO Régis (PU-PH)  
CHIARONI Jacques (PU-PH)  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

#### **MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

LEONETTI Georges (PU-PH)  
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)  
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

#### **MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
VITON Jean-Michel (PU-PH)

#### **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

#### **NEPHROLOGIE 5203**

*BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre*  
BRUNET Philippe (PU-PH)  
BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
MOAL Valérie (PU-PH)

#### **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
FUENTES Stéphane (PU-PH)  
REGIS Jean (PU-PH)  
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
GRAILLON Thomas (MCU PH)

#### **NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
FELICIAN Olivier (PU-PH)  
PELLETIER Jean (PU-PH)

#### **PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
NICOLLAS Richard (PU-PH)  
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
MARY Charles (MCU-PH)  
RANQUE Stéphane (MCU-PH)  
TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
MICHEL Gérard (PU-PH)  
MILH Mathieu (PU-PH)  
REYNAUD Rachel (PU-PH)  
SARLES Jacques (PU-PH)  
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
FABRE Alexandre (MCU-PH)  
OUDIN Claire (MCU-PH)  
OVAERT Caroline (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
LANCON Christophe (PU-PH)  
NAUDIN Jean (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
GIRARD Nadine (PU-PH)  
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
JACQUIER Alexis (PU-PH)  
MOULIN Guy (PU-PH)  
PANUEL Michel (PU-PH)  
PETIT Philippe (PU-PH)  
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
VIDAL Vincent (PU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
PHAM Thao (PU-PH)  
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre  
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)  
VALLI Marc (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
BREGÉON Fabienne (PU-PH)  
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
BONINI Francesca (MCU-PH)  
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)  
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)  
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)  
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018  
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)  
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
BARLESI Fabrice (PU-PH)  
CHANEZ Pascal (PU-PH)  
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre  
GREILLIER Laurent (PU-PH)  
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre  
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)

# Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier ma directrice de thèse, le Dr Catherine Molines pour m'avoir aiguillée et m'avoir permis de mener cette thèse à son terme. Elle a su me guider et me conseiller dans les moments importants de ce travail.

Je remercie également Ophélie Boulogne pour son aide précieuse et son investissement. Elle a été une camarade essentielle sur qui j'ai pu compter.

Je remercie le Pr FRANCES pour me faire l'honneur de présider ce jury.

Je remercie le Pr ROSSI pour me faire l'honneur de juger mon travail.

Je remercie le Pr GENTILE pour me faire l'honneur de juger mon travail.

Je remercie le Dr BERNARD-CHANAVAZ pour me faire l'honneur de juger mon travail.

Je leur exprime mes sincères remerciements et mon profond respect.

Merci à mon mari et à ma fille pour m'avoir soutenue et supportée, merci d'être là.

Merci à toute ma famille.

A mes sœurs adorées Marion et Romy, que j'aime tant, et qui suivent mon chemin.

A ma belle-mère Corinne, à mes beau-frère Melvin et Stevens, ma belle-sœur Elodie.

A Mamie Alice pour tous mes souvenirs d'enfance

A Mamie Rose.

Un grand merci à Nathalie Petit pour la relecture orthographique et les conseils de rédaction.

A mes neveux Sandro et Noah.

A ma cousine Stéphanie, son mari Matthias et ses filles formidables, Shana, Lola et Liv.

A toute l'équipe de la clinique Bonneveine pour leur bonne humeur quotidienne.

A tous mes amis.

A Julie et Yohan mes compères, avec qui j'ai partagé des instants mémorables au cours de ses longues années d'étude.

A mon mari et ma fille, Kenny et Amy.

A mes parents chéris, Ruth et Jean-Michel. Je vous aime.

A Steeve, mon beau-frère tant aimé, qui n'est plus là aujourd'hui. Tu me manques.

A Jacques Cohen.

A Olivier.

A Papy Vincent.

**Je vous aime.**

# Plan

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
<b>Matériel et Méthodes</b> .....	<b>4</b>
<b>Résultats</b> .....	<b>11</b>
<b>Discussion</b> .....	<b>24</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>33</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>35</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>41</b>
<b>Abréviations</b> .....	<b>45</b>

# Introduction

Il existe actuellement plusieurs définitions du sujet âgé. L'OMS retient le critère d'âge de 65 ans et plus qui correspond à une forme sociale (âge de départ à la retraite) et non à une justification médicale. La gériatrie est une discipline médicale qui prend en charge les personnes âgées, et plus particulièrement celles de plus de 75 ans, ce qui correspond à l'âge d'entrée en dépendance et comorbidités. Selon l'INSEE, l'âge moyen d'entrée en dépendance est de 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes. Enfin l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est d'environ 85 ans. La perception de sa vieillesse ou de celle des autres est très variable et personnelle.

La population française vieillit et si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1er janvier 2060, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions. En 2060, une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans (1).

L'incidence du cancer augmente régulièrement au cours de la vie. Le cancer devient donc, surtout, une pathologie du sujet âgé. Pour les personnes âgées de 85 ans et plus, 14 947 nouveaux cas de cancers sont estimés, chaque année, soit 10,9 % de l'ensemble des cas diagnostiqués. Les cancers les plus fréquents dans la population des 65 ans et plus sont : chez les hommes, le cancer de la prostate (35 792 estimés en 2011), le cancer du poumon (18 237 estimés en 2015) et le cancer colorectal (16 789 estimés en 2015) ; chez les femmes, le cancer du sein (25 283), le cancer colorectal (14 429) et le cancer du poumon (7 910) d'après les estimations 2015 (2).

Pour les personnes âgées de 85 ans et plus, le nombre de décès dus au cancer est estimé à 35 933 en 2015 soit près de 24% de l'ensemble de la mortalité par cancer en France (3). La survie nette à 10 ans pour un cancer de la prostate est de 83% pour les 55-64 ans, de 79% pour les 65-74, de 61% pour les 75-84 ans et de 32% pour les 85 ans et plus. Le pronostic moins bon chez les sujets âgés s'explique par un diagnostic plus tardif et des comorbidités limitant l'indication et l'accès à un traitement curatif (2).

Par conséquent, il existe un grand besoin de fournir des soins de cancérologie adaptées pour les personnes âgées qui présentent des spécificités physiques, thymiques, psychologiques et sociales. L'association fréquente de problèmes complexes (polypathologie-problèmes intercurrents) peut interférer avec la gestion du cancer que ce soit en termes de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique.

Des études ont montré des lacunes dans la prise en charge du cancer chez les sujets âgés (4), y compris un dépistage inadéquat (5) (6), un retard diagnostique et un traitement sous-optimal (7). De plus, cette population n'est pas ciblée par les dépistages organisés en France et très peu d'études incluent un grand nombre de personnes âgées (plus de 75 ans) ou très âgées (plus de 85 ans) (8). Ces facteurs ont pour conséquence principale une diminution du taux de survie (9) (10).

En effet, la population âgée est hétérogène, chaque patient vieillit d'une façon qui lui est propre et l'âge physiologique varie d'un patient à l'autre pour le même âge chronologique, ce qui entraîne des postures thérapeutiques multiples en fonction des objectifs de soins et peut expliquer la difficulté à établir des recommandations consensuelles de prise en charge (11). L'enjeu est de distinguer les patients qui vieillissent sans pathologie (1/4 des plus de 75 ans finira centenaire) des autres qui ont des comorbidités et surtout des cancers.

Le cancer découvert chez une personne âgée est fréquemment déjà à un stade avancé (12) (13). Les symptômes initiaux sont peu bruyants, peuvent être attribués à tort au vieillissement (fatigue, perte d'appétit, troubles digestifs...) et n'alertent ni la famille ni la personne âgée elle-même, ni le médecin traitant.

Actuellement, seul un petit nombre d'études décrit la santé et l'état fonctionnel des patients cancéreux âgés pris en charge en dehors des services d'oncologie, notamment pour les unités médicales de court séjour (14) (15).

Les objectifs de cette étude étaient les suivants :

- Décrire le profil gériatrique, les caractéristiques sociodémographiques et oncologiques de patients atteints de cancer admis dans une unité médicale aiguë de Gériatrie ;
- Déterminer si la découverte fortuite d'une tumeur maligne solide ou de métastases au décours de l'hospitalisation était associée à un profil particulier de patients.

# Matériel et Méthodes :

## Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée à partir d'une analyse rétrospective des dossiers des patients hospitalisés au Centre Gérontologique Départemental (CGD) des Bouches du Rhône.

## Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants : patients âgés de 75 ans ou plus, vivant à domicile ou en EHPAD, atteints d'un cancer solide ou chez lesquels un cancer solide avec ou sans métastases ont été fortement suspectés au décours de l'hospitalisation admis en Court Séjour Gériatrique (CSG) au CGD du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 30 juin 2017 quel qu'en soit le motif.

## Critères de non inclusion :

- Patients de moins de 75 ans ;
- Patients atteints d'hémopathie ;
- Patients atteints d'un carcinome basocellulaire de la peau ;
- Patients ayant des antécédents de cancer en rémission au moment de l'hospitalisation (« Cancer non actif »).
- 

## Sélection des dossiers

Les dossiers ont été sélectionnés à partir de la base des résumés d'unité médicale (RUM). Elle a été constituée par le CGD en 2015, 2016 et 2017 dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Elle est utilisée pour décrire l'activité de l'établissement d'un point de vue médico-économique. Elle a été consultée selon les critères suivants :

- Une date de sortie comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 30 juin 2017 ;

- Une unité médicale correspondant au Court Séjour Gériatrique ;
- Un Diagnostic Principal (DP) contenant un code suivant :
  - Un code de « tumeur maligne » (codes C00 à C97 et extensions) ;
  - Un code de « tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue » (codes D37 à D48 et extensions) ;
  - Un code de « Soins palliatifs » (Z515) ;
- Ou au moins un diagnostic Associé Significatif (DAS) contenant un code suivant :
  - Un code de « tumeur maligne » (codes C00 à C97 et extensions) ;
  - Un code de « tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue » (codes D37 à D48 et extensions) ;
- Un âge du patient enregistré dans le RUM égal à 75 ans ou plus ;

Les RUMs suivants ont été exclus :

- Les RUMs contenant un code de « Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés » (codes C81 à C96 et extensions) en position de DP ;
- Les RUMs contenant un code de Polyglobulie primitive (code en D45), de Syndromes myélodysplasiques (code en D46), de « Autres tumeurs des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés à évolution imprévisible ou inconnue » (code en D47) en position de DP ;
- Les RUMs contenant pour seuls DAS de tumeurs un ou plusieurs DAS contenant un code de « Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés » (codes C81 à C96 et extensions) ;
- Les RUMs contenant pour seuls DAS de tumeurs un ou plusieurs DAS contenant un code de Polyglobulie primitive (code en D45), de Syndromes myélodysplasiques (code en D46), de « Autres tumeurs des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés à évolution imprévisible ou inconnue » (code en D47) ;

- Les RUMs contenant un code de « Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés » (codes C81 à C96 et extensions) en position de DR ;
- Les RUMs contenant un code de Polyglobulie primitive (code en D45), de Syndromes myélodysplasiques (code en D46), de « Autres tumeurs des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés à évolution imprévisible ou inconnue » (code en D47) en position de Diagnostic Relié (DR).

Les RUMs ont permis de remonter au dossier patient. Les lettres de liaison informatisées disponibles dans le dossier patient ont été consultées. Certains dossiers patients ont alors été exclus. Il s'agissait de dossiers qui faisaient l'objet d'erreur de codage (hémopathies) ou qui mentionnaient des cancers non actifs.

### **Recueil des données**

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche de recueil anonymisée de données (Annexe 1) qui comprend :

- des données sociodémographiques classiques : âge, sexe, statut matrimonial, provenance, présence d'un entourage ;
- des données liées aux séjours hospitaliers : dates d'entrées, dates de sortie, mode d'entrée, mode de sortie ;
- des données d'ordre médical : antécédents médicaux et comorbidités, motif d'admission et traitements à l'admission, données cliniques et biologiques,
- des données relatives au profil gériatrique : statut cognitif, statut nutritionnel, statut fonctionnel.
- des données relatives au diagnostic de cancer : type, localisation, statut (primitif ou secondaire), antériorité du diagnostic, suivi, statut palliatif ou curatif de la prise en charge

Pour évaluer la santé et l'état fonctionnel, huit domaines ont été sélectionnés. Ces domaines étaient : l'état fonctionnel (16), la comorbidité (17), la médication (18), l'état nutritionnel (19), les déficits neurosensoriels (20) (21) , la cognition (22), l'humeur (23), la mobilité et l'environnement social (24).

Le statut fonctionnel a été évalué de la façon suivante :

Le GIR (Groupe Iso Ressource) : est issu de la grille nationale Aggir et cherche à définir le profil de dépendance d'un sujet âgé. Elle permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Elle permet de déterminer l'éligibilité à l'allocation, et le niveau d'aide requis. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. La grille Aggir évalue les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et 7 activités domestiques et sociales, dites illustratives. Seules les 10 activités dites *discriminantes* sont utilisées pour déterminer le Gir dont relève la personne âgée. Les 7 autres activités dites *illustratives* sont destinées à apporter des informations complémentaires à l'évaluateur pour mieux appréhender la situation globale de la personne. La grille Aggir est intégrée à un référentiel d'évaluation qui permet de recueillir l'ensemble des informations nécessaires à l'élaboration du plan d'aide de la personne âgée. Le GIR est réalisé à la sortie du service (25).

L'Activity Daily Living de Katz (ADL) : très utilisée dans la littérature internationale, ancienne et validée, c'est un outil destiné à évaluer de manière objective la capacité d'une personne à réaliser les activités de la vie quotidienne. Simple et reproductible, elle permet d'évaluer le niveau basal de performance ou aptitudes du sujet âgé dans 6 activités phares de la vie quotidienne (AVQ) qui sont : l'hygiène corporelle, l'habillement, la capacité à aller aux toilettes, la locomotion, la continence et l'alimentation. Un score à 0/6 correspond à un patient complètement dépendant pour les AVQ. L'ADL a été réalisée à l'admission dans le service (26).

L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (*Instrumental Activities of Daily Living - IADL*) (27), contient quatre items qui correspondent à la gestion du téléphone, la capacité à prendre des médicaments, à utiliser les moyens de transports ou encore à gérer de l'argent. Un score à 4/4 correspond à une dépendance totale. L'IADL a été réalisée à l'admission dans le service. L'IADL n'est pas adaptée aux résidents des EHPAD.

Dix groupes de comorbidités ont été sélectionnés : maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle, diabète, dépression, démence, autres maladies neurologiques,

maladies respiratoires, maladies gastro-intestinales, maladies ostéoarticulaires et insuffisance rénale (Annexe 2).

Les motifs d'hospitalisation étaient composés de maladies aiguës intercurrentes, d'altération de l'état général (AEG), de syndrome gériatrique (chute, troubles cognitifs, dépression, troubles du comportement), de bilan diagnostique, de douleurs, d'anémie, de soins palliatifs et de bilan de suivi.

Le nombre de médicaments (y compris ceux pour le traitement du cancer) a été calculé pour chaque patient selon la classification ATC (Anatomique Thérapeutique et Chimique). La classification ATC repose sur cinq niveaux de classement qui correspondent aux organes (ou systèmes d'organes) cibles, et aux propriétés thérapeutiques, pharmacologiques et chimiques des différents produits (28). La polymédication était définie par 5 classes thérapeutiques différentes ou plus (29).

L'état nutritionnel a été évalué par des données cliniques (poids à l'admission et Indice de Masse Corporelle) et biologique (albumine sanguine à l'admission). La dénutrition modérée a été définie par une albuminémie inférieure à 35 g/L et/ou un IMC inférieur à 21 kg/m<sup>2</sup>. La dénutrition sévère a été définie par une albuminémie inférieure à 30 g/L (30) et/ou un IMC inférieur à 18 kg/m<sup>2</sup>.

Le *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (31) a été utilisé pour évaluer la cognition. Le Mini Mental Score de Folstein (MMS) est un test d'évaluation des fonctions cognitives sans préjuger de la cause de l'atteinte observée. Le test est universel et consiste en une série de trente questions, de difficulté variable, réparties en six catégories :

- évaluation des capacités d'orientation dans le temps et dans l'espace (jour, mois, année, lieu, étage) ;
- des capacités d'apprentissage et de transcription des informations (le patient prend une feuille et fait ce qu'on lui dit avec) ;
- des capacités d'attention et de calcul (le patient retient 3 mots puis fait une série de calculs mentaux) ;
- des capacités de rappel des informations et de rétention mnésique (le patient doit se remémorer les 3 mots) ;

- des capacités de langage et d'identification (des objets sont montrés au patient et il doit les nommer) ;
- de praxie constructive (c'est-à-dire la capacité d'organiser une série de mouvements dans un but précis en reproduisant des formes géométriques).

À chacune des trente questions, une réponse juste entraîne un score de 1 et une réponse fausse ou approximative, un score de 0. Le score final est noté sur 30 points.

Le MMSE n'a pas été administré pendant les 48 premières heures si le patient était médicalement instable ou délirant.

La dépression a été définie comme une dépression connue et traitée, ou une dépression diagnostiquée en service par le praticien selon les critères de la CIM 10.

Pour évaluer la mobilité, nous avons retenu le test d'équilibre d'appui monopodal (32). L'équilibre était considéré comme anormal si le patient était incapable de rester en équilibre sur une jambe pendant plus de 5 secondes.

Les scores de performance de Karnofsky ont été déterminés à partir d'informations dans le dossier clinique. L'échelle d'état de performance de Karnofsky est valide et couramment utilisée en oncologie (33). Par ailleurs, ce score fait partie des critères d'admission pour une prise en charge en Hospitalisation A Domicile (HAD). Les patients sont classés en fonction d'une impression globale que le clinicien acquiert du niveau d'activité du patient, de sa capacité à prendre soin de lui-même et de sa capacité à travailler. L'évaluation est basée sur l'observation du patient par un clinicien et non sur des questions posées au patient.

L'environnement social était considéré comme bon si le patient avait un aidant principal, un soutien à domicile ou un cercle d'amis et de famille capable de répondre aux besoins du patient au moment de l'évaluation. Sinon, l'environnement social était évalué comme étant inapproprié.

L'albumine sérique et la clairance de la créatinine calculées avec la formule de Cockcroft-Gault ont été enregistrées dans le dossier du patient. L'insuffisance rénale était définie par un Cockcroft < 60 ml/min.

Les patients atteints d'un cancer ont été définis comme ceux ayant reçu un diagnostic de cancer actif (tumeur solide) avant ou après l'admission ou pendant le séjour.

Deux groupes de patients ont été constitués :

Groupe 1 : patients ayant eu un diagnostic de tumeur maligne solide avant ou après l'admission en CSG ;

Groupe 2 : patients déjà suivis pour une tumeur maligne solide.

### **Analyse des données**

L'ensemble des données recueillies a été saisi dans le logiciel EXCEL. Une analyse descriptive des données a été effectuée. Les variables ont été présentées sous la forme d'effectifs et de pourcentages et les variables quantitatives sous la forme de médianes avec l'étendue ou de moyennes avec l'écart-type. L'étude analytique des données a permis de comparer les patients ayant eu un diagnostic de tumeur maligne solide en CSG et les patients déjà suivis pour une tumeur maligne solide. Les comparaisons de proportions ont été réalisées par un test du khi deux ou par un test exact de Fisher si les conditions d'application du test du khi deux n'étaient pas satisfaites. Les comparaisons de médianes ont été réalisées par un test non paramétrique de Mann Whitney Wilcoxon.

### **Aspect réglementaire et éthique**

En accord avec la *loi Jardé du 16 juin 2016*, l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était pas requis, la recherche faisant appel à des données déjà collectées dans les dossiers patients informatisés et/ou papier de l'établissement (34).

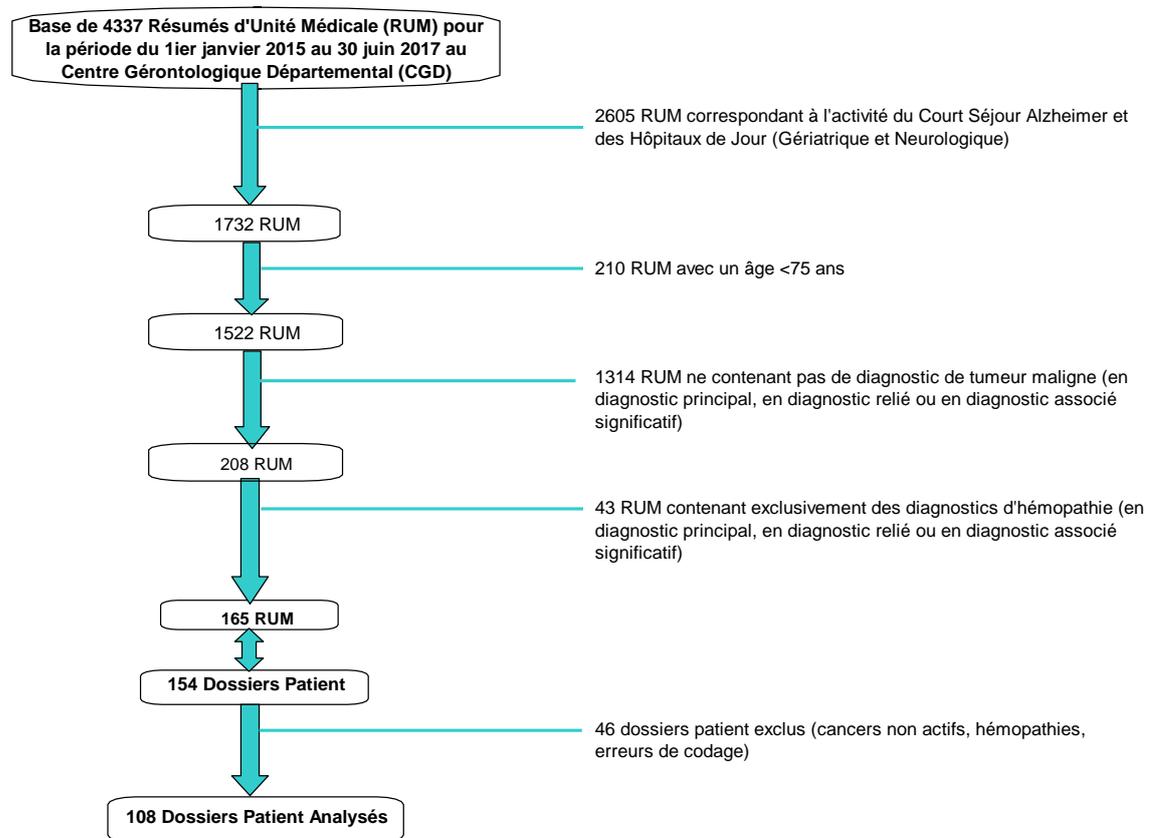
## Résultats :

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 30 juin 2017, 4337 RUMs correspondant à l'activité de Médecine<sup>1</sup> du CGD ont été enregistrés dans les bases de données du PMSI. Mille sept cent trente-deux RUM (39,9%) ont été enregistrés au CSG. Parmi ces 1732 RUM, 1522 (87,8%) mentionnaient un âge supérieur ou égal à 75 ans ; 208 (13,7%) d'entre eux avaient un diagnostic principal (DP), un diagnostic relié (DR) et/ou un ou plusieurs diagnostics associés significatifs (DAS) de tumeurs malignes ou de tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue. Parmi ces RUM, 44 contenaient exclusivement des diagnostics d'hémopathie (en DP, en DR et/ou en DAS) et n'ont pas été inclus dans l'étude. Au total 165 RUM (9,5%) ont été sélectionnés à partir des bases médico-administratives. Ces données correspondaient à 154 dossiers. Parmi ces 154 dossiers, 108 ont été inclus. Les 46 dossiers non inclus correspondaient à des cancers non actifs, des hémopathies ou des erreurs codages (Figure1).

---

<sup>1</sup> Court Séjour Gériatrique, Court Séjour Alzheimer, Hôpital de Jour Gériatrique, Hôpital de Jour Neurologique

**Figure 1 : Sélection des dossiers patient à partir de la base des Résumés d'Unité Médicale (RUMs) constituée par le Centre Gérontologique Départemental (CGD) dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) Marseille, 2015, 2016, 1<sup>er</sup> semestre 2017**



## Caractéristiques sociodémographiques

Les données de 108 dossiers patient ont été analysées. Les dossiers concernaient des femmes dans 58 cas et des hommes dans 50 cas. Le sex-ratio F/H était de 1,1. L'âge médian des patients était de 86,5 ans et variait de 75 ans à 107 ans. Quarante et un patients (38%) avaient un âge compris entre 75 et 85 ans et 67 patients (62%) avaient plus de 85 ans. La majorité des patients résidaient dans la commune de Marseille et en particulier dans le 12<sup>ième</sup>, le 13<sup>ième</sup>, le 8<sup>ième</sup>, le 4<sup>ième</sup>, le 15<sup>ième</sup> et le 9<sup>ième</sup> arrondissements (respectivement 14,8%, 8,3%, 8,3%, 7,4%, 6,5% et 6,5%). La grande majorité des patients (n=86, 79,6%) résidait à son domicile personnel (n=78) ou au domicile d'un parent (n=8). Près d'un patient sur 10 (n=10, 9,2%) était isolé socialement (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des 108 patients inclus dans l'étude, CGD, Marseille, 2015, 2016, 1<sup>er</sup> semestre 2017.

<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>	
<b>Sexe féminin (n, %)</b>	58 (53,7%)
<b>Age médian (étendue)</b>	86,5 (75 – 107)
<b>Lieu de résidence (n, %)</b>	
Marseille	91 (84,2%)
Bouches-du-Rhône (hors Marseille)	9 (8,3%)
Autres départements	4 (3,7%)
Données non disponibles	4 (3,7%)
<b>Lieu de vie (n, %)</b>	
Domicile	86 (79,6%)
Etablissement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD)	19 (17,6%)
Autre (résidences autonomie)	3 (2,8%)
<b>Situation maritale (n, %)</b>	
Couple	33 (30,5%)
Veuf	51 (47,2%)
Autre (célibataire ou divorcé)	24 (22,2%)
<b>Entourage (n, %)<sup>1</sup></b>	
Entourage présent	98 (89,8%)
Isolement social	10 (9,2%)

<sup>1</sup> L'entourage était considéré comme présent si le patient avait un aidant principal, un soutien à domicile ou un cercle d'amis et de famille capable de répondre aux besoins du patient au moment de l'évaluation. Sinon, l'environnement social a été jugé inapproprié.

## **Caractéristiques des séjours**

Les patients ont été admis au CSG entre le 5 janvier 2015 et le 16 juin 2017. Cinquante-cinq patients ont été admis au cours de l'année 2015 ; 36 au cours de l'année 2016 et 17 au cours de l'année 2017. Le mode d'admission était essentiellement direct : moins d'un patient sur 5 (n=19, 17,8%) a été hospitalisé au CSG après un passage par un Service d'Accueil des Urgences. Parmi eux, la quasi-totalité (n=18, 94,7%) résidait à son domicile. Les motifs d'hospitalisation allégués à l'entrée se répartissaient de la manière suivante :

- Une altération de l'état général (AEG) dans 47 cas (43,5%) ;
- Un syndrome gériatrique dans 13 cas (12%) ;
- Des soins palliatifs dans 13 cas (12%) ;
- Un bilan diagnostique dans 11 cas (10,2%) ;
- Une douleur dans 9 cas (8,3%) ;
- Une maladie aiguë intercurrente dans 8 cas (7,4%) ;
- Une anémie dans 6 cas (5,5%) ;
- Un bilan de suivi dans 1 cas (0,9%) ;

Parmi les 47 patients admis pour altération de l'état général, 34 (72,3%) provenaient d'un service d'accueil des urgences, 7 (14,9%) d'un autre service hospitalier et 6 (12,7%) du domicile.

## **Caractéristiques de l'évaluation gériatrique**

La présence de troubles cognitifs faisait partie des comorbidités les plus représentées parmi les patients (n=65, 60,2%). Près de 3 patients sur 4 avaient des troubles cognitifs modérés à sévères. Plus de 2/3 des patients (68%) présentaient un niveau de dépendance élevé avec score GIR inférieur ou égal à 3. En cohérence avec ce niveau de dépendance, plus de la moitié des patients (52,7%) avaient un ADL inférieur ou égal à 3 et un IADL supérieur ou égal à 3 (62%). La majorité des patients (84%) avait une mobilité réduite ou était grabataire. Environ  $\frac{3}{4}$  (74,9%) des patients présentaient une dénutrition biologique. Une polymédication était retrouvée chez plus d'un patient sur 2 (57,4%) avec un nombre moyen de médicaments de 5 par personne. Quatre patients atteints de cancer étaient les aidants principaux de leur conjoint (Tableau 2).

**Tableau 2 : Caractéristiques de l'évaluation gériatrique des 108 patients inclus dans l'étude, CGD, 2015, 2016, 1<sup>er</sup> semestre 2017.**

<b>Caractéristiques de l'évaluation gériatrique</b>		<b>n, %</b>
<b>Comorbidités (n, %)</b>		
≥3 comorbidités (n=108)		75 (69,4%)
Insuffisance rénale (n=105)		71 (65,7%)
Démence (définie par un MMS < 22, ou troubles cognitifs sévères connus)		65 (60,2%)
Hypertension artérielle		67 (62%)
Comorbidité cardiovasculaire		42 (38,9%)
Dépression (n=107)		39 (36,1%)
Diabète		25 (23,1%)
Comorbidité neurologique		18 (16,6%)
Comorbidité ostéoarticulaire		16 (16,6%)
Comorbidité respiratoire		14 (12,9%)
Troubles gastrointestinaux		8 (7,4%)
<b>Autonomie</b>		
<b>GIR (n, %)</b>		
1		26 (24,1%)
2		34 (31,5%)
3		14 (12,9%)
4		19 (17,6%)
5		7 (6,5%)
6		4 (3,7%)
Non renseigné		4 (3,7%)
<b>IADL (n, %)</b>		
0		6 (5,5%)
1		11 (10,2%)
2		7 (6,5%)
3		17 (15,7%)
4		47 (43,5%)
Non renseigné		20 (18,5%)

**Environ 68% des patients avaient un GIR ≤ 3.**

**Environ 59 % des patients**

**Tableau 2 : Caractéristiques de l'évaluation gériatrique des 108 patients inclus dans l'étude, CGD, 2015, 2016, 1<sup>er</sup> semestre 2017 (suite)**

<b>Caractéristiques de l'évaluation gériatrique (suite)</b>	
<b>Autonomie</b>	
<b>ADL (n, %)</b>	
0	24 (22,2%)
0,5	5 (4,6%)
1	7 (6,5%)
1,5	4 (3,7%)
2	6 (5,5%)
2,5	4 (3,7%)
3	7 (6,5%)
3,5	6 (5,5%)
4	10 (9,2%)
4,5	6 (5,5%)
5	5 (4,6%)
5,5	7 (6,5%)
6	11 (10,2%)
Non renseigné	6 (5,5%)
<b>Statut cognitif (n, %)</b>	
MMS moyen (écart-type) (n=48)	16,9 (5,3)
<b>Qualification des troubles cognitifs dans le dossier patient (n, %)</b>	
Troubles cognitifs absents ou débutants ou légers	18 (23,7%)
Troubles cognitifs modérés	40 (52,6%)
Troubles cognitifs sévères	18 (23,7%)
<b>Statut fonctionnel (n, %)</b>	
Mobilité conservée	17 (15,7%)
Mobilité limitée (périmètre <300 m)	40 (37%)
Mobilité très limitée, grabataire	51 (47,2%)
<b>Statut nutritionnel (n, %)</b>	
<b>IMC (n, %)</b>	
<18	13 (12%)
18-20,9	16 (14,8%)
21-24,9	26 (24,1%)
25-29,9	16 (14,8%)
30-34,9	7 (6,5%)
Non renseigné	30 (27,8%)

Environ 46% des patients avaient un score ADL <3.

Troubles cognitifs modérés

Dénutrition clinique modérée à sévère : 26,8%

**Tableau 2 : Caractéristiques de l'évaluation gériatrique des 108 patients inclus dans l'étude, CGD, 2015, 2016, 1<sup>er</sup> semestre 2017 (suite)**

<b>Caractéristiques de l'évaluation gériatrique (suite)</b>	
<b>Albuminémie (n, %)</b>	
>=35	33 (30,5%)
30-34,9	48 (44,4%)
<30	23 (21,3%)
Non renseigné	4 (3,7%)
<b>Dénutrition sévère (clinique ou biologique) (n=105, %)</b>	
29 (26,8%)	
<b>Iatrogénie</b>	
Polymédication (n=104, %)	
62 (57,4%)	
<b>Karnofsky (n, %)</b>	
10% moribond, processus fatal progressant rapidement	10 (9,26%)
20% très malade soutien actif, absence totale d'autonomie	13 (12%)
30% sévèrement handicapé, dépendant	23 (21,3%)
40% handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers	34 (31,5%)
50% nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome	6 (5,6%)
60 % nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome	4 (3,7%)
Données manquantes	18 (16,7%)
<b>Présence de métastases prévalentes ou synchrones (n=104)</b>	
47 (45,2%)	
<b>RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire)</b>	
Réalisée (n, %)	32 (29,6%)
Non réalisée (n, %)	71 (65,7%)
Données manquantes (n, %)	5 (4,6%)
<b>Douleur (n, %)</b>	
39 (36,1%)	
<b>Diagnostic Anapath (n, %) (FOGD/coloscopies, Echo-endoscopies, biopsies cutanées)</b>	
20 (19,6%)	
<b>Mode de sortie par décès (n, %)</b>	
21 (19,4%)	

**Dénutrition biologique modérée à sévère : 65,7%**

**42,56% ont un indice de performance péjoratif**

**65,7% des patients n'ont pas eu de RCP**

## Topographie des cancers

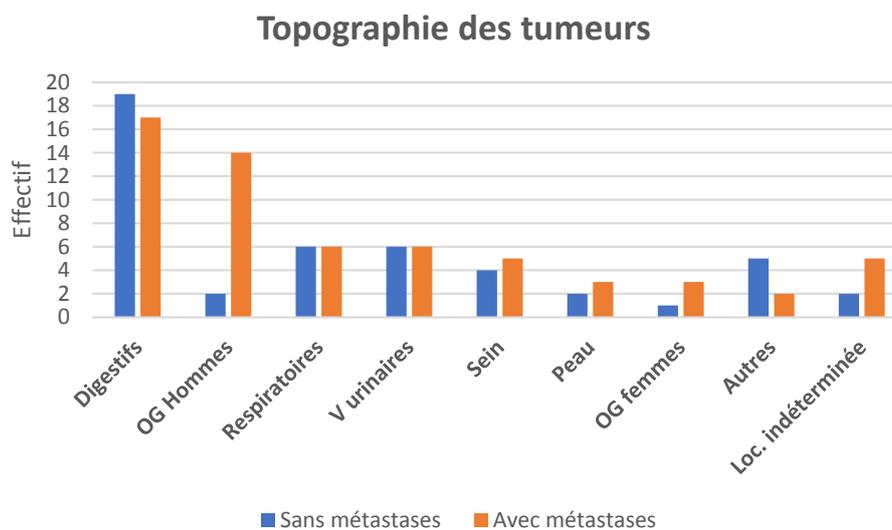
Les 5 localisations tumorales les plus représentées dans la population étaient les suivantes (ordre décroissant de fréquence) :

- Les tumeurs malignes des organes digestifs dans 35 cas. Parmi les 35 patients de ce groupe, 11 présentaient un cancer du pancréas et 10 un cancer colorectal ;
- Les tumeurs malignes des organes génitaux de l'homme dans 16 cas. La totalité des hommes de ce groupe présentait un cancer de la prostate ;

- Les tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques dans 12 cas. La totalité des patients de ce groupe présentaient un cancer des poumons ;
- Les tumeurs malignes des voies urinaires dans 12 cas. Environ 2/3 des patients de ce groupe présentaient un cancer de la vessie et l'autre tiers un cancer du rein ;
- Les tumeurs malignes du sein dans 9 cas.

La répartition du statut métastatique variait en fonction de la topographie des tumeurs. La présence de métastases était retrouvée chez la majorité des patients atteints d'un cancer de la prostate (n=14, 87,5%) (Figure 2).

Figure 2 : Topographie des tumeurs malignes présentées par les patients inclus dans l'étude, n=108, CGD, 2015, 2016, 1<sup>er</sup> semestre 2017

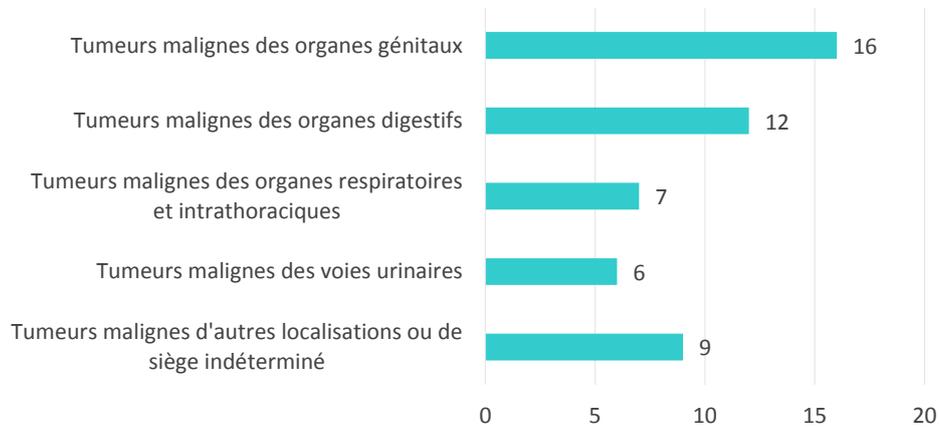


### Topographie des cancers en fonction du sexe :

Les tumeurs malignes les plus représentées chez l'homme étaient les cancers de la prostate (n=16, 32%) et les cancers colorectaux (n=12, 24%). (Figure 3).

**Figure 3 : Topographie des tumeurs malignes présentées par les hommes inclus dans l'étude, n=50, CGD, 2015, 2016, 1<sup>er</sup> semestre 2017.**

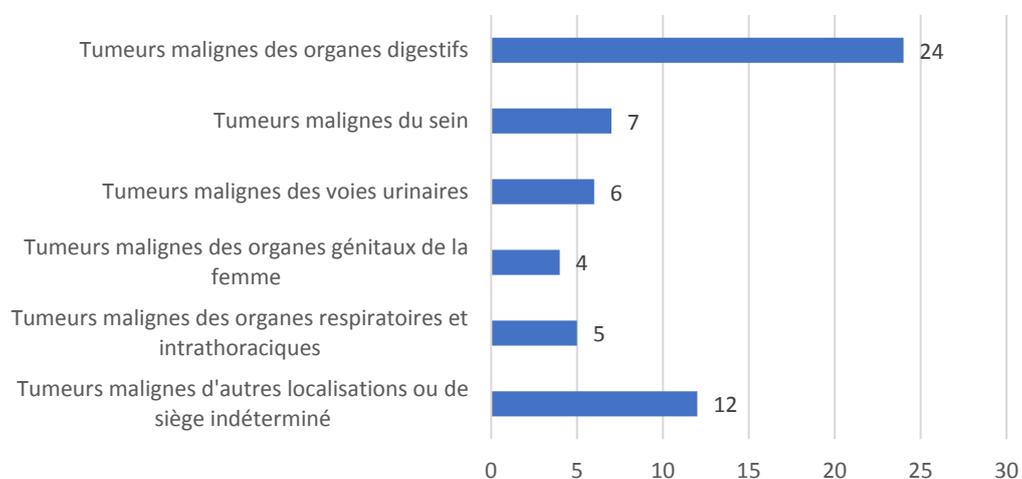
### Topographie des tumeurs chez l'homme



Les tumeurs malignes les plus représentées chez la femme étaient les tumeurs malignes des organes digestifs (n=24, 41,4%) loin devant les tumeurs malignes du sein (n=12, 20,7%) et les tumeurs malignes des voies urinaires (n=6, 10,3%) (Figure 4).

**Figure 4 : Topographie des tumeurs malignes présentées par les femmes inclus dans l'étude, n=58, CGD, 2015, 2016, 1<sup>er</sup> semestre 2017.**

### Topographie des tumeurs chez la femme



### **Cancer du pancréas :**

Douze patients (11%) avaient un cancer du pancréas avec une prédominance chez les femmes (75%). La majorité des femmes atteintes d'un cancer du pancréas vivait à domicile, était entourée et seulement 2 patientes avaient des troubles cognitifs sévères. Plus de la moitié avaient une mobilité réduite et avaient un score ADL  $\leq$  3. L'âge médian des femmes atteintes de cancer du pancréas était 86 ans (78-91). Trois patients (25%) étaient décédés et la quasi-totalité avait eu une prise en charge palliative.

### **Cancer de la prostate :**

Seize patients (14,8%) avaient un cancer de la prostate, et 14 d'entre eux (87,5%) avaient des métastases. La douleur était présente dans 50% des cas. La majorité des patients avaient une mobilité réduite (81,2%) et étaient dépendants : 62,5% des patients avaient un GIR  $\leq$  3 et 37,5 % avaient un ADL  $<$  3. Parmi ces patients, 87,5% venaient du domicile et plus de la moitié (56,2%) était hospitalisé pour AEG. L'âge médian des hommes atteints d'un cancer de la prostate était 87 ans (78-96 ans).

### **Patients présentant une tumeur maligne métastatique**

Soixante et un patients (56,5%) avaient une tumeur maligne métastatique.

Ils étaient âgés de 75 à 98 ans (âge médian = 86 ans). Ils résidaient pour la plupart au domicile avant leur hospitalisation (n=50, 82%). Six patients (9,8%) étaient isolés.

Trente-sept patients (60,6%) avaient des troubles cognitifs. Quarante-deux patients (68,8%) avaient un score GIR  $\leq$  3. Trente patients (49,2%) avaient un score ADL  $<$  3. Cinquante-trois patients (86,9%) avaient une mobilité limitée ou très limitée. Seize patients (26,2%) présentaient une dénutrition sévère. Trente-six patients (59%) présentaient une polymédication.

Les 3 motifs d'hospitalisation les plus fréquemment retrouvés chez ces patients étaient les suivants : une altération de l'état général (n=30, 49,2%), des soins palliatifs (n=10, 16,4%) et une douleur (n=5 ; 8,2%).

Les localisations des tumeurs malignes primitives (ou supposées primitives) étaient les suivantes :

- Une tumeur maligne de la prostate dans 14 cas (23%) ;
- Une tumeur maligne du pancréas dans 8 cas (13,1%) ;
- Une tumeur maligne bronchopulmonaire dans 6 cas (9,8%) ;
- Une tumeur maligne du sein dans 5 cas (8,2%) ;
- Une autre localisation tumorale ou une localisation tumorale indéterminée dans les 28 autres cas (46%).

La prise en charge a été curative dans 5 cas (8,2%). Quatorze patients (23%) sont décédés au décours de leur hospitalisation.

### **Prise en charge thérapeutique**

Le dossier n'a été présenté en RCP que pour 32 patients (29,6%) (Données non disponibles dans 5 cas, 4,6%).

Onze patients (10,2%) ont bénéficié d'une prise en charge curative et 89 (82,4%) patients d'une prise en charge palliative d'emblée. Les données n'étaient pas disponibles dans les autres cas (n=8, 7,4%).

Aucun patient n'avait rédigé de directives anticipées.

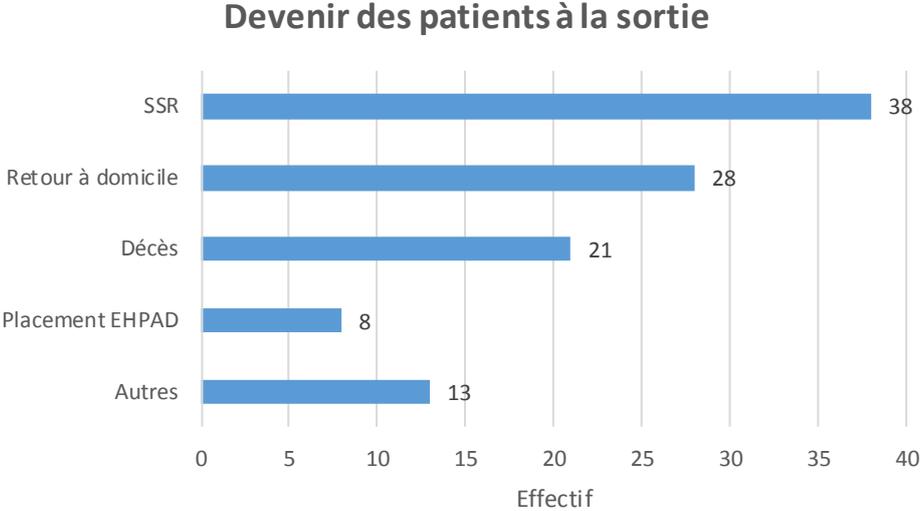
### **Patients décédés au cours de l'hospitalisation**

Vingt et un patients (19,4%) sont décédés au décours de leur hospitalisation (Figure 4). Ils étaient âgés de 75 à 93 ans (âge médian = 86 ans). La quasi-totalité de ces patients résidaient au domicile avant leur hospitalisation (n=19, 90,5%). L'entourage était présent pour la quasi-totalité des patients.

Environ 2/3 de ces patients (n=14, 66,6%) avaient des troubles cognitifs (60,6%). Huit patients (38,1%) avaient un score GIR  $\leq$  3. Douze patients (57,1%) avaient un score ADL  $<$ 3. La quasi-totalité d'entre eux présentaient une mobilité limitée ou très limitée. Six patients (28,6%) présentaient une dénutrition sévère. Neuf patients (42,8%) présentaient une polymédication.

Le motif d'hospitalisation le plus fréquemment retrouvé chez ces patients était une AEG (n=12, 57,1%). Dix-neuf patients (90,5%) avaient un Karnofsky inférieur ou égal à 30%. Plus de la moitié des patients (52,4%) avait un cancer des organes digestifs (dont trois cancers du pancréas, soit 27,3%).

Figure 5 : Devenir des patients inclus dans l'étude à la sortie, n=108, CGD, 2015, 2016, 1<sup>er</sup> semestre 2017.



Deux groupes de patients ont été constitués :

Groupe 1 : patients ayant eu un diagnostic de tumeur maligne solide avant ou après l'admission en CSG ;

Groupe 2 : patients déjà suivis pour une tumeur maligne solide.

## Caractéristiques des groupes 1 et 2

Tableau 3 : Caractéristiques des 79 patients du groupe 1 et des 29 patients du groupe 2 inclus dans l'étude, CGD, 2015, 2016, 1<sup>er</sup> semestre 2017

Caractéristiques	Groupe 1 (n=79)	Groupe 2 (n=29)	P
Age médian (étendue (années))	86 (75-98)	86 (75-107)	NS
Sexe féminin (n,%)	44 (55,7%)	14 (48,3%)	NS
Vivre à domicile (n,%) (n=107)	62 (79,5%)	26 (89,6%)	NS
Etre isolé(e) socialement	10 (12,6%)	0	0,06
Présence de troubles cognitifs (n,%)	46 (58,2%)	19 (65,5%)	NS
Score GIR ≤ 3 (n=104) (n,%)	55 (73,3%)	19 (65,5%)	NS
Score ADL <3 (n=102) (n,%)	41 (54,7%)	9 (33,3%)	0,06
Présence d'une mobilité limitée ou très limitée (n,%)	67 (84,8%)	24 (82,7%)	NS
Dépression (n,%)	31 (39,7%)	8 (27,6%)	NS
Présence d'une dénutrition sévère (n,%) (n=105)	23 (30,2%)	8 (27,6%)	NS
Présence d'une polymédication (n,%) (n=105)	44 (58,7%)	21 (72,4%)	NS
Motif d'hospitalisation mentionnant une altération de l'état général (n,%)	38 (48,1%)	9 (31%)	NS
Présence de métastases (n,%)	48 (60,7%)	13 (44,8%)	NS
Personne décédée au décours de l'hospitalisation (n,%)	16 (20,2%)	5 (17,2%)	NS
Comorbidités ≥ 3	55 (69,6%)	20 (69%)	NS
RCP	18 (22,8%)	14 (58,3%)	0,002
Douleur	28 (35,4%)	11 (37,9%)	NS
PEC curative	5 (6,8%)	7 (25%)	0,012

# Discussion

## Profil des patients de l'étude

Notre étude, en accord avec d'autres travaux (15) (35) (36) (37), a montré que les patients âgés atteints d'un cancer présentent une prévalence élevée d'incapacité fonctionnelle, de comorbidités, de mobilité réduite, de dénutrition, de troubles cognitifs, de polymédication et de dépression ce qui nécessite une prise en charge et des soins spécifiques. Les comorbidités les plus fréquentes étaient : l'insuffisance rénale, les troubles cognitifs et l'HTA comme retrouvé dans l'étude *ELCAPA en 2011* (38). Il a été montré dans une étude que l'âge, la comorbidité sévère, la déficience fonctionnelle et le type de tumeur sont indépendamment liés à une durée de survie plus courte chez les patients cancéreux (39). Le diagnostic précoce pourrait conduire à un meilleur pronostic et permettrait si besoin une meilleure prise en charge palliative avec des soins de confort adaptés. De nombreuses études ont étudié les profils des patients âgés cancéreux admis en oncologie et ont montré que ces patients étaient en meilleure santé que les patients âgés du même âge non cancéreux (14) (40). On suspectait que le cancer soit plus susceptible d'être diagnostiqué chez les personnes âgées en bonne santé, ou bien que l'on hésite à bilanter ou recommander des patients atteints de cancer en mauvais état général. Dans notre étude, nous observons des patients âgés polypathologiques et dépendants. Alors que cela peut être vrai pour les patients cancéreux plus âgés vus dans les services d'oncologie (14) (40), la santé et l'état fonctionnel relativement médiocres de nos patients cancéreux plus âgés suggèrent qu'il existe une grande partie de la population plus âgée cancéreuse qui est mal représentée dans les études (8), et qu'il existe très probablement un biais de sélection lié au lieu de recrutement.

Au moment de l'admission, plus de la moitié des patients avaient des métastases. Parmi les patients décédés en service, la majorité avaient eu un diagnostic de cancer après l'admission, était entré pour AEG ou soins palliatifs et 2/3 des patients étaient à un stade avancé (présence de métastases synchrones et/ou prévalentes à l'admission) de leurs cancers au moment du diagnostic (15) (41) (42). Ils avaient eu une prise en charge palliative dans la majorité des cas avec seulement 29% de RCP

réalisées. Cela souligne l'existence de barrières qui les empêche d'accéder au système de soins.

Nous avons observé que les signes et les symptômes étaient pour la plupart non spécifiques. L'absence de symptômes spécifiques peut expliquer le risque de retard diagnostique. Un peu moins d'un patient sur deux (43,5%) était hospitalisé pour une AEG et 72% des patients entrant pour AEG avaient fait un passage aux urgences.

### **Description et analyse des groupes 1 et 2**

Nous avons constitué deux groupes spécifiques parmi nos patients afin de déterminer si la découverte fortuite d'une tumeur maligne solide ou de métastases au cours de l'hospitalisation était associée à un profil particulier de patients.

Groupe 1 : patients ayant eu un diagnostic de tumeur maligne solide avant ou après l'admission en CSG ;

Groupe 2 : patients déjà suivis pour une tumeur maligne solide

Malgré les différences importantes de certains pourcentages entre les deux groupes, les effectifs ne semblent pas suffisants pour être statistiquement significatifs mais nous permettent de nous orienter vers certains profils de patients. Nous avons constaté que les patients âgés ayant eu une découverte de cancer en service de CSG (groupe 1), étaient majoritairement des femmes, présentaient moins de troubles cognitifs, avaient plus de handicap (ADL<3 = 54,7%,  $p=0,06$ ), étaient plus dépendants (GIR≤3 = 73,3%, NS), plus isolés socialement (12,6%,  $p=0,06$ ) que les patients âgés déjà suivis pour un cancer actif (groupe 2). Dans le groupe 1, 48,1% (versus 31% dans le groupe 2, NS) des patients étaient admis pour une AEG et 60,7% (versus 44,8%, NS) avaient un statut métastatique positif à l'admission.

Les deux groupes étaient similaires en termes de dénutrition sévère, de dépression, de mobilité réduite, de douleur, et de décès en service. Dans l'étude de *F. Retornaz en 2007* (14), les patients cancéreux âgés étaient comparés aux patients non cancéreux âgés dans un service de médecine aiguë : ils avaient plus de risque de malnutrition et étaient plus déprimés. Ceci est en accord avec notre étude et peut montrer que la dénutrition et la dépression sont le résultat du cancer lui-même. La douleur liée au cancer et la réduction de l'espérance de vie peuvent avoir précipité le risque de dépression chez ces patients (43)(44). Dans notre étude, 28,6 % des patients

décédés en service avaient une dénutrition sévère. Des études ont montré que la malnutrition et la dépression sont toutes deux associées à un risque accru de déclin fonctionnel et de décès à la suite d'une hospitalisation, indépendamment des autres comorbidités et de la gravité de la maladie (36) (45) (46). Aucune recommandation spécifique n'a été établie actuellement mais on peut suggérer la mise en place d'un suivi du poids avec une supplémentation ou un support nutritionnel.

De plus, les patients du groupe 1, qui avaient un diagnostic de cancer à un stade avancé, bénéficiaient moins souvent d'une prise en charge curative ( $p=0,012$ ).

D'après nos résultats, nous pouvons penser que le cancer peut être associé à des limitations plus importantes des AVQ, comme retrouvé dans une grande étude prospective américaine étudiant les patients issus de *MEDICARE* (43). Mais une étude récente française qui est aussi une étude de cohorte prospective, a montré que l'état du cancer et le statut métastatique n'étaient pas associés de façon indépendante à l'incapacité chez les patients cancéreux âgés vus en ambulatoire (37). On peut donc se demander si c'est le cancer qui a un effet sur le handicap, la dépendance ou encore la dépression ou bien à l'inverse si le statut fonctionnel médiocre fait qu'on ne dépiste pas (ou trop tardivement) le cancer chez ces patients âgés. Dans cette même étude (37), la mobilité réduite, le mauvais état fonctionnel, l'humeur dépressive, la déficience cognitive et la polypharmacie étaient associées de façon indépendante au handicap.

Le diagnostic précoce de cancer permettrait aux patients d'intégrer une filière de soins afin de bénéficier de soins spécialisés, notamment pour le traitement de la douleur et de la dénutrition y compris les soins palliatifs de confort.

### **Types de cancer et commentaires**

Dans notre étude, chez les hommes, le cancer de la prostate était le cancer le plus fréquent suivi du cancer du poumon et du cancer de la vessie. Nous avons observé que la majorité des patients atteints d'un cancer de la prostate avait un statut métastatique à l'admission (87,5%) et la moitié avait une symptomatologie douloureuse. A ce jour, aucune autorité de santé en France ne recommande le dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA (antigène prostatique spécifique) chez les hommes sans symptôme. Le dosage du PSA ne doit

se faire qu'en présence de signes cliniques urinaires et ne doit pas être réalisé au-delà de 75 ans (47). Pourtant, les traitements disponibles aujourd'hui permettent à *minima* de traiter la symptomatologie douloureuse et d'améliorer la qualité de vie. La maladie est hormonosensible pendant 18 à 24 mois et les traitements hormonaux et la chimiothérapie permettent de réduire les symptômes cliniques. L'objectif de la prise en charge, même s'il n'est pas à visée curatif, est d'épargner une mort douloureuse ou, au moins, inconfortable pour le patient et coûteuse pour la société (48), et cela suggère que le dépistage individuel du cancer de la prostate pourrait être poursuivi après 75 ans.

Dans notre étude, chez les femmes, les cancers les plus fréquents étaient le cancer colorectal, le cancer du pancréas et le cancer du sein. Il s'agit pour la plupart de cancers accessibles à la prévention (cancer colorectal (49), cancer du sein (50) et cancer du col de l'utérus (51)). Actuellement en France, le dépistage organisé pour ces cancers est réalisé jusqu'à 75 ans. Au-delà de 75 ans, la difficulté d'une prise de décision en santé publique est souvent liée au fait que peu d'études randomisées incluent les patients de cette tranche d'âge (8). L'intérêt d'un dépistage organisé prolongé au-delà de 75 ans peut donc se poser. Il est actuellement au cœur des débats. La HAS a été saisie en 2013 par la Direction Générale de la Santé sur la question de l'extension de la tranche d'âge : l'objectif général est d'évaluer la pertinence du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 à 79 ans en France (52).

Le cancer du sein est peu représenté dans notre étude, alors qu'il s'agit du cancer le plus fréquent chez la femme (35) (15). Cela peut s'expliquer par le fait que ces patientes peuvent être en meilleur état général et déjà suivies dans un centre de référence en oncologie tel que l'Institut Paoli Calmette (IPC) ou le CHU. Nous avons observé une surreprésentation du cancer du pancréas par rapport à la base nationale. Il était essentiellement retrouvé chez les femmes de plus de 75 ans. Le cancer du pancréas est diagnostiqué généralement à un stade avancé car les symptômes sont peu bruyants. Son pronostic est très sombre avec une survie nette à 5 ans inférieure à 10 % tous stades confondus. Même si son incidence reste faible, les données issues des registres des cancers digestifs français montrent une augmentation au cours des dernières années. Cette incidence croissante, plus marquée chez les femmes (variation annuelle de +3,6 % entre 1982 et 2012) que chez les hommes (+2,3 %),

reste aujourd'hui mal expliquée. Dans les données issues du Registre Bourguignon des cancers digestifs, l'âge moyen au diagnostic était de 68,7 ans pour les hommes et de 73,4 ans pour les femmes (53). De 1982 à 2012, en France, les taux d'incidence standardisés sur l'âge sont passés de 4,8 à 9,6 pour 100 000 personnes chez les hommes et de 2,3 à 6,8 chez les femmes. Cette augmentation était plus marquée chez les femmes, avec une variation annuelle moyenne de +3,6 %, que chez les hommes (+2,3 %) et ne correspond pas au profil de patient habituellement décrit. On peut se poser la question de l'existence d'un pic chez les hommes d'âge moyen et d'un deuxième pic chez les femmes plus âgées.

### **Rôle du Médecin Généraliste (MG)**

Le rôle du MG dans le dépistage individuel est capital :

La majorité des patients recrutés (79,6%) vivait à domicile, ce qui souligne l'importance du MG (54) dans le dépistage du cancer chez les sujets âgés. En effet, une étude a montré que les patients qui n'avaient pas consulté le MG dans les 18 derniers mois avaient plus de risque d'avoir un cancer à un stade avancé et un taux de mortalité plus élevé que ceux qui consultent fréquemment (55).

Plus que le recours à la consultation, la réalisation d'un examen clinique complet reste primordial quel que soit l'âge du patient : En effet, Il semblerait que les symptômes soient banalisés par la personne âgée, son entourage voire l'entourage de professionnel de santé, ou associés à tort au vieillissement et aux comorbidités ce qui révèle la difficulté de prise en charge des sujets âgés. Selon certaines études, environ 20 % des patients âgés attendraient près d'un an avant de consulter pour des signes cliniques clairement définis (56). Il est vrai que faire la part entre les modifications fonctionnelles et physiologiques liées à l'âge, les maladies chroniques et les signes du cancer peut être excessivement difficile. L'ignorance des symptômes les plus significatifs, la confusion avec des manifestations liées à une maladie chronique préexistante et leur mauvaise interprétation sont les principales causes du retard au diagnostic des sujets âgés. Les douleurs généralisées, l'asthénie, l'anorexie ou la perte de poids ne sont pas spécifiques, mais sont les symptômes les plus fréquemment retrouvés chez ces patients (57) et peuvent être compris comme des phénomènes normaux liés au vieillissement plutôt que comme des marques d'un cancer nécessitant des investigations supplémentaires.

Le MG a un rôle pivot (54) car il intervient à tous les moments de la prise en charge : démarche diagnostique (prévention, dépistage), annonce (ou reformulation) du diagnostic et du projet thérapeutique, coordination des soins et adaptation des aides à domicile et des soins de support, accompagnement des patients et de leurs familles (58). De plus, le rôle du MG est particulièrement important pour les personnes âgées car elles sont plus dépendantes que les jeunes patients. Cette prise en charge est complexe pour le MG ; en effet, si 79 % des MG pensent que le dépistage du cancer est justifié après 75 ans, 77% d'entre eux déplorent le manque des recommandations pour encadrer le dépistage du cancer chez la personne âgée. (59). Les médecins de famille peuvent être réticents à adresser des personnes âgées pour un diagnostic et un traitement, et cette réticence retarde souvent la prise en charge. Cette sélection est réalisée par le médecin en fonction de son expérience, du souhait du patient et de sa famille, mais aussi de l'autonomie du patient. L'âge et les difficultés organisationnelles sont une limitation fréquemment soulevée par les médecins généralistes pour ne pas aller plus loin dans l'exploration (60). Il existe donc un certain nombre de patients qui n'auront pas de dépistage. Ainsi, 62 % des MG ne sont pas favorables au dépistage de cancer en présence d'une démence (59).

### **Oncogériatrie, EGA (Evaluation Gériatrique Approfondie) et Fragilité**

Dans notre étude, un diagnostic anatomopathologique n'a été réalisé que dans 19,4% des cas, et il s'agissait particulièrement de tumeurs accessibles (Echo-endoscopies, FOGD, coloscopies et biopsie cutanée essentiellement). La recherche de malignité chez les sujets âgés (61) n'est donc pas approfondie, et pourtant elle est nécessaire pour juger de la prise en charge thérapeutique. De plus, les RCP étaient réalisées majoritairement dans le groupe 2 ( $p=0,002$ ), c'est-à-dire pour les patients déjà suivis pour un cancer.

Peu de patients ont une évaluation oncogériatrique (42) et encore moins sont traités par chimiothérapie (62). Cependant, il convient de noter que, chez les patients âgés traités, les durées de survie sont comparables à celles observées chez les patients plus jeunes, ce qui indique un bénéfice du traitement chez ces patients (62).

L'âge chronologique n'est donc pas suffisant pour définir l'état d'un patient cancéreux âgé d'où l'intérêt d'une EGA multidimensionnelle : comorbidités, état

fonctionnel, paramètres nutritionnels, cognitifs, psychologiques et sociaux, et les médicaments en utilisant des échelles gériatriques validées (63) (64) (65) (66) (67) (68). Cette évaluation qui prend en considération l'hétérogénéité de cette population est un élément déterminant du plan de soins personnalisé comprenant le traitement anticancéreux, les soins de support, le traitement des symptômes et les soins de fin de vie. Elle est indispensable dans le suivi des patients pour juger de l'utilité, ou de la toxicité de chacun de ces traitements.

De nombreux critères cliniques ont proposé de définir le concept de fragilité mais actuellement aucun consensus international n'a été réalisé et il n'y a actuellement pas de véritable définition de la vieillesse.

Deux modèles de fragilité : Deux modèles de fragilité : le phénotype fragile (« frailty ») (Fried 2001) qui est un score comprenant 5 items : perte de poids, fatigue subjective, activité physique, vitesse de marche, force (69) et un index de fragilité multi-domaines (Rockwood 2005) qui comprend une dimension médico-psycho-sociale (70). La Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante : « la fragilité est une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. La fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (71). Cette approche permet d'appréhender la personne âgée en trois groupes (identifiés par *Balducci* en 2000 (72) :

- ROBUSTES : patients âgés en bonne santé, prise en charge identique aux adultes plus jeunes
- DEPENDANTS : polypathologiques souvent institutionnalisés et déjà dans un parcours de soins spécialisé
- FRAGILES ou VULNERABLES : à domicile et haut risque de dépendance.

Il est donc intéressant de réaliser un repérage des Personnes âgées de plus de 75 ans indemnes de maladie grave sans dépendance avérée et à l'initiative du médecin généraliste soupçonnant une fragilité (73). Un questionnaire élaboré par le Gérontopôle de Toulouse a été retenu comme pertinent par la SFGG et le Conseil national professionnel de gériatrie (CNPG) pour le repérage de la fragilité en soins primaires (73). Un outil de dépistage ONCODAGE (questionnaire G8) a été développé afin de cibler les patients âgés cancéreux vulnérables et nécessitant une EGA avant

mise en place d'un traitement adapté (augmentant la survie et avec une bonne tolérance) (74) (75).

L'Oncogériatrie s'est donc naturellement développée et résulte d'une collaboration entre médecins oncologues, gériatres et médecins généralistes. Des unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) ont été mises en place dès 2006 pour développer des prises en charge adaptées aux personnes âgées atteintes de cancer, et optimiser les compétences des deux spécialités médicales concernées, celle de cancérologie et celle de gériatrie, par le biais d'une coordination accrue entre ces acteurs (76). L'UCOG PACA Ouest à Marseille est coordonnée par le Dr Frédérique Rousseau, oncologue à l'IPC et le Dr Elodie Cretel, gériatre au CHU Timone (76).

### **Limites et points forts de notre étude**

Il existe des limites à notre étude. Il y a des données manquantes pour le MMS, ce qui peut être expliqué par le fait que nous avons réalisé une étude rétrospective et que notre collecte de données s'est limitée à ce que nous avons pu extrapoler à partir de l'examen des dossiers. D'autre part, certains patients étaient déjà en soins palliatifs au moment de l'admission ou avaient des troubles cognitifs très sévères ne permettant pas la réalisation du MMS. De plus, les poids manquants correspondaient aux patients grabataires ou en soins palliatifs. Il s'agit d'une étude monocentrique entraînant un potentiel biais de référence. La proximité du centre de recherche anti-cancéreux peut avoir influencé la sélection des patients cancéreux référés à notre hôpital. Enfin, il s'agit de données non uniformes car les cancers étaient différents pour chaque patient entraînant un biais de comparaison.

De plus, l'évaluation par un outil gériatrique tel qu'Oncodage, ne faisait pas partie du dossier patient.

En raison des petites tailles d'échantillon du groupe 2, il n'a pas été montré de différence significative entre les groupes 1 et 2 mais les écarts de pourcentage retrouvés peuvent être considérés comme générant des hypothèses et devraient être confirmées par d'autres recherches prospectives. Les recherches futures devraient inclure l'évaluation prospective des syndromes gériatriques pour évaluer les relations entre ces pathologies et l'efficacité et la toxicité du traitement du cancer.

Malgré les limites ci-dessus, cette étude établit la prévalence élevée des syndromes gériatriques chez les sujets âgés atteints de cancer. Les interventions ciblant les syndromes gériatriques chez les patients atteints de cancer peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie et les résultats thérapeutiques. Les lignes directrices sur les soins, plutôt que de considérer un problème de santé à la fois, devraient être élaborées pour aborder la prise en charge globale et coordonnée des affections concomitantes telles que le cancer et les syndromes gériatriques. Cette étude a contribué à combler le manque de données sur un segment important de la population cancéreuse âgée qui n'est pas bien comprise et qui est peu représentée dans les études sur les patients cancéreux plus âgés. Le point fort de notre étude est que nous avons inclus un grand nombre de patients et il s'agit à notre connaissance de la première étude comparant les patients âgés cancéreux nouvellement diagnostiqués pour un cancer et les patients âgés déjà suivis pour un cancer dans une même unité de CSG. Les patients âgés sont sous diagnostiqués, trop tardivement de surcroit et du coup ne bénéficient pas d'EGA ni de la pertinence d'un avis oncogériatrique.

Notre travail replace aussi le MG dans son rôle propre auprès de populations fragilisées et redonne toute son importance à l'examen clinique.

# Conclusion

Le cancer du sujet âgé est un problème de santé publique majeur en raison de la prépondérance de la maladie dans cette population qui est en perpétuelle augmentation.

Les patients âgés cancéreux qui sont vus dans un service de Court Séjour Gériatrique présentent de multiples problèmes gériatriques actifs et nécessitent des soins et une prise en charge spécifiques. Ils ont souvent un cancer à un stade avancé au moment du diagnostic, ce qui limite les possibilités thérapeutiques plaçant le gériatre dans la situation de l'annonce d'un diagnostic à un stade avancé et de l'annonce d'une abstention thérapeutique.

L'âge ainsi que l'absence de symptômes spécifiques peuvent expliquer les risques de retard diagnostique. Comme l'incidence du cancer augmente avec l'âge, les MG doivent être conscients d'un potentiel cancer sous-jacent qui peut avoir une présentation atypique et non spécifique. Ils sont confrontés à la complexité de la prise en charge et certains d'entre eux peuvent être réticents pour adresser des patients âgés pour un diagnostic et un traitement.

Les personnes âgées ont une idée fautive du cancer et méconnaissent son expression clinique, ce qui les conduit à consulter tardivement. De leur côté, les médecins ont une mauvaise appréciation des possibilités thérapeutiques offertes, alors qu'il apparaît possible de traiter ces patients avec une intention curatrice sans effet secondaire majeur. La difficulté réside dans la sélection des malades, compte tenu de l'hétérogénéité de la population dite âgée.

Le diagnostic tardif du cancer diminue le pronostic et le taux de survie chez les sujets âgés y compris ceux, comme le cancer de la prostate dont l'espérance de vie et la qualité de vie peuvent être améliorées par une hormonothérapie. Il faudrait donc réaliser un dépistage individuel précoce ce qui nécessite une participation active du MG et du patient et sa famille. Il serait souhaitable d'établir un arbre décisionnel concernant la prise en charge des patients âgés à domicile pour les aider à déterminer la population à explorer et à faire bénéficier d'une EGA

Dans l'ensemble, cette analyse de patients âgés atteints de cancer permet une meilleure compréhension de cette population et aidera à guider les soins dans la pratique clinique courante. Cependant, il reste difficile d'identifier les patients qui pourraient bénéficier d'un dépistage individuel et d'une évaluation gériatrique.

Des recherches supplémentaires sur ces patients hospitalisés âgés admis dans les services de gériatrie sont nécessaires pour améliorer la prise en charge et sensibiliser les MG sur l'intérêt de réaliser un diagnostic précoce.

# Bibliographie

1. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
2. Épidémiologie des cancers chez les patients de 65 ans et plus - Oncogériatrie | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatric/Epidemiologie>
3. Les cancers en France [Internet]. [cité 24 mars 2018]. Disponible sur: [http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers\\_en\\_france/#page=1](http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=1)
4. Townsley C, Pond GR, Peloza B, Kok J, Naidoo K, Dale D, et al. Analysis of Treatment Practices for Elderly Cancer Patients in Ontario, Canada. *J Clin Oncol*. 1 juin 2005;23(16):3802-10.
5. Yancik R, Kessler L, Yates JW. The elderly population. Opportunities for cancer prevention and detection. *Cancer*. 15 oct 1988;62(8 Suppl):1823-8.
6. Haigney E, Morgan R, King D, Spencer B. Breast examinations in older women: questionnaire survey of attitudes of patients and doctors. *BMJ*. 25 oct 1997;315(7115):1058-9.
7. Aparicio T, Navazesh A, Boutron I, Bouarioua N, Chosidow D, Mion M, et al. Half of elderly patients routinely treated for colorectal cancer receive a sub-standard treatment. *Crit Rev Oncol Hematol*. sept 2009;71(3):249-57.
8. Lewis JH, Kilgore ML, Goldman DP, Trimble EL, Kaplan R, Montello MJ, et al. Participation of patients 65 years of age or older in cancer clinical trials. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 avr 2003;21(7):1383-9.
9. Vercelli M, Capocaccia R, Quaglia A, Casella C, Puppo A, Coebergh JWW. Relative survival in elderly European cancer patients: evidence for health care inequalities. *Crit Rev Oncol Hematol*. 1 sept 2000;35(3):161-79.
10. Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G, Laissue P, Neyroud-Caspar I, Schäfer P, et al. Undertreatment Strongly Decreases Prognosis of Breast Cancer in Elderly Women. *J Clin Oncol*. 1 oct 2003;21(19):3580-7.
11. Garman KS, McConnell ES, Cohen HJ. Inpatient care for elderly cancer patients: the role for Geriatric Evaluation and Management Units in fulfilling goals for care. *Crit Rev Oncol Hematol*. 1 sept 2004;51(3):241-7.
12. Fentiman IS, Tirelli U, Monfardini S, Schneider M, Festen J, Cognetti F, et al. Cancer in the elderly: why so badly treated? *Lancet Lond Engl*. 28 avr 1990;335(8696):1020-2.
13. Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic review. Colorectal Cancer Collaborative Group. *Lancet Lond Engl*. 16 sept 2000;356(9234):968-74.
14. Retornaz F, Seux V, Sourial N, Braud A-C, Monette J, Bergman H, et al. Comparison of the Health and Functional Status Between Older Inpatients With and Without Cancer Admitted to a Geriatric/Internal Medicine Unit. *J Gerontol Ser A*. 1 août 2007;62(8):917-22.

15. Retornaz F, Seux V, Pauly V, Soubeyrand J. Geriatric assessment and care for older cancer inpatients admitted in acute care for elders unit. *Crit Rev Oncol Hematol.* nov 2008;68(2):165-71.
16. Inouye SK, Peduzzi PN, Robison JT, Hughes JS, Horwitz RI, Concato J. Importance of Functional Measures in Predicting Mortality Among Older Hospitalized Patients. *JAMA.* 15 avr 1998;279(15):1187-93.
17. Yancik R, Wesley MN, Ries LAG, Havlik RJ, Edwards BK, Yates JW. Effect of Age and Comorbidity in Postmenopausal Breast Cancer Patients Aged 55 Years and Older. *JAMA.* 21 févr 2001;285(7):885-92.
18. Frazier SC. Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review. *J Gerontol Nurs.* sept 2005;31(9):4-11.
19. Donini LM, De Bernardini L, De Felice MR, Savina C, Coletti C, Cannella C. Effect of nutritional status on clinical outcome in a population of geriatric rehabilitation patients. *Aging Clin Exp Res.* avr 2004;16(2):132-8.
20. Cacciatore F, Abete P, Maggi S, Luchetti G, Calabrese C, Viati L, et al. Disability and 6-year mortality in elderly population. Role of visual impairment. *Aging Clin Exp Res.* oct 2004;16(5):382-8.
21. Reuben DB, Walsh K, Moore AA, Damesyn M, Greendale GA. Hearing loss in community-dwelling older persons: national prevalence data and identification using simple questions. *J Am Geriatr Soc.* août 1998;46(8):1008-11.
22. Wolfson C, Wolfson DB, Asgharian M, M'Lan CE, Ostbye T, Rockwood K, et al. A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia. *N Engl J Med.* 12 avr 2001;344(15):1111-6.
23. Covinsky KE. Depressive Symptoms and 3-Year Mortality in Older Hospitalized Medical Patients. *Ann Intern Med.* 6 avr 1999;130(7):563.
24. Vercelli M, Lillini R, Capocaccia R, Micheli A, Coebergh JW, Quinn M, et al. Cancer survival in the elderly: effects of socio-economic factors and health care system features (ELDCARE project). *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. janv 2006;42(2):234-42.
25. Code de l'action sociale et des familles - Article R232-3. Code de l'action sociale et des familles.
26. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA.* 21 sept 1963;185(12):914-9.
27. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
28. WHOCC - ATC/DDD Index [Internet]. [cité 16 mars 2018]. Disponible sur: [https://www.whooc.no/atc\\_ddd\\_index\\_and\\_guidelines/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whooc.no/atc_ddd_index_and_guidelines/atc_ddd_index/)
29. Monégat M, Perronnin M, Rococo E, Roussy IG. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;8.

30. Haute Autorité de Santé - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee)
31. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1 nov 1975;12(3):189-98.
32. Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the « get-up and go » test. *Arch Phys Med Rehabil.* juin 1986;67(6):387-9.
33. Karnofsky DA, Burchenal JH. In: Evaluation of chemotherapeutic agents. MacLeod CM, editor. New York: Columbia University Press; 1949. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer; pp. 191–205. MacLeod CM Ed N Y Columbia Univ Press 1949 Clin Eval Chemother Agents Cancer Pp 191–205.
34. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine | Legifrance [Internet]. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/9/AFSP1706303D/jo/texte>
35. Mohile SG, Fan L, Reeve E, Jean-Pierre P, Mustian K, Peppone L, et al. Association of Cancer With Geriatric Syndromes in Older Medicare Beneficiaries. *J Clin Oncol.* 10 avr 2011;29(11):1458-64.
36. Flood KL, Carroll MB, Le CV, Ball L, Esker DA, Carr DB. Geriatric Syndromes in Elderly Patients Admitted to an Oncology–Acute Care for Elders Unit. *J Clin Oncol.* 20 mai 2006;24(15):2298-303.
37. Pamoukdjian F, Aparicio T, Zelek L, Boubaya M, Caillet P, François V, et al. Impaired mobility, depressed mood, cognitive impairment and polypharmacy are independently associated with disability in older cancer outpatients: The prospective Physical Frailty in Elderly Cancer patients (PF-EC) cohort study. *J Geriatr Oncol.* 1 mai 2017;8(3):190-5.
38. Caillet P, Canoui-Poitrine F, Vouriot J, Berle M, Reinald N, Krypciak S, et al. Comprehensive Geriatric Assessment in the Decision-Making Process in Elderly Patients With Cancer: ELCAPA Study. *J Clin Oncol.* 20 sept 2011;29(27):3636-42.
39. Wedding U, Röhrig B, Klippstein A, Pientka L, Höffken K. Age, severe comorbidity and functional impairment independently contribute to poor survival in cancer patients. *J Cancer Res Clin Oncol.* 1 déc 2007;133(12):945-50.
40. Repetto L, Venturino A, Vercelli M, Gianni W, Biancardi V, Casella C, et al. Performance status and comorbidity in elderly cancer patients compared with young patients with neoplasia and elderly patients without neoplastic conditions. *Cancer.* 15 févr 1998;82(4):760-5.
41. Simmonds P, Best L, George S, Baughan C, Buchanan R, Davis C, et al. Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic review. *The Lancet.* 16 sept 2000;356(9234):968-74.
42. Freyer G, Braud A-C, Chaibi P, Spielmann M, Martin J-P, Vilela G, et al. Dealing with metastatic breast cancer in elderly women: results from a French study on a large cohort carried out by the « Observatory on Elderly Patients ». *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* févr 2006;17(2):211-6.
43. Leach Corinne R., Bellizzi Keith M., Hurria Arti, Reeve Bryce B. Is it my cancer or am i just getting older?: Impact of cancer on age-related health conditions of older cancer survivors. *Cancer.* 3 juin 2016;122(12):1946-53.

44. Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S, Mattheeuws M, Beeckman D. A comparison of symptoms in older hospitalised cancer and non-cancer patients in need of palliative care: a secondary analysis of two cross-sectional studies. *BMC Geriatr.* 05 2018;18(1):40.
45. Fonck M, Gékière JP, Blanc-Bisson C, Bourdel-Marchasson I. [State of nutrition and cancer in the elderly]. *Bull Cancer (Paris).* mai 2008;95 FMC Onco:F116-20.
46. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, Band PR, Bennett JM, Bertino JR, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Med.* oct 1980;69(4):491-7.
47. Cancer de la prostate chez les sujets âgés : comment faire le diagnostic, pourquoi et comment mettre en place une évaluation gériatrique | Urofrance [Internet]. [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/cancer-de-la-prostate-chez-les-sujets-ages-comment-faire-le-diagnostic-pourquoi-et-comment-mett.html>
48. Recommandations pour la prise en charge du cancer de la prostate chez l'homme âgé : un travail du comité de cancérologie de l'association française d'urologie | Urofrance [Internet]. [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/nc/publications-livres/publications-scientifiques/resultats-de-la-recherche/html/recommandations-pour-la-prise-en-charge-du-cancer-de-la-prostate-chez-lhomme-age-un-travail-du.html>
49. Haute Autorité de Santé - Dépistage et prévention du cancer colorectal [Internet]. [cité 24 mars 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1623732/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-colorectal](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623732/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-colorectal)
50. Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. [cité 24 mars 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage)
51. Haute Autorité de Santé - Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 24 mars 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_998815/fr/cancer-du-col-de-l-uterus](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_998815/fr/cancer-du-col-de-l-uterus)
52. Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans et de 70 à 79 ans en France - Note de cadrage [Internet]. [cité 17 mars 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1650212/fr/depistage-du-cancer-du-sein-chez-les-femmes-de-40-a-49-ans-et-de-70-a-79-ans-en-france-note-de-cadrage?xtmc=&xtcr=4](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1650212/fr/depistage-du-cancer-du-sein-chez-les-femmes-de-40-a-49-ans-et-de-70-a-79-ans-en-france-note-de-cadrage?xtmc=&xtcr=4)
53. Drouillard A, Manfredi S, Lepage C, Bouvier A-M. Épidémiologie du cancer du pancréas. *Bull Cancer (Paris).* 1 janv 2018;105(1):63-9.
54. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
55. Jensen H, Vedsted P, Møller H. Prognosis of cancer in persons with infrequent consultations in general practice: A population-based cohort study. *Int J Cancer.* 15 déc 2017;141(12):2400-9.
56. française LD. Rapport de la Commission d'orientation sur le cancer [Internet]. [cité 24 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000017/index.shtml>

57. Rao A, Cohen HJ. Symptom Management in the Elderly Cancer Patient: Fatigue, Pain, and Depression. *JNCI Monogr.* 1 juill 2004;2004(32):150-7.
58. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 11 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
59. Chapelet G, Berrut G, Bourbouloux E, Campone M, Derkinderen P, Decker L de. Étude des pratiques de dépistage du cancer chez la personne âgée ayant une démence. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 juin 2015;13(2):133-40.
60. Delva F, Marien E, Fonck M, Rainfray M, Demeaux J-L, Moreaud P, et al. Factors influencing general practitioners in the referral of elderly cancer patients. *BMC Cancer.* 6 janv 2011;11(1):5.
61. Petignat P, Fioretta G, Verkooijen HM, Vlastos AT, Rapiti E, Bouchardy C, et al. Poorer survival of elderly patients with ovarian cancer: a population-based study. *Surg Oncol.* 1 déc 2004;13(4):181-6.
62. Baunemann Ott CL, Ratna N, Prayag R, Nugent Z, Badiani K, Navaratnam S. Survival and treatment patterns in elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer in Manitoba. *Curr Oncol.* oct 2011;18(5):e238-42.
63. Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz J-P, Lichtman S, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol.* sept 2005;55(3):241-52.
64. Terret C, Albrand G, Droz JP. Geriatric assessment in elderly patients with prostate cancer. *Clin Prostate Cancer.* mars 2004;2(4):236-40.
65. Kirkhus L, Šaltytė Benth J, Rostoft S, Grønberg BH, Hjernstad MJ, Selbæk G, et al. Geriatric assessment is superior to oncologists' clinical judgement in identifying frailty. *Br J Cancer.* 8 août 2017;117(4):470-7.
66. Repetto L, Fratino L, Audisio RA, Venturino A, Gianni W, Vercelli M, et al. Comprehensive geriatric assessment adds information to Eastern Cooperative Oncology Group performance status in elderly cancer patients: an Italian Group for Geriatric Oncology Study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 15 janv 2002;20(2):494-502.
67. Bernabei R, Venturiero V, Tarsitani P, Gambassi G. The comprehensive geriatric assessment: when, where, how. *Crit Rev Oncol Hematol.* janv 2000;33(1):45-56.
68. Ingram SS, Seo PH, Martell RE, Clipp EC, Doyle ME, Montana GS, et al. Comprehensive assessment of the elderly cancer patient: the feasibility of self-report methodology. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 févr 2002;20(3):770-5.
69. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype. *J Gerontol Ser A.* 1 mars 2001;56(3):M146-57.
70. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Can Med Assoc J.* 30 août 2005;173(5):489-95.

71. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2011;9(4):387-90.
72. Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. *The oncologist*. 2000;5(3):224-37.
73. Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires)
74. Kenis C, Bron D, Libert Y, Decoster L, Van Puyvelde K, Scalliet P, et al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: results of a prospective multicentric study. *Ann Oncol*. 1 mai 2013;24(5):1306-12.
75. 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*. 20 mai 2011;29(15\_suppl):9001-9001.
76. Les unités de coordination et antennes d'oncogériatrie - Oncogériatrie | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatric/Les-unites-de-coordination-et-antennes-d-oncogeriatric>

# Annexes

## Annexe 1

### FICHE DE RECEUIL DE DONNEES

#### Cancer et personnes âgées de plus de 75 ans

Court séjour gériatrique 2015-2017

NUMFICH I \_ I \_ I \_ I

Nom : I \_ I \_ I \_ I

Date d'entrée : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_      Date de sortie : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Motif hospitalisation :

Sexe :     H<sup>1</sup>     F<sup>2</sup>

Age (à l'entrée): I \_ I \_ I \_ I Ans

Lieu de vie :

Code postal :

Médecin généraliste :

Tél :

Situation maritale : I \_ I couple<sup>1</sup>, veuf<sup>2</sup>, autre<sup>3</sup>

Provenance : I \_ I domicile personnel<sup>1</sup>, EHPAD<sup>2</sup>, autre<sup>3</sup>

Mode d'entrée : I \_ I SAU<sup>1</sup>, programmé<sup>2</sup>, mutation/transfert<sup>3</sup>

Entourage : I \_ I famille<sup>1</sup>, isolement<sup>2</sup>

Antécédents / comorbidités

Traitement (à l'entrée) :

Poids à l'entrée : I \_ I \_ I \_ I Kg

IMC à l'entrée :

Clairance de la créatinine (Cockroft) (à l'entrée) .... ml/mn

Albumine (à l'entrée) : ..... g/l

Dénutrition sévère : I \_ I Oui<sup>1</sup> Non<sup>0</sup>

GIR : I \_ I (1 à 6)    ADL : I \_ \_ I (0 à 6)    IADL : I \_ I (0 à 4) (recueil à la sortie)

Troubles cognitifs : I \_ I Oui<sup>1</sup> Non<sup>0</sup>    Stade :

MMS I \_ I \_ I (0 à 30) réalisé en cours d'hospitalisation

**Dépression (ATCD ou bien découverte en cours d'hospitalisation) :** I \_ I I Oui <sup>1</sup>  
Non <sup>0</sup>

**Douleur (au cours de l'hospitalisation) :** I \_ I Oui <sup>1</sup> Non <sup>0</sup> EVA : I \_ I  
(0 à 10)

**Mobilité (à l'entrée):** I \_ I

1. Conservée      2. Limitée (périmètre <300m)      3. très limitée, grabataire

**Données pronostic :** Karnofsky (en cours d'hospitalisation) : I \_ I %

**Données liées au cancer :**

- **Type de lésion Primaire<sup>1</sup> ou secondaire<sup>2</sup>** I \_ I
- **Suivi :** I \_ I Oui <sup>1</sup> Non <sup>0</sup>
- **Localisation :**
- **Existence de métastases** I \_ I Oui <sup>1</sup> Non <sup>0</sup>
- **Type de métastases :**
- **Anapath :** I \_ I Oui <sup>1</sup> Non <sup>0</sup>
- **RCP :** I \_ I Oui <sup>1</sup> Non <sup>0</sup>
- **Directive anticipées :** I \_ I Oui <sup>1</sup> Non <sup>0</sup>
- **PEC palliative<sup>0</sup> ou curative<sup>1</sup>** I \_ I

**Mode de sortie :** I \_ I RAD<sup>1</sup>, SSR<sup>2</sup>, Décès<sup>3</sup>, placement EHPAD<sup>4</sup>, HAD<sup>5</sup>, autres<sup>6</sup>

## Annexe 2

### Classification des comorbidités

- Cardiovasculaire
  - Maladie coronarienne (infarctus du myocarde, angine de poitrine)
  - Insuffisance cardiaque congestive
  - Maladie thromboembolique (embolie pulmonaire, thrombophlébite périphérique)
  - Péricardite
  - Endocardite
  - Une maladie vasculaire périphérique
  - Arythmie cardiaque
  - Hypotension orthostatique
  - Insuffisance veineuse chronique
- Dépression
- Hypertension
- Diabète
- Démence
  - La maladie d'Alzheimer
  - La démence vasculaire
  - La démence dans la maladie de Parkinson
  - Démence avec les corps de Lewy
  - Démence frontotemporale
- Respiratoire
  - Maladie pulmonaire obstructive chronique
  - Insuffisance pulmonaire chronique ou insuffisance respiratoire
  - Fibrose pulmonaire interstitielle
  - Pneumoconiose
- Maladie ostéo-articulaire
  - Ostéoporose avec ou sans fractures
  - Ostéomalacie
  - L'arthrose

- Arthropathie cristalline
- La polyarthrite rhumatoïde
- Maladie du tissu conjonctif (syndrome de Gougerot-Sjogren)
- Digestif
  - Reflux gastro-œsophagien
  - Maladie ulcéreuse
  - Gastrite chronique
  - Cirrhose de l'hépatite C
  - Cirrhose alcoolique
  - Cirrhose biliaire primitive
- Insuffisance rénale
- Neurologique
  - la maladie de Parkinson
  - Neuropathie périphérique
  - Accident vasculaire cérébral
  - Épilepsie
  - Hydrocéphalie à pression normale

# Abréviations

<b>OMS</b> :	Organisation Mondiale de la Santé
<b>INSEE</b> :	Institut National de la Statistique et des Etudes économiques
<b>CGD</b> :	Centre Gérontologique Départemental
<b>EHPAD</b> :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>CSG</b> :	Court Séjour Gériatrique
<b>RUM</b> :	Résumés d'Unité Médicale
<b>PMSI</b> :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
<b>DP</b> :	Diagnostic Principal
<b>DAS</b> :	Diagnostic Associé Significatif
<b>DR</b> :	Diagnostic Relié
<b>GIR</b> :	Groupe Iso Ressource
<b>APA</b> :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
<b>ADL</b> :	Activity Daily Living
<b>AVQ</b> :	Activités de la vie quotidienne
<b>IADL</b> :	Instrumental Activities of Daily Living
<b>ATC</b> :	Anatomique Thérapeutique et Chimique
<b>MMSE</b> :	Mini-Mental State Examination
<b>MMS</b> :	Mini-Mental Score de Folstein
<b>CIM</b> :	Classification internationale des maladies
<b>AEG</b> :	Altération de l'état général
<b>HAD</b> :	Hospitalisation à domicile
<b>CPP</b> :	Comité de Protection des Personnes
<b>RCP</b> :	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
<b>Anapath</b> :	Anatomopathologie
<b>UCOG</b> :	Unité de Coordination en Oncogériatrie
<b>SFGG</b> :	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
<b>PSA</b> :	Antigène Prostatique Spécifique
<b>MG</b> :	Médecin Généraliste
<b>EGA</b> :	Evaluation Gériatrique Approfondie

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



# Résumé

**Introduction** : La population française vieillit et le cancer devient une pathologie du sujet âgé. Le diagnostic tardif conduit à une diminution du taux de survie et à un moins bon pronostic. L'enjeu actuel est de favoriser le diagnostic précoce du cancer dans cette population permettant une amélioration de la qualité de vie, de la survie et des coûts en Santé Publique.

**Méthodes** : Une revue rétrospective des dossiers a été menée auprès de 108 patients de 75 ans et plus, hospitalisés pendant une période de 30 mois dans une unité de Court Séjour Gériatrique, afin de décrire leurs profils. Des évaluations gériatriques standardisées ont été utilisées pour évaluer les données suivantes : comorbidité, dépendance, médicaments, état nutritionnel, déficits neurosensoriels, cognition, humeur et mobilité. Les données démographiques et médicales ont été relevées en examinant les dossiers médicaux des patients.

**Résultats** : Les patients âgés cancéreux ont une prévalence élevée d'incapacité fonctionnelle, de mobilité réduite, de dénutrition, de troubles cognitifs, de polymédication et de dépression ce qui nécessite une prise en charge et des soins spécifiques. Les patients à qui un diagnostic de cancer a été posé pendant le séjour avaient été admis pour AEG, étaient plus isolés et avaient plus d'incapacité fonctionnelle. La répartition par type de cancer retrouvait une fréquence élevée de cancers hormonodépendants chez les hommes (prostate) et paradoxalement une fréquence majoritaire de cancers digestifs et notamment du pancréas chez les femmes sans argument explicatif.

**Conclusion** : Les patients hospitalisés atteints d'un cancer dans un service de Court Séjour Gériatrique présentent de nombreux problèmes gériatriques, des symptômes non spécifiques et une maladie avancée. Le Médecin Généraliste, de par son rôle pivot joue un rôle primordial dans la sélection des patients âgés pour le dépistage individuel du cancer.

**Mots-clés** : cancer, patient âgé, court séjour gériatrique, néoplasie.