

**Guide des (fausses) idées reçues
et des (vraies) bonnes pratiques**



Dr Jean-Yves NIEMIER

Laure GARBACZ

Victoria PAGANI

Pr Christine PERRET-GUILLAUME

Dr Frédérique CLAUDOT



**« Tout le monde veut vivre plus longtemps,
mais personne ne veut devenir vieux. »**

Blaise Pascal

Le vieillissement de la population est une réalité épidémiologique qui, associée à un nombre croissant de cancers diagnostiqués et traités actuellement, aboutit à de nombreuses interrogations quant à la prise en charge de nos « seniors ».

Cette appréhension du cancer chez le sujet âgé reste très complexe ; la maladie cancéreuse évoluant sur des organismes fragilisés, avec des conséquences très variables en fonction des pathologies associées, du tissu social, de l'efficacité cognitive...

Grâce aux différents plans cancers, à la formation de professionnels de santé, à ces particularités du patient âgé atteint de cancer (« l'oncogériatrie ») et en lien également avec les évolutions sociétales, les inégalités de prise en charge liées à l'âge sont de moins en moins présentes.

Malgré tout des idées reçues persistent, celles-ci pouvant entacher le parcours de soin du patient, aboutir à une prise en charge moins efficiente des sujets âgés et être assimilées à de « l'âgisme ».

Ce guide des idées reçues et des bonnes pratiques a pour objectif d'informer les professionnels de santé des différentes règles applicables dans la pratique de leur profession notamment en accord avec la loi Kouchner du 04 mars 2002 relative aux droits des patients, avec la loi dite « Léonetti » du 22 avril 2005 relative à la fin de vie et avec la jurisprudence actuelle. Ces textes font figure de référence face aux idées fausses présentes dans le domaine de l'oncologie gériatrique. Ce support vise à accompagner les praticiens pour une prise en charge optimale de leurs patients âgés atteints d'un cancer.

***Ce guide a pour unique vocation un caractère informatif.
Il n'est évidemment pas exhaustif et sera un bon moyen,
nous l'espérons, de lutter ensemble contre ces idées fausses !***

Auteurs

Dr Jean-Yves NIEMIER

Unité d'Oncogériatrie - Service de Gériatrie, CHRU de Nancy

Laure GARBACZ

*Laboratoire Ethos-EA 7299 « Pratiques professionnelles : aspects méthodologiques, éthiques et juridiques »,
Faculté de Médecine de Nancy*

Victoria PAGANI

Laboratoire Ethos-EA 7299, Faculté de Médecine de Nancy

Pr Christine PERRET-GUILLAUME

Unité d'Oncogériatrie - Service de Gériatrie, CHRU de Nancy

Dr Frédérique CLAUDOT

*Service de médecine légale et droit de la santé,
Laboratoire Ethos-EA 7299, Faculté de Médecine de Nancy*

Remerciements pour leur aide et contribution :

Leslie MERCIER

Emilie ROSE

Dr Catherine GUYOT

Dr Phi Linh NGUYEN

Pr Athanase BENETOS

Membres du laboratoire ETHOS

Équipe médicale du service de Gériatrie



Tous les patients âgés sont fragiles : FAUX !	6-7
Dépistage individuel du cancer chez le sujet âgé, il existe une date limite : FAUX !	8-9
Le cancer évolue plus lentement chez le sujet âgé : FAUX !	10-11
Le diagnostic précis du cancer n'est pas obligatoire : FAUX !	12-13
Les patients souffrant de démence, il ne faut pas leur demander leur avis : FAUX !	14-15-16
La validation du dossier en RCP n'est pas obligatoire : FAUX !	17
L'annonce diagnostique au patient, il n'est pas nécessaire d'informer tous les patients âgés : FAUX !	18-19
Protocoles de recherche clinique chez le sujet âgé, il n'y a pas d'intérêt : FAUX !	20-21
L'obstination déraisonnable, un mythe ? : FAUX !	22-23
La prise en charge palliative, on ne fait plus rien : FAUX !	24-25

IDÉE REÇUE N°1

Tous les patients âgés sont fragiles : FAUX !

L'évaluation oncogériatrique

Qu'est-ce que la fragilité ?

Selon la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG), « la fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution ».

L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible, et ne concerne pas toutes les personnes de plus de 70 ans.

Doit-on traiter tous les patients âgés atteints de cancer ?

L'idée est encore très répandue qu'il n'est pas nécessaire de traiter les patients âgés, ou de manière non optimale. Cette décision est parfois prise en tenant uniquement compte de l'âge biologique des patients, sans évaluer leur désir, ni leur réserve fonctionnelle.

Or, une étude montre que plus de la moitié des patients de 70 ans ou plus souhaitaient être traités au besoin par une chimiothérapie intensive ^[1].

Dans les faits, le traitement des personnes âgées est loin d'être optimal ^[2], elles sont moins bien surveillées ^[3], elles bénéficient de moins d'actes chirurgicaux, de chimiothérapie et de radiothérapie ^[4].

Ainsi, le traitement des personnes âgées ne devrait dépendre que du type de cancer et du terrain somatique sur lequel il évolue, et non du seul critère d'âge. Une évaluation oncogériatrique peut, le cas échéant, aider à la décision thérapeutique.

Quelle catégorie de patients âgés devrait bénéficier d'une évaluation oncogériatrique ?

La population âgée est extrêmement hétérogène, il y a donc nécessité d'une évaluation oncogériatrique pour les patients qui le nécessitent afin d'évaluer la présence de fragilité pouvant se traduire par des syndromes gériatriques. L'évaluation oncogériatrique permet une amélioration de la survie ^[5].

Première étape : savoir si l'avis oncogériatrique est nécessaire.

Pour le déterminer, les équipes médicales disposent d'un outil validé au niveau national, l'échelle G8. Elle passe en revue l'âge, la motricité, la nutrition ou encore la présence de troubles cognitifs. Sa sensibilité est de 76,5% et sa spécificité de 64,4%. Selon le score obtenu, il est décidé ou non d'adresser le patient à l'oncogériatre ^[6].



Deuxième étape : l'évaluation oncogériatrique

Pour chaque patient reçu en consultation d'oncogériatrie, il faut évaluer avec précision ses critères de fragilité susceptibles de décompenser à cause du cancer ou de son traitement.

Une fragilité repérable, entre autre, à partir des éléments suivants : l'autonomie, la nutrition, les troubles cognitifs, les troubles thymiques, les comorbidités et la polymédication.

Il s'agit de la méthode la mieux validée pour déterminer l'état de santé d'un individu âgé ^[7]. Elle a une influence directe sur le traitement oncologique, par exemple dans 36 % des cas du cancer du sein de la femme âgée. Une amélioration de la qualité de vie est retrouvée ^[8].

Qu'est-ce que la classification de Balducci ?

L'oncogériatrie se base sur l'échelle d'évaluation de Balducci qui définit 3 groupes :

- **un groupe Balducci 1** : le patient est autonome et sans comorbidité, il peut bénéficier d'un traitement standard, semblable à celui proposé à des individus plus jeunes
- **un groupe Balducci 2** : la personne âgée a une dépendance fonctionnelle et une ou deux comorbidités, son état permet la mise en place d'un traitement adapté
- **un groupe Balducci 3** : le patient est dépendant, avec plus de 3 comorbidités et des syndromes gériatriques évolutifs, sa situation trop dégradée l'oriente vers une prise en charge palliative.



**La population âgée est hétérogène /
Classification de Balducci**

/7/

Discrimination

Traditionnellement, la **discrimination** est « le fait de distinguer et de traiter différemment quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à une autre personne » (Définition Larousse).

Le code de la santé publique assure **un égal accès aux soins pour tous** (Art.L.1110-1 du CSP). Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès aux soins (Art.L.1110-3 du CSP). Toute forme de discrimination est condamnée par le code pénal que ce soit en raison de l'origine du patient, de son sexe, de sa situation de famille, [...] **de son âge**, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de son appartenance ou non appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée (Art.225-1 du CP).



Art.225-1 code pénal

**Non discrimination du patient
dans l'accès aux soins en raison de l'âge.**

IDÉE REÇUE N°2

Dépistage individuel du cancer chez le sujet âgé, il existe une date limite : FAUX !

Le dépistage

Pourquoi un âge limite de dépistage de masse ?

Le manque de sensibilisation sur le dépistage du cancer chez les sujets âgés fait que les cancers sont malheureusement trop souvent découverts à un stade avancé dans cette population.

Selon la *Haute Autorité de Santé (HAS)*, dans un dépistage systématique dit « de masse », la population recrutée est non sélectionnée. Dans le cas particulier du critère d'âge, le dépistage est considéré comme généralisé à l'ensemble de la tranche d'âge considérée.

Il n'y a plus de recommandation nationale au-dessus de 74 ans : on considère que le gain en espérance de vie n'est pas assez important, et on ne réalise plus de campagne de dépistage.

Pourquoi le dépistage du cancer est-il réalisé en France entre 50 et 74 ans ?

L'absence de dépistage du cancer chez les seniors ne signifie pas que les cancers n'apparaissent pas après 70 ans, bien au contraire !

/8/

Ces intervalles ont été choisis sur la base d'études statistiques démontrant la réduction de la mortalité par cancer dans une population soumise au dépistage par rapport à une population non suivie.

Du fait de résultats statistiquement non significatifs, cet avantage n'a pu être démontré chez les seniors.

Quels sont les critères de dépistage d'une maladie ?

L'*Organisation Mondiale de la Santé (OMS)* a établi des critères pour justifier le dépistage d'une maladie, entre autre : la maladie doit représenter un problème important de santé publique, la maladie doit exister à un stade latent reconnaissable, il doit exister un traitement efficace pour les patients atteints de la maladie, il doit exister des tests performants pour le dépistage. Outre les critères de l'OMS, ces bénéfices doivent être analysés en intégrant les facteurs économiques.

Ainsi, les bénéfices du dépistage peuvent être surestimés chez les personnes âgées, et il persiste des incertitudes notamment éthiques ^[9].

De ce fait, d'un point de vue général, pour un pronostic amélioré, nous risquons de traiter inutilement des anomalies ; pour un traitement curatif, nous risquons une morbidité prolongée ; pour la réassurance des vrais négatifs, nous risquons une fausse réassurance et une anxiété pour les autres cas ; sans compter les risques inhérents aux examens réalisés ^[10].

Deux gériatres américains ^[11] proposent une stratégie en quatre étapes qui nous semble adaptée : évaluer le risque individuel de décès pour un cancer donné, évaluer les bénéfices du dépistage, évaluer les inconvénients du dépistage, évaluer les préférences et possibilités du patient.



Le dépistage des cancers reste une stratégie individuelle en fonction du patient.



Discrimination, Prévention

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations **dans la prévention** et l'accès aux soins (Art. L.1110-3 du CSP).

Le code de la santé publique envisage la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients comme étant des soins de premiers recours. Les professionnels de santé, médecins traitants, ainsi que les centres de santé doivent concourir à l'offre de **ces soins de premiers recours**, en collaboration avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux (Art. L.1411-11 du CSP).

Le dépistage et la prévention relèvent en effet des missions des professionnels de santé, qui doivent mettre en œuvre tous les moyens « consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science » (Arrêt Mercier, 1936) pour proposer au patient un **dépistage approprié** à son état de santé. Exclure un patient d'un dépistage en raison de son âge serait encore une fois discriminatoire et **condamnabile pénalement**.

/9/



Art. L.1110-3 CSP :

Non-discrimination dans la prévention

Prévention = soins de premiers recours

Dépistage approprié à l'état de santé du patient

DROIT

IDÉE REÇUE N°3

Le cancer évolue plus lentement chez le sujet âgé : FAUX !

Le cancer évolue de la même manière chez le sujet âgé et chez le sujet plus jeune.

Le rythme de développement du cancer est-il totalement indépendant de l'âge ?

Il est probable que la survenue de cancers soit favorisée par le vieillissement.

Le vieillissement implique des changements complexes cellulaires (sénescence), moléculaires avec la diminution de l'efficacité des mécanismes de réparation de l'ADN et physiologiques avec la baisse de la capacité à réagir au stress oxydatif, favorisant la carcinogenèse ^[12].

Par contre, l'hypothèse d'une évolution plus lente d'un cancer chez les sujets âgés par rapport aux sujets jeunes n'a jamais été démontrée ni dans les études scientifiques, ni dans les études épidémiologiques !

/10/

Au contraire, à dynamique de cancer équivalente, le retentissement sur l'organisme est plus important chez un sujet âgé fragilisé par le vieillissement et les éventuelles comorbidités ^[13].

Pour quelles raisons persiste cette idée reçue d'un développement du cancer plus lent chez les personnes âgées ?

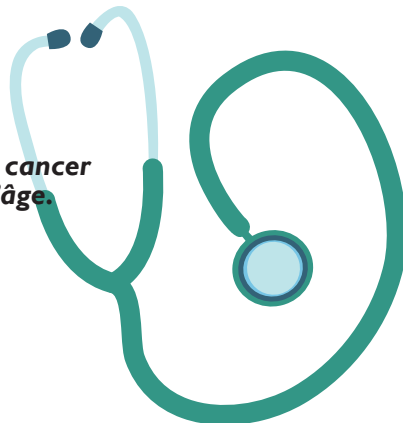
Certains cancers très spécifiques des personnes âgées, comme le cancer de la prostate, peuvent avoir une évolution lente ^[14]. De cas particuliers ont été tirées des généralités. Pour les cancers les plus fréquents, comme ceux du sein ou du côlon, l'évolutivité est identique.

Y a-t-il des cancers spécifiques du sujet âgé ?

Il n'y a pas stricto sensu de cancer spécifique du senior, mais la fréquence d'un certain nombre de cancers augmente de manière importante avec l'âge, notamment les cancers digestifs, certaines hémopathies ou les cancers de vessie.



Le rythme de développement du cancer est totalement indépendant de l'âge.



Retard diagnostique

Comment assurer le meilleur diagnostic possible à mon patient ?

Le médecin est tenu à une obligation de moyens : il doit mettre en œuvre tous les moyens attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science pour établir un diagnostic. Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées. Pour établir le diagnostic, le médecin doit **prendre en compte le patient dans sa globalité**, en tenant compte de ses facteurs cliniques, sociaux, environnementaux et psychologiques. La prise en charge doit être personnalisée.

En vertu de son obligation de développement professionnel continu, le médecin doit constamment entretenir, perfectionner ou compléter ses connaissances (Art. R. 4127-11 CSP).

Le médecin est tenu de faire appel, si nécessaire et s'il y'a lieu, à l'aide de tiers compétents pour la réalisation du diagnostic (Art. R. 4127-32 CSP et Art. R. 4127-33 CSP).

/ / /

Est-ce que ma responsabilité peut-être engagée si je réalise un mauvais diagnostic ?

La responsabilité du médecin peut être engagée si le mauvais diagnostic est **constitutif d'une faute** qui a occasionné **un préjudice** au patient. Dans ce cas, le patient doit prouver la faute de mauvais diagnostic, le préjudice et l'existence d'un **lien de causalité direct et certain** entre la faute et le préjudice subi. La preuve de ce lien causal peut s'avérer complexe dans la situation où l'état de santé du patient est précaire et que son préjudice peut avoir d'autres causes que celle du mauvais diagnostic posé par le médecin.

La faute de diagnostic peut également être retenue à la suite d'un processus diagnostique non rigoureux, contraire ou méconnaissant les données acquises de la science.



Obligations des professionnels de santé

Prise en charge personnalisée et globale du patient

Preuve d'une faute dans le diagnostic, d'un préjudice et d'un lien de causalité direct et certain

= Responsabilité engagée

IDÉE REÇUE N°4

Le diagnostic précis du cancer n'est pas obligatoire : **FAUX !**



Nécessité d'aller au bout de la démarche diagnostique

Le diagnostic de cancer est-il porté plus tardivement chez le sujet âgé ?

Chez les personnes âgées, le diagnostic de cancer est souvent porté tardivement. Selon un rapport du ministère de la Santé ^[15], environ 20 % des patients âgés attendent près d'un an avant de consulter pour des symptômes pourtant clairement définis. En parallèle, il faut noter qu'il peut y avoir une complexité d'accès aux filières de soin pour le patient isolé, des difficultés de compréhension (interlocuteurs nombreux, langage opaque), des difficultés de réalisation des examens complémentaires par la présence de comorbidités avec des résultats parfois moins contributifs...

Pour quelles raisons ?

Il existe une inégalité d'accès aux soins de la personne âgée atteinte de cancer, du fait d'une banalisation des symptômes d'alerte par l'entourage, de l'évocation d'une « évolution lente » de la maladie, de l'absence de standardisation des conduites thérapeutiques, de l'incertitude du bénéfice rendu...

Y-a-t-il nécessité d'obtenir un examen anatomopathologique ?

Chez le sujet âgé, il existe un pourcentage plus important de cancers sans confirmation histologique ou cytologique ^[16].

Or, il convient d'aller jusqu'au bout de la démarche diagnostique en cas de forte suspicion de cancer. En pratique, il existe peu de difficulté pour avoir des examens d'imagerie contributifs, puis d'avoir une anatomopathologie dans la plupart des cas. Une décision de traiter ou de ne pas traiter ne pourra être prise que si l'on a une anatomopathologie et que l'on sait quelle démarche thérapeutique est envisageable. Seuls les patients dont l'état général est très dégradé ou dont l'espérance de vie est limitée à très court terme peuvent être dispensés d'une démarche diagnostique rigoureuse.



La décision thérapeutique ne pourra être prise qu'avec une anatomopathologie et la démarche thérapeutique appropriée (dans la majorité des cas).



Responsabilité juridique

Est-ce que je commets une faute en cas de diagnostic tardif / retard de diagnostic de mon patient ?

Le retard de diagnostic ne constitue pas en soi une faute de nature à engager la responsabilité du médecin dès lors que ce retard ne résulte pas d'une méconnaissance des données acquises de la science au moment où le médecin agit. Il faut prouver que ce dernier a mis en œuvre tous les moyens en sa possession pour parvenir au diagnostic (Art. R. 4127-33 CSP). CA Paris, 12 novembre 2010 (n°08/23503) = faute exclusive du radiologue pour diagnostic tardif de 4 mois ayant causé une perte de chance de guérison à la patiente.

Toutefois, si le retard de diagnostic relève d'une faute du médecin et que cela a causé une **perte de chance** au patient, ce dernier pourra demander réparation. En droit, la perte d'une chance désigne le préjudice résultant de la perte de la probabilité que survienne un événement favorable (C.Cass. 1^{re} Civ. 21 novembre 2006).

/13/

La faute dans le retard de diagnostic peut être difficile à apporter ; ce retard n'est pas forcément lié au professionnel de santé, mais peut être lié à la négligence du patient lui-même. Dans ce cas, la responsabilité du médecin ne pourra pas être engagée.



Art. R.4127-33 CSP

***Preuve d'une faute (retard de diagnostic),
d'un préjudice (perte de chance)
et d'un lien de causalité direct et certain
= Responsabilité engagée***

IDÉE REÇUE N°5

Les patients souffrant de démence,
il ne faut pas leur demander leur avis : **FAUX !**



Prise en charge plus difficile en cas de troubles cognitifs

Les démences sont-elles fréquentes chez le sujet âgé atteint de cancer ?

L'incidence des troubles cognitifs, ainsi que celle des cancers, augmentent avec l'âge :

- la prévalence des démences est d'environ 10% après 65 ans ;
- l'incidence du cancer augmente régulièrement au cours de la vie. Le cancer est surtout une pathologie du sujet âgé. En 2012, 115 310 nouveaux cas de cancer (dont 53,7 % survenant chez l'homme) sont estimés chez les personnes âgées de 75 ans et plus en France métropolitaine, soit près d'un tiers des cancers diagnostiqués tous âges confondus ^[17].

Ainsi, **la possibilité qu'un patient soit atteint de ces deux pathologies est majorée avec son avancée en âge.**

Quel est l'impact du diagnostic de troubles cognitifs sur le traitement des cancers ?

/14/

Chez des personnes démentes, le diagnostic d'un cancer du colon était associé à un moindre recours aux biopsies. De même, chez des patientes porteuses de cancer du sein, le diagnostic préalable de troubles cognitifs était corrélé de façon indépendante à un stade plus avancé au moment du diagnostic, sachant que le diagnostic de démence est souvent difficile dans ce contexte ^[18].

De plus, **l'existence de troubles cognitifs augmente le risque de décès non imputable à un cancer chez les personnes qui en sont porteuses** ^[19].

Par ailleurs, les thérapeutiques du cancer peuvent avoir un effet délétère sur la maladie démentielle.

Leur prise en charge est-elle différente ?

La démence, en tant que comorbidité, nécessite **une adaptation du plan de soin**. La connaissance du statut cognitif précis et du stade de la maladie cancéreuse est indispensable à toute prise de décision.

L'existence de troubles cognitifs préalables à la découverte d'un cancer vient régulièrement affecter les soins spécifiques qui peuvent être proposés ^[20].

Malgré tout, il ne faut pas marquer cette population au fer rouge et **une évaluation oncogériatrique avec évaluation cognitive est indispensable dès que sont suspectés des troubles cognitifs**.

Par ailleurs, **troubles cognitifs ne sont pas forcément synonymes de troubles du jugement** ; les patients qui le peuvent doivent donc participer à la décision thérapeutique.



Troubles cognitifs ≠ troubles du jugement.



Information du patient

À titre exceptionnel, puis-je donner l'information à une tierce personne ?

Le médecin peut donner l'information médicale à un tiers (autre que le patient) dans trois situations :

- **Personne sous tutelle** (Art. L.1111-2 du CSP). Le droit à l'information médicale des personnes majeures sous tutelle est exercé par le tuteur. Le médecin donne l'intégralité de l'information médicale au tuteur. Toutefois, il est également tenu de délivrer cette information à la personne protégée elle-même.
- **Personne de confiance** (Art. L.1111-6 du CSP). La personne de confiance peut être un parent, un proche, ou le médecin traitant. Le médecin informe la personne de confiance seulement si le patient sollicite la présence de la personne de confiance.
- **Pronostic et diagnostic grave** (Art. L.1110-4 al.6 du CSP). En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le médecin a la possibilité (et non l'obligation) d'informer la famille, les proches ou la personne de confiance désignée par le patient.

Ai-je l'obligation de recueillir le consentement du patient avant de réaliser un acte médical ?

Aucun acte médical, aucun traitement ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé du patient** (Art. L.1111-4 al.3 du CSP). Ce consentement peut être **retiré à tout moment**. Le consentement doit être libre, c'est à dire qu'il doit être obtenu sans aucune forme de pression, de menace, de contrainte ou de promesse de la part du médecin, de la famille ou de l'entourage du patient. Il doit également être obtenu sans menace de représailles (Art. L.1111-4 al. 3 CSP).

Le consentement doit être éclairé : le patient doit comprendre ce à quoi il consent en ayant obtenu au préalable toutes les informations nécessaires pour qu'il puisse délibérer (Art.L.1111-4 al. 3 CSP). Le consentement peut être donné oralement ou par écrit (sauf consentement écrit prévu par la loi).

Dans quel(s) cas, suis-je dispensé de recueillir le consentement du patient ?

- **En cas d'urgence**, le médecin doit informer la personne de confiance (si elle existe).
- **En cas d'impossibilité**, c'est à dire lorsque l'avis du patient ne peut être représenté soit par une personne de confiance ou à défaut par sa famille et ses proches.

Comment puis-je apporter la preuve que mon patient a consentie à l'acte médical ?

La preuve du consentement **incombe au patient**. La preuve peut se faire **par tous moyens**. La traçabilité dans le dossier médical constitue quasiment le seul moyen de preuve pour assurer la défense du médecin mis en cause.

Dans le cas d'un patient sous tutelle, qui doit consentir à l'acte ? (Article R. 4127-42 du CSP).

Le tuteur consent à l'acte de soin pour la personne sous tutelle. Cependant, le médecin doit s'efforcer de favoriser la participation du majeur protégé à la prise de décision.

/15/

Dans le cas d'un patient sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, qui doit consentir ?

Le majeur sous curatelle consent seul aux soins dont il a besoin. Le majeur sous sauvegarde de justice doit recevoir lui même les informations le concernant.

Dans le cas d'un patient n'étant pas sous mesure de protection juridique mais présentant des altérations du discernement, qui doit consentir ?

Le droit n'envisage pas cette situation.

Que dois-je faire face à un refus de soin ?

Le médecin est tenu de **respecter le refus de soin** du patient (Art. L.1111-4 du CSP). Le médecin doit informer le patient des conséquences de son refus (Art. R.4127-36 al.2 du CSP) et tenter de le convaincre d'accepter les soins proposés. Il doit obtenir confirmation de ce refus après un délai de réflexion raisonnable accordé au patient. Il n'est pas tenu de convaincre le patient (à l'impossible, nul n'est tenu).

Comment puis-je prouver le refus de soin du patient ?

Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après **un délai raisonnable**. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. (Art. L.1111-4 CSP)

/16/

Dans quel(s) cas puis-je passer outre le refus du patient ?

Le médecin est toujours tenu au respect de la volonté du patient qui refuse les soins. Toutefois, une jurisprudence constante estime que dans une **situation extrême** de l'état de santé du patient et en l'absence d'alternative thérapeutique, les médecins procédant à une transfusion sanguine d'un patient témoin de Jéhovah en passant outre son refus ne commettent pas de faute susceptible d'engager leur responsabilité (CE Ass. 26 octobre 2001, Mme X).



***Information donnée à un tiers : tuteur,
personne de confiance, famille/proches
(en cas de pronostic/diagnostic grave)***

Consentement libre et éclairé obligatoire

Respect du refus de soin

IDÉE REÇUE N°6

La validation du dossier en RCP n'est pas obligatoire : FAUX !

Obligation de présenter le dossier en RCP



La présentation du dossier du patient en RCP est-elle obligatoire ?

La mesure 31 du Plan Cancer I prévoyait de faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier et de synthétiser le parcours thérapeutique prévisionnel issu de cette concertation sous la forme d'un Programme Personnalisé de Soins remis au patient.

« Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) sont aujourd'hui considérées non seulement comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique, mais aussi comme un vecteur d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels, permettant également d'effectuer une analyse du bénéfice risque et de la qualité de vie pour la personne malade » ^[23].

Il est nécessaire de présenter les dossiers de cancérologie dans les RCP dédiées, afin de valider la prise en charge thérapeutique.

Où et quand doit intervenir le gériatre ?

/17/

En amont du diagnostic ou pendant la phase thérapeutique active.



Il est nécessaire de présenter les dossiers de cancérologie dans les RCP dédiées.

MÉDECINE



Même obligation de présenter le dossier en RCP

Le décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer impose l'enregistrement en RCP des projets thérapeutiques pour chaque patient atteint de cancer pris en charge ainsi que les changements significatifs d'orientation thérapeutique (Art. D.6124-131 CSP).

Obligation d'enregistrer en RCP les projets thérapeutiques des patients atteints d'un cancer



DROIT

IDÉE REÇUE N°7

L'annonce diagnostique au patient,
il n'est pas nécessaire d'informer
tous les patients âgés : **FAUX !**

Annonce diagnostique obligatoire mais gradation possible de l'information

Qu'est-ce que le dispositif d'annonce ?

Le dispositif d'annonce, mis en place à la demande des patients lors des 1^{ers} États généraux des malades atteints de cancer pour bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie, est pérennisé par l'Action 7.2 du Plan Cancer 2014-2019 : *adapter et renforcer le dispositif d'annonce*.

« L'annonce du diagnostic reste un moment important dans la relation entre le patient, sa famille et le médecin. Le moment de l'annonce est souvent difficile psychologiquement et peut conditionner également la suite de prise en charge.

Son objectif est de faire bénéficier aux patients de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie. Il concerne autant le diagnostic initial d'un cancer confirmé histologiquement que la rechute de la maladie. Il doit permettre au malade d'avoir de meilleures conditions d'annonce de sa pathologie en lui faisant bénéficier : d'un temps médical d'annonce et de proposition de traitement ; d'un temps soignant de soutien et de repérage de ses besoins ; d'un accès à des compétences en soins de support » ^[21].

/18/

Faut-il informer tous les patients âgés du diagnostic de cancer ?

Plusieurs travaux ont montré que, dans nos sociétés occidentales, la majorité des patients âgés, s'ils étaient un jour atteints d'un cancer, aimeraient être informés du diagnostic, de la gravité de la maladie, des traitements possibles et des éventuels effets secondaires.

Annonce diagnostique et patient dément, comment faire ?

L'annonce d'un cancer chez un patient ayant des troubles cognitifs reste difficile.

Le patient présentant une démence n'a pas forcément des troubles du jugement ; et au même titre qu'il y a des degrés de sévérité différente de démence, il peut y avoir une gradation de l'information. Nous ne pourrions discuter d'examens complémentaires ou de protocoles de traitement sans qu'il en ait été informé. Le patient dément reste un adulte qui a le droit de participer aux décisions médicales et d'envisager son futur en conséquence ^[22].

Le fait qu'il ne puisse éventuellement pas comprendre le diagnostic ne saurait justifier une démarche rigoureuse dans l'annonce de la maladie.



Patient dément ≠ absence d'information

MÉDECINE



Information, désignation de la personne de confiance, nécessité de recueillir le consentement

Le patient a-t-il le droit de tout savoir sur son état de santé ?

Toute personne a le droit d'être **entièrement informée** sur son état de santé (Art. L.1111-2 al.1 du CSP). Le secret professionnel n'est pas opposable au patient.

Qui doit donner l'information médicale ?

L'information médicale **incombe à tout professionnel** de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables (Art. L.1111-2 al.2 du CSP).

Comment dois-je donner l'information médicale ?

L'information médicale doit être loyale, claire et appropriée. (Art. R.4127-35 du CSP).

Quelle(s) information(s) dois-je donner à mon patient ?

L'information donnée par le médecin porte sur (Art. L.1111-2 du CSP) :

- les différentes investigations, traitements ou actions de préventions qui sont proposées,
- leur utilité,
- leur urgence éventuelle,
- leur conséquence,
- les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent,
- les autres solutions possibles,
- les conséquences prévisibles en cas de refus.

Dans quel cas suis-je dispensé de donner une information au patient ?

- **L'urgence vitale et imminente** (Art. L.1111-2 al. 2 du CSP).
- **L'impossibilité** pour le médecin d'informer le patient (Art. L.1111-2 al. 2 du CSP).
- **Le refus du patient** d'être informé (Art. R.4127-35 du CSP).

Le médecin est tenu au respect du refus du patient d'être informé du diagnostic ou du pronostic. Néanmoins, il doit informer le patient de l'intervention ou des soins envisagés, de leurs risques, des autres solutions possibles, des conséquences en cas de refus. Dans tous les cas, le médecin a l'obligation d'informer son patient, lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission (Art. L.1111-2 al.4 du CSP).

/19/

Puis-je refuser d'informer mon patient ?

Le secret n'est pas opposable au patient. Même en cas de pronostic fatal, le médecin doit l'informer avec circonspection (Art. R.4127-35 du CSP).

Puis-je informer la famille du patient d'éventuels risques génétiques ?

Le médecin a la possibilité d'informer la famille du patient atteint d'une **maladie génétique** uniquement si le malade donne son **autorisation** (Art. L.1131-1-2 du CSP).

La famille du patient peut-elle me contraindre de ne pas informer le malade ?

En aucun cas, le médecin ne peut être contraint par la famille du patient de ne pas informer le malade.



Droit à l'information médicale

Information claire, loyale et appropriée

Secret professionnel opposable aux tiers

Secret professionnel non opposable au patient

DROIT



IDÉE REÇUE N°8

Protocoles de recherche clinique chez le sujet âgé, il n'y a pas d'intérêt : FAUX !

Importance d'inclure des patients âgés dans des études

Quels sont les différents types de programme de recherche disponibles pour le patient âgé atteint de cancer ?

- Des essais thérapeutiques conduits sans limite d'âge, où il existe malgré tout une sélection des sujets âgés
- Des protocoles spécifiques de cette population de patients âgés, plus rares
- La recherche épidémiologique rétrospective réalisée à partir de bases de données ^[24].

Quels sont les enjeux de la recherche en oncogériatrie ?

D'après l'Etat de lieux et perspectives en oncogériatrie de l'INCa de Mai 2009, ces enjeux relèvent d'une dimension individuelle, sociétale et des professionnels :

Une demande de la société :

-Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'incidence des cancers avec l'âge et l'évolution des prescriptions permettent de comprendre la constante augmentation des dépenses de santé, et notamment celles liées au cancer.

-Les enjeux médico-économiques sont certains. Ainsi, le coût global des médicaments anticancéreux avoisinait 1,5 milliard d'euros et représentait 1,4% des dépenses totales de santé et 1,7% des dépenses hospitalières en 2002.

Une demande des patients :

Malgré une volonté des patients âgés de participer à la recherche clinique au même titre que les patients plus jeunes, il existe un très faible taux d'inclusion des patients âgés dans les essais thérapeutiques.

Les essais thérapeutiques sont chez ces sujets âgés, comme dans toute autre population, un véritable outil de progrès afin de développer de nouvelles molécules. L'objectif est d'homogénéiser les protocoles de traitement et ainsi de développer des nouveaux référentiels de traitements.

Une demande des soignants :

-Meilleure connaissance des singularités des sujets âgés en oncologie afin de leur proposer une prise en charge médicale et paramédicale spécifique.

-Importance de constituer des référentiels de traitement adaptés aux particularités des sujets âgés et de leurs comorbidités (posologie, schéma de traitement, durées de traitement, doses reçues) ^[25].



Les essais thérapeutiques sont une véritable nécessité pour développer de nouvelles molécules, et permettent une homogénéisation des protocoles thérapeutiques.



Consentement, exclusion / discrimination, cadre juridique des recherches cliniques

Le code de la santé publique prévoit « qu'aucune recherche biomédicale ne peut être pratiquée sur une personne sans son consentement libre et éclairé, recueilli après que lui a été délivrée l'information » (Art. L.1122-I-I CSP). L'information donnée concerne l'objectif, la méthodologie et durée de la recherche, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme, les éventuelles alternatives médicales, les modalités de prise en charge médicale prévue en fin de recherche, etc.) (Art. L.1122-I-CSP). Le consentement doit être donné **par écrit, ou en cas d'impossibilité, attesté par un tiers**, indépendant de l'investigateur et du promoteur. Le consentement peut être retiré à **tout moment**, sans que la personne encoure aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Le code de la santé publique prévoit **une liste des personnes à exclure des recherches cliniques** (mineurs, majeurs vulnérables, femmes enceintes, etc.) : Les personnes âgées ne sont a priori pas exclues des protocoles de recherche et il serait discriminant de les évincer en raison de leur âge. Pour les personnes âgées sous protection juridique, il est prévu que « les personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection légale ou hors d'état d'exprimer leur consentement ne peuvent être sollicitées pour des recherches biomédicales que si des recherches d'une efficacité comparable ne peuvent être effectuées sur une autre catégorie de la population et dans les conditions suivantes :

- soit l'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru ;
- soit ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres personnes placées dans la même situation. Dans ce cas, les risques prévisibles et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minimal (Art.L.1121-8 CSP)»

/21/



Droit des patients âgés d'être inclus dans des projets de recherche

IDÉE REÇUE N°9

L'obstination déraisonnable, un mythe ? FAUX !



Situation pas si anecdotique que cela !

Qu'est-ce que l'obstination déraisonnable ?

L'obstination déraisonnable et l'acharnement thérapeutique sont deux expressions synonymes pour désigner l'attitude qui consiste en la poursuite de soins curatifs - soins qui visent à guérir la maladie ou à ralentir son évolution - alors que le malade n'en tirera aucun bénéfice ^[26].

Article 1 Loi Léonetti (article L.1110-5 du code de la santé publique) : « Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris ».

Le code de santé publique et le code de déontologie préfèrent le terme d'obstination déraisonnable à celui d'acharnement thérapeutique.

/22/

Quels sont les écueils à éviter ?

L'objectif est de réaliser la balance bénéfices / risques de toute prescription diagnostique ou thérapeutique.

Ainsi, les écueils à éviter seraient :

- de renoncer à un traitement qui pourrait être utile au patient en lui permettant une rémission de bonne qualité moyennant peu d'effets secondaires,
- de proposer des traitements qui pourraient être mal tolérés par le patient, et dont l'efficacité est probablement nulle ou source d'inconfort disproportionné pour l'obtention d'une rémission efficace.

Chaque situation est donc singulière, et nécessite une réflexion ; si possible collégiale et rentrant dans une démarche institutionnelle (RCP, staff ...).



*L'obstination déraisonnable est parfois
plus fréquente que le sous-traitement,
avec des conséquences péjoratives !*

Erreur par défaut / par excès

Les actes diagnostiques, thérapeutiques et de soins ne doivent pas être poursuivis par obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent **inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie**, ils peuvent être **suspendus ou ne pas être entrepris**. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie.

Difficultés du médecin face à cette interdiction d'obstination déraisonnable :

- **L'erreur par défaut** : La pathologie est curable mais le médecin renonce trop tôt aux soins

- **L'erreur par excès** : Le médecin « impose » au patient des investigations invasives sans visée thérapeutique et des soins douloureux afin de prolonger la vie de quelques jours dans des souffrances supplémentaires inutiles (TA Nîmes, 02 juin 2009).

L'appréciation d'un cas d'obstination déraisonnable doit se faire au cas par cas. Le médecin doit procéder à une **balance bénéfices / risques** en tenant compte de divers éléments (l'avancée de la maladie, l'espérance de guérison, l'âge du patient, les coûts financiers engagés, etc.).

Quelle procédure dois-je suivre en situation d'obstination déraisonnable ?

Le médecin est tenu de sauvegarder la dignité de la personne et doit lui garantir une qualité de vie en dispensant des soins palliatifs (Art. L.1110-10 CSP). Le médecin doit envisager **l'arrêt ou la limitation des traitements** dans un tel cas.

Suis-je soumis à des obligations particulières dans le cas d'une limitation ou d'un arrêt des traitements ?

- **Lorsque le patient est conscient et capable de donner son consentement**

Que dois-je faire si mon patient souhaite continuer les soins alors même que je considère être dans un cas d'obstination déraisonnable ?

Le médecin est soumis à l'interdiction de l'obstination déraisonnable. Pourtant, il peut être difficile de concilier cette obligation avec la volonté déraisonnable du patient de poursuivre des soins.

Le médecin doit **favoriser l'écoute et le dialogue avec son patient**.

/23/



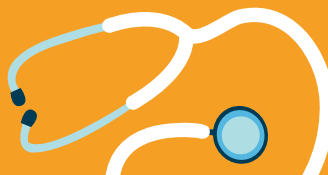
Obstination déraisonnable : inutilité, disproportionnalité ou actes n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie du patient = arrêt / limitation des traitements

Sauvegarde de la dignité du patient

Appréciation au cas par cas

IDÉE REÇUE N°10

La prise en charge palliative, on ne fait plus rien : FAUX !



Les soins palliatifs

Qu'est-ce que les soins palliatifs ?

Selon la définition de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), « Les soins palliatifs sont des **soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale**. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche ».

En quoi consiste la prise en charge palliative ?

Une prise en charge palliative d'un cancer (où la guérison n'est plus possible, mais où des soins spécifiques du cancer sont possibles afin de limiter la progression ou les effets directs de la tumeur par chimiothérapie, radiothérapie...) est à différencier des soins palliatifs symptomatiques. Ces derniers prennent en charge les symptômes fréquents de la fin de vie tels que la douleur, l'anxiété, la dyspnée, l'asthénie, les symptômes digestifs. Une prise en charge pluridisciplinaire ou spécialisée par une équipe de soins palliatifs est indispensable.

/24/

À quel moment débute-t-elle ?

170 698 patients âgés de 75 ans ou plus sont décédés dans un centre hospitalier ; 27% d'entre eux des suites d'un cancer ^[27].

Les soins palliatifs concernent donc la période de la fin de la vie, mais **il ne saurait y avoir en oncologie en général, et en oncogériatrie en particulier, de coupure brutale soins curatifs / soins palliatifs**.



Prise en charge palliative ≠ ne rien faire, simplement les traitements ne seront pas curatifs de la maladie cancéreuse.

MÉDECINE

Les directives anticipées prévalent toujours sur l'avis de la personne de confiance qui lui-même prévaut sur l'avis de la famille / des proches

Avis consultatif = non contraignant

Procédure collégiale + inscription dans le dossier médical



DROIT



Fin de vie



Suis-je tenu de poursuivre des soins curatifs dans le cas d'une personne âgée en phase terminale d'un cancer, sans qu'aucune amélioration de son état de santé ne soit envisageable ?

Les actes [de prévention, d'investigation ou de soins] ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Ces actes peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie du patient (Art. L.1110-5 al.2 CSP). Dans ce cas, le médecin doit **mettre en place les soins palliatifs** visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage (Art. L.1110-10 CSP).

Que dois-je faire lorsque le patient souhaite limiter ou arrêter ses traitements et que la famille insiste pour la poursuite des soins curatifs ?

Lorsque le patient est capable de donner son consentement, le médecin est tenu de respecter uniquement sa volonté. Sinon, il prend seul la décision en considérant le meilleur intérêt du patient et ses obligations professionnelles.

Si mon patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'en tant que médecin je considère être dans un cas d'obstination déraisonnable, que dois-je faire ?

Le médecin doit prendre en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés (Art. R. 4127-37 CSP).

Il doit :

- consulter les **directives anticipées** du patient (si elles existent).
- lorsque le patient n'a pas rédigé de directives anticipées, le médecin doit consulter la personne de confiance désignée. Si le patient a des directives anticipées et une personne de confiance, les directives anticipées **priment** sur la personne de confiance.
- le cas échéant, le médecin doit **intégrer la famille et les proches** du patient à la décision.

/25/

Suis-je tenu de respecter l'avis de la personne de confiance ou de la famille ?

L'avis de la personne de confiance et de la famille est **consultatif**. Le médecin est obligé de les intégrer au processus de décision. Cependant, il n'est pas tenu de suivre l'avis donné.

Puis-je prendre seul la décision de limiter ou d'arrêter les traitements ?

La décision de limitation ou d'arrêt des traitements ne peut être prise par un seul médecin. Cette décision doit être prise à la suite de la mise en œuvre d'une **procédure collégiale** (Art. R. 4127-37 CSP).

Suis-je tenu d'inscrire le déroulement de cette procédure collégiale dans le dossier médical du patient ?

Le déroulement de la procédure, les avis recueillis, la nature et le sens des concertations, les motifs de la décision et la décision de limitation ou d'arrêt des traitements doivent être obligatoirement inscrits par le médecin dans le **dossier médical**.

Dois-je informer la personne de confiance, la famille ou les proches du patient des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt des traitements ?

Le médecin est tenu d'informer la personne de confiance (si elle a été désignée), la famille ou, à défaut, les proches du patient de la nature et des motifs de la décision.

CONCLUSION

« *Les idées reçues sont des maladies contagieuses.* »

Esther Rochon

L'objectif principal de ce guide est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du patient âgé atteint de cancer.

Cette amélioration passe avant tout par le progrès des examens diagnostiques et des thérapeutiques, mais également par une évolution des mentalités et des pratiques professionnelles.

Comme il avait été annoncé en introduction, ce guide n'est pas (et ne se veut pas) exhaustif concernant les idées reçues actuelles.

Une prise de conscience générale est aussi importante que les évolutions thérapeutiques et technologiques qui émaillent actuellement le quotidien des professionnels de santé et reste indispensable pour en faire bénéficier les patients âgés.

La dimension juridique de ce guide des idées reçues et de bonnes pratiques n'a pas pour finalité d'effrayer les professionnels de santé, mais bien au contraire, de les accompagner dans une prise en charge optimale de leurs patients âgés atteints d'un cancer.

Le regard des juristes vient compléter celui des médecins, en les informant des différentes règles applicables dans leurs pratiques professionnelles. Le droit n'apporte pas toujours des réponses concrètes et figées aux divers problèmes du quotidien, mais les textes juridiques peuvent constituer un élément essentiel dans la réflexion des praticiens et dans l'exercice de leur profession.

Pour en savoir plus :

- Legifrance.gouv.fr : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- SIOG (International Society of Geriatric Oncology) : <http://www.siog.org>
- SOFOG (Société Francophone d'Onco Gériatrie) : <http://www.sofog.org>
- Portail du CHU de Rouen (évaluation gériatrique) : <http://www.chu-rouen.fr>
- Société de Formation Thérapeutique du Généraliste : <http://www.sftg.net>

Références

- [1] Extermann M, Albrand G, J Clin Oncol 2003; 21: 3214-3219.
- [2] Bouchardy C, J Clin Oncol 2003 Oct 1; 21(19): 3580-7.
- [3] Keating NL, J Clin Oncol 2006 Jan 1; 24(1): 85-94.
- [4] Schonberg MA, J Clin Oncol 2010 Apr 20; 28(12): 2038-45.
- [5] Mc Corkle et al JAGS 2002.
- [6] Soubeyran P et al. Validation of the screening tool in geriatric oncology : the ONCODAGE project. J Clin Oncol 2011.
- [7] Terret C, J Clin Oncol 2007 May 10; 25(14): 1876-81.
- [8] Extermann M. Crit Rev Oncol Hematol 2004 Jan; 49(1): 69-75.
- [9] Walter LC, Lewis CL, Barton MB. Screening for colorectal, breast, and cervical cancer in the elderly : A review of the evidence. Am J Med 2005; 118: 1078-86.
- [10] Gallois P, Vallée JP, Le Noc Yunaformec Novembre 2005.
- [11] Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients. A framework for individualized decision making. JAMA. 2001; 285: 2750-6.
- [12] Anisimov VN. Biology of aging and cancer. Cancer Control 2007; 14: 23-31.
- [13] Gennari R, Curigliano G, Rotmensz N, et al. Breast carcinoma in elderly women : Features of disease presentation, choice of local and systemic treatments compared with younger postmenopausal patients. Cancer 2004; 101: 1302-10.
- [14] De Marzo AM, Nelson WG, Isaacs WVB et al. - Pathological and molecular aspects of prostate cancer.
- [15] Rapport de la commission d'orientation sur le cancer 2003, chap. 8 : <http://www.fondation-arc.org>.
- [16] Petignat P, Fioretti G, Verkooijen HM, et al. Poorer survival of elderly patients with ovarian cancer : A population-based study. Surg Oncol 2004 ; 13: 181-6.
- [17] Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie I - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2013. 122 p.
- [18] Patterns of presentation, diagnosis, and treatment in older patients with colon cancer and comorbid dementia. J Am Geriatr Soc. 2004 Oct; 52(10): 1681-7.
- [19] C. Robb et al. Critical Reviews in Oncology/Hematology 74 2010 ; 218-224.
- [20] Raji MA, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS. Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer. Arch Intern Med, 2008; 168: 2033-2040.
- [21] Le dispositif d'annonce : document destiné aux professionnels de santé, avril 2006 : www.e-cancer.fr/.../2879-document-destine-aux-professionnels-de-sante.
- [22] Selmès J, Derouesné C. Réflexions sur l'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Psychol Neuropsychiatr 2004; 2: 133-140.
- [23] www.e-cancer.fr/.../2879-document-destine-aux-professionnels-de-sante.
- [24] Boyle H, Girre V, Mertens C, Falandry C, Gouttenaire F, Freyer G et al. Recherche clinique en oncogériatrie. Oncologie 2009; 11: 1-6.
- [25] Etat de lieux et perspectives en oncogériatrie, INCa Mai 2009 : <http://www.e-cancer.fr>.
- [26] Soins Palliatifs Centre National De Ressources : <http://www.soin-palliatif.org>.
- [27] Observatoire National de la Fin de Vie, 2013 : <http://www.onfv.org>.



Avec le soutien de



Réalisation & conception : délégation à la Communication du CHRU de Nancy, mai 2015.
MAJ 2022