

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

N° : 095

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

Par

Guillaume CHAPELET

Né le 09 septembre 1985 à Marseille

Présentée et soutenue publiquement le 3 novembre 2014

**Etude des pratiques de dépistage du cancer chez la personne âgée ayant des
troubles cognitifs**

Président : Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Laure de DECKER

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Mario CAMPONE
Monsieur le Professeur Pascal DERKINDEREN
Madame le Docteur Emmanuelle BOURBOULOUX

Remerciements

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Laure de Decker,

Merci d'avoir fait germer l'idée de ce travail et de m'avoir encadré avec rigueur et bienveillance constantes. Merci de m'initier et de me former à la recherche clinique et fondamentale. Merci de me permettre de poursuivre ma formation dans le dynamique service de Médecine Aigue Gériatrique.

A Monsieur le Professeur Gilles Berrut,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon Jury de Thèse. Merci de m'avoir permis de développer ma compétence de gériatre à Nantes, notamment grâce aux très enrichissants clubs scientifiques.

A Monsieur le Professeur Mario Campone,

Merci d'avoir accepté de participer à mon Jury de Thèse et d'apporter votre savoir scientifique à la discussion.

A Monsieur le Professeur Pascal Derkinderen,

Merci de m'avoir fait l'honneur de venir juger mon travail et de me faire profiter de vos connaissances médicales.

A Madame le Docteur Emmanuelle Bourbouloux,

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon Jury de Thèse. Merci de m'avoir formé à l'oncogériatrie.

Aux médecins et à toute l'équipe paramédicale du service de Médecine Aigue Gériatrique,

Merci de m'enrichir grâce à vos nombreuses compétences. Merci de m'avoir accueilli de manière si personnalisée...

A mes co-internes, et à mes joyeux camarades du DESC de gériatrie,

Merci d'avoir partagé des moments très agréables en dehors du travail, le rendant encore plus intéressant.

A Nicolas Farthouat,

Merci d'avoir été le premier à voir en moi un futur gériatre. Merci d'avoir essayé, sans succès, de me former à diverses activités nautiques... Aidé de tout l'hôpital, et avec brio, Merci de ne pas avoir fait de Luçon une ville « perdue » au fin fond de la Vendée.

A la « Luçon Team », à Maxime et Lydie,

Merci de votre amitié sincère, et d'avoir rendu la vie nantaise, bretonne et aveyronnaise si agréable.

A Nicolas, Romain, Thomas,

Merci d'avoir été des témoins, des acteurs, et des producteurs attentionnés. Merci de rendre les vacances guadeloupéennes si attirantes.

A Denise, François, Clotilde, Xavier et Marc, et aux autres membres de ma famille,

Merci pour votre chaleureuse présence, et de m'avoir donné des prétextes pour voyager.

A Lionel et à Daphnée,

Merci pour votre tendre complicité. Merci d'être simplement présents, même à distance.

A mes parents, Jean-Pierre et Jocelyne, sans qui je ne serais absolument pas où j'en suis aujourd'hui. Je vous remercie sincèrement pour votre amour.

Enfin, un Merci particulier à Agnès, qui me supporte au quotidien. Merci de partager ma vie et d'avoir récemment accepté de le faire encore longtemps...

Abréviations

CI : Intervalle de confiance

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

INCa : Institut National du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	5
1 Introduction	7
1.1 Données épidémiologiques de la démence et du cancer.....	7
1.1.1 Augmentation de l'espérance de vie et de la proportion de sujets âgés en France.....	7
1.1.2 Impact de l'augmentation de l'espérance de vie sur la prévalence du cancer et de la démence	7
1.1.3 Impact de l'augmentation de la prévalence du cancer et de la démence en santé publique	8
1.2 Aspects particuliers de la prise en charge des patients âgés ayant des troubles cognitifs en oncologie.....	10
1.2.1 Particularités diagnostiques, données de la littérature.....	10
1.2.2 Relation entre troubles cognitifs et modalités du traitement anti-cancéreux.....	12
1.2.3 Relation entre traitement anti-cancéreux et apparition de troubles cognitifs	13
1.2.4 La démence influe sur la mortalité par cancer.....	15
1.2.5 Existence d'un lien épidémiologique entre démence et cancer	15
1.3 Prévention du cancer en France.....	17
1.3.1 Définition de la prévention en oncologie.....	17
1.3.2 Rôle du médecin généraliste dans la prévention du cancer	17
1.3.3 Organisation de la prévention secondaire du cancer en France.....	18
1.3.4 Problématique de dépistage du cancer chez la personne âgée de plus de 75 ans	19
1.4 L'oncogériatrie, une aide à la prise en charge des patients âgés ayant un cancer	22
2 Enquête Cancer et personne âgée	24
2.1 Justification de l'étude.....	24
2.2 Objectif principal.....	25
2.3 Matériel et méthode.....	26
2.3.1 Méthodologie.....	26

2.3.2	Population étudiée	27
2.3.3	Outils statistiques.....	27
2.4	Résultats	28
2.4.1	Taux de réponse.....	28
2.4.2	Données descriptives et démographiques de la population de médecin généralistes sondés	28
2.4.3	Analyse descriptive de la patientèle des médecins généralistes interrogés	30
2.4.4	L'âge influence le fait de référer un sujet âgé à un spécialiste en cancérologie.....	31
2.4.5	A propos du dépistage du cancer chez le sujet âgé.....	31
2.4.6	A propos des éléments qui influencent le dépistage du cancer	32
2.4.7	L'âge et la présence de comorbidités, dont les troubles cognitifs influencent le dépistage du cancer	33
2.4.8	Autres facteurs pouvant influencer le dépistage du cancer	34
2.4.9	Questions diverses et remarques des médecins sondés	36
2.4.10	Analyse qualitatives des remarques diverses.....	37
2.5	Discussion	39
2.5.1	Représentativité de la population étudiée	39
2.5.2	Le dépistage du cancer chez les sujets âgés est influencé par l'âge du patient et la présence de comorbidités	40
2.5.3	Autres facteurs influençant le dépistage du cancer chez le sujet âgés.....	42
2.5.4	Lien épidémiologique entre cancer et démence	44
2.5.5	Perspectives concernant le dépistage du cancer chez le sujet âgé.....	45
2.5.6	Limites de l'étude	47
	Conclusion.....	49
	Références bibliographiques	50
	Annexes 1 : Questionnaire d'enquête d'opinion	60
	Annexe 2 : Questionnaire G8	63

1 Introduction

1.1 Données épidémiologiques de la démence et du cancer

1.1.1 Augmentation de l'espérance de vie et de la proportion de sujets âgés en France

En France, en 2008, d'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), l'espérance de vie à 50 ans atteignait 30 ans pour les hommes et 36 ans pour les femmes (1). En 2008-2010 l'espérance de vie pour une personne de 75 ans était de 11,35 ans pour les hommes et de 14,28 ans pour les femmes, et, pour une personne de 90 ans, de 3,97 ans pour les hommes et 4,94 ans pour les femmes (1).

Si les tendances démographiques se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2060, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007 et une personne sur trois aura plus de 60 ans (2).

L'espérance de vie ne permettant pas d'évaluer les difficultés de fonctionnement engendrées par une santé altérée, le concept d'espérance de vie sans incapacité, qui porte sur des mesures de santé fonctionnelle ou des incapacités, a été défini (3). Ainsi, l'enquête Handicap-Santé Ménage conduite par l'INSEE en 2008 constate que l'espérance de vie sans incapacité à 50 ans était de 26 ans pour les hommes et 27 ans pour les femmes, ces dernières vivant plus du double d'années que les hommes avec des restrictions pour les activités instrumentales de la vie courante (4).

1.1.2 Impact de l'augmentation de l'espérance de vie sur la prévalence du cancer et de la démence

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la morbidité. En particulier, il a été observé une augmentation de la prévalence du cancer et de la démence avec le vieillissement (5).

En France, 6 à 10% des personnes de plus de 65 ans souffrent de démence, et 7,7% de ces individus ont plus de 75 ans (6-7). En Europe de l'Ouest, dans la population de 60 ans et plus, l'incidence de la démence est de 9/1000 personnes (8). Sa prévalence a augmenté de 25% à 48% dans la population de plus de 80 ans (9). Elle pourrait même doubler en 2040 (8).

Le diagnostic de cancer serait, quant à lui, 11 fois plus fréquent après 65 ans (10). En 2008, en France, selon les chiffres de l'Institut National du Cancer (INCa) (11), près de un tiers des cancers ont été diagnostiqués chez des personnes de plus de 75 ans (30,6% chez les hommes, 31,4% chez les femmes). Par ailleurs, le risque de cancer est supérieur dans la tranche d'âge 75-79 ans par rapport à celui de la tranche d'âge 50-54 ans, que ce soit chez l'homme ou chez la femme (10). Le cancer restait la première cause de mortalité chez les personnes âgées en 2009 avec 30% des décès chez les personnes de plus de 65 ans, notamment entre 65 et 84 ans (12). Après 85 ans, cette part diminuait au profit des pathologies cardio-circulatoires (13).

1.1.3 Impact de l'augmentation de la prévalence du cancer et de la démence en santé publique

L'augmentation de l'espérance de vie, l'augmentation de l'incidence des cancers et de la démence sont des problématiques majeures en terme de coût de santé publique.

En 2008, le coût de la démence est estimé à 160 milliards d'euros, soit 22 000 euros par patient et par an, dont 56% correspondent à des soins informels (14).

En 2009, en Europe, le coût du cancer a représenté 126 milliards d'euros dont 51 milliards pour les soins (15). Pour la France, le coût du cancer représentait 17 milliards d'euros, soit 0,9% de son Produit Intérieur Brut (PIB) (15). En coûts de prévention, de traitement et de recherche, la France dépensait, en 2007, 12 milliards d'euros par an,

dont presque 11 milliards uniquement pour les soins liés à la prise en charge des cancers (16). En 2007, une étude américaine a montré que les dépenses, pour un patient atteint de cancer, variaient en moyenne entre 20 000 et 40 000 \$ sur 5 ans (17).

1.2 Aspects particuliers de la prise en charge des patients âgés ayant des troubles cognitifs en oncologie

1.2.1 Particularités diagnostiques, données de la littérature

Plusieurs études se sont intéressées aux particularités diagnostiques des cancers chez les patients ayant des troubles cognitifs.

Raji *et al.* (18) a mis en évidence que les patients ayant des troubles cognitifs atteints de cancer, sont plus souvent diagnostiqués à un stade d'extension inconnu, en comparaison aux sujets âgés sans trouble cognitif (22,5% contre 6,4% pour le cancer du sein et 22,7% contre 7,5% pour celui du côlon).

De plus, Baillargeon *et al.*, a démontré que les patients âgés atteints de démence ont un diagnostic de cancer du côlon porté plus souvent à l'autopsie (4,4% contre 1,1% ; $p < 0,001$) et également à un stade d'extension inconnu (14,6% contre 6,2% ; $p < 0,001$) (19).

Par ailleurs, Gorin *et al.* (20), a mis en évidence que les patients âgés ayant des troubles cognitifs ont plus souvent un cancer diagnostiqué au stade III (10,8% contre 6,6% ; $p < 0,001$), une probabilité plus forte d'avoir des tumeurs de plus de 3 cm au diagnostic (26,6% contre 13,1% ; $p = 0,001$) et un envahissement ganglionnaire (29,1% contre 25,9% ; $p = 0,01$).

Enfin, Gupta *et al.* (21), étudiant le cancer du côlon, a mis en évidence que les patients âgés ayant des troubles cognitifs avaient 2 fois plus de cancers diagnostiqués en post-mortem (OR=2,31 ; CI : 1,79-3,00) et 2 fois moins de diagnostic histologique (OR=2,02 ; CI : 1,63-2,51).

De nombreux facteurs peuvent expliquer ces différences de modalités de diagnostic et de sévérité de l'atteinte au diagnostic du cancer chez les patients âgés déments. Ainsi, des facteurs psychosociaux et économiques, entraînant une multi-morbidité plus élevée, entraînent une sous-estimation de la proportion des patients déments atteints de cancer (10,19–25). Ces facteurs peuvent être regroupés en grands axes :

- Les facteurs liés à la présence d'une symptomatologie atypique ou absente entraînant un retard diagnostic (19,21,23)
- Les facteurs liés au défaut d'accès de la personne âgée ayant des troubles cognitifs aux soins et au suivi médical réguliers, avec pour conséquence l'absence ou la mauvaise compliance au dépistage des cancers (20,23)
- Les facteurs liés à la présence d'une comorbidité importante limitant l'espérance de vie du patient et/ou sa prise en charge (10,22,23) : le stade d'extension du cancer peut être non déterminé et non répertorié dans le dossier médical ; le patient âgé peut aussi ne pas avoir été soumis aux procédures habituelles permettant de déterminer avec précision le stade de la maladie, en raison soit de la présence de signes évidents d'un stade avancé du cancer, soit de risques inhérents aux examens complémentaires nécessaires à la stadification complète (telle l'injection de produit de contraste pour scanner chez les sujets insuffisants rénaux), soit à la présence concomitante de pathologies sévères limitant les investigations.
- Les facteurs liés au manque d'information du patient et son entourage sur les modalités de prise en charge du cancer, entraînant un refus du patient et/ou de la famille de poursuivre les investigations ou d'être hospitalisé (22,23,26).

- Les facteurs liés aux croyances personnelles des médecins ou à leur manque de formation, peu facilités par l'absence de recommandation de dépistage organisé du cancer chez les sujets âgés ayant des troubles cognitifs (23,26).

Par ailleurs, indépendamment de la présence de troubles cognitifs, il apparaît que l'âge est aussi, en lui-même, un facteur de risque de prise en charge non optimale du cancer, et ceci même après appariement avec certains autres facteurs comme les comorbidités, l'état des fonctions supérieures, l'autonomie et l'environnement social du patient (24, 25).

1.2.2 Relation entre troubles cognitifs et modalités du traitement anti-cancéreux

Les patients ayant un cancer et des troubles cognitifs ne semblent pas être traités de la même manière que les patients sans trouble cognitif.

Ainsi, Baillargeon *et al.* (19), étudiant le cancer du côlon, met en évidence que les patients déments sont moins traités quel que soit le type de traitement (OR= 2,47 ; CI : 2.08-2.93). Ils sont en effet moins susceptibles de recevoir un traitement chirurgical, une chimiothérapie ou une radiothérapie (OR=2,09 ; CI : 1,86–2,35).

Par ailleurs, Raji *et al.* (18) a mis en évidence des résultats similaires dans le cancer du sein : les patientes ayant une maladie d'Alzheimer étaient moins traitées (OR=0,55 ; CI : 0,42–0,74), moins opérées (OR=0,60 ; CI : 0,46–0,81), recevaient moins de radiothérapie s'agissant de celles qui bénéficient du traitement chirurgical conservateur (OR=0,31 ; CI : 0,23–0,41), et moins de chimiothérapie (OR=0,44 ; CI : 0,34–0,58).

Enfin, Gupta *et al.* (21), a également mis en évidence que les patients ayant des troubles cognitifs, et un cancer du côlon de stade III, reçoivent moins de traitement adjuvant dans 78% des cas.

Le traitement du cancer ne se limitant pas au traitement oncologique, il faut également prendre en compte, plus globalement, les modalités d'hospitalisation. Deux études ont analysé les patients déments ayant un cancer et leurs modalités d'hospitalisation.

D'une part, Legler *et al.* (27) a constaté que ces patients ont plus de chance d'être admis aux urgences (OR=1,26 ; CI : 1,12 -1,41), ou hospitalisés (OR=1,21 ; CI : 1,05-1,40) que les patients non déments.

D'autre part, Roe *et al.* (28), a constaté une réduction du risque d'hospitalisation futures en lien avec le cancer chez les patients atteints de tout type de démence (OR=0,41, CI : 0,20–0,84), et chez les patients ayant une démence de type Alzheimer (OR=0.31, CI : 0,12–0,86), mais pas chez les patients atteints d'une démence vasculaire, sans proposer d'hypothèse pour expliquer cette différence.

1.2.3 Relation entre traitement anti-cancéreux et apparition de troubles cognitifs

En ce qui concerne les démences induites par les chimiothérapies, Du *et al.* (29), étudiant le cancer du sein, n'a pas mis en évidence de résultats significatifs (OR=1,08 ; CI : 0,85–1,37) : le risque de développer la maladie d'Alzheimer, une démence vasculaire, ou une démence en général, paraît significativement diminué chez les patients recevant une chimiothérapie mais, la significativité disparaît s'il tenait compte de l'existence de troubles de l'humeur. L'étude de Baxter *et al.* (30), a trouvé un lien

entre la prescription de chimiothérapie et la réduction du risque de développement de troubles cognitifs (OR=0,70 ; CI : 0,55–0,93, p=0,02), mais il notait des limites à son étude. En effet, la sévérité des troubles cognitifs n'était pas précisée et un biais de sélection potentiel était évoqué car il n'était pas systématiquement proposé de chimiothérapie aux patients ayant des troubles cognitifs (31).

Par contre, Heck *et al.* (32), a mis en évidence des résultats inverses : les femmes traitées par chimiothérapies étaient susceptibles de développer des troubles cognitifs (HR=1,20 ; CI : 1,08–1,33).

On ne peut donc pas identifier formellement d'association entre l'apparition de troubles cognitifs et le type de traitement cancérologiques utilisé.

Heck *et al.* propose quatre raisons pouvant expliquer la difficulté à mettre en évidence cette relation (32). Premièrement, les différents types de chimiothérapies reçues et leur dosage ne sont pas toujours connus. Deuxièmement, les protocoles de chimiothérapie évoluant avec le temps, et les patients pouvant avoir plusieurs lignes de traitement, il est difficile de démontrer spécifiquement qu'un trouble cognitif soit lié à une chimiothérapie. Troisièmement, l'effet à long terme des chimiothérapies n'est pas toujours connu ou analysé dans des études qui incluent des patients sur une durée limitée. Quatrièmement, les patients ayant des métastases cérébrales ou ayant reçu une radiothérapie cérébrale ne sont pas toujours identifiés dans les études. Ces patients pourraient être un biais important lors de l'évaluation des troubles cognitifs.

Ces données ont été confirmées par Du *et al.* (29), qui a noté que les patients n'avaient pas toujours de tests cognitifs référencés avant l'inclusion dans les études. Ainsi, il a conclu qu'il est difficile de préciser si l'apparition de troubles cognitifs était due aux

traitements reçus ou causées par un biais d'inclusion. Enfin, il a également noté que les durées de suivi limitées des études ne permettent pas toujours de mettre en évidence l'apparition des troubles cognitifs causé par les traitements reçus.

1.2.4 La démence influe sur la mortalité par cancer

Concernant la survie des patients, Baillargeon *et al.* (19) a constaté un taux de mortalité plus élevé (OR=1,33 ; CI : 1,31–1,36) chez les patients ayant des troubles cognitifs et un cancer du côlon en comparaison à ceux n'ayant pas de troubles cognitifs. Brosselin *et al.* (33), étudiant des certificats de décès, a retrouvé une augmentation de mortalité de 11,3% entre 2000 et 2006 chez les patients déments, dont 11,9% était en lien avec un cancer. De ce fait, le risque relatif de décès associant cancer et démence est établi à 0,51 (0,50-0,54) chez les hommes et 0,58 (0,55-0,61) chez les femmes.

Pour Raji *et al.* (18), la survie 6 mois après le diagnostic de cancer évolue de 33,3% chez les patients non déments à 8,5% chez les patients déments. De plus, moins de 17,0% des décès seraient expliqués par un stade plus avancé au diagnostic, sous-entendant que la démence influe sur le pronostic global.

Pour expliquer les différences concernant la survie des patients ayant des troubles cognitifs et un cancer, Gorin *et al.* (20) a évoqué le manque de recommandations adaptées à cette population. Cela rendrait les décisions thérapeutiques peu reproductibles et peu adaptées à cette population fragile, et pourrait expliquer ces différences de mortalité.

1.2.5 Existence d'un lien épidémiologique entre démence et cancer

Trois études évaluent le lien entre les prévalences du cancer et de la démence (28,34,35). Deux de ces études retrouvent un lien « protecteur ».

Ainsi, d'après Roe *et al.* (28), la prévalence du cancer serait associée à une réduction du risque de démence d'Alzheimer, (OR=0,72 ; CI : 0,52–0,997) ou de démence en général (OR=0,57; CI : 0,36–0,90). Roe a également retrouvé ce résultat dans une deuxième étude (34), (OR= 0.338 ; CI : 0,183–0,624) $p<0,001$). Par contre, Burke *et al* (35), n'a pas retrouvé de lien protecteur entre cancer et démence. De plus, dans son étude, les patients ayant une maladie d'Alzheimer avaient 6,7 fois plus de risque d'apparition de cancers, notamment le cancer du pancréas ($p<0,001$).

La mise en évidence de lien épidémiologique existant entre cancer et démence pourrait être limitée, d'après Roe *et al* (28), par l'exhaustivité du recueil de données, les cliniciens ne s'attardant pas à faire le diagnostic de cancers chez les patients déments. De plus, le déficit du dépistage, le sous-diagnostic et la survie plus limitée de ces patients pourraient également perturber le lien épidémiologique « protecteur » entre cancer et démence (28).

1.3 Prévention du cancer en France

1.3.1 Définition de la prévention en cancérologie

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le concept de prévention (36). L'OMS distingue trois types de prévention: la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes et/ou les facteurs de risques identifiés. Son objectif est la diminution de l'incidence de la pathologie.

La prévention secondaire consiste à optimiser le dépistage et à établir un diagnostic précoce d'une pathologie avant l'apparition des signes cliniques, en ciblant des groupes de patients à risque.

La prévention tertiaire a pour but de diminuer les complications liées aux traitements, les récurrences et les séquelles liées à la maladie.

1.3.2 Rôle du médecin généraliste dans la prévention du cancer

Le médecin généraliste est l'un des premiers acteurs du dépistage et de la prévention du cancer d'après le plan cancer 2014-2019 (37) : il effectue d'une part, les actes de prévention primaire en agissant sur les facteurs de risques modifiables des cancers et, d'autre part, la prévention secondaire qui permet d'adresser les patients à risques aux spécialistes.

Plusieurs études ont étudié la qualité de l'interaction entre le médecin spécialiste en cancérologie et le médecin généraliste comme élément primordial et déterminant de la prise en charge oncologique, notamment chez le sujet âgé (38–41). Par exemple, la qualité de la communication entre médecin généraliste et spécialiste en cancérologie

serait déterminante dans le bon soin de ces patients (38). Dans une autre étude (40), 50% des médecins généralistes disaient ne référer que 50% des personnes âgées suspectes de cancer à un spécialiste. Dans cette même étude, 50% des médecins généralistes trouvaient difficile d'adresser un patient âgé à un spécialiste. Les raisons les plus fréquemment invoquées pour ne pas référer un patient âgé étaient liées soit au patient (souhait ou réticence des patients, présence et/ou souhaits de la famille, présence de comorbidité grave), soit au traitement (nombreux effets secondaires et faible tolérance du traitement, sévérité des symptômes), soit à l'organisation (peu d'habitude de collaborer avec les équipes et réseau de prise en charge en cancérologie).

Concernant le dépistage du cancer, l'étude EDIFICE (20) réalisée en 2008, interrogeant 600 médecins généralistes, a montré que 83% d'entre eux étaient convaincus de l'utilité du dépistage, mais que seulement 30% le recommandait spontanément aux patients. Les principales raisons invoquées par les médecins étaient une formation et une information insuffisantes, la nécessité de disposer de recommandations et de supports d'information clairs adaptés aux patients, et une nécessité de renforcer leur implication dans l'organisation du programme de dépistage.

1.3.3 Organisation de la prévention secondaire du cancer en France

D'après le plan cancer 2014-2019 (37), un dépistage en prévention secondaire avant l'apparition de symptômes, est possible pour certains cancers et permet de détecter et de traiter des lésions précancéreuses : des dépistages organisés sont proposés à des populations cible, considérant que les bénéfices attendus en termes de santé publique sont supérieurs aux limites et aux risques. En ces termes, le dépistage du cancer est une épée à « double tranchant » (16) : la diminution de la morbi-mortalité en raison du diagnostic précoce est à mettre en balance avec les coûts du dépistage et de ces effets

indésirables. En France, cette balance bénéfice/risque est actuellement considérée comme en faveur du dépistage organisé pour les cancers du sein et colorectal, qui font l'objet de programmes nationaux (42,43). Elle l'est également pour le dépistage du cancer du col utérin qui pourrait être généralisé sur l'ensemble du territoire (37,44).

1.3.4 Problématique de dépistage du cancer chez la personne âgée de plus de 75 ans

Les patients âgés de plus de 75 ans, ayant ou non des troubles cognitifs, ne sont pas concernés par les campagnes de dépistage de masse organisées sur le plan national en France. Ainsi, dans cette population, le dépistage est réalisé individuellement, à l'initiative du patient, de sa famille, ou du médecin traitant.

Sur le plan international, les modalités de réalisation du dépistage du cancer, chez le sujet âgé de plus de 75 ans, restaient peu encadrées au début des années 2000 (45), notamment celles relatives aux cancers du sein et du colon qui font, par contre, l'objet de recommandations nationales et internationales chez le sujet plus jeune. En effet, une des principales limites de la réalisation du dépistage était que le bénéfice du dépistage précoce peut ne pas paraître évident chez des sujets âgés qui pourraient décéder de leurs comorbidités et non suite aux complications liées à l'apparition d'un éventuel cancer (46).

Depuis le milieu des années 2000, plusieurs recommandations ont suggéré que la pratique du dépistage chez le sujet âgé de plus de 75 ans devait être individualisée, en prenant en compte la santé et l'espérance de vie supposée. Par exemple, concernant le cancer du sein, l'American College of Obstetricians-Gynecologists (ACOG), reprenant les résultats d'une méta-analyse (47), a précisé que la poursuite du dépistage du cancer

par mammographie jusqu'à l'âge de 79 ans entraînerait d'une part, une limitation des coûts de santé publique et, d'autre part, un gain d'espérance de vie pour les patientes dépistées (48). En 2003 (49), l'American Cancer Society (ACS) avait déjà proposé « l'âge-limite » de 79 ans, correspondant à l'arrêt du dépistage par mammographie, tout en précisant qu'au-delà de cet âge, la décision de dépister ou non ne devait pas prendre en compte l'âge « chronologique », mais l'espérance de vie estimée, dépendant de la sévérité des comorbidités. Enfin, une étude de coût réalisée en 2005 aux Etats-Unis (50), a conclu qu'au-delà de 79 ans, le dépistage du cancer du sein par mammographie, n'a d'intérêt que chez les patients dans le quartile ayant la plus grande espérance de vie pour leur âge.

Concernant le cancer du côlon, des recommandations récentes proposées par l'American College of Physicians (ACP) ont suggéré d'arrêter le dépistage du cancer du côlon chez les patients âgés de plus de 75 ans, sauf s'ils ont une espérance de vie estimée à plus de 10 ans (51). Cette limite d'âge était retrouvée dans la recommandation de l'United States Preventive Services Task Forces (USPSTF), qui précisait par contre, qu'il n'y avait peu de bénéfice à dépister en systématique, le cancer du côlon au-delà de 75 ans (52). Cependant, en fonction du moyen de dépistage utilisé, une étude récente (53) a suggéré que le dépistage du cancer du côlon, avait un intérêt en terme de coût de santé publique même chez les patients âgés de plus de 75 ans ayant de lourdes comorbidités : ainsi, le dépistage est justifié jusqu'à l'âge de 77 ans pour la coloscopie totale, jusqu'à 78 ans pour la recto-sigmoidoscopie, et jusqu'à 80 ans pour le test fécal. Finalement, certains auteurs ont suggéré que le dépistage des cancers était bénéfique chez des patients ayant au moins 5 ans d'espérance de vie (45). Toutefois, la limite des « 5 ans » n'est pas clairement définie et acceptée par tous. Ainsi Schwenk (54) a signalé

qu'entre 31 et 55% des patients ayant une espérance de vie de moins de 9 ans bénéficiaient du dépistage du cancer aux Etats-Unis ; 31% des plus de 85 ans bénéficiaient du dépistage du cancer du côlon, et 55% des patients de plus de 75 ans de celui du cancer du sein (55).

Cependant, dépister ou non un cancer en se basant selon la présence de comorbidités et selon « l'âge physiologique » d'un patient pourrait être un véritable challenge. En effet, il existe peu de moyens permettant d'estimer l'espérance de vie de façon fiable, d'autant plus qu'une « discrimination statistique » serait ainsi créée, l'espérance de vie supposée variant d'une classe socio-économique à l'autre (56).

Enfin, chez les patients ayant des troubles cognitifs, baser le dépistage du cancer sur « l'âge physiologique » et sur l'espérance de vie supposée paraît difficile. En effet, la cohorte française PAQUID, a mis en évidence que d'une part, ces patients ont une morbidité élevée et, d'autre part, que leur espérance de vie est de 6,9 ans à l'âge de 70 ans pour les hommes, de 5,8 ans chez les femmes, passant à 3,9 ans à l'âge de 80 ans chez les hommes et 5,8 ans chez les femmes (57).

1.4 L'oncogériatrie, une aide à la prise en charge des patients âgés ayant un cancer

La prise en charge des patients âgés ayant un cancer, avec ou sans troubles cognitifs, nécessite beaucoup d'attention. Cette problématique est de plus en plus rencontrée par les praticiens (58). Les cliniciens doivent évaluer, tout au long de la prise en charge, les bénéfices attendus et les mettre en balance avec les risques encourus (59). Ils peuvent offrir ainsi des alternatives moins agressives en raison des effets indésirables attendus (59). Il paraît en effet légitime de ne pas sur-traiter ces patients. Cependant, la limite entre l'acharnement thérapeutique, le sur-traitement et le traitement inadapté reste parfois difficile à apprécier (60).

L'oncogériatrie implique la mise en commun des compétences en cancérologie et en gériatrie avec pour objectif l'amélioration de l'état de santé des patients âgés atteints de cancer (61). Le développement de l'oncogériatrie est d'ailleurs cité dans le plan cancer 2014-2019 (action 2.16) comme outil permettant d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer (37).

D'après Balducci (62), un des outils les plus utiles pour estimer, de manière individualisée, la complexité de la prise en charge du patient âgé est l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) ou Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) (63). L'EGS peut être utilisée pour estimer le risque de mortalité et le déclin fonctionnel (64) et, avec d'autres outils, peut aider à prédire le risque chirurgical (65), le risque médical (66), ou celui lié à une complication du traitement anti-cancéreux (67). L'Evaluation Gériatrique Standardisée permet donc de répondre à la difficulté de prise en charge des patients âgés ayant un cancer en aidant le cancérologue à proposer un traitement adapté améliorant la survie, la tolérance et la qualité de vie (68).

Le questionnaire G8 est un outil d'aide à la prise en charge des personnes âgées ayant un cancer (Annexe 2) (18). Cet outil permet de dépister les personnes âgées ayant besoin d'une EGS. Ce questionnaire pourrait également faciliter, s'il était utilisé par les médecins généralistes, le dépistage des patients âgés ayant un cancer, avec ou sans troubles cognitifs en précisant les patients nécessitant le recours à un spécialiste en gériatrie.

2 Enquête Cancer et personne âgée

2.1 Justification de l'étude

Il a été montré dans la littérature un lien épidémiologique entre cancer et démence. Ce lien pourrait souffrir d'un biais de sélection lié à l'absence de réalisation du dépistage ou de diagnostic de cancer chez des patients ayant des troubles cognitifs, rendant la prévalence du cancer plus faible chez ces patients.

En France, l'organisation du dépistage du cancer chez le sujet âgé n'est pas consensuelle. Le lien épidémiologique entre cancer et démence pourrait donc résulter du sous-diagnostic lié à la présence de biais, résultant de la variabilité des pratiques de dépistage du cancer chez le sujet âgé, notamment de celles du médecin généraliste.

En effet, le médecin généraliste est le premier acteur du dépistage du cancer chez le sujet âgé. Cependant, il existe peu de recommandations nationales concernant le dépistage du cancer chez le sujet âgé, avec ou sans troubles cognitifs, adaptées à la pratique du médecin généraliste. Les médecins généralistes dépistent donc de manière individualisée, prenant en compte pour décider des éléments comme l'âge du patient, ses comorbidités, et son espérance de vie supposée.

2.2 Objectif principal

Compte tenu de l'absence de recommandations de dépistage du cancer chez le sujet âgé claires et consensuelles, nous avons réalisé une étude dont l'objectif est de recueillir l'opinion de médecins généralistes concernant leurs pratiques de dépistage du cancer chez le sujet âgé, en s'intéressant particulièrement à ceux ayant des troubles cognitifs.

L'hypothèse principale de cette étude est de déterminer si les médecins généralistes ont des pratiques communes concernant le dépistage du cancer chez la personne âgée. Les hypothèses secondaires sont de montrer si l'âge et la présence de troubles cognitifs influencent les pratiques de dépistage du cancer.

2.3 Matériel et méthode

2.3.1 Méthodologie

Cette étude d'opinion quantitative, transversale, a été menée pendant 3 mois du 17/03/2014 au 17/06/2014.

Le champ étudié par ce questionnaire (Annexe 1) est celui de la médecine générale, dans les pratiques de dépistage du cancer chez la personne âgée, ayant ou non des troubles cognitifs.

La question principale (question 3.1) porte sur les modalités de dépistage du cancer chez la personne âgée ayant des troubles cognitifs. Les questions secondaires sont relatives aux caractéristiques démographiques du médecin interrogé (âge, sexe, mode d'exercice et activité), et aux éléments ressentis pouvant, à priori, influencer positivement ou négativement le dépistage du cancer.

Le questionnaire a été d'abord élaboré et testé, en version écrite, sur 3 médecins généralistes et sur 1 gériatre pour la mise en forme, la lisibilité et la compréhension. La rédaction finale a été effectuée avec Google Document[®], à partir des remarques formulées.

Le questionnaire final (Annexe 1) est anonyme. Il comporte 4 parties, réparties en 11 items, avec un total de 36 questions : 34 questions fermées avec choix dirigé et 2 questions ouvertes avec texte libre et à réponse facultative (question 1.1 et 3.2). En fin de questionnaire, un 12eme item, comportant un espace pour un texte libre est disponible pour les médecins souhaitant laisser des commentaires.

2.3.2 Population étudiée

Trois cent quatre médecins généralistes ont été interrogés par mail. Les adresses mails des médecins généralistes interrogés ont été récupérées à partir de mails d'information, destinés aux médecins généralistes, rédigés par le département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nantes. Les médecins exerçant une activité particulière (médecine d'urgence, pédiatrie, gériatrie seule) ont été exclus. Les médecins généralistes ont été contactés par mail le 17/03/2014. En plus de l'envoi du questionnaire le 17/03/2014, deux relances ont été effectuées le 16/04/2014 et le 15/05/2014. Les réponses ont toutes été récupérées par voie électronique.

2.3.3 Outils statistiques

Les variables quantitatives obtenues ont été exploitées en pourcentage pour les 34 questions fermées et en texte libre pour les 3 questions ouvertes.

2.4 Résultats

2.4.1 Taux de réponse

Sur les 304 mails envoyés aux médecins généralistes, 24 (7,9%) ne sont pas parvenus aux destinataires en raison d'une adresse incorrecte ou supprimée par le destinataire. Par ailleurs, 2 médecins ont répondu ne pas être concernés par le questionnaire, étant soit pédiatre, soit retraité. Sur les 278 destinataires restants, 82 ont répondu au questionnaire : 35 ont répondu dès le premier envoi, 24 à la première relance et 23 à la deuxième relance (figure 1). Le taux de réponse global du questionnaire s'établit à 29,4%.

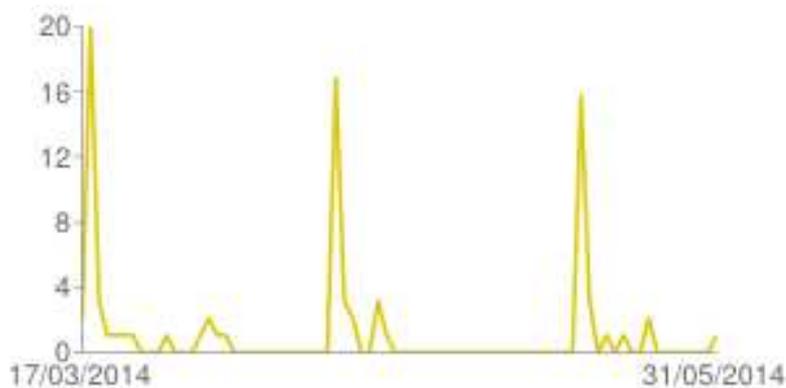


Figure 1 : Répartition des réponses dans le temps après l'envoi initial du questionnaire le 17/03/2014 et des deux relances par mail le 16/04/2014 et le 15/05/2014.

2.4.2 Données descriptives et démographiques de la population de médecin généralistes sondés

Les caractéristiques des médecins interrogés sont listées dans le tableau I. 40% des médecins ayant répondu au sondage sont des femmes. 51 médecins n'ont pas précisé leur âge. L'âge moyen des 31 médecins ayant répondu à cette question est de 50.4 ans (+/- 9,8 ans), 33 ans pour le plus jeune et 67 ans pour le plus âgé. 14 médecins (17%)

disent exercer en milieu rural, 30 (37%) en milieu semi-rural et 38 (46%) en milieu urbain. 15 (18%) médecins disent avoir suivi une formation de gériatrie, 4 (5%) en oncologie, et 6 (7%) disent participer à un réseau de prise en charge en gériatrie ou en oncologie. 76 (93%) médecins interrogés encadrent des étudiants en médecine, soit des externes, soit des internes de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nantes.

Caractéristiques	Répartition
Age moyen	50 ans (+/- 9.8 ans)
Femme	33 (40 %)
Activité professionnelle	
- Rurale	14 (17%)
- Semi-rurale	30 (37%)
- Urbaine	38 (46%)
Formation	
- En gériatrie	15 (18%)
- En oncologie	4 (5%)
Participation à un réseau de prise en charge gériatrique ou de oncologie	6 (7%)
Encadrement d'étudiants en médecine (internes, externe)	76 (93%)

Tableau I : caractéristiques démographiques et formation des médecins interrogés. Réponses aux items 1.1, 1.2, 2.1 et 2.2.

2.4.3 Analyse descriptive de la patientèle des médecins généralistes interrogés

Sur les 82 médecins interrogés, 74 (70%) précisent avoir moins de 25% de patients ayant entre 75 et 85 ans dans leur patientèle (figure 2), et 73 (89%) avoir moins de 10% des patients âgés de plus de 85 ans dans leur patientèle (figure 2).

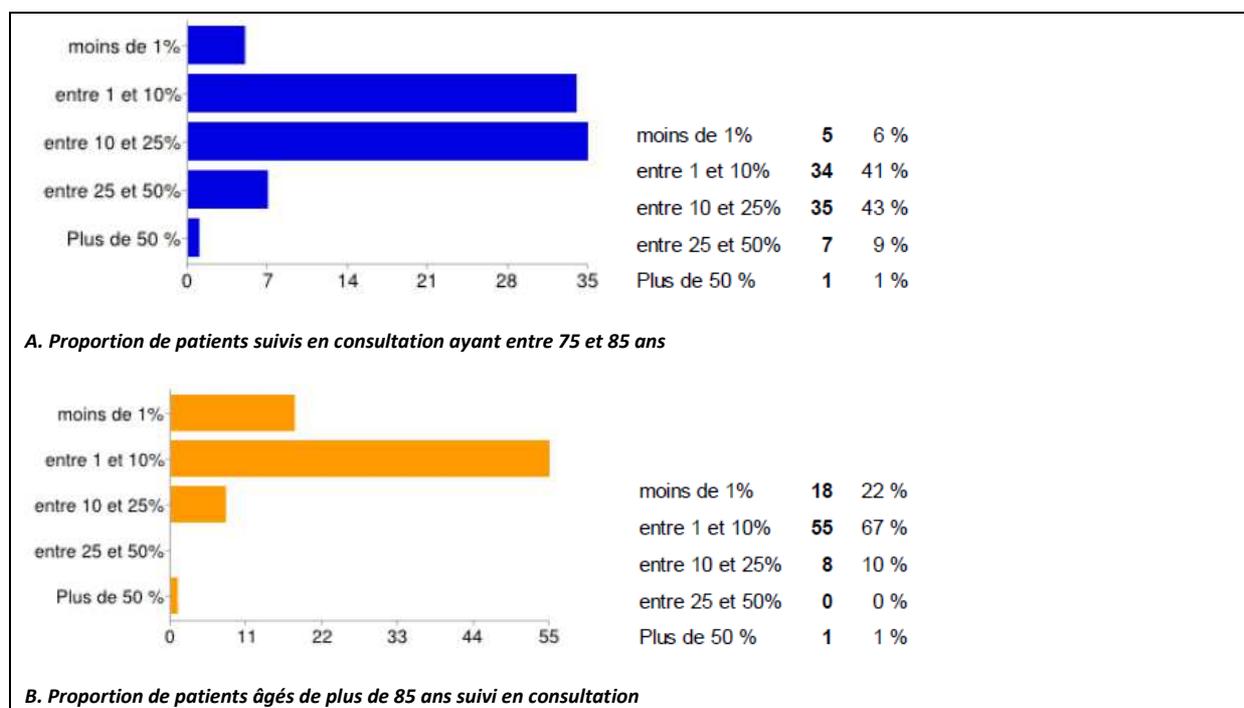


Figure 2 : Proportion de patients que vous suivez en consultation (item 2.3).

	Moins de 1%	Entre 1 et 10%	Entre 10 et 25%	Entre 25 et 50%	Plus de 50%
Proportion de patients ayant entre 75 et 85 ans	5 (6%)	34 (41%)	35 (43%)	7 (9%)	1 (1%)
Proportion de patients ayant plus de 85 ans	18 (22%)	55 (67%)	8 (10%)	0 (0%)	1 (1%)
Proportion de patients ayant un cancer	10 (12%)	63 (77%)	6 (7%)	0 (0%)	3 (4%)
Proportion de patients ayant plus de 75 ans que vous suivez pour un cancer	36 (44%)	39 (48%)	4 (5%)	0 (0%)	3 (4%)

Tableau II : Proportion de patients que vous suivez en consultation» (item 2.3)

Par ailleurs, 73 (89%) médecins indiquent qu'ils ont au moins 10% de leur patientèle suivie pour un cancer, et 75 (92%) précisent qu'au moins 10% des patients ayant plus de 75 ans sont suivis pour un cancer (tableau II).

2.4.4 L'âge influence le fait de référer un sujet âgé à un spécialiste en cancérologie

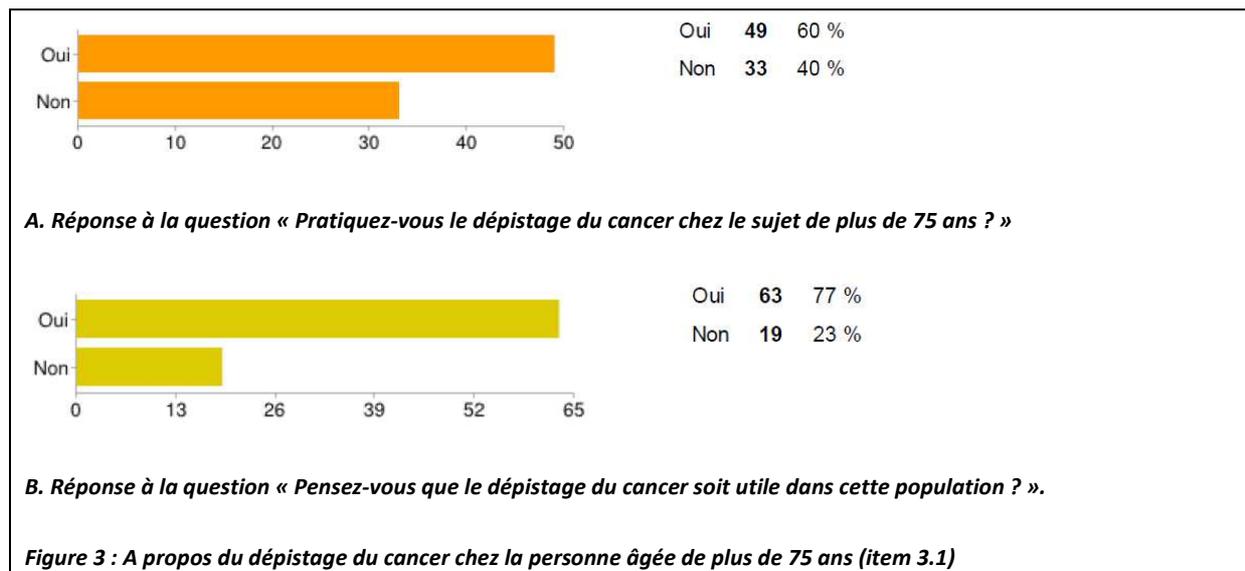
Le tableau III rassemble les réponses des médecins généralistes concernant le recours à des spécialistes en fonction de l'âge de leurs patients. Ainsi, plus les patients sont âgés, moins les médecins généralistes sondés disent avoir recours à un avis spécialisé (oncologue médical, chirurgien, radiothérapeute) pour les prendre en charge. Par exemple, 73 (89%) médecins demandent un avis spécialisé quand les patients ont moins de 75 ans, 54 (66%) quand l'âge des patients est compris entre 75 et 75 ans, et 41 (50%) quand ils ont plus de 85 ans.

	Presque toujours (90-100%)	Très souvent (70-90%)	Souvent (50-70%)	Parfois (30-50%)	Rarement (10-30%)	Exceptionnellement (<10%)
< 75 ans	73 (89%)	2 (2%)	1 (1%)	2 (2%)	1 (1%)	3 (4%)
Entre 75 et 85 ans	54 (66%)	18 (22%)	3 (4%)	3 (4%)	2 (2%)	2 (2%)
> 85 ans	41 (50%)	17 (21%)	13 (16%)	5 (6%)	4 (5%)	2 (2%)

Tableau III : Avez-vous l'habitude de demander un avis spécialisé à un cancérologue (médicale, chirurgien, radiothérapeute), en fonction de l'âge ? (item 2.4)

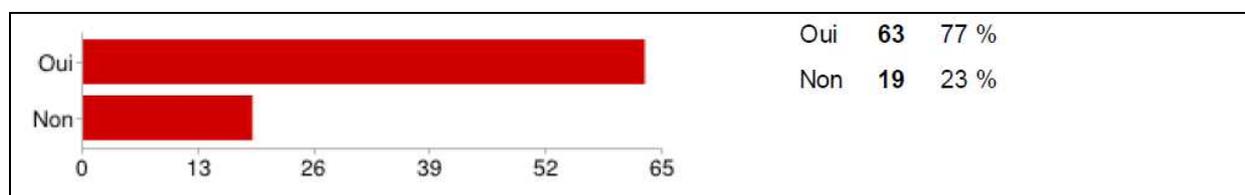
2.4.5 A propos du dépistage du cancer chez le sujet âgé

Concernant les pratiques de dépistage du cancer chez le sujet âgé de plus de 75 ans. 49 médecins (60%) disent poursuivre le dépistage du cancer chez les patients âgés de plus de 75 ans, et 63 (77%) jugent ce dépistage utile dans cette population (figure 3).



2.4.6 A propos des éléments qui influencent le dépistage du cancer

D'après 63 (77%) médecins interrogés, l'absence de recommandation est un frein au dépistage du cancer chez les sujets âgés (Figure 4). Ce frein est aussi mis en évidence par les réponses en texte libre des 11 médecins qui ont répondu à l'item 3.2 « connaissez-vous des recommandations ou des outils d'aides au dépistage du cancer chez la personne âgée ? » (Tableau IV). Dans la majorité de ces réponses, les médecins généralistes ne connaissent pas de recommandations de dépistage du cancer chez le sujet âgé.



Connaissez-vous des recommandations ou des outils d'aides au dépistage du cancer chez la personne âgée ? Si oui, lesquelles ?

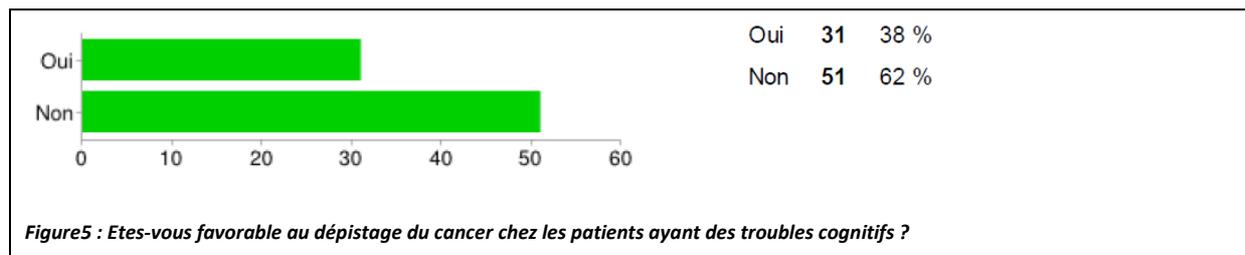
- 1- Non
- 2- Non
- 3- Non, pas d'emblée comme ça
- 4- Pas de PSA après 75 ans
- 5- MMS, Test Dubois, Test Horloge
- 6- Hormis l'examen clinique: non
- 7- Non, le dépistage est parfois discutable quand il amène de l'anxiété et aucune solution thérapeutique ce qui arrive...
- 8- Non, pas systématique, par contre orienté par l'examen clinique (dermato, biologie, ex gyneco ..) mammographie, coloscopie, PSA..., consultation dermato.
- 10- Non, je ne connais pas de recommandation HAS de ce type. Ni de recommandation de la Revue Prescrire
- 11- Non, pas de recos que je connaisse, mais des données épidémiologiques pouvant indiquer un dépistage à bonne escient de certains cancers.

Tableau IV : Réponse à l'item 3.2. Les chiffres 1 à 11 correspondent aux réponses des 11 médecins généralistes qui ont répondu à l'item 3.2.

2.4.7 L'âge et la présence de comorbidités, dont les troubles cognitifs influencent le dépistage du cancer

En plus de l'absence de recommandation claire qui facilite le dépistage du cancer, l'âge du patient, semble être en soi un facteur influençant le dépistage du cancer. En effet, 65 (79%) médecins pensent que le dépistage du cancer est justifié chez le sujet âgé de plus de 75 ans, et 20 (24%) médecins disent le pratiquer chez les sujets âgés de plus de 85 ans (Tableau V).

Par ailleurs, 100% des médecins interrogés répondent que le nombre de comorbidités doit être pris en compte pour dépister le cancer chez le sujet âgé (tableau V). Ainsi, 51 (62%) médecins d'entre eux ne sont pas favorables au dépistage du cancer chez les sujets âgés ayant des troubles cognitifs (figure 5). Enfin, 63 (76%) médecins pensent que la présence de plus de 4 classes thérapeutiques différentes dans le traitement habituel, doit être pris en compte dans le dépistage (tableau V), reflétant le niveau de polyopathologies et la présence de comorbidités des patients à dépister.



2.4.8 Autres facteurs pouvant influencer le dépistage du cancer

2.4.8.1 Existe-t-il d'autres facteurs pouvant limiter le dépistage du cancer ?

En plus de l'âge et de la présence de comorbidités, l'item 3.3 (tableau V) proposait des éléments qui pouvaient limiter l'instauration du dépistage du cancer chez le patient âgé.

	Oui, tout à fait	Probablement oui	Probablement non	Non, pas du tout
Pensez-vous que le dépistage doit être pratiqué chez les patients de plus de 75 ans ?	27 (33%)	38 (46%)	15 (18%)	2 (2%)
Pratiquez-vous le dépistage du cancer chez les patients âgés de plus de 85 ans ?	5 (6%)	15 (18%)	33 (40%)	29 (35%)
Pensez-vous que le nombre de comorbidités doit être pris en compte pour dépister ?	56 (68%)	26 (32%)	0 (0%)	0 (0%)
Pensez-vous que l'existence d'un traitement habituel lourd (nombre de classe médicamenteuse > 4) doit être pris en compte pour dépister ?	20 (24%)	43 (52%)	17 (21%)	2 (2%)
Votre dépistage est-il influencé par d'éventuelles craintes de poursuites en l'absence de dépistage (juridiques, ordre des médecins...) ?	2 (2%)	23 (28%)	25 (31%)	32 (39%)
Trouvez-vous difficile de convaincre le patient et/ou sa famille de l'intérêt du dépistage ?	7 (9%)	26 (32%)	36 (44%)	13 (16%)
Pensez-vous que le dépistage débouche sur un traitement dans chez les patients ayant un cancer et plus de 75 ans ?	1 (1%)	21 (26%)	44 (54%)	16 (20%)

Tableau V : freins au dépistage du cancer chez le sujet âgé. Réponses à l'item 3.3.

Premièrement, le fait de dépister le cancer ne paraît pas être influencé par la peur d'éventuelles poursuites pour 57 (70%) médecins, ou par la difficulté à convaincre la famille ou le patient de l'intérêt du dépistage pour 49 (60%) médecins interrogés.

Deuxièmement, une des limites à la pratique du dépistage du cancer chez le sujet âgé de plus de 75 ans, est que 60 (74%) médecins interrogés ne pensent pas que cela déboucherait sur un traitement. En conséquence, ils ne dépisteraient pas et ne diagnostiqueraient pas le cancer chez des sujets âgés pour lesquels ils pensent, à priori, qu'il n'y a pas de traitement à leur proposer.

2.4.8.2 Eléments facilitateurs du dépistage du cancer chez le sujet âgé

Dans l'objectif de dépister et de traiter au mieux les patients âgés ayant un cancer, avec ou sans troubles cognitifs, nous avons cherché à savoir quels éléments pourraient influencer positivement le dépistage du cancer par l'item 3.4 du questionnaire (Tableau VI).

	Oui
Campagne de prévention et/ou recommandation	58 (71%)
Forte demande de la part des patients et/ou de l'entourage	41 (50%)
S'il était prouvé que cela améliore la qualité de vie dans cette population	81 (99%)
S'il était prouvé que cela améliore l'espérance de vie dans cette population	67 (82%)
Existence d'un réseau de prise en charge spécifique établi	37 (45%)

Tableau VI : Réponses à l'item 3.4 : quelles seraient les raisons qui vous inciteraient à effectuer plus de dépistage du cancer chez le sujet âgé ?

Ainsi, 81 (99%) médecins interrogés ont répondu qu'ils feraient plus de dépistage du cancer s'il était prouvé que cela améliorerait la qualité de vie de leurs patients ; 67 (82%), s'il était prouvé que cela augmente leur espérance de vie ; 58 (71%), si cela était demandé par des campagnes de prévention et/ou des recommandations ; 50% disent être influencés par la demande du patient et/ou de la famille pour effectuer un dépistage ; enfin, 37 (45%) médecins

précisent qu'ils feraient plus de dépistage en présence d'un réseau de prise en charge spécifique préétabli.

2.4.9 Questions diverses et remarques des médecins sondés

La dernière partie du questionnaire regroupait des questions diverses (item 4.1) et permettait aux médecins interrogés de formuler des remarques libres (item 4.2).

2.4.9.1 Réponses aux questions diverses de l'item 4.1

Les réponses aux questions diverses sont résumées dans le tableau VII.

	Oui
Pensez-vous qu'il existe un lien entre cancer et démence ?	9 (11%)
Pensez-vous que ce questionnaire va modifier votre dépistage du cancer dans chez le sujet âgé ?	9 (11%)
Estimez-vous avoir besoin de formation pour vous aider dans la prise en charge du cancer chez les patients âgés (dépistage, traitement, etc...)	52 (63%)
Pensez-vous que les patients de plus de 75 ans tirent des bénéfices d'un avis gériatrique avant de débiter un traitement anti-cancereux ?	53 (65%)

Tableau VII : questions diverses, réponses à l'item4.1.

Premièrement, 9 (11%) répondent que ce questionnaire va modifier leur pratique du dépistage.

Deuxièmement, 53 (63%) pensent que les patients de plus de 75 ans tirent un bénéfice de l'avis d'un gériatre avant d'instaurer un traitement anti-cancéreux.

Troisièmement, 52 (63%) médecins estiment avoir besoin de formation pour les aider dans la prise en charge du cancer chez les sujets âgés.

Quatrièmement, 9 (11%) médecins généralistes interrogés n'ont pas constaté de lien épidémiologique entre cancer et démence.

2.4.10 Analyse qualitatives des remarques diverses

11 (13%) médecins sur les 82 interrogés ont rajouté des remarques libres en fin de questionnaire. Ces remarques sont rassemblées dans le tableau VIII. Elles peuvent être regroupées et analysées de manière qualitative.

Remarques exprimées par 11 médecins généralistes en fin de questionnaire
1- la limite d'âge en "âge civil" est toujours difficile à prendre en compte... 75 ans mais en pleine forme, ça ne va pas être pareil que 75 ans avec démence ou plein de comorbidités. bon courage pour la thèse.
2- Le dépistage peut être uniquement clinique et ne se discute pas (sein) Il y a d'ailleurs un biais au dépistage du neo du sein. Nous ne palpons plus les seins des femmes car elles ont des mammographies tous les 2 ans. Après 75 on oublie de palper les seins. Le dépistage par examens complémentaires (PSA) se discute.
3- Nous n'avons pas besoin de formation mais plus d'échange avec nos confrères !
4- Le dépistage du cancer des personnes âgées n'a pour moi d'intérêt que pour le confort de vie d'un patient en bon état général ayant une espérance de vie encore correcte (cancer digestif notamment pour mon expérience sur ma patientèle). Et la découverte peut aussi être faite dans un bilan diagnostique d'aggravation de l'état général chez un patient ayant des facteurs de comorbidité (cancer de prostate avancé pour un cas de ma patientèle à 83 ans).
5- Oui pour un dépistage à condition que cela améliore réellement la vie des patients. A discuter au cas par cas. Bon courage
6- Ce questionnaire est excessivement verrouillé : pour un médecin en exercice semi-rural littoral comme c'est mon cas (depuis 38 ans) les baso-cellulaires cutanés sont-ils inclus dans le panel ? si oui, cela modifie largement mes réponses. Quid de la validité statistique de ces réponses ??? Question 2: réponses au pifomètre quasi complet (mon RIAP ne me donne que les patients de plus de 70 ans que je peux avoir en charge...) besoin de recommandations, en particulier pour le dépistage cancer de prostate dosage des PSA
7- je suis peu de patients âgés globalement, c'est du cas par cas en fonction de l'état général, environnement...
8- En Vendée, délai de consultation gériatrique supérieur à 6 mois. Pour la consultation d'oncogériatrie du CHU Nantes, plusieurs mois également. Reste le téléphone comme d'habitude...
9- Définir un traitement lourd par 4 classes thérapeutiques ce n'est pas la vraie vie! dépistage : systématique non ciblé oui et si symptômes sûrement j'aurais aimé pouvoir avoir une case ne sait pas ...
10- Parfois questions où on aimerait répondre autrement qu'à travers les items proposés. Remarque: en répondant au questionnaire la notion de dépistage de masse et dépistage individuel n'étant pas toujours claire, mes réponses étaient hésitantes. Pour moi chez le patient âgé le dépistage doit être individuel et sa mise en place doit être personnalisée en commençant par un examen clinique de qualité dans de bonnes conditions d'examen. Ensuite plutôt que le dépistage, l'effort doit être fait sur le diagnostic précoce sur des arguments cliniques en premier lieu si besoin complété rapidement par des examens complémentaires justifiés. Bon courage.
11- Je ne comprends pas bien la phrase ci-après "Pensez-vous que le dépistage ne débouche pas sur un traitement dans chez les patients ayant un cancer et plus de 75 ans ? " il faut, je crois, distinguer différents dépistages. Le dépistage fait sur les patients de plus de 75 ans peut être fait au niveau cutané ou mammaire mais pas au niveau colique ou prostatique. Des réseaux d'oncogériatrie existe déjà du moins sur Nantes, Il me semble qu' il est déjà prouvé que l'oncogériatrie améliore la qualité de vie des patients. Pour moi questionnaire mal fait, pas le droit au doute comme pour cette dernière question, j'aurais répondu peut être, trop de questions fermées, j'ai répondu 50% car je suis tous les patients qui ont un cancer quel que soit leur âge, surtout quand les cancéro les ont "abandonnés" le dépistage au-delà de 75ans ne fait pas partie des recommandations, et souvent ces patients meurent d'autres pathologies que leur cancer!! désolée pour le retard, mais nous sommes tellement sollicités, et débordés.....

Tableau VIII : remarques des 11 médecins généralistes à l'item 4.2

Premièrement, les médecins expriment à nouveau que la présence de multimorbidité est effectivement un des éléments principaux à prendre en compte pour dépister ou non le cancer. Ainsi, plutôt que d'arrêter le dépistage du cancer à 75 ans, certains médecins tiendraient compte de l'âge «physiologique » pour poursuivre le dépistage. De plus, indépendamment de la prise en compte des problématiques économiques, en termes de coûts de santé publique, les médecins jugent que le dépistage serait nécessaire s'il s'accompagne d'un gain d'espérance et de qualité de vie.

Deuxièmement, les médecins généralistes font la différence entre les examens de dépistages cliniques et radiologique réalisés de manière systématique, et ceux orientés par un point d'appel clinique ou par le résultat d'un examen complémentaire. Ainsi, la question de poursuivre les explorations diagnostiques n'est pas facile à résoudre, d'autant plus s'il existe des troubles cognitifs.

Troisièmement, afin d'améliorer la prise en charge et notamment le dépistage du cancer chez le sujet âgé, ayant ou non des troubles cognitifs, certains médecins jugent la discussion et l'échange avec les médecins spécialistes nécessaire et primordiale. De fait, cette relation médecin-spécialiste n'est pas facilitée car l'accès des patients aux réseaux gériatrique et de cancérologie n'est pas optimale : « plusieurs mois d'attente pour une prise de rendez-vous ».

Quatrièmement, l'interprétation et les conclusions tirées de ce questionnaire peuvent être biaisées car il n'identifie pas un seul type de cancer, les réponses pouvant varier selon le cancer étudié. De plus, la première partie du questionnaire, qui vise à identifier et à caractériser la population étudiée, paraît rigide et approximative à certains médecins sondés : certaines réponses pourraient être trop fermées, ne laissant pas assez accès à la discussion.

2.5 Discussion

2.5.1 Représentativité de la population étudiée

La population sondée de médecins généralistes paraît être représentative de celle de la région Pays de Loire pour plusieurs raisons.

Premièrement, selon la cartographie interactive de la démographie médicale publiée par le conseil National de l'ordre des Médecins et mise à jour en temps réel (<http://demographie.medecin.fr/demographie>), la région Pays de Loire comptait 4581 médecins généralistes fin août 2014, leur âge moyen était de 51 ans, et 45,1 % d'entre eux étaient des femmes. Les caractéristiques de la population des médecins sondés dans notre étude est proche de la population de médecins généralistes de la région : âge moyen de 50.4 ans, et 40% de femmes.

Deuxièmement, 93% des médecins répondus sont impliqués dans la formation des étudiants en médecine dans la région Pays de Loire. Or, à notre connaissance, il n'a pas été montré que les médecins généralistes qui encadrent des étudiants aient des pratiques différentes des autres médecins (69).

Troisièmement, 74 (90%) médecins disent que moins de 25% de leur patientèle représente des patients de plus de 75 ans et 73 (89%) d'entre eux disent que les plus de 80 ans représentent moins de 10 % de leur patientèle. Ces chiffres correspondent à la répartition des patients suivis par les médecins généralistes selon l'étude de Clerc *et al.* (70), mise en ligne sur le site de la Société Française de Médecine Générale : 16,61% des patients ont plus de 70 ans et 5,47% ont plus de 80 ans.

Quatrièmement, le taux de réponse du questionnaire est de 29,4%. Ce taux peut paraître faible en comparaison à d'autres enquêtes d'opinion de médecins généralistes publiées sur le même thème : l'étude de Guy *et al.*(71), s'intéressant au dépistage du cancer de la

prostate par les médecins généralistes en Auvergne, avait un taux de réponse de 49.1%, et, l'étude de Dagada *et al.* (72), s'intéressant à la prise en charge du cancer par les médecins généralistes en Aquitaine, un taux de réponse de 60%. Dans ces deux études, les médecins interrogés étaient sondés par courrier postal. De plus, les médecins généralistes en Pays de Loire sont souvent interrogés par les internes en médecine générales faisant leurs thèses de médecine. Nous faisons donc l'hypothèse que le nombre important de divers questionnaires envoyés aux médecins généralistes et le type de formulaire peuvent expliquer le taux de réponse de notre étude. Le mode de recrutement a été choisi, par souci pragmatique : une seule voie de communication disponible aux heures et jours non ouvrables. En effet, le contact par voie électronique semblait moins gênant, laissant le choix au médecin du moment pour lire et remplir le questionnaire. En revanche, il exclut automatiquement les médecins n'utilisant pas d'adresse électronique.

Finalement, nous pensons que le nombre important de médecins ayant répondu au questionnaire et leur bonne représentativité, atténuent la perte de puissance induite par le relatif faible taux de réponse de notre étude, possiblement lié au mode de recrutement.

2.5.2 Le dépistage du cancer chez les sujets âgés est influencé par l'âge du patient et la présence de comorbidités

D'après la rapport d'oncogériatrie de 2009, deux facteurs essentiels sont à prendre en considération concernant le dépistage des cancers chez le sujet âgé : l'espérance de vie supposée du patient et l'évolution de la tumeur (26). Ces deux éléments sont retrouvés dans les réponses aux questions de notre étude.

Concernant l'espérance de vie supposée, des études randomisées ont montré que la différence de mortalité entre les patients dépistés et non dépistés n'était notable que 5

ans après la mise en route des programmes de dépistage (73–76). En conséquence, il a été proposé d'exclure d'emblée les personnes âgées de 85 ans et plus, des campagnes de dépistage (26). Dans notre étude, 65 (79%) médecins pensent que le dépistage du cancer est justifié chez le sujet âgé de plus de 75 ans, 49 (60%) d'entre eux le pratiquent chez les patients âgés de plus de 75 ans et 20 (24%) chez les sujets âgés de plus de 85 ans. Ces résultats confirment que l'âge, et donc indirectement, l'espérance de vie supposée, est un facteur pris en compte par les médecins généralistes pour initier le dépistage.

Par ailleurs, cette étude montre que l'âge est aussi un élément pris en compte par les médecins généralistes pour adresser les patients à un spécialiste. Ainsi, seuls 55 (66%) médecins disent référer à un spécialiste en cancérologie les patients âgés de 75 à 85 ans. De plus, 29 (37%) médecins jugent que les patients ne tirent pas de bénéfice de l'avis d'un spécialiste en gériatrie dans la prise en charge, alors que le contraire est bien démontré (37, 68). Ceci peut être expliqué par, d'une part la difficulté d'accès à un réseau de gériatrie ou de cancérologie pour 37 (45%) médecins généralistes, et, d'autre part, parce que 60 (74%) médecins généralistes pensent qu'adresser les sujets âgés à un spécialiste ne déboucherait pas sur un traitement. Ceci est confirmé par les remarques formulées à l'item 4.2, un médecin répondant par exemple qu'il faut « plusieurs mois d'attente pour une prise de rendez-vous ».

L'évolution de la tumeur doit également être considérée car le risque de décès lié à une comorbidité associée sévère est d'autant plus important pour un patient âgé donné que la survie spécifique liée au cancer est prolongée (77). Cet élément est aussi retrouvé dans notre étude. Ainsi, 100% des médecins interrogés répondent que le nombre de comorbidités doit être pris en compte pour dépister le cancer chez le sujet âgé. Dans

cette étude, 63 (76%) médecins pensent que le fait d'avoir plus de 4 classes thérapeutiques dans leur traitement habituel doit être pris en compte pour dépister, reflétant leur niveau de polypathologie et la présence de comorbidités d'un patient.

2.5.3 Autres facteurs influençant le dépistage du cancer chez le sujet âgés

En France, l'étude EDIFICE (78) a analysé, sur une large cohorte de patients et de médecins, les pratiques de dépistage populationnel et individuel des cancers en France chez les patients de moins de 75 ans. L'enquête, menée par téléphone, a consisté en deux évaluations en parallèle : l'une auprès de la population générale et l'autre auprès des médecins généralistes (MG). L'enquête a été réalisée auprès de 1 609 individus comprenant un échantillon principal représentatif de la population française âgée de 40 à 75 ans (n = 1 509) et un échantillon de 600 médecins généralistes exerçant en ville. Dans cette étude, 93, 25, 36 et 6 % des personnes interrogées ont indiqué respectivement avoir effectué une fois au moins un dépistage du cancer du sein, du côlon et du rectum, de la prostate et du poumon. 70% des médecins ont déclaré recommander systématiquement un examen de dépistage du cancer du sein, 20 % un examen de dépistage du cancer colorectal, 60 % un examen de dépistage du cancer de la prostate et 4 % un examen de dépistage du cancer du poumon. Parmi les explications données par le médecin généraliste pour expliquer la non-adhésion au dépistage, celle qui est retrouvée le plus souvent est la peur des patients du résultat des tests de dépistage. Les personnes interrogées, quant à elles, ont évoqué le manque d'explication concernant le dépistage donné par le médecin généraliste.

A la différence de l'étude EDIFICE, notre étude évalue les pratiques de dépistage individuel du cancer par les médecins généralistes chez les sujets de plus de 75 ans.

Cependant, compte tenu du fait que les populations et le type de dépistage étudiés sont différents, il est intéressant de remarquer que, par rapport à l'étude EDIFICE, 49 (60%) médecins ne trouvent pas difficile de convaincre le patient ou son entourage de l'intérêt du dépistage. Dans notre étude, une des principales limites au dépistage du cancer est que 60 (74%) médecins interrogés ne pensent pas que le fait de dépister un cancer chez le patient âgé déboucherait sur un traitement. Expliquer les nouvelles possibilités thérapeutiques au médecin généraliste pourrait donc avoir un effet direct sur la modification des pratiques de dépistage et sur l'incidence du diagnostic des cancers chez le sujet âgé. Ainsi 58 (71%) médecins généralistes feraient plus de dépistage si cela était proposé par des campagnes d'informations ou des recommandations nationales, notamment si elles insistent sur le gain de qualité de vie pour 81 (99%) médecins, et l'espérance de vie, pour 67 (82%) médecins. Enfin, ces campagnes permettraient aux médecins de convaincre les familles et les patients de la nécessité d'un dépistage. En effet, dans notre étude 33 (40%) des médecins interrogés disent avoir des difficultés à convaincre famille et patients.

Finalement, comme exprimé dans l'item 4.2, les médecins généralistes sont en demande d'échanges et de discussions avec les médecins spécialistes afin d'optimiser leur dépistage du cancer chez la personne âgée. 52 (65%) médecins généralistes interrogés disent avoir besoin de formation dans la prise en charge du cancer chez le sujet âgé, 63 (77%) sont gênés par le manque de recommandation et la nature de l'échange avec les médecins spécialistes. L'intégration des médecins généralistes dans un réseau de prise en charge gériatrique ou de cancérologie, pourrait faciliter l'interaction médecin-spécialiste. Pour mémoire, dans notre étude, seuls 6 (7%) médecins généralistes

interrogés disent participer à un réseau de prise en charge de gériatrie ou de cancérologie.

2.5.4 Lien épidémiologique entre cancer et démence

L'hypothèse principale de cette étude était qu'en plus de l'âge, la présence de troubles cognitifs influençait l'initiation du dépistage du cancer chez les sujets âgés. Dans notre étude, 51 (62%) médecins interrogés ne sont pas favorables au dépistage du cancer chez les sujets âgés ayant des troubles cognitifs, confirmant le fait que la présence de troubles cognitifs paraît limiter le dépistage du cancer chez le sujet âgé. A notre connaissance, c'est la première étude montrant l'influence de la présence de troubles cognitifs sur le dépistage du cancer par les médecins généralistes.

L'étude de Roe *et al.* (28), a montré que la présence d'une maladie Alzheimer était associée à une réduction du risque du cancer. Ce lien épidémiologique a été retrouvé dans d'autres études (28,34,35). Cependant, Roe (28) a observé, dans la même étude, qu'il n'y avait pas d'association entre présence d'une démence vasculaire et diminution de la prévalence du cancer. A notre connaissance, aucune étude n'a conclu à une association entre les différentes étiologies de démence et la variabilité des modalités de dépistage du cancer. Notre questionnaire n'était pas conçu pour mettre en évidence des différences de modalités de dépistage entre les patients ayant une maladie d'Alzheimer et ceux ayant une démence vasculaire. Nous faisons donc l'hypothèse que, quel que soit l'étiologie des troubles cognitifs, les modalités de dépistage du cancer ne varient pas. Ainsi, la diminution du dépistage et du diagnostic du cancer ne pourrait donc pas être la seule raison pouvant expliquer la plus faible prévalence du cancer chez les patients ayant une maladie d'Alzheimer par rapport à ceux ayant une démence vasculaire.

Plusieurs auteurs ont proposé des mécanismes physiopathologiques pouvant expliquer le lien épidémiologique entre la maladie d'Alzheimer et le cancer. Ainsi, Demetrius *et al.* (79) a proposé un mécanisme bioénergétique opposé expliquant l'association inverse entre ces deux maladies. Par ailleurs, l'augmentation de la mort cellulaire induite par le stress oxydatif en lien avec la cytotoxicité des dépôts de peptides amyloïdes expliquerait la diminution de l'émergence de cancer chez les patients ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie de Parkinson (80,81). A l'échelle cellulaire, Wang *et al.* (82), a discuté le rôle de Pin1, une isomérase impliquée dans les voies de transduction du signal : la sur-régulation de Pin1 amplifierait des signaux oncogéniques, tandis que sa sous-régulation pourrait être en lien avec l'apparition de processus physiopathologiques impliqués dans le développement de la maladie d'Alzheimer. Enfin, des modifications épigénétiques, comme le taux de méthylation de l'ADN ou le taux d'acétylation des histones, joueraient un rôle d'activation/inactivation de gènes impliqués dans la genèse des cancers et seraient aussi impliqués dans le développement de la maladie d'Alzheimer (83,84).

2.5.5 Perspectives concernant le dépistage du cancer chez le sujet âgé

Le fait de ne pas dépister précocement et efficacement le cancer chez les sujets âgés ayant des troubles cognitifs entraîne une découverte de cancer à un stade plus sévère ou indéterminé (18, 19, 20). Plusieurs études ont montré que le traitement des patients atteints de cancer à un stade tardif était plus coûteux que celui des patients diagnostiqués à un stade précoce ou même à un stade infraclinique (17, 85). En France, une étude de l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) menée sur des données recueillies par l'URCAMIF (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Île-de-France) a estimé le coût du traitement du cancer du côlon

par le montant des dépenses au titre de l'ALD (Affection de Longue Durée) durant les 14 premiers mois (86) : ce coût estimé pour un patient diagnostiqué s'élevait à 16 979 euros pour un stade I, à 21 847 euros pour un stade II, à 30 673 euros pour un stade III et à 36 603 euros pour un stade IV soit 2,2 fois plus que pour un stade I. Ainsi, à traitement égal, le diagnostic de 70 % des patients aux stades I et II diminuerait le coût total de 25 % (86). Le coût du traitement à un stade précoce étant moins élevé que celui à un stade avancé, le retard au diagnostic chez les patients ayant des troubles cognitifs entraînerait donc une augmentation des coûts. Cependant, une nuance est à apporter car il n'existe pas d'études prenant en compte les coûts directs et indirects de la prise en charge des patients ayant des troubles cognitifs et celui d'un cancer, d'autant plus que ces patients ont tendance à être moins traités, en comparaison avec ceux n'ayant pas de troubles cognitifs (87).

Finalement, quatre conditions pourraient s'opposer au diagnostic le plus précoce possible des cancers chez les personnes âgées d'après le rapport publié par l'INCa en mai 2009 (26) : l'existence de risques compétitifs de mortalité représentés par des comorbidités graves susceptibles d'entraîner le décès du patient avant le cancer existant ; l'application systématique de traitements sous-optimaux aux stades avancés de la maladie, les pertes de chances étant compensées par une diminution des coûts thérapeutiques ; l'existence de tumeurs susceptibles de rester quiescentes ou d'involver spontanément en proportion significative dans cette population de personnes âgées ; le fait que les années de vies après 75 ans ou les années de vie avec une qualité de vie dégradée aient moins de « poids » qu'avant cet âge.

Ce même rapport (26) propose des perspectives et des pistes d'amélioration pour essayer d'optimiser le dépistage du cancer chez les sujets âgés, qu'ils aient ou non des troubles cognitifs : sensibiliser les professionnels de santé sur l'utilité du dépistage et du diagnostic précoce et identifier des groupes de patients à risque ; envisager l'extension du dépistage de masse des cancers aux 75-80 ans et élaborer des recommandations pour un dépistage opportuniste ; définir les attentes des patients âgés concernant le diagnostic et le traitement des cancers ; mieux informer les personnes à partir de 65 ans sur l'augmentation du risque de cancer avec l'âge car dans cette tranche d'âge une baisse de participation aux dépistages organisés est constatée.

2.5.6 Limites de l'étude

Cette étude présente des limites.

Premièrement, c'est une enquête d'opinion seulement réalisée auprès de médecins généralistes. Nous n'avons pas recueilli le point de vue des patients, de l'entourage et des autres spécialistes concernés par la prise en charge des sujets âgés ayant un cancer. Cela aurait peut-être permis d'avoir un point de vue plus complet de l'opinion de tous les différents intervenants sur l'instauration du dépistage du cancer chez les sujets âgés ayant des troubles cognitifs. Cependant, le fait que le dépistage du cancer chez le sujet âgé ne soit pas encadré par des recommandations nationales rend l'opinion du médecin généraliste primordiale, en tant que premier acteur du dépistage du cancer.

Deuxièmement, comme précisé par certains commentaires libres en fin de questionnaire, la réalisation d'une étude d'opinion majoritairement quantitative peut laisser peu de place à la discussion et à l'analyse qualitative. Seuls 11/82 médecins (13%) ont laissé des commentaires permettant de réaliser une analyse qualitative

partielle des remarques formulées. De plus, notre objectif principal était de montrer que l'âge et la présence de comorbidité influençaient l'initiation du dépistage du cancer chez le sujet âgé. Une enquête d'opinion quantitative nous paraissait donc être la meilleure méthode pour y arriver.

Conclusion

L'évolution démographique et les pratiques médicales actuelles posent la question du dépistage et du diagnostic des cancers chez les personnes âgées et notamment celles ayant des troubles cognitifs. En effet, l'évolution démographique amène à poser la question de l'extension des limites d'âge supérieures des dépistages organisés dont l'efficacité serait supérieure dans ces tranches d'âge en raison du niveau élevé du risque de cancer. Les recommandations nationales et internationales insistent sur « l'âge physiologique » et la prise en compte des comorbidités, dont la présence de troubles cognitifs, pour évaluer l'état de santé du patient afin d'initier le dépistage du cancer.

Dans cette étude, les médecins généralistes interrogés disent prendre effectivement en compte l'âge des patients et la présence de comorbidités, dont la présence de troubles cognitifs pour initier, ou non, le dépistage du cancer.

Cependant, les médecins généralistes interrogés mettent en avant le manque de recommandations encadrant à ce jour le dépistage du cancer chez le sujet âgé. Ils soulignent, également, le manque de relation avec les spécialistes. Ainsi, favoriser l'échange entre médecins généralistes et spécialistes, en renforçant, par exemple, les réseaux de cancérologie et de gériatrie, permettrait probablement d'améliorer le taux de dépistage du cancer chez le sujet âgé, avec ou sans troubles cognitifs.

Références bibliographiques

1. Espérance de vie - site internet de l'INED. [consulté le 12 octobre 2014].
http://www.ined.fr/fr/france/mortalite_causes_deces/esperance_vie/
2. 1320.vp - ip1320.pdf. [consulté le 12 octobre 2014].
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>
3. Les espérances de vie sans incapacités en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé. [consulté le 12 octobre 2014].
http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1529/publi_pdf1_170.pdf
4. Insee - Définitions et méthodes - Source : Enquête Handicap-santé 2008 - Volet Ménages / HSM [Internet]. [consulté le 12 octobre 2014].
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=sources/sou-enq-handicap-sante-menages-hsm.htm>
5. Cho H, Klabunde CN, Yabroff KR, Wang Z, Meekins A, Lansdorp-Vogelaar I, et al. Comorbidity-adjusted life expectancy: a new tool to inform recommendations for optimal screening strategies. *Ann Intern Med.* 19 nov 2013;159(10):667-76.
6. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues J-F. [Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort]. *Rev Neurol (Paris).* avr 2003;159(4):405-11.
7. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology.* 2000;54(11 Suppl 5):S4-9.
8. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet.* 17 déc 2005;366(9503):2112-7.

9. Hendrie HC. Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1998;6(2 Suppl 1):S3-18.
10. Yancik R. Cancer burden in the aged: an epidemiologic and demographic overview. *Cancer*. 1 oct 1997;80(7):1273-83.
11. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2008;56(3):159-75.
12. Estimation cancer - réseau de surveillance [consulté le 12 octobre 2014]. http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm
13. Insee - Santé - Principales causes de décès en 2009. [consulté le 12 octobre 2014]. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS06205
14. Wimo A, Jönsson L, Gustavsson A, McDaid D, Ersek K, Georges J, et al. The economic impact of dementia in Europe in 2008-cost estimates from the Eurocode project. *Int J Geriatr Psychiatry*. août 2011;26(8):825-32.
15. Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Sullivan R. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *Lancet Oncol*. nov 2013;14(12):1165-74.
16. Sous la direction de F. Amalric, Institut national du Cancer. Analyse économiques des coûts du cancer en France. Impact sur la qualité de vie, prévention, dépistage, soins, recherche. 2007 mars p. 141.
17. Yabroff KR, Warren JL, Brown ML. Costs of cancer care in the USA: a descriptive review. *Nat Clin Pract Oncol*. nov 2007;4(11):643-56.

18. Raji MA, Kuo Y-F, Freeman JL, Goodwin JS. Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer: implications for cancer care. *Arch Intern Med.* 13 oct 2008;168(18):2033-40.
19. Baillargeon J, Kuo Y-F, Lin Y-L, Raji MA, Singh A, Goodwin JS. Effect of mental disorders on diagnosis, treatment, and survival of older adults with colon cancer. *J Am Geriatr Soc.* juill 2011;59(7):1268-73.
20. Gorin SS, Heck JE, Albert S, Hershman D. Treatment for breast cancer in patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc.* nov 2005;53(11):1897-904.
21. Gupta SK, Lamont EB. Patterns of presentation, diagnosis, and treatment in older patients with colon cancer and comorbid dementia. *J Am Geriatr Soc.* oct 2004;52(10):1681-7.
22. Koroukian SM, Xu F, Beaird H, Diaz M, Murray P, Rose JH. Complexity of care needs and unstaged cancer in elders: a population-based study. *Cancer Detect Prev.* 2007;31(3):199-206.
23. Frayne SM, Halanych JH, Miller DR, Wang F, Lin H, Pogach L, et al. Disparities in diabetes care: impact of mental illness. *Arch Intern Med.* 12 déc 2005;165(22):2631-8.
24. Silliman RA, Guadagnoli E, Weitberg AB, Mor V. Age as a predictor of diagnostic and initial treatment intensity in newly diagnosed breast cancer patients. *J Gerontol.* mars 1989;44(2):M46-50.
25. Goodwin JS, Hunt WC, Key CR, Samet JM. The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *JAMA.* 4 déc 1987;258(21):3125-30.
26. Downloads | e-cancer - Soins | Oncogériatrie - Institut National Du Cancer. [consulté le 12 octobre 2014]. https://www.e-cancer.fr/component/docman/cat_view/2232-e-cancer-soins/2369-e-cancer-soins--oncogeriatrie

27. Legler A, Bradley EH, Carlson MDA. The effect of comorbidity burden on health care utilization for patients with cancer using hospice. *J Palliat Med.* juin 2011;14(6):751-6.
28. Roe CM, Fitzpatrick AL, Xiong C, Sieh W, Kuller L, Miller JP, et al. Cancer linked to Alzheimer disease but not vascular dementia. *Neurology.* 12 janv 2010;74(2):106-12.
29. Du XL, Xia R, Hardy D. Relationship between chemotherapy use and cognitive impairments in older women with breast cancer: findings from a large population-based cohort. *Am J Clin Oncol.* déc 2010;33(6):533-43.
30. Baxter NN, Durham SB, Phillips K-A, Habermann EB, Virning BA. Risk of dementia in older breast cancer survivors: a population-based cohort study of the association with adjuvant chemotherapy. *J Am Geriatr Soc.* mars 2009;57(3):403-11.
31. Breuer B, Anderson R. The relationship of tamoxifen with dementia, depression, and dependence in activities of daily living in elderly nursing home residents. *Women Health.* 2000;31(1):71-85.
32. Heck JE, Albert SM, Franco R, Gorin SS. Patterns of dementia diagnosis in surveillance, epidemiology, and end results breast cancer survivors who use chemotherapy. *J Am Geriatr Soc.* sept 2008;56(9):1687-92.
33. Brosselin P, Duport N, Bloch J. Mortality with Alzheimer's disease and dementia in France, 2006. *Rev Epidemiol Sante Publique.* août 2010;58(4):269-76.
34. Roe CM, Behrens MI, Xiong C, Miller JP, Morris JC. Alzheimer disease and cancer. *Neurology.* 8 mars 2005;64(5):895-8.
35. Burke WJ, McLaughlin JR, Chung HD, Gillespie KN, Grossberg GT, Luque FA, et al. Occurrence of cancer in Alzheimer and elderly control patients: an epidemiologic necropsy study. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 1994;8(1):22-8.

36. OMS-définition de la santé. [consulté le 12 octobre 2014].
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
37. Le Plan cancer - Institut National Du Cancer [Internet]. [consulté le 12 octobre 2014].
http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer?gclid=CKXHrqW_7rwCFSn4wgodJk4AKA
38. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:133.
39. Berendsen AJ, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Klazinga NS, Schuling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:4.
40. 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.* 2011;11:5.
41. Kurtz J-E, Heitz D, Enderlin P, Imbert F, Nehme H, Bergerat J-P, et al. Geriatric oncology, general practitioners and specialists: current opinions and unmet needs. *Crit Rev Oncol Hematol.* juill 2010;75(1):47-57.
42. Haute Autorité de Santé - Dépistage et prévention du cancer colorectal [Internet]. [consulté le 12 octobre 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623732/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-colorectal
43. Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage - Note de cadrage [Internet]. [consulté le 12 octobre 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050648/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage-note-de-cadrage
44. Microsoft Word - Col_uterus_edition1.doc - col_uterus.pdf [Internet]. [consulté le 12 octobre 2014].http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer_col_uterus%20evaluation/col_uterus.pdf

45. Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA*. 6 juin 2001;285(21):2750-6.
46. Howard DH. Life expectancy and the value of early detection. *J Health Econ*. sept 2005;24(5):891-906.
47. Kerlikowske K, Salzman P, Phillips KA, Cauley JA, Cummings SR. Continuing screening mammography in women aged 70 to 79 years: impact on life expectancy and cost-effectiveness. *JAMA*. 8 déc 1999;282(22):2156-63.
48. American College of Obstetricians-Gynecologists. Practice bulletin no. 122: Breast cancer screening. *Obstet Gynecol*. août 2011;118(2 Pt 1):372-82.
49. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke W, Costanza ME, Evans WP, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: update 2003. *CA Cancer J Clin*. juin 2003;53(3):141-69.
50. Mandelblatt JS, Schechter CB, Yabroff KR, Lawrence W, Dignam J, Extermann M, et al. Toward optimal screening strategies for older women. Costs, benefits, and harms of breast cancer screening by age, biology, and health status. *J Gen Intern Med*. juin 2005;20(6):487-96.
51. Qaseem A, Denberg TD, Hopkins RH, Humphrey LL, Levine J, Sweet DE, et al. Screening for colorectal cancer: a guidance statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 6 mars 2012;156(5):378-86.
52. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 4 nov 2008;149(9):627-37.
53. Is Colorectal Cancer Screening Indicated in Previously Unscreened Elders? - *NEJM Journal Watch*. [consulté le 12 octobre 2014].<http://www.jwatch.org/na34801/2014/07/02/colorectal-cancer-screening-indicated-previously>

54. Cancer Screening Rates Are Too High in Older Adults with Limited Life Expectancy - NEJM Journal Watch. [consulté le 12 octobre 2014]. <http://www.jwatch.org/na35489/2014/08/22/cancer-screening-rates-are-too-high-older-adults-with>
55. Royce TJ, Hendrix LH, Stokes WA, Allen IM, Chen RC. Cancer Screening Rates in Individuals With Different Life Expectancies. *JAMA Internal Medicine*. 18 août 2014 [consulté le 12 octobre 2014]; Disponible sur: <http://www.jwatch.org/na35489/2014/08/22/cancer-screening-rates-are-too-high-older-adults-with>
56. Lantz PM, Ubel PA. The use of life expectancy in cancer screening guidelines. Moving with caution from model-based evidence to evidence-based guidelines. *J Gen Intern Med*. juin 2005;20(6):552-3.
57. Jacqmin-Gadda H, Alperovitch A, Montlahuc C, Commenges D, Leffondre K, Dufouil C, et al. 20-Year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors. *Eur J Epidemiol*. juin 2013;28(6):493-502.
58. Droz J-P, Rodde-Dunet M-H, Vitoux A. [Development of oncogeriatrics: national and international strategies]. *Bull Cancer*. 28 mai 2008;95 FMC Onco:F104-7.
59. Manckoundia P, Mourey F, Pfitzenmeyer P. [Geriatric investigation in front of a balance disorders in the older elderly]. *Rev Prat*. juin 2011;61(6):823-4.
60. Hurria A, Wildes T, Blair SL, Browner IS, Cohen HJ, Deshazo M, et al. Senior adult oncology, version 2.2014. *J Natl Compr Canc Netw*. 1 janv 2014;12(1):82-126.
61. etatdeslieuxoncogeriatrics - reco_inca_oncogeriatrics_2009.pdf [Internet]. [consulté le 12 octobre 2014]. http://www.onco-paysdelaloire.asso.fr/pro/medias/reco_inca_oncogeriatrics_2009.pdf
62. Balducci L, Aapro M. Complicated and complex: Helping the older patient with cancer to exit the labyrinth. *J Geriatr Oncol*. janv 2014;5(1):116-8.

63. Puts MTE, Santos B, Hardt J, Monette J, Girre V, Atenafu EG, et al. An update on a systematic review of the use of geriatric assessment for older adults in oncology. *Ann Oncol.* févr 2014;25(2):307-15.
64. Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: a systematic review. *JAMA.* 11 janv 2012;307(2):182-92.
65. PACE participants, Audisio RA, Pope D, Ramesh HSJ, Gennari R, van Leeuwen BL, et al. Shall we operate? Preoperative assessment in elderly cancer patients (PACE) can help. A SIOG surgical task force prospective study. *Crit Rev Oncol Hematol.* févr 2008;65(2):156-63.
66. Hurria A, Togawa K, Mohile SG, Owusu C, Klepin HD, Gross CP, et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol.* 1 sept 2011;29(25):3457-65.
67. Extermann M, Boler I, Reich RR, Lyman GH, Brown RH, DeFelice J, et al. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score. *Cancer.* 1 juill 2012;118(13):3377-86.
68. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 23 oct 1993;342(8878):1032-6.
69. Walters LS, Worley PS, Prideaux D, Rolfe H, Keaney C. The impact of medical students on rural general practitioner perceptors. *Rural Remote Health.* déc 2005;5(4):403.
70. Clerc P., Lebreton J., Mousques J., Hebbrecht G., de Pourville G. Etude polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription. (*Prat Organ Soins* 2008;39(1):43-51).
71. Guy L, van de Steene E, Védrine N, Teissonnière M, Boiteux J-P. [General practical survey of individual prostate cancer screening]. *Prog Urol.* janv 2008;18(1):46-52.

72. Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. [Management of cancer patients by general practitioners. Results of a survey among 422 physicians in Aquitaine]. *Presse Med.* 28 juin 2003;32(23):1060-5.
73. Walter LC, Lindquist K, Covinsky KE. Relationship between health status and use of screening mammography and Papanicolaou smears among women older than 70 years of age. *Ann Intern Med.* 4 mai 2004;140(9):681-8.
74. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jørgensen OD, Søndergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. *Lancet.* 30 nov 1996;348(9040):1467-71.
75. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med.* 13 mai 1993;328(19):1365-71.
76. Buist DSM, Bosco JLF, Silliman RA, Gold HT, Field T, Yood MU, et al. Long-term surveillance mammography and mortality in older women with a history of early stage invasive breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* nov 2013;142(1):153-63.
77. Briganti A, Spahn M, Joniau S, Gontero P, Bianchi M, Kneitz B, et al. Impact of age and comorbidities on long-term survival of patients with high-risk prostate cancer treated with radical prostatectomy: a multi-institutional competing-risks analysis. *Eur Urol.* avr 2013;63(4):693-701.
78. Eisinger F, Blay J-Y, Morère J-F, Rixe O, Calazel-Benque A, Cals L, et al. Cancer screening in France: subjects' and physicians' attitudes. *Cancer Causes Control.* mai 2008;19(4):431-4.
79. Demetrius LA, Simon DK. The inverse association of cancer and Alzheimer's: a bioenergetic mechanism. *J R Soc Interface.* 6 mai 2013;10(82):20130006.
80. Inzelberg R, Jankovic J. Are Parkinson disease patients protected from some but not all cancers? *Neurology.* 9 oct 2007;69(15):1542-50.

81. Kinnunen PJ. Cancer linked to Alzheimer disease but not vascular dementia. *Neurology*. 28 sept 2010;75(13):1215; author reply 1216.
82. Wang J-Z, Zhang Y-H, Sun X-W, Li Y-L, Li S-R, Zhang Y, et al. Focusing on the structure and the function of Pin1: new insights into the opposite effects of fever on cancers and Alzheimer's disease. *Med Hypotheses*. août 2013;81(2):282-4.
83. Mehler MF. Epigenetics and the nervous system. *Ann Neurol*. déc 2008;64(6):602-17.
84. Bennett DA, Leurgans S. Is there a link between cancer and Alzheimer disease? *Neurology*. 12 janv 2010;74(2):100-1.
85. Taplin SH, Barlow W, Urban N, Mandelson MT, Timlin DJ, Ichikawa L, et al. Stage, age, comorbidity, and direct costs of colon, prostate, and breast cancer care. *J Natl Cancer Inst*. 15 mars 1995;87(6):417-26.
86. Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France - Qes98.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes98.pdf>
87. Boureau AS, Bourbouloux E, Retornaz F, Berrut G, de Decker L, Decker L. Effect of burden of comorbidity on optimal breast cancer treatment in older adults. *J Am Geriatr Soc*. déc 2012;60(12):2368-70.

Annexes 1 : Questionnaire d'enquête d'opinion

1. Données administratives

1.1 Age : _____

1.2 Sexe

- Homme
 Femme

2. Activité professionnelle

2.1 Quel est votre secteur d'activité ?

- Rurale
 Semi-Rural
 Urbain

2.2 Formation et mode d'activité

	Oui	Non
Avez-vous une formation en gériatrie ?		
Avez-vous une formation en cancérologie ?		
Participez-vous à un réseau de gériatrie ou de cancérologie ?		
Encadrez-vous des étudiants en médecine (interne, externe) ?		

2.3 Proportion de patients âgés que vous suivez en consultation

	Moins de 1%	Entre 1 et 10%	Entre 10 et 25%	Entre 25 et 50%	Plus de 50%
Proportion de patients que vous suivez en consultation ayant entre 75 et 85 ans ?					
Proportion de patients que vous suivez en consultation ayant plus de 85 ans ?					
Proportion de patients ayant un cancer que vous suivez en consultation ?					
Proportion de patients ayant plus de 75 ans que vous suivez pour un cancer en consultation ?					

2.4 Avez-vous l'habitude de demander un avis spécialisé à un cancérologue (médicale, chirurgien, radiothérapeute), en fonction de l'âge ?

	Presque toujours (90-100%)	Très souvent (70-90%)	Souvent (50-70%)	Parfois (30-50%)	Rarement (10-30%)	Exceptionnellement (<10%)
< 75 ans						
Entre 75 et 85 ans						
> 85 ans						

3. A propos du dépistage du cancer chez la personne âgée de plus de 75 ans

3.1 Pratiques de dépistage

	Oui	Non
Pratiquez-vous le dépistage du cancer dans cette population ?		
Pensez-vous qu'il manque des recommandations pour encadrer le dépistage du cancer dans cette population ?		
Pensez-vous qu'un dépistage soit utile dans cette population ?		
Etes-vous favorable au dépistage du cancer chez les patients ayant des troubles cognitifs ?		

3.2 Connaissez-vous des recommandations ou des outils d'aide au dépistage du cancer chez la personne âgée ?

3.3 A propos des éléments qui influencent votre pratique du dépistage du cancer chez la personne âgée

	Oui, tout à fait	Probablement oui	Probablement non	Non, pas du tout
Pensez-vous que le dépistage doit être pratiqué chez les patients de plus de 75 ans ?				
Pratiquez-vous le dépistage du cancer chez les patients âgés de plus de 85 ans ?				
Pensez-vous que le nombre de comorbidités doit être pris en compte pour dépister ?				
Pensez-vous que l'existence d'un traitement habituel lourd (nombre de classe médicamenteuse > 4) doit être pris en compte pour dépister ?				
Votre dépistage est-il influencé par d'éventuelles craintes de poursuites en l'absence de dépistage (juridiques, ordre des médecins...) ?				
Trouvez-vous difficile de convaincre le patient et/ou sa famille de l'intérêt du dépistage ?				
Pensez-vous que le dépistage débouche sur un traitement chez les patients ayant un cancer et plus de 75 ans ?				

3.4 Quelles seraient les raisons qui vous inciteraient à faire plus de dépistage ?

	Oui	Non
Campagne de prévention et/ou recommandation ?		
Forte demande de la part des patients et/ou de l'entourage ?		
S'il était prouvé que cela améliore la qualité de vie dans cette population ?		
S'il était prouvé que cela améliore l'espérance de vie dans cette population ?		
Existence d'un réseau de prise en charge spécifique établi		

4. Prise en charge des patients âgés ayant un cancer

4.1 Plus généralement

	Oui	Non
Pensez-vous qu'il existe un lien entre cancer et démence ?		
Pensez-vous que ce questionnaire va modifier votre prise en charge du cancer chez le sujet âgé ?		
Estimez-vous avoir besoin de formation pour vous aider dans la prise en charge du cancer chez les patients âgés ?		
Pensez-vous que les patients de plus de 75 ans tirent des bénéfices d'un avis gériatrique avant de débiter un traitement anti-cancéreux ?		

4.2 Le questionnaire est maintenant fini.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre. Si vous avez des questions ou des remarques :

Annexe 2 : Questionnaire G8

Outils de dépistage de la fragilité des personnes âgées prises en charge pour un cancer

Dans le cadre de l'essai ONCODAGE, promu par l'Institut National du Cancer et élaboré avec l'ensemble des Unités Pilotes de Coordination en oncogériatrie, le questionnaire G8 a été validé pour évaluer l'état général des personnes âgées ayant un cancer. Cet outil permet de détecter de manière rapide et sûre lors d'une consultation si une Evaluation Gériatrique plus approfondie du patient est nécessaire avant la mise en place d'un traitement.

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 ?	Score
<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie sévère • Anorexie modérée • Pas d'anorexie 	0 1 2
Perte récente de poids (< 3 mois)	
<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids > 3 kg • Ne sait pas • Perte de poids entre 1 et 3 kg • Pas de perte de poids 	0 1 2 3
Indice de masse corporelle (IMC = [poids] / [taille] ² en kg par m ²)	
<ul style="list-style-type: none"> • IMC < 19 • 19 ≤ IMC < 21 • 21 ≤ IMC < 23 • IMC ≥ 23 	0 1 2 3
Motricité	
<ul style="list-style-type: none"> • Du lit au fauteuil • Autonome à l'intérieur • Sort du domicile 	0 1 2
Problèmes neuropsychologiques	
<ul style="list-style-type: none"> • Démences ou dépression sévère • Démence ou dépression modérée • Pas de problème psychologique 	0 1 2
Prend plus de 3 médicaments	
<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	0 1
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	
<ul style="list-style-type: none"> • Moins bonne • Ne sait pas • Aussi bonne • Meilleure 	0 0,5 1 2
Age	
<ul style="list-style-type: none"> • > 85 ans • 80-85 ans • < 80 ans 	0 1 2

Score = / 17

Le score est égal à la somme des scores obtenus pour chaque question. Pour un résultat inférieur ou égal à 14/18, « une évaluation gériatrique est recommandée »

Source: Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project – P. Soubeyran, ASCO Annual Meeting 2011

NOM : CHAPELET

PRENOM : GUILLAUME

Titre de Thèse : Etude des pratiques de dépistage du cancer chez la personne âgée ayant des troubles cognitifs

RESUME

L'évolution démographique et les pratiques médicales actuelles posent la question du dépistage des cancers chez les personnes âgées et notamment celles ayant des troubles cognitifs.

Dans cette étude, 82 médecins généralistes, ont été interrogés sur leurs pratiques de dépistage du cancer chez la personne âgée, et sur les éléments l'influençant. 49 (60%) médecins pratiquent le dépistage du cancer chez la personne âgée, 51 (62%) médecins ne sont pas favorables au dépistage du cancer en présence de troubles cognitifs, 63 (77%) médecins pensent qu'il manque de recommandations pour encadrer le dépistage du cancer chez la personne âgée.

Favoriser l'échange entre médecins généralistes et spécialistes, en renforçant, par exemple, les réseaux de cancérologie et de gériatrie, permettrait probablement d'augmenter le taux de dépistage du cancer chez le sujet âgé, avec ou sans troubles cognitifs.

MOTS-CLES :

Cancer – Démence – Dépistage - Gériatrie – Médecins Généralistes - Oncogériatrie