

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1667

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Anaïs GLEIZES

le 12 octobre 2022

IDENTIFICATION DES PARAMÈTRES
ASSOCIÉS À UNE PRISE EN CHARGE PALLIATIVE
DANS UNE POPULATION ONCOGÉRIATRIQUE

Directrice de thèse : Dr Zara STEINMEYER

JURY

Monsieur le Professeur Yves ROLLAND

Monsieur le Professeur Antoine PIAU

Monsieur le Docteur Laurent BALARDY

Madame la Doctoresse Zara STEINMEYER

Monsieur le Docteur Gabor ABELLAN VAN KAN

Monsieur le Docteur Nicolas SAFFON

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Suppléant

Membre invité

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAR CHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire associé	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENE STAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MAR CHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
 Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LEBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUMEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RADUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves Mme BOURGEOIS Odile M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. PIPONNIER David M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André	
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire		
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique		
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique		
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence		
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie		
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie		
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie		
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique		
M. COGNARD Christophe	Radiologie		
Mme CORRE Jill	Hématologie		
Mme DALENC Florence	Cancérologie		
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie		Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUAUD Sandra
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie		
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie		
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie		
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale		
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie		
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique		
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie		
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie		
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail		
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire		
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie		
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique		
M. LE CAGNEC Cédric	Génétique		
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction		
M. LOPEZ Raphael	Anatomie		
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire		
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales		
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie		
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie		
M. MEYER Nicolas	Dermatologie		
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire		
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie		
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive		
M. PUGNET Grégory	Médecine interne		
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique		
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie		
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie		
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire		
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale		
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation		
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie		
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie		
M. TACK Ivan	Physiologie		
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie		
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie		
M. YSEBAERT Loic	Hématologie		
P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre			

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. AP OIL P ol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENE AU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPARBAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MORE AU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MORE AU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISE ZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELYEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVE T Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIALA Virginia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
Mme PUECH Marielle

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Yves Rolland

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour l'enseignement que vous m'avez prodigué tout au long de ma formation. De votre écoute attentive et des conseils avisés sur la pratique gériatrique. J'espère que vous apprécierez ce travail.

Monsieur le Professeur Antoine Piau

Merci d'avoir accepté de juger ce travail et de faire partie de mon jury de thèse. J'ai eu la chance de débiter dans ton service et d'apprendre à tes côtés. Ces 7 mois m'ont permis d'en sortir plus expérimentée pour la suite de mon cursus. J'en garderai toujours un souvenir nostalgique.

Monsieur le Docteur Laurent Balardy

Merci pour ton soutien et ta confiance dans ce travail. Je mesure la chance d'avoir pu travailler à tes côtés en oncogériatrie. Ta bienveillance, ton expertise clinique et ta pédagogie m'ont permis d'y voir plus clair dans ma pratique future. Je suis heureuse que tu sois présent en ce jour si important.

Monsieur le Docteur Nicolas Saffon

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté d'être dans mon jury de thèse et de votre expertise. En espérant que vous jugerez ce travail avec indulgence.

Monsieur le Docteur Gabor Abellan Van Kan

Je te remercie de m'avoir guidée pour ce travail et pour tes remarques constructives. Ton écoute attentive et ta pédagogie m'ont permis d'avancer plus sereinement.

Madame la Doctoresse Zara Steinmeyer

Je te suis extrêmement reconnaissante pour ta disponibilité et pour ton aide si précieuse tout le long de ce travail mais également depuis les premiers instants. Merci infiniment d'avoir cru en moi et de m'avoir toujours poussée à me dépasser. J'ai eu la chance de travailler à tes côtés depuis mes débuts, de voir quelle merveilleuse gériatre tu es au quotidien, tu es un exemple pour moi.

A ma famille, amis et co-internes,

A mon père : Je te dédie ce jour et tous ceux qui suivront, en espérant te rendre fier de là où tu es. Tu m'as appris la persévérance et le courage tout le long de ta vie. Je te suis reconnaissante d'avoir partagé tout ça avec moi plus que tu ne pourras jamais l'imaginer.

A ma mère : Ma supportrice de la première heure, mon pilier, sans qui je ne serais pas là où je suis. J'espère te rendre au centuple tout ce que tu m'as donné et te rendre heureuse. Je t'aime.

A Maria et Dino : Bien que pépé ne soit pas là pour se réjouir avec nous (Sacramento !), j'entends le son de l'harmonica et les chants de mémé pour célébrer ce jour. Je vous dois tellement, vous avez rendu mon enfance heureuse et appris à aimer inconditionnellement.

A mamie Janine (et papi Gaston) : À papi qui fait sa sieste dans les étoiles, et mamie la tornade qui chamboulera ma vie jusqu'au bout. Je vous remercie d'avoir toujours été là pour moi, de m'avoir permis de réaliser mes rêves.

A tatie Marie-Pierre, tonton Pierre, Mamie Danièle, Céline, Thibaud et Anne, Estèle et Thilbault : Merci pour votre générosité, pour les moments ressourçant en famille et pour tous les souvenirs passés et à venir. On se retrouve très vite pour une partie de belote !

Pour Tatie Ester, tatie Marie Stella, tatie Sylvie et tonton Jean-Louis : Vous avez tous été des modèles pour moi, merci d'être qui vous êtes.

A mes cousins de la famille SAVIANA : À nos souvenirs d'enfance, en espérant se revoir autours d'une GRANDE table pour fêter tout ça.

A tous les soleils de ma famille : Tatie Gus, tonton Dom, Joana, Lucas, Léo, Maé, Mami Li, parrain.

A Flora : La sœur que la vie m'a donnée, tu as toujours été présente à mes côtés pour m'épauler et me guider. Quel parcours depuis le collège, encore une longue route devant nous, avec de nombreux voyages et de partages en vue.

A Big H : Tu m'as inspiré le goût de l'aventure ! Merci pour ces moments ensoleillés, les discussions philosophiques et pour ton aide précieuse.

A mes amies de toujours : Margot, Caïna, Noémie, Mélanie, depuis le lycée le temps a passé mais nos retrouvailles me transportent toujours dans ces années folles. On se retrouve vite autour d'un verre.

A mes amies en OR : Anouck, Justine, Chanel et Manon, je suis tellement heureuse que la vie nous ait mises sur le même chemin ! La PACES aura été éprouvante mais sans la famille carcassonnaise je ne serais pas là aujourd'hui ! Je vous souhaite le meilleur.

A mes limougeaudes préférées : Kaz, Ariane, Legros, Doudou, Mathilde, Picou, Bubu, Laura O, Rosita, Fanny, Morgane. Vous êtes mon arc-en-ciel, vous apportez chacune dans ma vie une partie unique. Je ne vous remercierai jamais assez d'être devenu ma 2^{ème} famille. On se retrouve l'année prochaine dans une expédition comme on les aime.

A Marie (alias garicou) : Je te dois tellement de choses. J'aimerais te dire merci pour tout mais surtout pour ton enseignement, pour ta bienveillance, ta bonne humeur, et surtout pour m'avoir supportée. Malgré ton ascendant taureau (que tu n'assumes pas!), tu es un exemple pour moi. Merci de m'avoir fait découvrir ton pays, l'Aveyron. A bientôt sur Albi !

A la promotion de gériatrie : Ludivine, Marie, Jean, Luc et Alice, à ces années d'internats plus joyeuses à vos côtés. Je vous souhaite tout plein de bonnes choses dans le futur.

A l'équipe des bestas-bestou (Audrey, Nadia, Natalia et Zouzou) : Mes babys vous avez égayé la dernière ligne droite qu'est la thèse mais surtout j'ai découvert des trésors sur Albi. J'espère à très vite sur Toulouse.

A l'internat d'Albi : A ces moments que l'on ne vit qu'en périphérie, à ce semestre d'été bien chaud mais bien rafraîchi par la piscine. Merci pour toutes ces rencontres.

A mes co-internes :

- Océane et Diane : les premières et les meilleures ! Tellement de souvenirs à vos côtés, un trio à toute épreuve et des rires pour finir la journée. Quand vous voulez pour le verre !
- Marie et Mathilde : on aura bien ri ensemble, je vois beaucoup de réussite et de succès pour vous (tout est dans l'astrologie, c'est prouvé.)
- Aurélien : la team urgences de Muret, je te souhaite une bonne continuation dans ton cursus.
- Manon et Jean : au secteur A et à tous ces moments uniques. Plein de bonnes choses pour vous.
- Jeremy, Justine, Diane, Noémie, Mathilde et Nicolas : Le sang de la veine j'ai envie de vous dire ! Merci de votre aide et de m'avoir supportée (dans tous les sens du terme) lors de cette dernière ligne droite. A toute allure !

Aux différentes équipes médicales et paramédicales

Au service du PUG de Rangueil : je vous l'ai toujours dit, on n'oublie jamais sa première fois. Merci aux supers médecins Marion, Antoine et Zara pour votre accueil. Merci aux infirmières avec une patience et une humanité à toute épreuve. Aux aides-soignantes avec leur cœur en or, à Aïcha la kinésithérapeute. A Sonia l'assistante sociale qui dépote. Je ne vous oublierai jamais.

Au service des urgences de Purpan et Rangueil : à tous les médecins, infirmières et aides-soignants, merci de m'avoir fait découvrir le monde des urgences.

Au service d'oncogériatrie : merci à Laurent, Delphine, Clément pour ce semestre avec vous et pour le partage tout le long de cette aventure. J'ai découvert une équipe médicale et paramédicale extraordinaire avec une générosité si touchante. J'ai beaucoup appris à vos côtés et je vous en remercie infiniment. Une mention spéciale pour le jukebox et à Céline qui m'ont accompagnée à chaque instant.

Au service du SSR de Muret : à Mohamed, Lorraine, Marie, Michael, Marie-Odile, et Ines, j'ai découvert une équipe bienveillante et chaleureuse avec moi. Vous avez été une belle rencontre durant mon internat.

Au court séjour Alzheimer : je garderai toujours dans mon cœur ce service avec une expérience humaine la plus forte et la plus intense que j'ai connu. J'ai eu la chance de travailler avec une équipe médicale de choc avec un savoir dans le domaine cognitif si intéressant : merci Maria, Adélaïde et Estelle. Merci à l'équipe paramédicale aux mille et une ruses pour la prise des traitements. Vous êtes la douceur incarnée. Une pensée pour toi Isabella ma co-interne d'Espagne que tu représentes si bien.

A la médecine interne et infectieuse d'Albi : Serge, Marie Anne, Claire, Tiphaine et Mélanie et toute l'équipe paramédicale, j'ai eu la chance de découvrir à vos côtés la médecine interne et infectieuse. Merci aussi pour les soirées à côté et pour la partie de foot où j'ai failli y rester. Et une mention spéciale pour les séances de câlinothérapie qui reboostent avant la thèse.

Table des matières

ABREVIATIONS	10
1.INTRODUCTION	11
2.MATERIEL ET METHODES	13
2.1 Schéma de l'étude	13
2.2 Source de la population	13
2.3 Données recueillies.....	13
2.4 Analyses statistiques	14
2.5 Aspect éthique et réglementaire.....	15
3.RESULTATS	16
3.1 Sélection de la population	16
3.2 Description de la population.....	17
3.3 Facteurs associés à un désaccord de prise en charge palliative entre oncologue et gériatre	20
4. DISCUSSION	22
5. CONCLUSION.....	25
6. BIBLIOGRAPHIE	26
7. ANNEXES	31

ABRÉVIATION

ADL : Activity of Daily Living

CAM : Confusion Assessment Method

CCI : Index de Comorbidité de Charlson

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EMOG : Equipe Mobile d'OncoGériatrie

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IMC : Indice de Masse Corporelle

INCa : Institut National du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

GDS : Geriatric Depression Scale

MMSE : Mini Mental State Evaluation

MNA : Mini Nutritionnal Assessment

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

SA : Sujet Âgé

TNM : Tumor Node Metastasis

1. INTRODUCTION

Le nombre global de cancer en France ne cesse d'augmenter depuis une trentaine d'années, selon l'Institut National du Cancer (INCa). On estime à 382 000 le nombre de cancers nouvellement diagnostiqués pour l'année 2018 (1). Il s'agit de la première cause de décès prématurés devant les maladies cardio-vasculaires. La survenue du cancer est directement liée à l'avancée en âge qui représente un des principaux facteurs de risque non évitable.

Les cancers solides sont la majeure partie des néoplasies avec par ordre de fréquence chez l'homme : cancer de la prostate, du poumon et du côlon et chez la femme : cancer du sein, du côlon et du poumon (2). Les cancers hématologiques sont eux moins fréquents soit 12% des nouveaux cancers diagnostiqués avec 53% représentés par le myélome multiple, lymphome B, syndrome myélodysplasique, leucémie aiguë lymphoïde et leucémie aiguë myéloïde.

De plus selon des études démographiques de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), une croissance de 10,7 millions de personnes de plus de 65 ans, est attendue en France d'ici 2070, avec une prépondérance de la tranche d'âge de plus de 75 ans (3). La population française est vieillissante avec une augmentation démographique croissante faisant de l'incidence du cancer, un enjeu à part entière de la population gériatrique.

Cette population est particulière à bien des égards et l'âge chronologique seul n'est pas pertinent pour son appréciation. Effectivement, l'hétérogénéité est une particularité du sujet âgé du fait des pathologies sous-jacentes très diverses. Une approche multiple est nécessaire avec la mesure de l'état nutritionnel, cognitif, thymique, fonctionnel et social pour une appréciation optimale. Elle fait face à une polymédication importante avec des interactions multiples et une iatrogénie occasionnant des effets secondaires parfois sévères (4). Il existe également une variation de l'état de santé du patient allant de robuste à fragile, corrélé avec les capacités de réserve fonctionnelle mobilisables face à un stress externe. On estime que 42% des populations étudiées en oncogériatrie sont fragiles à l'inclusion (5). Sa détection est un enjeu majeur pour la prévention des complications en découlant.

Tous ces aspects complexifient la prise en charge des patients âgés en oncologie et entraînent des événements indésirables importants mais souvent évitables comme des hospitalisations prolongées pour des décompensations de comorbidités, un recours aux soins d'urgences plus important surtout pour les cancers hématologiques avec des protocoles plus complexes (6), des toxicités plus sévères des chimiothérapies. Il en résulte une consommation de soins importants, mais surtout un indice de qualité de vie altérée.

De ce fait, une nouvelle approche émerge depuis quelques années avec les équipes mobiles notamment d'oncogériatrie. Leur intervention est multiple avec une expertise gériatrique globale dans 43,1% des cas, une aide à l'orientation des soins oncologiques dans 20,1% des cas avec des propositions de modification thérapeutique pour définir notamment les soins raisonnables ou pas, pour prévenir les toxicités des traitements et la survie par rapport à une approche standard (7).

Une des particularités chez le sujet âgé est la gravité de l'atteinte néoplasique lors du diagnostic avec des formes localement avancées ou métastasées corrélées à une mortalité plus importante que chez le sujet jeune. Par conséquent, les personnes âgées dans un contexte de cancer avancé ont une trajectoire de maladie particulière et des besoins de soins complexes (8). L'orientation médicale diverge d'une approche oncologique standard qui ne serait pas en accord avec les besoins de ces patients. (9),(10). Pour certains d'entre eux, une prise en charge palliative semble plus adaptée en ayant pour objectif principal de privilégier la qualité de vie sans précipiter la mort tout en poursuivant des soins spécifiques requis (11).

Malheureusement dans cette population la prise en charge d'accompagnement palliatif est souvent initiée à des stades tardifs du fait de l'absence de recommandations précises, une gestion isolée par les oncologues sans sollicitation pluridisciplinaire et une inégalité d'accès en fonction du type de cancer (solide ou hématologique). (12) (13),(14),(15). Selon un rapport de l'Observatoire National de la fin de vie en gériatrie de 2013, cette initiation est mise en place en moyenne 8 jours avant le décès (16). Il est apparent que les médecins et notamment les oncologues ont des difficultés à définir le moment adéquat pour orienter les soins palliatifs. A ce jour, il existe peu d'études sur les facteurs associés à une décision de soins palliatifs chez le sujet âgé.

Il semble que dans la pratique courante, les éléments orientant une telle prise en charge soient surtout des arguments de gravité clinique. Il s'agit de stade avancé des cancers, de complications ou comorbidités sévères fortement limitantes dans une approche curative. On est sur des trajectoires de soins intensifs jusqu'à une impasse thérapeutique médicale conduisant à des soins de support seul (17),(18).

Une mise en place précoce permettrait une amélioration de la qualité de vie par la diminution de la douleur, des symptômes dépressifs, et par ailleurs augmenterait la survie globale. (8),(19),(20).

Les recommandations actuelles reposent sur une évaluation gériatrique standardisée permettant d'orienter le clinicien dans sa prise de décision. Ces paramètres gériatriques sont fortement associés à une identification précoce d'accompagnement palliatif dans plusieurs études.(21),(22),(7). Or, la majorité des patients ont des suivis spécialisés par des oncologues pour lesquels les soins de support sont moins facilement reconnus, d'où une mise en place plus tardive dans la trajectoire de la maladie (23).

A notre connaissance, peu d'études se sont intéressées aux facteurs de désaccord et d'accord dans l'initiation des soins palliatifs entre le gériatre et l'oncologue.

Notre étude a pour objectif de décrire les patients pour lesquels une prise en charge palliative a été décidée et d'identifier les facteurs associés à un désaccord de prise en charge entre les oncologues et les gériatres.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1-Schéma de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique transversale réalisée au centre hospitalo-universitaire de Toulouse dans des services d'hospitalisation, en France.

2.2- Source de la population :

La source de la population de cette étude est issue d'une base de données cliniques constituée par les infirmières de l'équipe mobile d'oncogériatrie lors des évaluations de patients. Cette équipe est composée d'une secrétaire, d'infirmiers et de gériatres. L'EMOG intervient suite à une demande d'évaluation gériatrique d'un praticien clinique dans un contexte de néoplasie sur différents services dans le centre hospitalo-universitaire de Toulouse. L'inclusion de ces patients s'étalait sur une période de 10 ans, allant de juillet 2009 à avril 2019. Au total 1 600 patients ont constitué la base de données, qui ont par la suite été sélectionnés pour former la population de notre étude.

Nous avons analysé dans notre étude les patients âgés de plus de 65 ans, atteints d'une tumeur d'organe solide ou hématologique nouvellement diagnostiquée ou en récurrence après une rémission, et relevant de soins palliatifs après l'évaluation de l'équipe mobile d'oncogériatrie à l'hôpital.

Les critères d'exclusion sont : l'évaluation en secteur ambulatoire, une évaluation gériatrique isolée du cancer, évaluation non disponible, refus du patient d'être évalué, avis initial de l'oncologue manquant, accord gériatre manquant.

2.3-Données recueillies :

Les données recueillies lors de l'évaluation oncogériatrique standardisée comportaient plusieurs types d'informations:

- Des données démographiques : âge, sexe.
- Des données oncologiques ; type de cancer (solide ou hématologique), l'origine du primitif lorsqu'il était connu, présence de métastases et localisations de celles-ci. La ligne thérapeutique était également précisée, autrement dit s'agissait d'un premier traitement ou d'une récurrence nécessitant d'autres lignes thérapeutiques.
- Score G8 qui est un outil de dépistage établi par l'essai ONCODAGE et qui permet aux oncologues d'identifier les patients devant bénéficier d'une évaluation gériatrique plus approfondie (24).
- Statut OMS représentant un indice de performance, indicateur pronostique. Il varie de 0 pour un patient capable de réaliser ses activités du quotidien sans gêne à 4 pour un patient alité en permanence (25).
- L'évaluation gériatrique standardisée comprend :
 - L'environnement social.
 - Les principales comorbidités.
 - La polymédication est également évaluée. Elle est définie par la présence de 5 médicaments ou plus (26).

- Le score de Charlson : il s'agit d'un indice de comorbidité permettant de quantifier le risque de mortalité à 1 et 10 ans sur la base de l'analyse des comorbidités (27).
- Le statut nutritionnel : il était établi par des données anthropométriques avec l'indice de masse corporelle, la perte quantifiée de poids dans les 6 derniers mois. Une dénutrition était retenue si l'IMC était inférieur à 21 ou s'il existait une perte pondérale supérieure à 5-10% sur 6 mois.
- Le statut cognitif : évalué à l'aide d'un Mini Mental Assessment (MMSE) (28) ou par la présence de tests neuropsychologiques quand ceux-ci étaient réalisés avec le test des 5 mots de Dubois (29) et l'horloge (30). Un trouble cognitif était retenu en présence d'un score MMSE inférieur à 24 ou de score des 5 mots de Dubois inférieur à 10 ou de test de l'horloge pathologique. La présence de troubles cognitifs cliniques seuls était également prise en compte sur le seul jugement de l'évaluateur face à une désorientation, antécédent de trouble cognitif retrouvé.
- Le statut thymique : la sémiologie psychiatrique de la dépression selon le DSM 4 était recherchée à l'interrogatoire avec notamment des idées tristes, une anhédonie, des idées suicidaires, troubles du sommeil. La présence d'un de ces troubles était retenue comme associé à un possible trouble thymique.
- Le statut fonctionnel : avec réalisation du test d'appui unipodal (31), la recherche de chute dans les 3 derniers mois. Un trouble de la marche était défini comme un appui monopodal impossible ou inférieur à 5 secondes ainsi que la présence d'au moins une chute dans les 3 derniers mois.
- L'autonomie: avec l'Activities of Daily Living (ADL) (32) et l'Instrumental activities of daily living (IADL) (33). La dépendance était définie par un ADL inférieur ou égal à 5 ou un IADL \leq à 7 chez la femme et \leq 5 chez l'homme.

A l'issue de chaque évaluation par l'EMOG, le gériatre préconise des soins actifs ou une prise en charge palliative en accord ou non avec la décision initiale de l'oncologue.

2.4- Analyses statistiques :

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel STATA v11 (Stata Corp, college Station, TX).

- Analyse descriptive :

Toutes les variables considérées ont été décrites en vérifiant le nombre de données manquantes et les analyses de dispersion.

Nous avons analysé les caractéristiques de la population selon la moyenne et écart-type (moyenne +/- DS) si la distribution était normale, et selon la médiane et l'intervalle interquartile (médiane, [25p-75p]) si la distribution était non normale. Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentage (n, %).

- Analyse bivariée et multivariée :

Nous avons réalisé une analyse bivariée afin d'identifier les facteurs de désaccord entre l'oncologue et le gériatre dans la décision de prise en charge palliative. Pour les variables qualitatives, nous avons comparé les effectifs à l'aide du Chi 2. Pour les variables quantitatives, le test de Student a été utilisé si les conditions de validité étaient vérifiées (normalité de la distribution et égalité des variances).

Les variables analysées pour le modèle de régression logistique ont été sélectionnées selon la littérature et selon un p-value <0.2 dans l'analyse bivariée. Un modèle de régression logistique multivarié est réalisé avec une procédure de sélection pas à pas descendante avec seuil fixé à 5%, afin d'identifier les facteurs associés à un désaccord de prise en charge palliative entre l'oncologue et le gériatre. La force de l'association entre les variables explicatives et le critère de jugement principal est estimée par l'Odds Ratio et son intervalle de confiance à 95%.

Tous les tests statistiques sont bilatéraux avec un p value fixé <0.05 pour considérer un résultat comme statistiquement significatif.

2.5-Aspect éthique et réglementaire :

Les données recueillies dans les dossiers médicaux font partie intégrante des soins courants et n'ont pas nécessité l'accord initial des patients. Cette étude a été réalisée conformément à la méthodologie de référence MR-004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. (CNIL)

3. RÉSULTATS :

3.1-Sélection de la population :

L'étude s'étend de juillet 2009 à avril 2019, 1 600 patients ont été évalués par l'EMOG. Nous avons sélectionné pour notre étude 338 patients atteints d'un cancer relevant d'une prise en charge palliative symptomatique exclusive. Parmi ceux-ci, nous nous sommes focalisés sur l'avis initial de l'oncologue pour le comparer à l'avis après évaluation de l'oncogériatre afin de mettre en évidence les facteurs de désaccords de la prise en charge (n = 311) (Figure 1).

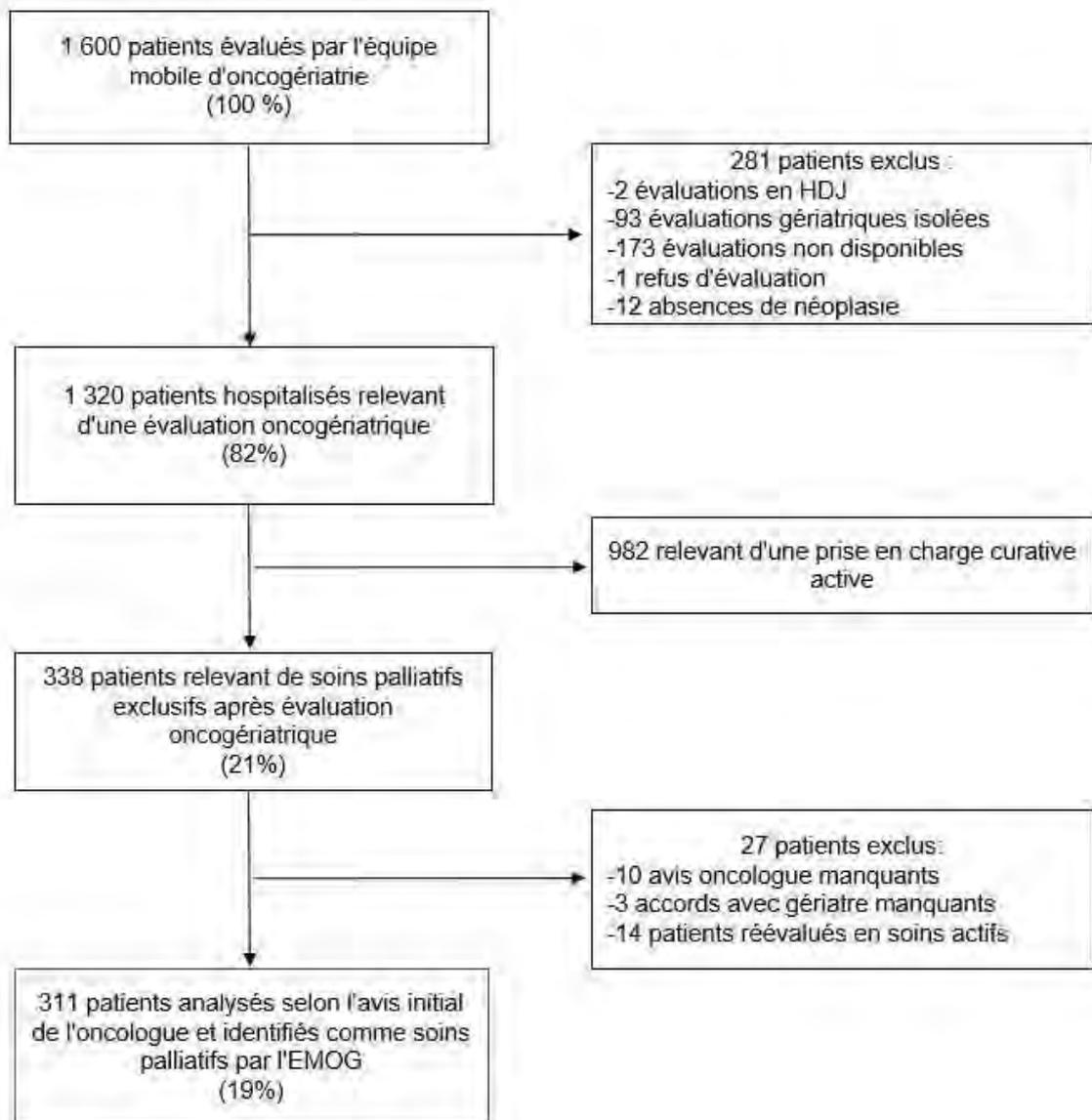


Figure1. Diagramme de flux

3.2- Description de la population :

311 patients ont été analysés dans cette étude, ils relevaient tous de soins palliatifs symptomatiques exclusifs selon l'EMOG. Les caractéristiques des patients à l'inclusion sont détaillées dans le tableau 1. La moyenne d'âge des patients était de 82,8 ans (DS 6,6) dont 161 hommes (51,8%). Sur les patients hospitalisés, 275 sont issus du domicile (88,4%). Parmi les comorbidités les plus représentées, les antécédents cardio-vasculaires sont au 1^{er} plan avec HTA (60,1%), arythmie (31,8%). Les patients qui présentent un index de comorbidité élevé ≥ 3 (45,7%) ont un risque de mortalité à 1 an de plus de 50%.

Selon les critères de Fried, il y a 67 fragiles (21,5%) et 244 dépendants (78,5%). Le score médian de l'ADL des patients est de 3 (0,75-4,5). La majorité de l'effectif est dénutri (98,4%), avec des troubles de la marche (42,1%). La polymédication est largement représentée avec 80,1% de patient ayant plus de 5 médicaments (Voir tableau 1).

Concernant les cancers présentés, il y a une majorité de cancer solide (83,6%) comparés au cancer hématologique (16,4%). Les cancers digestifs sont en tête de liste avec le cancer du côlon (14,2%). La moitié des présentations cancéreuses comporte des métastases (51,9%) majoritairement hépatiques (42,1%). Dans la plupart des situations, l'évaluation oncogériatrique a lieu pour une première ligne de traitement du cancer découvert (68,2%) (Voir tableau 2).

Tableau 1. Caractéristiques à l'inclusion

Caractéristiques	N = 311
Genre (n=311), homme n(%)	161 (51.8)
Âge (n=311), moyenne (SD)	82.8 (6.6)
Comorbidités(n=311), n(%)	
HTA	187 (60.1)
Insuffisant cardiaque*	85 (27.3)
Cardiopathie ischémique	63 (20.2)
Arythmie	99 (31.8)
Diabète	83 (26.7)
Insuffisant rénal**	62 (19.9)
Dont IRC sévère***	44 (71.0)
BPCO	46 (14.8)
Troubles cognitifs	75 (24.1)
AVC/AIT	71 (22.8)
Surdité	84 (27.0)
Déficience visuelle	95 (30.5)
G8 (n=270), moyenne (SD)	6.56 (2.8)
Statut OMS (n=231), n(%)	
0	2 (0.6)
1-2	48 (15.4)
3-4	181 (58.2)
CCI (n=311)	
0 à 2	169 (54.3)
3 à 5	142 (45.7)
Statut gérontologique (n311), n(%)	
Fragile	67 (21.5)
Dépendant	244 (78.5)
ADL (n=309), médiane [Q25-Q75]	3.00 [0.75-4.5]
Domaines gériatriques, n(%)	
Troubles cognitifs présents (n=287)	139 (44.7)
Troubles thymiques (n=278)	69 (22.2)
Dénutrition (n=306)	285 (98.4)
Chute (n=302)	131 (42.1)
Lieu de vie (n=311), n(%)	
Domicile	275 (88.4)
Seul	111 (40.4)
Foyer logement	5 (1.6)
EHPAD	30 (9.6)
Nombre de traitement (n=311), n(%)	
< 5	62 (19.9)
6-10	147 (47.3)
> 10	102 (32.8)
<i>Abréviations : ADL (Activities of Daily Living), CCI (Comorbidity Index Charlson), Statut OMS (Performans status de l'Organisation Mondiale de la Santé).</i>	
<i>Définitions : *Symptômes d'insuffisance cardiaque associés à une échocardiographie montrant une dysfonction cardiaque systolique ou diastolique.</i>	
<i>**Existence depuis plus de 3 mois d'un débit de filtration glomérulaire <60 mL.min.1.73m²</i>	
<i>***Débit de filtration glomérulaire <30 mL.min.1.73m²</i>	

Tableau 2. Caractéristiques néoplasiques de la population

Caractéristiques	N =311
Cancers solides, n(%)	260 (83.6)
Côlon	37 (14.2)
Rectum	12 (4.6)
Œsophage-estomac	22 (8.5)
Pancréas	24 (9.2)
Hépatique	12 (4.6)
Prostate	6 (2.3)
Vessie	14 (5.4)
Poumon	35 (13.5)
Sein	9 (3.5)
Peau	16 (6.1)
Autres	63 (24.2)
Primitif inconnu	10 (3.8)
Cancers hématologiques, n(%)	51 (16.4)
Leucémie aigüe	14 (27.4)
Myélodysplasie	14 (27.4)
Myélome	13 (25.5)
Lymphome	8 (15.7)
Autres	2 (3.9)
Métastases (n=302), n(%)	
Présente	157 (52.0)
Unique	91 (58.0)
Multiples	61 (38.8)
Données manquantes	5 (3.2)
Localisation métastases (n=152), n(%)	
Hépatique	64 (42.1)
Pulmonaire	52 (34.2)
Os	40 (26.3)
Carcinose péritonéale	30 (19.7)
Adénopathie	29 (19.1)
Cérébrale	9 (5.9)
Autres	16 (10.5)
Ligne thérapeutique (n=311), n(%)	
1ère ligne	212 (68.2)
2ème ou plus	99 (31.8)

3.3 - Les facteurs associés à un désaccord de prise en charge palliative entre oncologue et gériatre :

Nous avons réalisé une analyse bivariée en comparant le groupe de patient relevant de soins palliatifs par l'EMOG en accord avec l'oncologue (n=131) et ceux en désaccord avec l'oncologue (n= 180).

Dans cette analyse bivariée, les éléments apparaissant comme significatifs sont le type de cancer, l'existence de métastases au diagnostic avec le site métastatique notamment hépatique et le score de comorbidité de Charlson.

Les paramètres de l'évaluation gériatrique avec le statut gérontologique, l'ADL, les troubles nutritionnels, cognitifs et fonctionnels avec la présence de chute ne sont pas associés à une différence significative (Voir Tableau 3).

En régression logistique multivariée, le risque de désaccord dans la prise en charge palliative ne semble pas être influencé par l'âge, ni par le sexe, ni même par la nature du cancer.

Par contre, les facteurs augmentant le désaccord dans l'approche palliative sont corrélés au score OMS. Selon l'évaluation de l'état général global du patient, la discordance est plus importante. En effet, confronté à des patients ambulatoires présentant une asthénie légère ou plus marquée, l'approche oncologique diffère plus par rapport à l'avis de l'EMOG.

De façon inverse, la localisation métastatique est significativement associée à un accord de prise en charge palliative entre les deux praticiens. Ce, d'autant plus s'il existe une métastase hépatique unique ou associée à d'autres localisations. De plus, les patients présentant un score de Charlson élevé, c'est-à-dire plus comorbides, sont des patients pour lesquels l'oncologue et le gériatre ont un accord de prise en charge (Voir tableau 3).

Tableau 3. Facteurs associés au manque de consensus entre médecins gériatres et oncologues dans les décisions de soins palliatifs (analyse bivariée et multivariée)

Concordance avis oncologue et emog:	Décisions concordantes N= 131	Décisions discordantes N = 180	P	Multivariée OR (95% IC)	P
Âge	83.03 (6.6)	82.7 (6.6)	0.436	0,98 (0,93;1,02)	0,402
Sexe			0.676	1,39 (0,73;2,65)	0,312
Femme	65 (49.62%)	85 (47.22%)			
Homme	66 (50.38%)	95 (52.78%)			
Type de cancer			0.009	1,15 (0,42;3,10)	0,775
Solide	118 (90.08%)	142(78.89%)			
Hématologique	13 (9.92%)	38 (21.11%)			
Métastase hépatique			0.000		
Non	40 (31.75%)	106(61.27%)		-	-
Seule	13 (10.32%)	8 (4.62%)		0,23 (0,07;0,78)	0,019
Associée	27 (21.43%)	16 (9.25%)		0,21 (0,08;0,57)	0,002
Autres	46 (36.51%)	43 (24.86%)		0,32 (0,15;0,66)	0,002
OMS			0.158		
0-1	9 (8.65%)	4 (3.15%)		4,53	0,044
2-3	59 (56.73%)	71 (55.91%)		(1,04;19,72)	0,028
4	36 (34.62%)	52 (40.94%)		5,85(1,20;28,35)	-
				-	
G8	6.32 (2.85)	6.73 (2.8)	0.248	-	-
CCI			0.044	0,87 (0,79;0,97)	0,016
Mineur	64 (48.85%)	105 (58.33%)			
Modéré	28 (21.37%)	43 (23.89%)			
Sévère	39 (29.77%)	32 (17.78%)			
Mode de vie			0.316		
Domicile aidants	76 (58.02%)	95 (53.07%)		1,42 (0,48;4,21)	0,518
Domicile seul	38 (29.01%)	66 (36.87%)		1,72 (0,87;3,38)	0,114
EHPAD	17 (12.98%)	18 (10.06%)		-	-
Déficit nutritionnel			0.719	1,22 (0,27;5,43)	0,786
Absent	8 (6.25%)	13 (7.30%)			
Présent	120 (93.75%)	165 (92.70%)			
Troubles cognitifs			0.648	0,99 (0,99;1,00)	0,771
Absent	61 (50%)	87 (52.73%)			
Présent	61 (50%)	78 (47.27%)			
Chutes			0.623	1,38 (0,37;5,09)	0,624
Non	74 (58.27%)	97 (55.43%)			
Oui	53 (41.73%)	78 (44.57%)			
Traitements			0.234	-	-
<5	28 (21.37%)	34 (18.89%)			
6-10	67 (51.15%)	80 (44.44%)			
>10	36 (27.48%)	66 (36.67%)			
ADL			0.369	2,08 (0,77;5,59)	0,144
<5	105 (80.15%)	135 (75.84%)			
≥5	26 (19.85%)	43 (24.16%)			
Statut gérontologique			0.951	-	-
Fragile	28 (21.37%)	39 (21.67%)			
Dépendant	103 (78.63%)	141 (78.33%)			

Abbréviation : ADL (Activity Daily Living), CCI (Index Comorbidité de Charlson), OMS (perforans status), OR (Odds Ratio), IC (intervalle de confiance)

4. DISCUSSION

A notre connaissance, peu d'études se sont intéressées aux facteurs de désaccord et d'accord dans l'initiation des soins palliatifs entre le gériatre et l'oncologue. Dans notre étude les avis entre les deux praticiens divergent pour 180 patients soit 57.9% de la population identifiée comme relevant de soins palliatifs par le gériatre. En analysant les deux points de vue, cette étude propose d'identifier les facteurs différentiels de l'approche palliative entre l'oncologue et le gériatre afin de repérer les facteurs de discordes pouvant retarder la mise en place des soins palliatifs.

Les éléments significatifs dans notre analyse sont le score OMS, la localisation métastatique et le score de comorbidités de Charlson.

Le score OMS est un facteur de discordance entre l'oncologue et le gériatre. Les oncologues ont tendance à privilégier une approche curative face à des patients présentant un indice de performance physique au quotidien peu ou moyennement altéré contrairement au gériatre. C'est un outil privilégié par les oncologues pour appréhender l'état général du patient (34). Toutefois, il ne permet pas d'évaluer précisément les différents domaines gériatriques et peut conclure à tort que ces patients sont en bonne condition alors que l'EGS prouve leur fragilité et donc un risque de complication ultérieure.

La présence de métastases est un facteur identifié comme privilégiant une approche palliative et met en accord dans cette étude le gériatre et l'oncologue. Hemminki et al. démontrent que plus les patients sont âgés et plus la mortalité est importante (35). La localisation métastatique et notamment hépatique met en accord les médecins. Il existe une augmentation des métastases hépatiques associés aux cancers avec l'avancée en âge et ce phénomène est corrélé à une augmentation de la mortalité. En effet selon Horn et al, cette localisation secondaire est la plus mortelle avec une survie estimée à 2 mois.

Il y a une augmentation de l'accord de soins palliatifs selon le score de comorbidités de Charlson. Il dénote de l'importance des comorbidités pour l'appréciation pronostique. Dans l'étude de Boakye et al, le CCI est bien corrélé à la mortalité dans les cancers stade III et IV (36).

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative en fonction du type de cancer contrairement à Hui et al, qui mettent en avant une inégalité de proposition palliative pour les cancers hématologiques comparés aux cancers solides (37,38). Le faible effectif de cancer hématologique dans cette étude peut expliquer l'absence de significativité.

L'étude descriptive de notre population relevant de soins palliatifs exclusifs après évaluation par l'EMOG, nous montre une population en majorité dépendante (78,5%). Ces résultats sont concordants avec une mortalité indépendante du cancer plus importante chez ces sujets (39). Une possible limite pourrait être le contexte d'évaluation en hospitalisation aiguë pouvant surestimer la perte d'autonomie mais l'évaluation gériatrique ici portait sur l'autonomie antérieure à l'hospitalisation(40).

Ils sont issus du domicile pour la majorité (88,4%), avec un rapport montrant que 30% des SA vivant à domicile en France seront amenés à être hospitalisés dans le dernier mois de vie (16).

La quasi-totalité de la population est dénutrie (98,4%). Elle est très fréquente en contexte de néoplasie avancée jusqu'à 85% avec dans les formes sévères une cachexie (41). Elle augmente significativement la mortalité et des complications hospitalières (42), (43).

44,7 % des patients de la base de données présentent des troubles cognitifs pour une prévalence estimée dans les études d'oncogériatrie variant entre 13,2% à 56% (44). Cette estimation dans la littérature tient compte de la difficulté du diagnostic en contexte aigu et de l'outil de dépistage utilisé. La présence de troubles cognitifs apparaît comme un facteur indépendant de mortalité en dehors du cancer, multipliant par 2 le risque de mortalité globale à partir d'un stade modéré (45). Son diagnostic est d'autant plus nécessaire en oncologie du fait d'un facteur de mortalité surajouté au cancer et des complications en découlant.

Les troubles thymiques représentent 22,2% de la population avec une fourchette allant de 8% à 77% dans la littérature (46). Cette disparité provient de la difficulté à diagnostiquer des troubles thymiques en contexte aigu avec des plaintes algiques limitant sa sensibilité (47).

Il y avait 31,1% de troubles de la marche. La survenue de cet événement est associée à une moins bonne survie globale et des complications thérapeutiques plus fréquentes (48). Sa prise en charge est un point clé dans l'approche gériatrique (49) mais encore trop peu dans le domaine oncologique en raison des modalités de dépistage peu appropriées.

Concernant la polymédication, elle est largement présente avec 80,1% des patients dont 32,8% ayant plus de 10 médicaments mais correspondant à la moyenne de 9,23 médicaments retrouvés dans l'étude de Sharma et al (50). Elle est bien plus importante du fait des traitements symptomatiques du cancer surajouté aux traitements des comorbidités (51)). Elle est source d'effet indésirable parfois grave tel que les complications postopératoires, la durée de séjour allongé et la majoration de la mortalité lors d'association à des chimiothérapies (52).

Bien que tous les paramètres de l'évaluation gériatrique standardisée lorsqu'ils sont altérés sont associés à une augmentation de la mortalité dans des proportions variables (53), ils ne sont pas significatifs dans notre étude. Ceci peut s'expliquer par l'évaluation durant une hospitalisation en contexte aigu limitant la puissance diagnostique des tests de dépistage. Une autre possibilité est l'absence de prise en compte de ces paramètres dans la décision initiale de l'oncologue car non dépistés. En effet, il y a en moyenne 51,2% de syndrome gériatrique inconnu par l'oncologue et révélés dans les suites de l'EGS (54).

Des études à venir pourraient permettre d'améliorer les évaluations en contexte d'hospitalisation autrement dit dans des conditions aiguës, au moyen de tests de dépistages plus adaptés (55). Par exemple, pour les troubles cognitifs, un outil rapide et fiable comme le CODEX pourrait être proposé (56,57). Le développement de seuil diagnostique spécifique serait intéressant à discuter pour augmenter la puissance diagnostique (58). Nous soulignons également l'importance de rechercher systématiquement à l'aide de l'échelle CAM une confusion sous-jacente pouvant biaiser l'évaluation gériatrique globale. Concernant l'appréciation de l'état général, le score de Karnofsky semble plus adapté à l'oncogériatrie en prenant en compte l'aspect fonctionnel ainsi qu'une dimension psychosociale utile pour le suivi en médecine palliative (59),(60),(61). Un schéma d'étude

prospectif pourrait également permettre de mieux identifier la modification d'orientation de soin après discussion pluridisciplinaire entre l'oncologue et le gériatre.

Les limites de cette étude sont essentiellement son mode de recueil en rétrospectif avec un biais d'information. De plus, il existe des données manquantes en lien avec l'évaluation en situation aiguë, notamment sur le plan thymique et cognitif. Il y a un biais de sélection avec des patients hospitalisés plus sévères qu'en ambulatoire. Des biais de confusion potentiels comme la confusion non recherchée dans un contexte aigu, la douleur. La prédominance de cancer solide peut également induire des résultats non transposables aux cancers hématologiques.

5. CONCLUSION :

En conclusion, les patients relevant de soins palliatifs dans la population oncogériatrique hospitalisée sont pour la majorité dépendants et dénutris avec des comorbidités multiples et sévères.

Cette étude met en évidence que les oncologues ont plus de difficultés à mettre en place des soins palliatifs lorsque les patients sont ambulatoires. Elle souligne donc l'importance de réaliser une évaluation gériatrique standardisée pour mieux appréhender le patient dans sa globalité et identifier ses domaines de fragilité. Ainsi, il semble indispensable qu'une décision de soins palliatifs soit discutée à l'issue d'une évaluation multidisciplinaire entre le gériatre et l'oncologue.

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



 23.9.2022
Pr Yves ROLLAND
Chef de pôle adjoint
Pôle Gériatrie
CHU de Toulouse

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Données globales d'épidémiologie des cancers - Epidémiologie des cancers [Internet]. [cité le 9 juin 2022]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Donnees-globales>
2. Épidémiologie des cancers chez les patients de 65 ans et plus - Oncogériatrie [Internet]. [cité le 8 juillet 2022]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatric/Epidemiologie>
3. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 19 septembre 2021]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
4. Whitman A, DeGregory K, Morris A, Mohile S, Ramsdale E. Pharmacist-led medication assessment and deprescribing intervention for older adults with cancer and polypharmacy: a pilot study. *Support Care Cancer*. 2018 Dec;26(12):4105–13.
5. Handforth C, Clegg A, Young C, Simpkins S, Seymour MT, Selby PJ, et al. The prevalence and outcomes of frailty in older cancer patients: a systematic review. *Ann Oncol*. 2015 Jun;26(6):1091–101.
6. Avila J, Jupiter D, Chavez-MacGregor M, de Oliveira C, Kaul S. High-Cost Hospitalizations Among Elderly Patients With Cancer. *J Oncol Pract*. 2019 May;15(5):e447–57.
7. Blanquicett C, Cohen JB, Flowers C, Johnson T. The role of the comprehensive geriatric assessment in the evaluation of the older cancer patient. *Oncology (Williston Park, NY)*. 2019 Nov 14;33(11).
8. Cheng KK-F, Nicholson C. Prioritizing the integration of geriatric oncology and palliative care. *J Geriatr Oncol*. 2018 Nov;9(6):690–2.
9. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 2005 Apr 30;330(7498):1007–11.
10. Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, Schiavon S, Biasini C, Codecà C, et al. Systematic versus on-demand early palliative care: A randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. *Eur J Cancer*. 2016 Dec;69:110–8.
11. Blanc M, Dialla O, Manckoundia P, Arveux P, Dabakuyo S, Quipourt V. Influence of the geriatric oncology consultation on the final therapeutic decision in elderly subjects with cancer: analysis of 191 patients. *J Nutr Health Aging*. 2014 Jan;18(1):76–82.
12. Mo L, Urbauer DL, Bruera E, Hui D. Recommendations for palliative and hospice care in NCCN guidelines for treatment of cancer. *Oncologist*. 2021 Jan;26(1):77–83.
13. Bull J, Kamal AH, Harker M, Taylor DH, Bonsignore L, Morris J, et al. Standardization and Scaling of a Community-Based Palliative Care Model. *J Palliat Med*. 2017 Nov;20(11):1237–43.

14. Gaertner J, Wolf J, Voltz R. Early palliative care for patients with metastatic cancer. *Curr Opin Oncol*. 2012 Jul;24(4):357–62.
15. Effective Palliative Care: What Is Involved? [Internet]. [cited 2022 Sep 10]. Available from: <https://www.cancernetwork.com/view/effective-palliative-care-what-involved>
16. Rapport 2013: La fin de vie des personnes âgées - Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) [Internet]. [cité le 04 septembre 2022]. Available from: <https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/publications/rapport/rapport-2013>
17. Salins N, Ghoshal A, Hughes S, Preston N. How views of oncologists and haematologists impacts palliative care referral: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2020 Nov 23;19(1):175.
18. Hui D, Meng Y-C, Bruera S, Geng Y, Hutchins R, Mori M, et al. Referral criteria for outpatient palliative cancer care: A systematic review. *Oncologist*. 2016 Jul;21(7):895–901.
19. El-Jawahri A, LeBlanc TW, Kavanaugh A, Webb JA, Jackson VA, Campbell TC, et al. Effectiveness of integrated palliative and oncology care for patients with acute myeloid leukemia: A randomized clinical trial. *JAMA Oncol*. 2021 Feb 1;7(2):238–45.
20. Wright CM, Youens D, Moorin RE. Earlier Initiation of Community-Based Palliative Care Is Associated With Fewer Unplanned Hospitalizations and Emergency Department Presentations in the Final Months of Life: A Population-Based Study Among Cancer Decedents. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Mar;55(3):745-754.e8.
21. Le plan contre le cancer | Gouvernement.fr [Internet]. [cited 2021 Nov 22]. Available from: <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-contre-le-cancer>
22. 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*. 2005 Sep;55(3):241–52.
23. Okuyama T, Akechi T, Yamashita H, Toyama T, Nakaguchi T, Uchida M, et al. Oncologists' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients in a breast cancer outpatient consultation. *Jpn J Clin Oncol*. 2011 Nov;41(11):1251–8.
24. Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, Mertens C, Delva F, Fonck M, et al. Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol*. 2012 Aug;23(8):2166–72.
25. ECOG Performance Status Scale - ECOG-ACRIN Cancer Research Group [Internet]. [cited 2022 Aug 16]. Available from: <https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status/>
26. Frazier SC. Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review. *J Gerontol Nurs*. 2005 Sep;31(9):4–11.
27. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373–83.

28. Kukull WA, Larson EB, Teri L, Bowen J, McCormick W, Pfanschmidt ML. The Mini-Mental State Examination score and the clinical diagnosis of dementia. *J Clin Epidemiol*. 1994 Sep;47(9):1061–7.
29. Dubois B, Touchon J, Portet F, Ousset PJ, Vellas B, Michel B. ["The 5 words": a simple and sensitive test for the diagnosis of Alzheimer's disease]. *Presse Med*. 2002 Nov 9;31(36):1696–9.
30. Montani C, Bouati N, Pélissier C, Couturier P, Jasso-Mosqueda G, Hugonot R, et al. [Scoring and validation of the Clock Face Test in psychometric assessment of elderly subjects]. *Encephale*. 1997 Jun;23(3):194–9.
31. Kawa J, Stępień P, Kapko W, Niedziela A, Derejczyk J. Leg movement tracking in automatic video-based one-leg stance evaluation. *Comput Med Imaging Graph*. 2018 Apr;65:191–9.
32. Katz S. Studies of illness in the aged. *JAMA*. 1963 Sep 21;185(12):914.
33. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179–86.
34. Di Capua B, Bellieni A, Fusco D, Gambacorta MA, Tagliaferri L, Villani ER, et al. Perspectives and limits of cancer treatment in an oldest old population. *Aging Clin Exp Res*. 2021 Oct;33(10):2831–7.
35. Hemminki K, Pavlidis N, Tsilidis KK, Sundquist K, Ji J. Age-Dependent Metastatic Spread and Survival: Cancer of Unknown Primary as a Model. *Sci Rep*. 2016 Mar 24;6:23725.
36. Boakye D, Günther K, Niedermaier T, Haug U, Ahrens W, Nagrani R. Associations between comorbidities and advanced stage diagnosis of lung, breast, colorectal, and prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol*. 2021 Dec;75:102054.
37. Hui D, Didwaniya N, Vidal M, Shin SH, Chisholm G, Roquemore J, et al. Quality of end-of-life care in patients with hematologic malignancies: a retrospective cohort study. *Cancer*. 2014 May 15;120(10):1572–8.
38. Howell DA, Shellens R, Roman E, Garry AC, Patmore R, Howard MR. Haematological malignancy: are patients appropriately referred for specialist palliative and hospice care? A systematic review and meta-analysis of published data. *Palliat Med*. 2011 Sep;25(6):630–41.
39. Yang R, Liu Y, Jiang Y, Fleming DJM, Fauth EB. Functional limitations before and after cancer diagnosis and contributing factors: findings from the China health and retirement longitudinal study. *BMC Geriatr*. 2022 May 11;22(1):415.
40. Neo J, Fettes L, Gao W, Higginson IJ, Maddocks M. Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev*. 2017 Dec;61:94–106.
41. Argilés JM. Cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs*. 2005;9 Suppl 2:S39-50.
42. Zhang X, Edwards BJ. Malnutrition in Older Adults with Cancer. *Curr Oncol Rep*. 2019 Jul 29;21(9):80.

43. Bullock AF, Greenley SL, McKenzie GAG, Paton LW, Johnson MJ. Relationship between markers of malnutrition and clinical outcomes in older adults with cancer: systematic review, narrative synthesis and meta-analysis. *Eur J Clin Nutr.* 2020 Nov;74(11):1519–35.
44. Antoine V, Courtial M, de Wazieres B, Di Castri A, Duvjnak S, Geronimi L, et al. [Cognitive decline in geriatric oncology: Trends, evaluation and treatment]. *Bull Cancer.* 2018;105(7–8):720–34.
45. Takata Y, Ansai T, Soh I, Awano S, Nakamichi I, Akifusa S, et al. Cognitive function and 10 year mortality in an 85 year-old community-dwelling population. *Clin Interv Aging.* 2014 Oct 7;9:1691–9.
46. Sewtz C, Muscheites W, Grosse-Thie C, Kriesen U, Leithaeuser M, Glaeser D, et al. Longitudinal observation of anxiety and depression among palliative care cancer patients. *Ann Palliat Med.* 2021 Apr;10(4):3836–46.
47. Wu Y-T, Kralj C, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jotheeswaran AT, et al. The association between, depression, anxiety, and mortality in older people across eight low- and middle-income countries: Results from the 10/66 cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2020 Jan;35(1):29–36.
48. Morris R, Lewis A. Falls and Cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2020 Sep;32(9):569–78.
49. Abellan van Kan G, Rolland Y, Andrieu S, Bauer J, Beauchet O, Bonnefoy M, et al. Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *J Nutr Health Aging.* 2009 Dec;13(10):881–9.
50. Sharma M, Loh KP, Nightingale G, Mohile SG, Holmes HM. Polypharmacy and potentially inappropriate medication use in geriatric oncology. *J Geriatr Oncol.* 2016 Sep;7(5):346–53.
51. Girre V, Falcou M-C, Gisselbrecht M, Gridel G, Mosseri V, Bouleuc C, et al. Does a geriatric oncology consultation modify the cancer treatment plan for elderly patients? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008 Jul;63(7):724–30.
52. Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, Schonberg MA, Boyd CM, Burhenn PS, et al. Practical assessment and management of vulnerabilities in older patients receiving chemotherapy: ASCO guideline for geriatric oncology. *J Clin Oncol.* 2018 Aug 1;36(22):2326–47.
53. Frasca M, Soubeyran P, Bellera C, Rainfray M, Leffondre K, Mathoulin-Pélissier S, et al. Alterations in comprehensive geriatric assessment decrease survival of elderly patients with cancer. *Eur J Cancer.* 2018 Feb;90:10–8.
54. Pamoukdjian F, Liuu E, Caillet P, Gisselbrecht M, Herbaud S, Boudou-Rouquette P, et al. [Geriatric assessment and prognostic scores in older cancer patient: Additional support to the therapeutic decision?]. *Bull Cancer.* 2017 Nov 14;104(11):946–55.
55. Tremblay D, Charlebois K, Terret C, Joannette S, Latreille J. Integrated oncogeriatric approach: a systematic review of the literature using concept analysis. *BMJ Open.* 2012 Dec 5;2(6).

56. Zulfiqar A-A, Thomasset de Longuemarre A. [Codex and MMSE: what to choose?]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2019 Sep 1;17(3):279–89.
57. Belmin J, Pariel-Madjlessi S, Surun P, Bentot C, Feteanu D, Lefebvre des Noettes V, et al. The cognitive disorders examination (Codex) is a reliable 3-minute test for detection of dementia in the elderly (validation study on 323 subjects). *Presse Med*. 2007 Sep;36(9 Pt 1):1183–90.
58. Saracino RM, Weinberger MI, Roth AJ, Hurria A, Nelson CJ. Assessing depression in a geriatric cancer population. *Psychooncology*. 2017 Oct;26(10):1484–90.
59. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncol*. 1984 Mar;2(3):187–93.
60. Boland JW, Allgar V, Boland EG, Kaasa S, Hjermstad MJ, Johnson MJ. Predictors and trajectory of performance status in patients with advanced cancer: A secondary data analysis of the international European Palliative Care Cancer Symptom study. *Palliat Med*. 2019 Feb;33(2):206–12.
61. Jang RW, Caraiscos VB, Swami N, Banerjee S, Mak E, Kaya E, et al. Simple prognostic model for patients with advanced cancer based on performance status. *J Oncol Pract*. 2014 Sep;10(5):e335-41.

7. ANNEXES

- Annexe 1 : Index de Comorbidité de Charlson
- Annexe 2 : Score G8

Annexe 1: Index de Comorbidité de Charlson

États pathologiques ou âge	Score
Pour chaque décennie après 40 ans, ajouter un score de 1. Formule : (âge - 40)/10.	—
Infarctus du myocarde (antécédent, pas seulement les modifications de l'ECG)	1
Insuffisance cardiaque congestive	1
Maladie vasculaire périphérique (incluant l'anévrisme de l'aorte > 6cm)	1
Maladie cérébrovasculaire : AVC avec séquelles modérées ou sans séquelles ou AIT	1
Troubles neurocognitifs	1
Maladie chronique pulmonaire	1
Connectivite	1
Maladie ulcéreuse	1
Maladie hépatique légère (sans hypertension portale, incluant les hépatites chroniques)	1
Diabète sans lésion organique associé (sauf si traité par régime seul)	1
Hémiplégie	2
Maladie rénale modérée ou sévère	2
Diabète avec lésions organiques (rétinopathie, neuropathie, néphropathie)	2
Tumeur sans métastases (sauf si diagnostiquée depuis plus de 6 mois)	2
Leucémie (aiguë ou chronique)	2
Lymphome	2
Maladie hépatique modérée ou sévère	3
Tumeur solide métastatique	6
VIH avec SIDA	6

- Interprétation score de Comorbidité de Charlson

Score	Mortalité à 1 an	Score	Mortalité à 10 ans
0	12%	0	8%
1-2	26%	1	25%
3-4	52%	2	48%
≥ 5	85%	≥ 3	59%

Annexe 2: score G8

Questionnaire G8

Test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer

Questions (temps médian de remplissage = 4,4 minutes)	Réponses	Cotations
Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Perte de poids dans les 3 derniers mois	>3 Kg Ne sait pas Entre 1 et 3 Kg Pas de perte de poids	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Motricité	Lit – Fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Troubles neuro-psychiatriques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de trouble psychiatrique	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Indice de Masse Corporelle = Poids/(Taille) ²	< 19 19 – 21 21 – 23 > 23	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Plus de 3 médicaments	Oui Non	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?	Moins bonne Ne sais pas Aussi bonne Meilleure	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Age	> 85 ans 80 – 85 ans < 80 ans	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Score total		/17
Interprétation	> 14 = Prise en charge standard ≤ 14 = Evaluation gériatrique spécialisée	

D'après Soubeyran P. *Validation of G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project.* JCO 2011;29:Abs9001.

TITLE : IDENTIFICATION OF PARAMETERS ASSOCIATED WITH PALLIATIVE CARE IN AN ONCOGERIATRIC POPULATION

ABSTRACT : Cancer incidence rate is expected to rise given population ageing. With the heterogeneity of older patients and delayed cancer diagnosis at advance stage, certain patients seem to benefit more for supportive care. Indeed a palliative care approach is defined by improving the quality of life of patients face life threatening diseases. Physicians are often in difficulty when defining a patient in palliative care. To date guidelines recommend a standardized geriatric assessment on patients in palliative care. This is a retrospective study on patients assessed by the mobile oncogeriatrics team from July 2009 to April 2019. The objective of this study is to describe the characteristics of patients for whom a decision of palliative care was decided and secondly to evaluate the factors associated with a disagreement between oncologists and geriatricians.

In conclusion, this population is described as more dependent and malnourished with severe comorbidities. Disagreement factors are related to the WHO physical performance index with a tendency of oncologists to treat ambulatory patients. The standardized geriatric assessment allows for a better understanding of the patient in its totality and to identify areas of frailty. Standardized geriatric assessment is essential for the multidisciplinary discussion of palliative care between oncologists and geriatricians.

KEYWORD : Oncogeriatrics, palliative care, standardized geriatric assessment.

IDENTIFICATION DES PARAMÈTRES ASSOCIÉS À UNE PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DANS UNE POPULATION ONCOGÉRIATRIQUE

RESUME EN FRANÇAIS :

Le taux d'incidence du cancer devrait augmenter en raison du vieillissement de la population. Avec l'hétérogénéité des patients âgés et le retard diagnostique du cancer à un stade avancé, certains patients semblent bénéficier davantage de soins de soutien. En effet, l'approche des soins palliatifs se définit par l'amélioration de la qualité de vie des patients confrontés à des maladies potentiellement mortelles. Les médecins sont souvent en difficulté pour orienter un patient en soins palliatifs. A ce jour, les lignes directrices recommandent une évaluation gériatrique standardisée des patients en soins palliatifs. Il s'agit d'une étude rétrospective sur les patients évalués par l'équipe mobile d'oncogériatrie entre juillet 2009 et avril 2019. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques des patients pour lesquels une décision de soins palliatifs a été décidée et d'autre part d'évaluer les facteurs associés à un désaccord entre oncologues et gériatres.

En conclusion, cette population est décrite comme plus dépendante et dénutrie avec des comorbidités sévères. Les facteurs de désaccord sont liés à l'indice de performance physique de l'OMS avec une tendance des oncologues à traiter les patients ambulatoires. L'évaluation gériatrique standardisée permet de mieux appréhender le patient dans sa globalité et d'identifier les zones de fragilité. L'évaluation gériatrique standardisée est essentielle pour la discussion multidisciplinaire des soins palliatifs entre oncologues et gériatres.

TITRE EN ANGLAIS : Identification of parameters associated with palliative care in an oncogeriatric population.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Oncogériatrie, soins palliatifs, évaluation gériatrique standardisée.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directrice de thèse : Dr Zara STEINMEYER