

Faculté de santé publique

Étude rétrospective des facteurs prédictifs et des syndromes gériatriques associés aux décès précoces des personnes âgées récemment diagnostiqués d'un cancer suivi aux Cliniques universitaires Saint-Luc :

Comment optimiser un suivi onco-gériatrique auprès des patients âgés ?

Mémoire réalisé par
Ewelina Trykoszko

Promoteur(s)
Pascale Cornette
Clémence van der Bruggen

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENT

Je voudrais remercier toutes les personnes qui ont contribué et aidé à la réalisation de ce mémoire.

Pour commencer, je tenais à remercier Pr. Cornette et Mme van der Bruggen pour leur disponibilité, leur patience et leurs conseils qui ont alimenté ce travail. Ensuite, je souhaitais également remercier les intervenants rencontrés qui ont contribué à la réalisation de ce travail : Mme Van Mannen, Mme Quint et Mr Tassone.

Enfin, mes proches, pour leur soutien pendant la rédaction de ce travail.

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENT	3
LE PLAGIAT.....	5
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	11
PARTIE 1 - CADRE THÉORIQUE.....	13
1. <i>INTRODUCTION.....</i>	13
2. <i>POPULATION VIEILLISSANTE</i>	13
2.1. VIEILLISSEMENT ET CANCER.....	14
2.2. PROFIL DU PATIENT GÉRIATRIQUE	15
3. <i>PRISE EN CHARGE DU PATIENT ONCO-GÉRIATRIQUE.....</i>	16
3.1. APPROCHE GÉRIATRIQUE EN ONCOLOGIE	16
3.2. TYPES DE PATIENTS ONCO-GÉRIATRIQUES	17
4. <i>DÉCÈS PRÉCOCES EN ONCO-GÉRIATRIE.....</i>	19
4.1. FACTEURS FAVORISANTS ET PRÉDICTIFS DE DÉCÈS PRÉCOCES EN ONCO-GÉRIATRIE.....	19
5. <i>ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ONCO-GÉRIATRIQUE À RISQUE DE DÉCÈS PRÉCOCE</i>	23
5.1. FREINS AUX SOINS PALLIATIFS ANTICIPÉS	23
5.2. INTÉGRATION PRÉCOCE DE SOINS PALLIATIFS OU SOINS DE SUPPORT	25
5.3. CADRE LÉGAL DES SOINS PALLIATIFS	26
5.4. IDENTIFIER LES PATIENTS PALLIATIFS	26
6. <i>PLANIFICATION ANTICIPÉE DU PLAN DE SOINS</i>	28
6.1. PLANIFICATION ANTICIPÉE EN BELGIQUE	29
7. <i>PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ONCO-GÉRIATRIQUES AUX CLINIQUES SAINT-LUC</i>	31
8. <i>CONCLUSION DE LA PARTIE THÉORIQUE</i>	33
PARTIE 2 – CADRE MÉTHODOLOGIQUE	35
1. <i>INTRODUCTION.....</i>	35
2. <i>OBJECTIFS.....</i>	35
3. <i>MATÉRIELS ET MÉTHODE</i>	36
3.1. TYPE D'ÉTUDE.....	36
3.2. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	36
3.3. COLLECTE DE DONNÉES	36
3.4. ÉCHANTILLONNAGE.....	37
3.5. MÉTHODES STATISTIQUES UTILISÉES	41
PARTIE 3 - RÉSULTATS.....	43
1. <i>CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....</i>	43
1.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES.....	43
1.2. CARACTÉRISTIQUES PATHOLOGIQUES	43
1.3. CARACTÉRISTIQUES LIÉES AUX SYNDROMES GÉRIATRIQUES.....	45
1.4. AUTRE.....	46
2. <i>TAUX DE DÉCÈS PRÉCOCES CHEZ LES PATIENTS ONCO-GÉRIATRIQUES SUIVIS AUX CUSL</i>	49
3. <i>COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DÉCÉDÉE PRÉCOCEMENT ET CELLE QUI A SURVÉCUE À 3 MOIS DE SUIVI.</i>	50
4. <i>CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS DÉCÉDÉS PRÉCOCEMENT</i>	55
5. <i>FACTEURS ASSOCIÉS AUX DÉCÈS PRÉCOCES EN ONCO-GÉRIATRIE.....</i>	56

5.1.	FACTEURS ASSOCIÉS AUX DÉCÈS PRÉCOCES – ANALYSES UNIVARIÉES	56
5.2.	FACTEURS PRÉDICTIFS DE DÉCÈS PRÉCOCES – ANALYSE MULTIVARIÉE	59
PARTIE 4 – DISCUSSION ET PERSPECTIVES		60
1.	<i>DISCUSSION</i>	60
1.1.	TAUX DE DÉCÈS PRÉCOCES	60
1.2.	FACTEURS ASSOCIÉS AUX DÉCÈS PRÉCOCES DES PATIENTS ONCO-GÉRIATRIQUES SUIVI AUX CUSL	61
1.3.	FACTEURS PRÉDICTIFS DES DÉCÈS PRÉCOCES DES PATIENTS ONCO-GÉRIATRIQUES SUIVI AUX CUSL	66
2.	<i>OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ONCO-GÉRIATRIQUES SUIVIS AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC</i>	68
3.	<i>LIMITES ET PERSPECTIVES</i>	70
CONCLUSION GÉNÉRALE.....		72
BIBLIOGRAPHIE		74
ANNEXE 1		81
ANNEXE 2		82
ANNEXE 3		83
ANNEXE 4		84

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Actuellement, nous faisons face à une population vieillissante qui est confrontée aux diagnostics oncologiques fréquents (Pallis et al., 2010). En Belgique, le cancer est devenu la deuxième cause de décès au sein de la population de 65 ans et plus (IWEPS, 2021). L'accompagnement des patients âgés atteint de cancer est complexe car nécessite une coordination entre la filière gériatrique et oncologique.

L'importance de la mise en place d'un programme de soins qui assurerait un suivi optimal pour la population âgée est mise en avant par le Plan Cancer et ses appels à projets relatifs à l'onco-gériatrie. De fait, la population âgée est très hétérogène. C'est pourquoi, l'approche thérapeutique doit être individualisée. Afin de personnaliser l'accompagnement thérapeutique, une évaluation globale du patient est indispensable. Cette démarche assure le choix d'une option thérapeutique adaptée au patient, vise à dispenser des soins de qualité et à assurer un confort de vie au patient et à ses proches. Les patients qui sont sujets de l'évaluation sont souvent des patients fragiles.

Nous observons cependant qu'une part des sujets onco-gériatriques décède précocement, à savoir dans les mois qui suivent l'initiation du suivi. Il est nécessaire de savoir comment nous pouvons les identifier afin de leur assurer une prise en charge optimale et d'anticiper leur décès dans des conditions inadéquates.

La population gériatrique est hétérogène. Cette caractéristique est également présente dans la phase de fin de vie. Les patients gériatriques ne doivent donc pas bénéficier tous des mêmes soins. Les aides et les soins qui leur sont accordés devraient répondre aux besoins de chacun. Ceux-ci s'étendent sur plusieurs domaines (physique, psychologique, spirituel, social) et doivent être réévalués régulièrement (Keirse et al., 2009). Notons que face à une espérance de vie qui diminue, les besoins en soins augmentent (Desmedt, 2016).

En effet, l'allocation des ressources pour les patients en fin de vie est un enjeu pour le système de santé. Il est donc important de faire un suivi adéquat et de réévaluer régulièrement leurs besoins afin d'adapter les soins et de les diriger vers les soignants et les structures adéquates (Desmedt, 2016).

Malheureusement, nous observons encore souvent que les soins palliatifs sont instaurés tardivement. En Belgique, près de 20% des soins palliatifs ont été initiés la semaine précédant

le décès du patient. Dix (10) % des patients ont bénéficié d'une chimiothérapie dans les 14 jours précédant leur décès (KCE, 2019).

Une démarche palliative initiée à temps impliquerait des soins de confort et un accompagnement du patient ainsi que de ses proches en cette période de fin de vie. Cette approche permettrait d'anticiper la détérioration de l'état du patient et permettrait l'instauration de différentes aides et dispositifs qui maximiseraient la qualité de vie du patient malgré le diagnostic difficile. De plus, cette démarche pourrait apporter un soulagement aux équipes soignantes au sein des structures hospitalières, qui font face à des situations difficiles qui auraient pu être anticipées.

Face à l'accompagnement complexe des patients fragiles en onco-gériatrie, des questions surgissent :

- Existe-t-il des facteurs significativement différents entre les patients âgés qui décèdent précocement et ceux qui survivent à plus de 3 mois ?
- Quels sont les facteurs prédictifs et les syndromes gériatriques associés au décès précoce (dans les 3 mois de l'inclusion) des patients âgés diagnostiqués d'un cancer ?
- Comment anticiper la détérioration de la qualité de vie et l'augmentation de la dépendance après l'initiation de la prise en charge et des traitements oncologiques chez les patients âgés ? Existe-t-il une prise en charge différenciée de celle qui est pratiquée actuellement ?
- Comment assurer une qualité de soins et une qualité de vie aux personnes âgées touchées par le cancer ; que des traitements anticancéreux aient été initiés ou non ?

Ces questions nous amènent à la réflexion suivante : « Comment optimiser la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un cancer et étant à risque de décès précoce ? »

PARTIE 1 - CADRE THÉORIQUE

1. INTRODUCTION

Afin de développer le cadre théorique, une revue de la littérature a été réalisée. Diverses bases de données ont été sollicitées comme Cairn, PubMed, EM Consult, KCE. Cette recherche comportait de la littérature française et anglaise.

Ce cadre théorique plantera le décor du mémoire. Il commencera par introduire le concept de la population vieillissante et le profil du patient gériatrique. Nous aborderons brièvement l'accompagnement et les différents types de patients onco-gériatriques. Ensuite, nous exposerons les chiffres liés au décès précoce en onco-gériatrie ainsi que leurs facteurs favorisants. Les soins palliatifs précoces et la planification anticipée de plan de soins seront abordés. Enfin, l'accompagnement des patients onco-gériatriques au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc sera présenté.

2. POPULATION VIEILLISSANTE

Nous faisons face à une population vieillissante. Selon l'OMS (2021), d'ici 2050, nous pouvons nous attendre à une augmentation d'environ 34% de la population mondiale âgée de 60 ans et plus. Ce vieillissement de la population est influencé par l'allongement de l'espérance de vie et par conséquent l'augmentation de la population âgée.

L'Organisation de coopération et développement économique (OCDE) (2020) définit la population âgée comme la part de la population étant âgée de 65 ans et plus.

En Belgique dans les années 70, cette dernière représentait 13,39% de la population belge (OCDE, 2021). Aujourd'hui, ce pourcentage a augmenté pour atteindre les 19,26% (OCDE, 2021). Cette augmentation témoigne de l'importance du vieillissement de la population qui est en cours et qui ne cessera d'augmenter dans les prochaines années. Ce pourcentage pourrait atteindre les 25,8% en 2060 (Deschodt et al., 2015).

Quant à l'espérance de vie à la naissance, en 2020, elle s'élevait à 80,8 ans, soit 78,5 ans pour les hommes et 83,1 ans pour les femmes. Comparativement, en 1996, elle était de 77,23 ans pour la population totale. Nous ne connaissons pas l'impact de la pandémie du Covid-19 sur ces chiffres. L'interprétation de ceux-ci doit être effectuée avec prudence (Statbel, 2021).

2.1. VIEILLISSEMENT ET CANCER

L'allongement de l'espérance de vie augmente le risque de maladie chronique comme le cancer (KCE, 2012). En Belgique, en 2019, 71 651 nouveaux diagnostics oncologiques ont été rapportés par la Fondation Registre du Cancer (n.d.). Le cancer touche majoritairement les plus âgés. En effet, au moment du diagnostic 69% de femmes et 80% des hommes ont 60 ans et plus (Fondation Registre du Cancer, n.d.).

Le graphe ci-dessous (Figure 1.) illustre les cancers les plus fréquents chez les personnes de 70 ans et plus. Chez les hommes, les tumeurs les plus fréquentes sont le cancer de la prostate, du poumon et le colorectal. Quant aux femmes, elles sont plus souvent touchées par le cancer du sein, le colorectal et le poumon (Belgian Cancer Registry, n.d.).

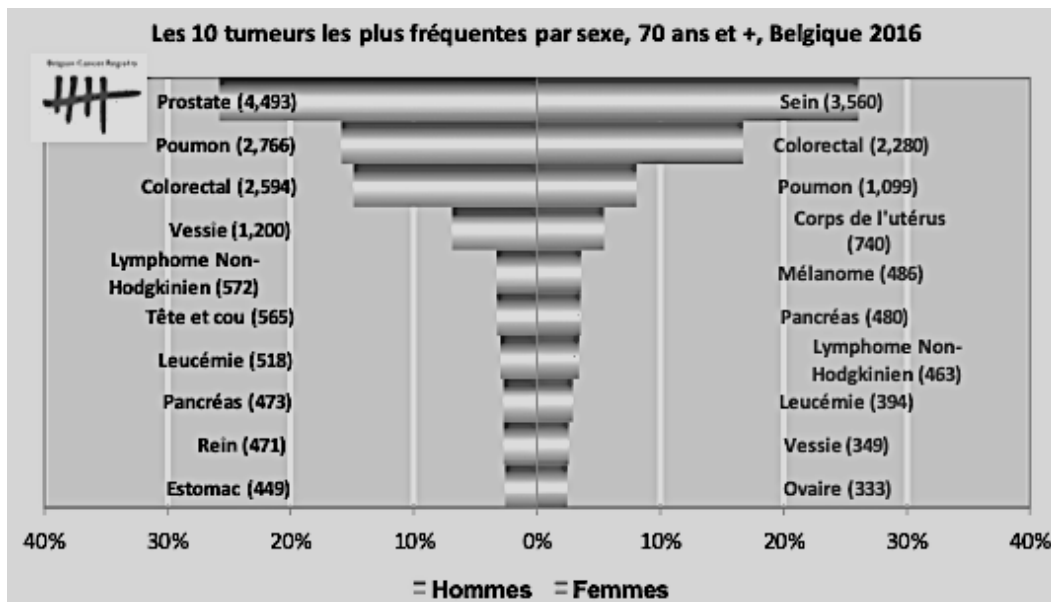


Figure 1. Les tumeurs les plus fréquentes chez les sujets âgés de 70 ans et plus en Belgique (2016). (Belgian Cancer Registry, n.d.).

Le cancer est l'une des causes principales de décès en Belgique. Selon Statbel, l'office belge de statistique, en 2018, le cancer était responsable de 25% de l'ensemble de décès. Plus fréquent chez les hommes (Statbel, 2021). Chez les personnes de 65 ans et plus, les tumeurs sont responsables de 23% de décès (IWEPS 2021).

2.2. PROFIL DU PATIENT GÉRIATRIQUE

Afin d'énoncer les différents profils gériatriques rencontrés en oncologie, nous devons d'abord définir le profil du patient gériatrique.

L'Art. 3 de l'Arrêté royal du 29 janvier 2007 qui définit le Programme de Soins pour les patients gériatriques, c'est-à-dire la façon dont l'hôpital doit organiser les soins à ces patients, définit clairement la population cible de ce programme et donc les caractéristiques d'un patient gériatrique.

En effet, le profil gériatrique regroupe des caractéristiques comme la diminution de l'homéostasie (AR 29/01/2007, Art. 3 ; KCE, 2008 ; Pelemans, n.d.), la présence de polyopathologies, la polymédication, la pharmacocinétique perturbée et la présentation atypique des pathologies (AR 29/01/2007, Art. 3 ; CUSL, 2021 ; KCE, 2008 ; Pelemans, n.d.). De plus, il s'agit de patients qui courent plus de risques d'être dénutris et de développer des dépendances dans les tâches quotidiennes. Cela entraîne, pour ces patients fragiles, un risque de difficultés psychosociales (AR 29/01/2007, Art. 3 ; CUSL, 2021 ; Pelemans, n.d.) et de déclin fonctionnel (CUSL, 2021).

Ce groupe de patients risque de développer des syndromes gériatriques (CUSL, 2021 ; Rollot-Trad, 2020). Il s'agit de « *conditions de santé d'origine multifactorielle qui apparaissent lorsque les effets cumulés de désordres fonctionnels de multiples systèmes rendent une personne vulnérable face à des situations de challenges* » (Pepersack et al., 2016, p. 371). La prévalence de ces derniers augmente avec l'âge et serait plus fréquente chez les patients atteints d'un cancer (Rollot-Trad, 2020). Nous pouvons citer les chutes, le délirium, l'incontinence, la dénutrition et la déshydratation, la dépression et les troubles de la mémoire (CUSL, 2021 ; Rollot-Trad, 2020).

Les syndromes gériatriques influent sur l'espérance et la qualité de vie des patients âgés. Ils influencent également la décision thérapeutique oncologique, son organisation, l'efficacité et la tolérance des traitements anticancéreux (Rollot-Trad, 2020). Leur dépistage est recommandé chez les personnes de plus de 75 ans (Monod, 2009).

Quant à l'âge, même si l'OCDE (2020) définit la population âgée comme ayant 65 ans et plus, il n'est pas un critère suffisant pour définir un patient gériatrique (CUSL, 2021 ; KCE, 2008 ;

Pelemans, n.d.). Cependant, nous considérerons les personnes de plus de 75 ans comme particulièrement à risque (AR 29/01/2007, Art. 3 ; CUSL, 2021 ; Pelemans, n.d.).

Notons que le cancer peut influencer voire même augmenter le développement de dépendances chez les personnes âgées, qui par leur âge, leur fragilité et les autres pathologies actives sont déjà exposées à celles-ci (Monod, 2009). D'après Stéphanie Monod (2009), la prévalence en dépendance fonctionnelle pourrait augmenter de plus de 80% en 2030.

La prévention, le dépistage et la prise en charge de ces syndromes gériatriques aideront à faire face au déclin fonctionnel et cognitif du patient âgé. Ainsi, nous pourrions éviter des frais médicaux et des hospitalisations inutiles (Monod, 2009).

3. PRISE EN CHARGE DU PATIENT ONCO-GÉRIATRIQUE

Prendre soin d'un patient gériatrique dans le cadre d'un cancer a donné naissance à une nouvelle collaboration entre le domaine oncologique et gériatrique. Puisque la population vieillissante est une population hétérogène, cette prise en charge ne peut pas être généralisée à tous les patients. Il est donc important de prendre conscience du type de patient soigné, de ses besoins et de ses spécificités. Pour cela, divers outils ont été élaborés afin d'aider le corps médical à la prise de décision thérapeutique individualisée.

3.1. APPROCHE GÉRIATRIQUE EN ONCOLOGIE

La prise en soins de patients gériatriques est spécifique. Elle est dédiée à la branche de médecine interne qui détient les compétences nécessaires pour la prise en charge globale d'un patient âgé. Dans le domaine spécifique de l'onco-gériatrie, l'approche gériatrique est réalisée en deux étapes.

La première consiste à dépister les patients fragiles à l'aide de l'outil G8 (François, 2015) (Annexe 1). Il s'agit d'un outil de dépistage validé dans la population des 75 ans et plus atteinte de cancer (INCa, 2012). Il permet de réaliser un « screening » auprès de ces patients et d'identifier ceux qui nécessiteraient une évaluation gériatrique plus approfondie (INCa, 2012). Ces patients risquent plus souvent d'avoir une mauvaise tolérance aux traitements anticancéreux et présentent des caractéristiques tels que la polymédication, la dénutrition, les troubles cognitifs etc. (INCa, 2012).

La seconde étape correspond à la réalisation d'une évaluation gériatrique approfondie (CGA) (François, 2015). Le CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) est un processus qui a été développé par des gériatres afin d'exercer une approche diagnostique, thérapeutique personnalisée et multidisciplinaire auprès des patients âgés (Kenis, 2019 ; Pallis, et al., 2010). L'évaluation gériatrique approfondie vise généralement les patients âgés fragiles chez qui un risque de perte d'autonomie fonctionnelle peut être objectivé. Il est démontré que ce sont les patients fragiles, à risque, qui bénéficient le plus de cette approche (KCE, 2008).

Cette approche est largement utilisée dans le domaine de l'oncogériatrie et certains de ses aspects sont d'ores et déjà validés. Son but est d'évaluer la santé globale du patient afin de permettre aux oncologues d'individualiser au maximum le traitement (Pallis, et al. 2010 ; Kenis, 2019). Elle permet de dépister des problèmes de santé potentiels et encore méconnus du patient gériatrique. Elle assure la mise en place d'interventions pluridisciplinaires afin d'améliorer l'état de santé du patient mais également sa qualité de vie. De plus, elle permet de prévenir un déclin fonctionnel, diminue le risque d'(ré)hospitalisation et d'institutionnalisation (Maas et al., 2007). Cette approche est validée dans différents domaines et lieux de soins comme les unités hospitalières dédiées aux soins des personnes âgées (les ACE Unit pour Acute care for Elders par exemple).

3.2. TYPES DE PATIENTS ONCO-GÉRIATRIQUES

La figure 2 illustre comment une évaluation gériatrique permet d'identifier 3 groupes de patients âgés atteints de cancer. Cet arbre a le mérite d'être assez explicite et de mettre en avant l'hétérogénéité de la population âgée. (Dayez, 2014 ; Ferrat, 2017).

Il s'agit d'un système de classification de patients âgés atteints d'un cancer proposé par Balducci et al. (2000) (François, 2015). Il a été adapté depuis. Ce système est couramment utilisé à des fins de recherche en onco-gériatrie mais également en pratique clinique. Il permet de déterminer la démarche à suivre dans l'accompagnement d'un patient oncogériatrique (François, 2015).

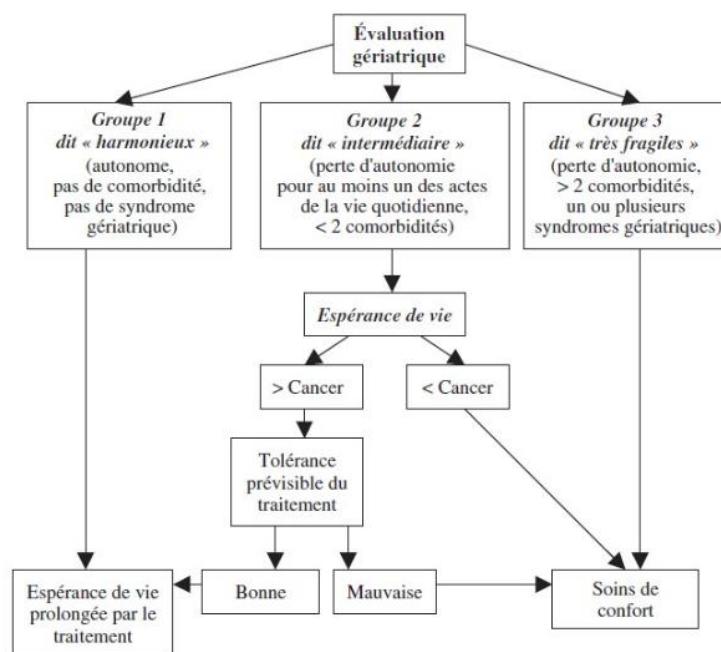


Figure 2. Algorithme décisionnel en oncogériatrie (Dayez, 2014).

Les patients onco-gériatriques peuvent être répartis en 3 groupes : le groupe « harmonieux » ou « fit », le groupe « intermédiaire » ou « vulnérable » et le groupe « très fragile » ou « frail » (Dayez, 2014 ; Ferrat, 2017 ; François, 2015).

L'attribution du patient à un groupe dépendra des résultats obtenus lors de l'Évaluation Gériatrique. Pour rappel, ce processus permet d'évaluer l'état général du patient et de dépister des fragilités qui ne sont pas encore connues (Dayez, 2014 ; Ferrat et al., 2017).

Les patients dont le vieillissement est harmonieux sont caractérisés comme robustes. Il s'agit en général de patients âgés indépendants, ne comportant pas de comorbidités graves (François, 2015). Les patients de la catégorie « fit » peuvent accéder aux soins oncologiques dits standards (François 2015 ; Ferrat et al., 2017).

Le vieillissement habituel caractérise les patients vulnérables. Il s'agit de patients qui ne sont pas entièrement indépendants dans les activités quotidiennes ou sont touchés par des comorbidités plus sérieuses (François, 2015). L'option thérapeutique doit être adaptée à l'état de santé du patient et à sa tolérance au traitement suite à une évaluation gériatrique approfondie (François, 2015).

Pour finir, le vieillissement pathologique touche les patients fragiles. Pour ce groupe, le diagnostic de cancer qui s'ajoute à des comorbidités existantes influence le pronostic du patient (François, 2015). Il s'agit du groupe le plus fragile puisque les patients qui en font partie sont caractérisés par une perte d'indépendance, la présence d'au moins deux pathologies concomitantes et de syndromes gériatriques (Dayez, 2014). Pour ce groupe de patients, des soins de confort sont recommandés (Dayez, 2014 ; Ferrat, et al. 2017 ; François, 2015).

4. DÉCÈS PRÉCOCES EN ONCO-GÉRIATRIE

Nous observons des décès des patients onco-gériatriques dans les semaines qui suivent l'initiation de la prise en soins onco-gériatrique. Le décès précoce des patients gériatriques et ses facteurs favorisants ont été le sujet de nombreuses études scientifiques. Dans le domaine de l'onco-gériatrie, la mortalité précoce est souvent étudiée à 100 jours, 6 mois ou à un an, après le début du suivi du patient.

En effet, les études de Angeli et al. (2020) et Soubeyran et al. (2012) rapportent respectivement une mortalité de 17,5% et 16,1% à 6 mois. Deux-tiers (10,75%) des décès ont lieu durant les trois premiers mois depuis le début du suivi (Soubeyran et al., 2012).

Quant aux patients traités par chimiothérapie, 20% décèdent dans les 6 mois (Feliu et al., 2021). D'autres études rapportent des chiffres plus importants. En effet, l'étude de Ferrat et al. (2015), identifie 30% de décès à 6 mois. L'étude de Rambaud et al. (2017) rapportait une mortalité de 26,8% à 100 jours.

Les chiffres exprimant l'importance de décès précoces en onco-gériatrie diffèrent d'une étude à l'autre. Cela est lié à l'hétérogénéité de la population âgée et aux caractéristiques de la population étudiée.

4.1. FACTEURS FAVORISANTS ET PRÉDICTIFS DE DÉCÈS PRÉCOCES EN ONCO-GÉRIATRIE

Au sein de la littérature, différents facteurs associés et prédictifs de décès précoces en onco-gériatrie ont été identifiés (Tableau 1). Nous pouvons distinguer trois types de facteurs prédictifs de décès précoces en onco-gériatrie.

- LES FACTEURS LIÉS AU PATIENT :

Premièrement, on retrouve les facteurs liés aux caractéristiques du patient. L'âge (Boulahssass et al., 2018 ; Feliu et al., 2021 ; Ferrat et al., 2015) et le genre masculin (Angeli et al., 2020 ; Boulahssass et al., 2018 ; Ferrat et al., 2015 ; Jonna et al., 2016 ; Soubeyran et al., 2012) sont des variables associées au décès précoce.

Cependant, seule l'étude de Jonna et al. (2016) et Soubeyran et al. (2012), identifie le genre masculin comme un facteur prédictif. Quant à l'âge (>80 ans), il est seulement identifié comme facteur prédictif de mortalité à 1 an dans l'étude de Ferrat et al. (2015). Ferrat et al. (2015) mettent en évidence qu'un support social inadéquat (manque d'aidants proches et professionnels) est associé au décès précoce. Enfin, l'étude de Rambaud et al. (2017) réalisée auprès des patients atteints de cancer de vessie, identifie l'isolement social comme facteur favorisant le décès anticipé.

- LES FACTEURS PATHOLOGIQUES :

Ensuite, il y a les facteurs pathologiques. Concernant les facteurs oncologiques, la localisation de la tumeur ainsi que son étendue impactent la survie du patient (Angeli et al., 2020 ; Boulahssass et al., 2018 ; Feliu et al., 2021 ; Ferrat et al., 2015 ; Jonna et al., 2016 ; Rambaud et al., 2017 ; Soubeyran et al., 2012). En effet, le type de cancer (Angeli et al., 2020 ; Boulahssass et al., 2018 ; Ferrat et al., 2015 ; Jonna et al., 2016) et le stade de maladie (Angeli et al., 2020 ; Boulahssass et al., 2018 ; Feliu et al., 2021 ; Ferrat et al., 2015 ; Rambaud et al., 2017 ; Soubeyran et al., 2012) ont été identifiés comme facteurs prédictifs dans des études multivariées.

Des données opposées sont rapportées quant à l'association des comorbidités au risque de décès précoces en onco-gériatrie. Dans l'étude de Soubeyran et al. (2012) qui étudiait les facteurs favorisant le décès à 6 mois après l'initiation de chimiothérapie de 1ère ligne, la présence de comorbidités (CIRS-G) n'était pas associée au décès précoce. Contrairement à l'étude de Ferrat et al. (2015), qui identifie les comorbidités (CIRS-G) comme un facteur prédictif de mortalité à 1 an chez les patients onco-gériatriques.

D'autres études (Boulahssass et al., 2018 ; Feliu et al., 2021), étudiaient l'association des comorbidités à travers l'échelle Charlson. Ils associent ainsi les comorbidités au décès précoce (à 100 jours pour Boulahssass et al. (2018) et à 6 mois pour Feliu et al. (2021)). Mais à l'opposé de Ferrat et al. (2015), ils ne les identifient pas comme un facteur prédictif (Boulahssass et al.,

2018 ; Feliu et al., 2021). De même concernant la polymédication qui n'a pas été retenue comme facteur prédictif (Ferrat et al., 2015 ; Jonna et al., 2016).

L'étude rétrospective de Jonna et al. (2016), s'est focalisée sur les facteurs liés à la mortalité de patients onco-gériatriques après une hospitalisation. Ils mettent en évidence qu'une réadmission (dans les 30 jours qui suivent une hospitalisation) était un facteur qui pourrait prédire un décès précoce. Ils ajoutent que le motif d'admission (cardiaque, pulmonaire, neurologique) l'était également. Un symptôme incommode comme une mauvaise gestion de douleur était également un des motifs d'hospitalisation (Jonna et al., 2016).

Enfin, un projet thérapeutique exclusivement palliatif est identifié comme facteur prédictif de décès précoce dans l'étude d'Angeli et al. (2020) et de Jonna et al. (2016).

- LES FACTEURS GÉRIATRIQUES :

Enfin, il y a les facteurs gériatriques. La présence de troubles cognitifs (Bouhassass et al., 2018 ; Ferrat et al., 2015 ; Jonna et al., 2016 ; Rambaud et al., 2017 ; Soubeyran et al., 2012) et de la dépression (Ferrat et al., 2015) étaient associées à la mortalité précoce. Cependant, seule la présence de troubles cognitifs a été identifiée comme facteur prédictif d'un décès précoce dans l'étude de Jonna et al. (2016).

La malnutrition (Bouhassass et al., 2018 ; Ferrat et al., 2015 ; Soubeyran et al., 2012) ainsi que la perte involontaire d'au moins 5% de poids (Angeli et al., 2020 ; Ferrat et al., 2015) ont été identifiées comme des facteurs augmentant le risque de décès précoce en oncogériatrie.

De plus, la perte d'indépendance fonctionnelle et la mobilité altérée ont été indiquées dans plusieurs études comme facteurs prédictifs à la mortalité précoce (Angeli et al., 2020 ; Bouhassass et al., 2018 ; Feliu et al., 2021 ; Ferrat et al., 2015 ; Jonna et al., 2016 ; Soubeyran et al., 2012). La vitesse de marche (gait speed) inférieure à 0,8m/s s'avère être également un de ces facteurs (Angeli et al., 2020 ; Bouhassass et al., 2018 ; Rambaud et al., 2017). Il en est de même pour un Timed Up and Go supérieur à 20 secondes (Ferrat et al., 2015 ; Soubeyran et al., 2016). Enfin, le statut de performance ECOG-PS supérieur à 2 était identifié comme facteur prédictif du décès précoce dans l'étude de Bouhassass et al. (2018), Feliu et al. (2021) et Ferrat et al. (2015).

Tableau 1. Récapitulatif des facteurs prédictifs à travers la littérature.

Étude et type d'étude	Caractéristiques de la population étudiée	Variabes qui retenues comme facteurs prédictifs de décès précoce
Angeli et al. (2020) Prospective	<ul style="list-style-type: none"> - 603 patients (46,5% d'hommes) ; - Âge moyen de 81,2 ans ; - Taux de décès de 17,5% à 6 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrition (perte de poids involontaire) ; - Altération de la mobilité (gait speed lent) ; - Type de cancer et son étendue ; - Projet thérapeutique (soins de support exclusifs).
Boulahssass et al. (2018) Prospective	<ul style="list-style-type: none"> - 1050 patients (39% d'hommes) ; - Age moyen de 81,8 ans ; - 20% de décès à 100 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cancer métastatique ; - Gait speed lent ; - Statut de performance >2 ; - Malnutrition (MNA).
Feliu et al. (2021) Prospective	<ul style="list-style-type: none"> - 743 patients (60% d'hommes) ; - Âge moyen de 77-78 ans ; - Patients sous chimiothérapie uniquement ; - Taux de mortalité à 6 mois de 20%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le stade de la maladie (stade IV) ; - Le statut de performance (ECOG-PS 2) ; - La dépendance dans les tâches quotidiennes (ADL) ; - Le taux d'albumine ($\leq 3,5$ g/dL) et d'hémoglobine (< 11g/dL) et le BMI (< 23 kg/m²).
Ferrat et al. (2015) Prospective	<ul style="list-style-type: none"> - 993 patients (51,2% hommes) - Âge moyen de 80,2 ans, - Taux de décès à 6 mois était de 30,1% et 41,2% à 1 an. 	<ul style="list-style-type: none"> - Type de cancer ; - Cancer métastatique ; - Mobilité altérée (GUG ; PS>2) ; - Dépendance fonctionnelle (ADL) ; - Nombre important de comorbidités sévère (CIRSG) ; - Age supérieur à 80 ans ; - Malnutrition (perte de poids, BMI<21 kg/m², MNA< 17, albumine <35g/L).
Jonna et al. (2016) Rétrospective	<ul style="list-style-type: none"> - 803 patients (51,8% d'hommes) ; - Âge moyen de 72,5 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> - Genre masculin ; - Dépendance fonctionnelle (IADL) ; - Réadmission dans les 30 jours qui suivent une hospitalisation ; - Raison d'hospitalisation (cardiaque, pulmonaire, neurologique ou gestion de douleur) ; - Type de cancer ; - Troubles cognitifs ; - Projet thérapeutique palliatif.
Rambaud et al. (2017) Prospective	<ul style="list-style-type: none"> - 112 patients (74,1% d'hommes) ; - Âge moyen de 82 ans ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Cancer métastatique ; - Isolement social ; - Gait speed lent ; - Dépendance dans les tâches quotidiennes (ADL).

	<ul style="list-style-type: none"> - Patients atteints de cancer de la vessie ; - 26,8% de participants sont décédés à 100 jours. 	
Soubeyran et al. (2016) Prospective	<ul style="list-style-type: none"> - 348 patients (59,5% d'hommes) ; - Âge moyen de 77,25 ans ; - 16,1% décès à 6 mois (2/3 dans les 3 premiers mois) 	<ul style="list-style-type: none"> - Genre masculin ; - Cancer métastatique ; - Malnutrition (MNA ≤ 23,5) ; - Timed Get Up and Go (> 20 sec).

5. ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT ONCO-GÉRIATRIQUE À RISQUE DE DÉCÈS PRÉCOCE

Nous cherchons à optimiser la prise en charge de patients onco-gériatriques à risque de décès précoces (dans les 3 mois qui suivent le début du suivi onco-gériatrique). La qualité de vie et le bien-être sont des critères importants à prendre en compte lors de l'accompagnement de ces patients. Nous cherchons à apporter des soins centrés sur le patient et ses besoins, tout en les adaptant à sa maladie et à son état de santé.

Compte tenu de la proportion de patients âgés qui vont décéder précocement après le diagnostic de cancer (voir chiffres mis plus haut), il importe de réfléchir à l'instauration précoce de soins palliatifs.

Les soins palliatifs sont définis comme des soins qui « *cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, par le traitement de la douleur et la prise en charge des autres problèmes physiques, psychosociaux et spirituels* » (Keirse et al., 2009, p.ii). Ils visent les patients atteints d'une maladie « *grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, quelle que soit son espérance de vie* » (Loi du 21 juillet 2016, Art.2.). Ils permettent de « *préserver la meilleure qualité de vie possible et (...) de vivre le plus longtemps possible de manière autonome et de préférence à domicile* » (Desmedt, 2016, p.5).

5.1. FREINS AUX SOINS PALLIATIFS ANTICIPÉS

En réalité, l'accompagnement palliatif n'est pas assez anticipé (KCE, 2017 ; KCE, 2019). En 2015, en Belgique, près de 20% de soins palliatifs ont été initiés la semaine qui précédait le décès du patient (KCE, 2019). De plus, près de 10% des patients ont bénéficié d'une

chimiothérapie dans les 2 semaines qui précédaient leur décès. Les raisons de cette prise en soins tardive sont diverses et peuvent résulter en une qualité de vie et une espérance de vie médiocre (AFSOS, 2016).

Une mauvaise estimation ou la difficulté de l'annonce d'un mauvais pronostic sont des raisons de cet accompagnement tardif (AFSOS, 2016). Une charge de travail élevée, le manque de temps et de connaissances liées aux soins palliatifs auprès des soignants créent un frein supplémentaire. L'organisation de soins autour de la fin de vie implique la collaboration entre différentes disciplines et organisations, qui s'avère être difficile. De plus, le financement à l'acte incite encore les soignants à réaliser des prestations plutôt qu'à s'abstenir thérapeutiquement (KCE, 2017).

L'annonce de fin de traitement est difficile tant pour le patient (AFSOS, 2016) que ses proches (AFSOS, 2016 ; KCE, 2017). Il arrive que ceux-ci n'adhèrent pas à la décision d'arrêt de traitement et veuillent continuer à se battre (AFSOS, 2016 ; KCE, 2017). Dans ce cas, le soutien et l'information (Keirse et al., 2009) sont indispensables (KCE, 2017).

De plus, la discussion autour de la fin de vie reste encore tabou. Le patient n'a pas toujours le courage d'aborder le sujet avec le médecin. Ceci peut être influencé par les différences culturelles et religieuses (KCE, 2017).

À côté de cela, la société actuelle perçoit la médecine comme l'art de guérir où les soins palliatifs seraient synonymes d'abandon (AFSOS, 2016 ; KCE, 2017). Le manque de connaissances concernant les soins palliatifs et leurs missions (AFSOS, 2016 ; KCE, 2017) a pour conséquence d'assigner une représentation de mort imminente auprès du patient et son entourage face à ce type de projet de soins (AFSOS, 2016). Or, l'objectif des soins dispensés en fin de vie est d'assurer une « bonne mort », dans le respect de la dignité du patient (Ahmed et al., 2021 ; KCE, 2017). En d'autres termes, une fin de vie sans souffrance (Ahmed et al., 2021).

Les préférences des patients concernant le projet thérapeutique désiré en fin de vie ne sont pas assez connues des médecins tant hospitaliers que généralistes. Les personnes âgées veulent seulement vivre bien et plus longtemps (Felui, et al. 2021). Dans la majorité des cas, les patients souhaitent décéder à domicile (Keirse et al., 2009) et préserver leur indépendance au maximum (Ahmed et al., 2021 ; Keirse et al., 2009). Une aide dans les activités quotidiennes est

souhaitable lorsque le patient n'a plus la capacité de les réaliser par lui-même. Ainsi, un maintien à domicile peut être envisagé.

5.2. INTÉGRATION PRÉCOCE DE SOINS PALLIATIFS OU SOINS DE SUPPORT

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (n.d.), seulement 14% de patients nécessitant des soins palliatifs en bénéficient (OMS, n.d.). En effet, les personnes atteintes de cancer en phase terminale bénéficiant de soins palliatifs sont en augmentation. En Belgique en 2015, ce chiffre s'élevait à 53%. Malgré cela, on observe souvent une instauration tardive des soins palliatifs (KCE, 2019). C'est pourquoi l'OMS recommande de renforcer la couverture auprès de ces patients et son accessibilité (OMS, n.d.).

Selon l'OMS, les soins palliatifs ne sont pas uniquement réservés à la fin de vie. Ils peuvent être dispensés auprès de patients en traitements tel que la chimio-ou radiothérapie (HAS, 2013 ; Scarpi et al., 2018). La figure suivante (Figure 3) de M. Lévy-Soussan, illustre la continuité thérapeutique à travers la phase curative et la phase palliative (HAS, 2013).

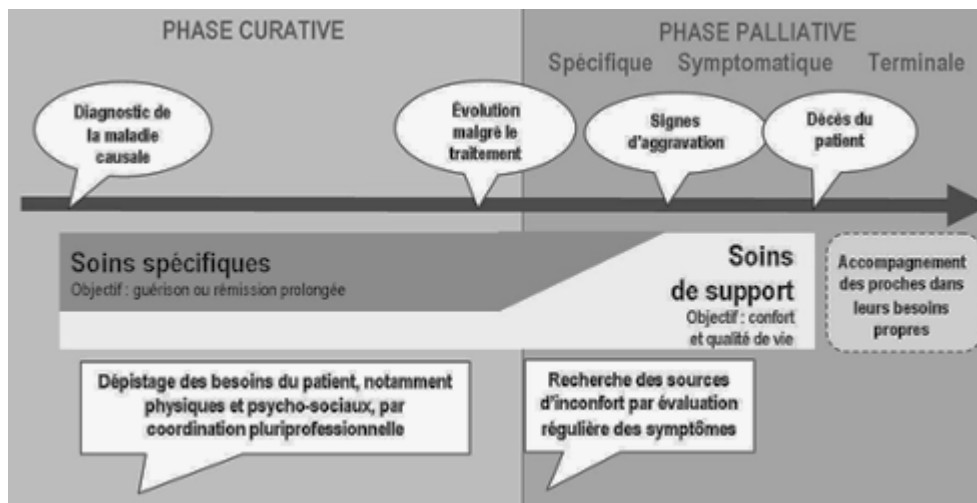


Figure 3. La prise en charge en soins continus (HAS, 2013).

L'étude de Temel a mis en évidence les bienfaits de la prise en charge palliative précoce auprès des patients atteints de cancer du poumon (AFSOS, 2016). Cette étude affirme que cette approche augmente la survie globale des patients et améliore leur qualité de vie. De plus, les symptômes comme l'anxiété et la dépression sont atténués ainsi que la réticence des patients face aux soins palliatifs (AFSOS, 2016 ; De Bock et al., 2017). Elle offre une opportunité au

dialogue autour de la planification anticipée du projet de soins (Desmedt, n.d.). Grâce à cette démarche, les désirs du patient ont l'occasion d'être entendus (AFSOS, 2016).

Enfin, cette démarche de soins de support anticipés diminue les dépenses liées aux soins de santé (Scarpi et al. 2018). Elle permet de diminuer le nombre de ré-hospitalisations et diverses interventions inutiles (Fauci, et al., 2012).

Cependant, le choix du moment pour aborder le sujet de soins palliatifs n'est pas évident. Il est conseillé de les proposer lorsqu'on s'apprête à arrêter les traitements anticancéreux ou lorsque l'évolution de la maladie semble accélérer et qu'il est nécessaire de prendre les décisions et mettre en place des soins de confort. Surtout si des fragilités (nombreuses comorbidités, dénutrition, syndrome dépressif, soutien inadéquat, déficience cognitive, symptômes non contrôlés par les traitements habituels, etc. (AFSOS, 2016)) sont identifiées auprès du patient. De plus, il peut être intégré lorsque le patient évoque le souhait d'une euthanasie ou un soulagement de symptômes. (AFSOS, 2016).

5.3. CADRE LÉGAL DES SOINS PALLIATIFS

La loi relative aux soins palliatifs est apparue en 2002. Elle stipule que « *tout patient a droit à des soins palliatifs lorsqu'il se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie* » (Loi du 14 juin 2002, Art. 2).

L'Art.7 de la loi relative aux soins palliatifs de 2002, octroie le droit aux patients aux informations liées à son état de santé et l'offre de soins palliatifs. Les besoins du patient et la réponse à ceux-ci doivent être évalués régulièrement (Loi du 14 juin 2002, Art.8).

L'AR du 21 octobre 2018 fixe les critères identifiant un patient palliatif (Annexe 2).

5.4. IDENTIFIER LES PATIENTS PALLIATIFS

Les hôpitaux sont encore fortement sollicités par les soins de fin de vie et restent un endroit où la prévalence de patients palliatifs est élevée (KCE, 2019 ; Desmedt, 2016). En 2015, 63% des décès liés au cancer ont eu lieu dans une structure hospitalière, contre 23% à domicile (KCE, 2019). En effet, « *plus d'1 Belge sur 2 y meurt, et 3 malades sur 5 dont le décès était prévisible y ont séjourné au moins 1 fois, durant leurs 3 derniers mois de vie* » (Desmedt, 2016, p. 166). De plus, « *d'après le PICT, 1 malade hospitalisé sur 5 pourrait bénéficier d'une approche*

palliative, avec un chiffre plus élevé dans les services de gériatrie et de médecine » (Desmedt, 2016, p. 166). Ces chiffres renforcent l'idée d'identifier les patients qui profiteraient de l'approche palliative anticipée.

L'outil PICT (Palliative Care Indicators Tool) est un outil belge conçu depuis le SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool). Il a la « *capacité d'identifier, précocement, un grand nombre de malades palliatifs* » (Desmedt, 2016, p.67), peu importe son lieu de séjour (institution ou domicile) (Desmedt, 2016).

Nous définissons un patient palliatif comme « *patient souffrant d'une maladie incurable, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, sans aucune possibilité d'obtenir une rémission, une stabilisation ou un ralentissement de cette maladie* » (Keirse et al., 2009, p. iv).

Le PICT permet également d'initier le dialogue sur le projet thérapeutique souhaité. Facile d'application, « *il facilitera la communication et soutiendra un travail en réseau* » (Desmedt, 2016, p. 171). Il reste cependant, important de réévaluer régulièrement le statut palliatif du patient et de ses besoins afin d'adapter au mieux l'offre de soins (Desmedt, 2016).

Cet outil permet d'associer le statut de patient palliatif en relation avec l'état fragile du patient et non son espérance de vie (KCE, 2019). Cette fragilité est évaluée en utilisant 6 indicateurs : « *la baisse de performance, la perte de poids, la persistance d'un symptôme, l'intensification de l'aide, et le refus de poursuivre un traitement curatif* » (Desmedt, 2016, p. 24). Il est composé de deux parties. La première partie identifie les patients palliatifs, la deuxième partie complète cette identification et concerne l'évaluation des besoins et leur gravité (Desmedt, 2016).

En Belgique, trois statuts palliatifs existent, chacun réservé à des patients et des besoins différents. Le premier dit « statut simple », est octroyé aux patients sans besoins particuliers et dont le pronostic dépasse 3 mois. Ensuite, le « statut majoré » est destiné aux patients avec des besoins importants. Enfin, le « statut complet » est réservé aux patients dont l'espérance de vie est inférieure à 3 mois (Desmedt, 2016).

6. PLANIFICATION ANTICIPÉE DU PLAN DE SOINS

Étant donnée l'hétérogénéité de la population âgée, le cheminement vers la fin de vie ne peut être anticipé de la même façon chez tous les patients.

Dans la plupart des cas, le déclin de l'état de santé d'une personne atteinte d'un cancer est progressif. Cela permet donc d'anticiper la phase terminale, de fin de vie (Deliens et al., 2009). Pour cela, nous pouvons avoir recours à la planification anticipée des soins, autrement appelée l'Advance Care Planning (ACP).

Le projet de soins personnalisé et anticipé est un « *processus par lequel une personne, en concertation avec ses proches et ses soignants, formule à l'avance des objectifs et des choix relatifs à la manière dont elle souhaite que l'on prenne soin d'elle si elle n'est plus en mesure de les exprimer elle-même* » (Carbonnelle et al., 2014, p12). Il s'agit de l'élaboration d'un projet de soins où les préférences et les souhaits du patient sont entendus et considérés comme une priorité. Ainsi, l'autonomie du patient est respectée (Vayne-Bossert et al., 2017).

L'anticipation de la fin de vie est nécessaire à une prise en charge réussie. Les préférences du patient en termes de soins, de dispositions à prendre en cas d'urgence ou d'une dégradation rapide de l'état de santé dès lors qu'elles ont été exprimées, leur application est possible (Ahmed et al, 2021 ; Schrijvers, et al., 2014 ; Vayne-Bossert et al., 2017). Malheureusement l'ensemble des événements pouvant survenir lors de la fin de vie ne peut être anticipé. Afin de palier à cet inconvénient, l'ACP doit être envisagée comme une démarche évolutive et nécessite donc d'être réévaluée régulièrement (Desmedt, n.d.).

De plus, il a été démontré que par l'intermédiaire de l'ACP, des symptômes comme l'anxiété, la dépression et la détresse de l'entourage diminuent. Cette approche permet également de diminuer les hospitalisations ou les institutionnalisations pour la période de fin de vie (Vayne-Bossert et al., 2017). L'ACP favorise l'adéquation aux préférences du patient, améliore l'accès aux soins palliatifs et la satisfaction liée aux soins. Pour finir, elle augmente les chances pour le patient de décéder dans un endroit désiré (Desmedt, n.d).

Cette planification est basée sur la communication entre le patient, son entourage et le médecin. Le but est d'aboutir à un consentement quant aux trajets de soins envisagés. Le patient joue un rôle dans le processus décisionnel concernant non seulement son projet thérapeutique mais aussi les modalités liées à la fin de sa vie (Carbonnelle et al., 2014). La communication entre le

médecin et le patient est un élément crucial lors de la discussion autour du plan de soin. En effet, la clarté de l'information crée un effet de prise de décision et donc les directives anticipées (Fouquet et al., 2013). Lors de cette entrevue, l'environnement et le temps consacré à cet échange sont également importants. (Schrijvers et al., 2014).

L'étape essentielle dans cet accompagnement est de savoir comment la situation est comprise par le patient et son entourage. Il est nécessaire de déterminer s'ils comprennent la gravité et l'issue de la maladie (Fouquet et al., 2013 ; Schrijvers et al., 2014). L'approche du patient quant à son plan de soin est individuelle et dépend de son coping (Schrijvers et al., 2014) qui rend la tâche compliquée (Ahmed et al., 2021). Fouquet et al. (2013) définissent le coping comme « *une stratégie d'adaptation de l'individu pour faire face à ce qu'il perçoit comme menaçant son intégrité psychique ou physique* » (Fouquet et al., 2013, p.888). Il s'agit de stratégie individuelle pour faire face à une situation de stress, qu'est le cancer en phase terminale (Fouquet et al., 2013).

Différents types de stratégies de coping existent. Elles peuvent aller du déni jusqu'au besoin de prise de contrôle sur la situation (Fouquet et al., 2013 ; Schrijvers et al., 2014). Ces stratégies de coping sont présentes à tout âge mais différent entre les patients âgés et les jeunes adultes. Elles sont influencées par le vécu, l'éducation, l'entourage, etc. (Hernandez et al., 2019). La stratégie de coping la plus fréquente auprès des plus âgées était la résignation contrairement aux sujets plus jeunes parmi lesquels primait l'espoir (Hernandez et al., 2019).

En pratique, la planification anticipée n'est pas si évidente. Le moment opportun pour aborder ce sujet n'existe pas. Le sujet est délicat et difficile à aborder. Afin d'initier le sujet de la planification anticipée, Vayne-Bossert et al., (2017) proposent au corps médical d'entamer une conversation autour des valeurs et des préférences du patient. Ainsi, ensemble ils peuvent définir la signification de la qualité de vie pour ce patient.

6.1. PLANIFICATION ANTICIPÉE EN BELGIQUE

En Belgique, cette planification anticipée peut être documentée à l'aide de 5 supports. À savoir :

- la déclaration anticipée négative ;
- la déclaration anticipée relative à l'euthanasie ;

- la déclaration de dernières volontés et/ou choix du rite confessionnel ou non confessionnel pour les obsèques et informant de l'existence d'un contrat d'obsèques ;
- la déclaration de don d'organes (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement., n.d.).

Depuis 2002, l'année de publication de la loi belge relative à l'euthanasie, 22 081 euthanasies officielles ont été pratiquées en Belgique (Institut Européen de Bioéthique, n.d.). Depuis, cette pratique est en constante augmentation. En 2019, on constate une augmentation de 12,6% par rapport à l'année 2018 (Institut Européen de Bioéthique, n.d.).

Plus de 2000 euthanasies sont enregistrées annuellement (Institut Européen de Bioéthique, n.d.). Cependant, environ 1% d'euthanasies (2018-2019) a été pratiqué sur base d'une déclaration anticipée (Institut Européen de Bioéthique, n.d. ; SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement., 2020). Dans la majorité des cas, la demande est réalisée en fin de vie, où 80 % de décès étaient attendus dans un court délai (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2020).

La demande d'euthanasie est majoritairement réalisée par les personnes âgées entre 60 et 80 ans. Elle est la plus fréquente chez les sujets de plus de 80 ans (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2020).

En 2018 et 2019, le cancer était à l'origine de plus de 60% de demandes d'euthanasie (Institut Européen de Bioéthique, n.d. ; SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2020).

Les raisons pour lesquels les patients oncologiques demandent l'euthanasie sont :

- « *Métastases symptomatique intraitables ;*
- *Récidive in loco mutilante, étendue et intraitable ;*
- *Épuisement des possibilités thérapeutiques ou chances de réussite trop faibles des thérapies restantes, rendant les troubles et symptômes incontrôlables ;*
- *Le dépérissement en phase terminale, accompagné ou non d'une fragilité et/ou cachexie et de la crainte d'une souffrance continue sans perspective d'amélioration, a généré une situation sans issue ;*
- *Échec des soins palliatifs conventionnels »* (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement., 2020, p.35, 36)

La planification anticipée devrait idéalement être initiée et réévaluée par le médecin traitant afin de procurer une trace écrite dans le dossier du patient. Cela donne accès aux volontés du patient à tout le corps médical qui sera amené à le soigner (KCE, 2017).

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) encourage les initiatives qui stimulent à la réflexion sur la fin de vie tant chez les soignants qu'auprès du grand public (KCE, 2017).

7. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ONCO-GÉRIATRIQUES AUX CLINIQUES SAINT-LUC

Au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc, à Bruxelles, la prise en charge des patients onco-gériatriques débute par le dépistage des patients âgés à risque.

En effet, de façon concomitante au bilan oncologique, un dépistage du risque de fragilités gériatriques est réalisé à l'aide de l'outil G8 chez tous les patients de 75 ans et plus, atteints d'un cancer. Il est réalisé par le médecin oncologue ou le coordinateur de soins oncologiques (CSO). Si le dépistage est positif, le patient peut être référé pour une évaluation gériatrique standardisée par les équipes de gériatrie (en hôpital de jour ou en hospitalisation par l'équipe de liaison interne) (CUSL, 2021).

Cette évaluation se base sur l'état du patient avant le diagnostic. En effet, les aspects fonctionnels, cognitifs, sociaux, physiques, nutritifs, etc. sont analysés. Lors de l'évaluation, les données sociodémographiques du patient ainsi que les différentes échelles utilisées et informations relatives au diagnostic oncologique et normes sanguines sont notées dans le dossier du patient (Annexe 3). C'est également le moment de questionner l'aidant proche afin de connaître ses limites et ce qu'il est prêt à affronter quant à l'accompagnement du malade (CUSL, 2021 ; Tassone, 2022).

Aux Cliniques universitaires Saint-Luc, un projet « Plan Cancer » a permis la mise en place d'un trajet de soins onco-gériatrique. Après l'évaluation, un plan de soins est proposé au médecin généraliste et aux oncologues en intégrant les données oncologiques mais aussi les résultats de l'Évaluation Gériatrique (CUSL, 2021). Ce plan de soins est défini lors d'une Concertation Multidisciplinaire OncoGériatrique hebdomadaire rassemblant les équipes de gériatrie, un oncologue référent et les autres métiers (pharmacien clinicien, psychologues, médecin généraliste, etc.) selon leurs disponibilités. Ce plan de soins est taillé sur mesure pour chaque patient. Des recommandations pour le traitement sont proposées, des interventions pour

corriger, soutenir les fragilités gériatriques sont instaurées (CUSL, 2021 ; Tassone, 2022). Toutefois, lors de la COM, l'équipe palliative n'est pas présente, elle est informée des patients par l'intermédiaire des gériatres. (Quint, 2022).

En ce qui concerne le suivi oncologique, il est assuré par les oncologues et les CSO. Au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc, les coordinateurs sont des infirmier(e)s spécialisé(e)s qui accompagnent les patients suite au diagnostic de cancer. Les patients sont attribués aux CSO selon leur type de cancer. Malheureusement, il n'existe pas encore de rôle de CSO en onco-gériatrie au sein de la clinique. (Tassone, 2022).

Quant à la démarche gériatrique, elle est aux mains de l'équipe gériatrique. Ce suivi doit être légitimé par la présence d'une fragilité chez le patient âgé. L'Évaluation Gériatrique permet grâce aux connaissances et l'expérience des évaluateurs de référer le patient à d'autres acteurs de soins selon le problème identifié. En effet, le patient peut être référé à des intervenants comme le physiothérapeute, le psychologue, le diététicien, un médecin spécialisé, l'assistante sociale, l'ergothérapeute, etc. (Tassone, 2022).

Concernant l'approche palliative, celle-ci n'est mise en place que lorsque l'état du patient le nécessite. Il ne s'agit pas d'une approche palliative anticipée mais plutôt d'une collaboration avec l'équipe palliative lorsque le besoin est identifié. (Tassone, 2022). Lors de l'hospitalisation, la liaison palliative est assurée par l'équipe mobile composée de médecins et d'infirmiers spécialisés dans ce domaine. Elle accompagne et guide l'équipe soignante (CUSL, n.d.).

Dans le contexte d'hospitalisation, l'accompagnement des personnes onco-gériatriques diffère. Au sein des services gériatriques, un tour « palliatif » a lieu de façon hebdomadaire. Le projet de soins est discuté pour tous les patients hospitalisés, y compris les patients âgés atteints de cancers, peu importe leur état de fragilité. Il est donc plus fréquent qu'un projet palliatif soit instauré plus précocement en gériatrie qu'en service d'oncologie. (Quint, 2022)

Cependant, lorsqu'un patient âgé est hospitalisé dans le service d'oncologie, le plan de soins n'est pas discuté précocement. Le statut palliatif est mis en place à la demande médicale et est moins anticipé. En effet l'approche oncologique porte plus son attention sur les différentes possibilités thérapeutiques à proposer au patient. (Quint, 2022)

Une réunion qui rassemble les gériatres, oncologues et l'équipe palliative n'est pas réalisée au sein de l'institution.

Les souhaits du patients relatifs à sa qualité de vie et les répercussions sur cette dernière causées par les traitements anticancéreux sont plus approfondis par les équipes gériatriques. (Quint, 2022).

Une figure indispensable à l'accompagnement du patient gériatrique est son médecin traitant. Ce dernier peut apporter une plus-value à la prise en charge gériatrique car il s'agit d'un acteur de la santé qui suit le patient depuis des années. Il le connaît davantage ainsi que l'environnement dans lequel il vit. Dans la pratique, les médecins traitants ne sont pas assez présents (Tassone, 2022).

8. CONCLUSION DE LA PARTIE THÉORIQUE

Avec l'allongement de l'espérance de vie, nous faisons face à une population vieillissante exposée au risque de cancer. Ce dernier augmente avec l'âge et est devenu la deuxième cause de décès des personnes de plus de 65 ans.

L'accompagnement d'un patient gériatrique atteint de cancer est initié par le dépistage de patients fragiles à l'aide de l'outil G8. Une fois identifiés comme fragiles, ces patients font l'objet d'une Évaluation Gériatrique qui évalue l'état de santé du patient et identifie les syndromes gériatriques potentiels. Elle assure un accompagnement multidisciplinaire individualisé tout au long du parcours de soins.

Une part des patients onco-gériatriques décèdent dans les mois qui suivent l'initiation du suivi médical. À partir des données issues des études sur les facteurs prédictifs du décès précoce en onco-gériatrie et celles utilisées dans l'outil PICT, nous pouvons mettre en évidence différentes variables qui pourraient potentiellement nous permettre d'identifier les patients qui nécessiteraient un accompagnement précoce par l'équipe palliative dans le contexte d'une prise en charge onco-gériatrique.

La littérature scientifique a identifié trois types de facteurs prédictifs : lié au patient (l'âge, le sexe, l'environnement social), lié à la pathologie (le type et le stade de la maladie, la présence de comorbidités) et lié aux facteurs gériatriques (la perte fonctionnelle, la malnutrition, les troubles cognitifs). Nous nous baserons sur ces facteurs dans la partie pratique de ce mémoire

afin d'évaluer s'il est possible d'identifier précocement les patients à risque de décès précoce dans l'objectif d'améliorer leur prise en soins.

Il a été démontré que l'intégration précoce de soins palliatifs dans le projet de soins des patients fragiles améliore leur qualité de vie et leur survie globale, atténue l'anxiété et la dépression. De plus, cette anticipation de soins palliatifs ouvre une opportunité à la planification anticipée du plan de soins, où les souhaits du patient peuvent être pris en compte. Cette démarche pourra être bénéfique au patient, son entourage mais également aux équipes soignantes. Cependant, le moment opportun pour l'intégration des soins palliatifs n'est pas clairement défini dans la littérature. C'est pourquoi la définition des facteurs prédictifs peut nous aider.

Face à une maladie comme le cancer, la planification anticipée de projet de soins est encouragée (KCE, 2017). Cependant, celle-ci n'est pas toujours évidente. Depuis 2002, on observe en Belgique une augmentation de demandes d'euthanasies, majoritairement chez les personnes âgées, très peu d'entre elles ont été pratiquées de façon anticipée. La plupart des demandes ont été réalisées en période de fin de vie (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2020).

Des propositions d'amélioration seront proposées sur base des facteurs prédictifs identifiés, afin d'optimiser l'accompagnement en onco-gériatrie auprès de patient à risque de décès précoce. Cela, afin d'assurer des soins de qualité et du confort en fin de vie aux patients gériatriques atteints de cancer.

PARTIE 2 – CADRE MÉTHODOLOGIQUE

1. INTRODUCTION

Cette partie du travail sera consacrée à la définition du cadre pratique. Les objectifs du travail seront exposés. L'échantillon, le type d'étude, les différentes variables étudiées seront définies. Enfin, la méthode utilisée et les différentes étapes ayant menées à l'obtention des résultats seront présentées. Cette deuxième partie du mémoire a pour objectif d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche. Elle se focalisera principalement sur l'identification des facteurs prédictifs et des syndromes gériatriques associés au risque de décès précoce, à savoir dans les 3 mois qui suivent l'initiation du suivi onco-gériatrique au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL).

2. OBJECTIFS

Avant de décrire la méthodologie utilisée dans le cadre de ce mémoire, les objectifs de ce dernier seront présentés.

Les objectifs de ce travail sont de :

- Décrire la population de patients onco-gériatriques suivie aux CUSL entre mars 2013 et février 2015,
- Identifier les caractéristiques significativement différentes entre les patients onco-gériatriques qui décèdent précocement (avant la période de 3 mois) et ceux qui survivent à la période de 3 mois (depuis le début du suivi aux CUSL),
- Identifier les facteurs prédictifs et les syndromes gériatriques qui pourraient être associés au décès précoce (dans les 3 mois depuis l'inclusion dans l'étude) des patients âgés diagnostiqués d'un cancer, suivis aux Cliniques.

Une fois identifiés, les facteurs prédictifs et les syndromes gériatriques liés au décès précoce des patients onco-gériatriques pourront faire objet d'une approche palliative anticipée.

Nous essayerons d'apporter des pistes d'optimisation pour l'accompagnement des sujets âgés malades, en leur apportant des soins de qualité et une qualité de vie acceptable avec ou sans traitements oncologiques. Ce, en implémentant l'aspect de la qualité de (fin de) vie à la prise en charge.

3. MATÉRIELS ET MÉTHODE

3.1. TYPE D'ÉTUDE

Dans le cadre de ce travail, une étude rétrospective a été réalisée. Il s'agit d'une analyse de données collectées antérieurement à l'étude. Par conséquent, nous n'entrons pas en contact avec le sujet et ne récoltons aucune information postérieurement (CUSL, n.d.).

Il s'agit d'une étude monocentrique, basée seulement sur les données concernant les patients suivis aux Cliniques universitaires Saint-Luc.

3.2. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'étude inclut les données collectées auprès des patients suivis aux sein des Cliniques universitaires Saint-Luc. C'est pourquoi, une démarche auprès du comité éthique a été effectuée (Annexe 4). Le consentement quant à l'utilisation des données des patients a été obtenu lors de la collecte de données qui a eu lieu dans les années ultérieures à ce mémoire.

3.3. COLLECTE DE DONNÉES

La collecte de données a été réalisée dans le cadre de projet de prise en charge spécifique du patient cancéreux âgé. Celle-ci a été initiée en mars 2013 et a pris fin en février 2015. De base multicentrique, par soucis liés au comité d'éthique, seules les données des patients suivis au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc, à Bruxelles, seront utilisées.

Les données collectées, via un fichier Excel, étaient liées au dépistage (score G8) et à l'Évaluation Gériatrique. On y retrouve également les données sociodémographiques du patient (âge, sexe, environnement social), ainsi que : le score ADL et IADL, qui indique l'indépendance du patient dans la vie quotidienne, les antécédents de chutes, le Timed Up and Go (TUG), l'évaluation de la douleur et de la fatigue, les indicateurs de la qualité de vie (Qlq-C30), l'évaluation de l'état cognitif (MMSE), l'évaluation gériatrique du risque de dépression (GDS-15), l'évaluation nutritionnelle (MNA-SF) et le BMI.

De plus, les données comme le Charlson Index, le statut de performance (ECOG-PS), ainsi que les données oncologiques (type de cancer et son étendue) et les données biologiques (hémoglobine, créatinine, CRP) ont également été retenues dans la collecte de données. Nous ajouterons à cette liste le statut vital du patient, évalué lors du suivi, prévu à 10 semaines.

3.4. ÉCHANTILLONNAGE

3.4.1. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les critères d'inclusion étaient :

- Tous patients de 70 ans et plus, atteints de cancer avec un score G8 inférieur à 14, suivis au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc entre mars 2013 et février 2015.
- Avoir eu une évaluation gériatrique dans le décours de sa prise en charge onco-gériatrique entre mars 2013 et février 2015 au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc.
- Tous les patients dont le statut à 3 mois était connu.

Les critères d'exclusion :

- Tous patients onco-gériatriques dont le score G8 est supérieur à 14 (ne donnant pas suite à une évaluation gériatrique approfondie).
- Tous patients onco-gériatriques dont le suivi n'avait pas lieu aux Cliniques universitaires Saint-Luc.
- Tous les patients pour lesquels le statut vital à 3 mois était inconnu.

3.4.2. POPULATION ÉTUDIÉE

Étant donné que nous nous sommes basés sur les données concernant uniquement les patients onco-gériatriques suivis au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc entre mars 2013 et février 2015, 351 participants ont été retenus dans le cadre de ce travail. Pour 3 patients les données concernant leur statut vital à 3 mois sont manquantes. Ils ne seront donc pas pris en compte pour cette étude (N= 348).

3.4.3. DÉFINITIONS DES VARIABLES ÉTUDIÉES

À partir des données issues des études sur les facteurs prédictifs du décès précoce en onco-gériatrie, nous pouvons mettre en évidence différentes variables qui pourraient potentiellement nous permettre d'identifier les patients qui nécessiteraient un accompagnement précoce par l'équipe palliative dans le contexte d'une prise en charge onco-gériatrique. Certains de ces facteurs sont retrouvés dans l'outil PICT.

Les variables utilisées dans les analyses statistiques sont décrites ci-dessous. Toutes ont été issues des données collectées lors de la réalisation du « Projet de prise en charge spécifique du patient cancéreux âgé (...) » (Annexe 3).

A. LES VARIABLES RELATIVES AUX CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques qui ont été analysées sont :

- L'**âge** du patient (en années) ;
- Le **genre** ;
- L'**environnement social** du patient (lieu de vie, présence d'aidants naturels, professionnels ou aides à domicile).

B. LES VARIABLES RELATIVES AUX CARACTÉRISTIQUES MÉDICALES

Les variables reprises ci-dessous ont été identifiées comme facteurs prédictifs d'un décès précoce en onco-gériatrie. Afin de les étudier auprès de notre population cible, les outils utilisés lors de la collecte de données ont été adaptés aux facteurs identifiés dans la littérature. D'autres variables ont été ajoutées, elles seront nécessaires afin d'évaluer la santé globale des patients.

■ VARIABLES RELATIVES AUX CARACTÉRISTIQUES MÉDICALES

La première catégorie de variables regroupe les caractéristiques médicales :

- **La présence de comorbidités sévères** : L'indice de Charlson est un outil qui aide à estimer la mortalité à 1 et 10 ans. Lorsque le score est ≥ 5 , le risque de mortalité à 1 an s'élève à 85% (Maeker, 2020).
- **La douleur** : La présence de douleur est évaluée à l'aide de l'échelle numérique. Il s'agit d'une autoévaluation où le patient attribue une note à la douleur ressentie au moment présent. L'échelle va de 0 (pas de douleur) à 10 (pire douleur imaginable) (SFAP, n.d.).
- **La fatigue** : Le score de la fatigue est également auto-évalué à l'aide d'une échelle de numérique de 0 à 10 (extrême fatigue).
- **L'échelle G8** : Il s'agit d'un outil de dépistage de patient fragile. Lorsque son résultat est inférieur ou égal à 14, il conduit à une évaluation gériatrique approfondie.
- **Les données biologiques** (hémoglobine, créatine, CRP).
- Antécédents d'**hospitalisation dans les 3 mois** qui précédaient l'évaluation gériatrique.

Quant aux variables relatives aux caractéristiques oncologiques, nous identifions :

- Le **type de cancer** (carcinome ou hémopathies malignes) ainsi que sa **localisation** ;
- Le **stade** du cancer : **I** : il s'agit d'une tumeur localisée, de petite taille ; **II** : il s'agit d'une tumeur unique de plus grande taille ; **III** : il s'agit d'une tumeur avec un envahissement ganglionnaire ; **IV** : il s'agit d'une tumeur avec des métastases (INCa, 2021) ;
- Le **type de diagnostic** (nouveau, rechute, progression oncologique) ;
- Les **modalités de traitements** proposés : la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie, ainsi que la **visée thérapeutique recherchée** (palliative, curative, adjuvante, néo-adjuvante) ;
- Le **statut de la maladie à 3 mois** (progression, rémission, maladie stable).

■ VARIABLES RELATIVES AUX SYNDROMES GÉRIATRIQUES

Ensuite, nous retrouvons les variables relatives aux syndromes gériatriques :

- **Les antécédents de chute** (présence ou non de chutes durant les 12 mois précédents), le nombre et les conséquences de ces dernières. Les blessures mineures sont : égratignures, coups, blessures superficielles ne nécessitant pas d'attention médicale. Les blessures majeures sont définies comme entorse, lésion sévère à la tête, déformation et déboitement d'articulation, confusion, lacération, perte de connaissance et fracture.
- **La présence de troubles cognitifs** est évaluée à l'aide du MMSE. Lorsque celui-ci est égal ou supérieur à 24, il était considéré comme normal (Ferrat, 2015). Le score inférieur à 24 indique la présence de troubles cognitifs.
- **Le risque de dépression** : Le GDS-15 est un outil qui permet d'évaluer si le patient présente des sentiments dépressifs. Le score normal est compris entre 0 et 5 et entre 5 et 9 quand il indique une probabilité de dépression. Lorsque ce score est ≥ 10 , il indique qu'il est fortement probable que le patient souffre d'une dépression (SGCA, 2000).
- **La présence de malnutrition** est diagnostiquée à l'aide de l'outil MNA -SF. Un score ≤ 7 indique une malnutrition. Les patients à risque de malnutrition ont un score entre 8 et 11. Le statut normal est indiqué lorsque le score est compris entre 12 et 14 (NNI, n.d.).
- **Le Body Mass Index (BMI)** est le rapport entre le poids et la taille (mètre) du patient. L'interprétation des résultats permet d'émettre des conclusions quant au poids du patient inférieur à 18,5 indique une insuffisance pondérale, entre 18,5 et 25 il s'agit

d'un poids normal, entre 25 et 30 on parle de surpoids, l'obésité modérée est conclue lorsque le BMI est compris entre 30 et 35 (DDG, n.d.).

Enfin, il y a les variables relatives au statut fonctionnel du patient :

- **L'indépendance dans les activités de la vie quotidienne** (AVJ) est évaluée à l'aide de l'échelle Katz (ADL). Le score va de 6 (indépendant) à 24 (dépendant). Lorsque ce score est supérieur à 6, cela signifie que le patient présente une dépendance dans une tâche quotidienne ;
- **L'indépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne** est évaluée par le score IADL de Lawton. Le score allant de 0 (le plus dépendant) à 8 (le plus indépendant) (Maeker, 2020).
- **Le statut de performance** : L'ECOG-PS donne des informations sur l'indice de performance de la personne évaluée (Maeker, 2020). Un score entre 0 et 5 est attribué au patient. L'état général du patient est ainsi évalué. Plus le score est grand, plus le patient est dépendant. Le score à 5 signifie que le patient est décédé. Les autres scores sont :
 - « **0** : *Entièrement actif, capable d'effectuer les activités (...) sans restriction ;*
 - 1** : *Restreint dans ses activités physiques, mais ambulatoires et capables de réaliser les activités légères ou sédentaires ;*
 - 2** : *Ambulatoire et capable de s'occuper de lui, incapable de réaliser des activités ;*
 - 3** : *Capable de soins limités, alité ou au fauteuil > 50% de la journée ;*
 - 4** : *Complètement handicapé, ne pouvant s'occuper de lui. Totalement confiné au lit ou au fauteuil. » (Maeker, 2020, n.p.)*
- **La capacité de mobilité** : Le test Timed Up and Go consiste à chronométrer le lever de chaise. Il permet de dépister un risque de chute et la mobilité fonctionnelle du patient (CNFS, 2018). Lorsqu'il est supérieur à 20 sec., il est associé au décès précoce en onco-gériatrie (Soubeyran et al., 2016). Lorsque l'intervalle temps :
 - . < 10 sec : indique une indépendance totale ;
 - . < 20 sec : indique une indépendance pour les transferts principaux ;
 - . > 30 sec : indique une dépendance pour une grande partie des activités (Zelter, 2008).
- La présence de **problèmes suite à l'évaluation gériatrique** (cognition, dépression, dépendance, nutrition, etc.) a été évaluée ainsi que le nombre de catégories

d'interventions proposées/ conseils donnés (participation d'assistante sociale, de psychologue, de physiothérapeute, de diététicienne, etc.).

■ AUTRE

Les indicateurs de la qualité de vie ont été évalués à l'aide du questionnaire QLQ-C30. Sur l'ensemble des questions, deux nous intéressent plus particulièrement :

- La première : « Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ? » (Q1q-C30 Q1) ;
- La deuxième : « Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ? » (Q1q-C30 Q2).

Pour les deux questions une auto-évaluation a été réalisée. Le patient devait attribuer un score entre 0 (très mauvais) et 7 (excellent). Le score global est calculé à partir des questions précédentes et est exprimé en pourcentage. Il prend compte des autres domaines et du nombre d'options de réponses possibles.

3.5. MÉTHODES STATISTIQUES UTILISÉES

Un contact a été pris avec la statisticienne des CUSL, qui avait une bonne connaissance de la base de données existante, et ce afin de réaliser les analyses statistiques sur cette dernière.

Afin de différencier le groupe de patients qui décèdent précocement de ceux qui survivent à la période du follow-up, il était nécessaire de fixer un intervalle de temps afin de les comparer.

Nous avons donc proposé comme définition du « précoce » un décès survenant dans les 3 mois après l'inclusion. Cela est cohérent avec d'autres études disponibles dans la littérature (Rambaud et al., 2017 ; Soubeyran et al., 2016) et nous disposions des données pour ces analyses. Étant donné que le délai entre le screening (ou CMOG) et le follow-up qui a lieu après la période de mise en place de nouvelles interventions gériatriques, n'est pas identique pour tous, nous avons donc fixé la période de survie à 3 mois (soit presque 13 semaines, intervalle temps médian).

Les patients ont été catégorisés selon leur statut vital à 3 mois. Ceux qui auront une survie inférieure ou égale à 3 mois feront partie du groupe de patients décédés précocement. Feront partie du deuxième groupe les patients qui ont vécu plus de 3 mois après le début du suivi.

Dans un premier temps, les facteurs statistiquement différents entre les deux groupes seront identifiés, en comparant les caractéristiques au screening et à la CMOG entre le groupe des

patients décédés avant ou à 3 mois et ceux dont la survie excède les 3 mois. Le seuil de significativité statistique est fixé à 5%.

Ensuite, des analyses de régression logistiques univariées et multivariées seront réalisées pour pouvoir mettre en évidence des facteurs pronostiques de décès avant ou à 3 mois. Les facteurs ayant une p-valeur $< 0,2$ seront testés dans un modèle d'analyse multivariée afin d'obtenir le meilleur modèle qui identifiera les facteurs prédictifs de décès avant ou à 3 mois. De plus, une analyse de survie globale sera réalisée.

PARTIE 3 - RÉSULTATS

Dans cette troisième partie du travail, nous allons présenter les résultats obtenus. Dans un premier temps, les caractéristiques générales de la population seront exposées. Ensuite, nous allons comparer la population décédée précocement à celle qui a survécu à plus de 3 mois de suivi. Le taux de mortalité précoce sera exprimé. Enfin, les facteurs favorisant les décès précoces seront identifiés.

1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Les caractéristiques de la population étudiée sont exposées dans le tableau 2. L'échantillon comportait 348 personnes suivies aux Cliniques universitaires Saint-Luc.

1.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

L'âge moyen de notre échantillon au moment du screening est de 81,8 ans ($\pm 5,86$). Il est composé de 54% de femmes.

La proportion de patients vivant seuls à domicile est de 32,5%. Près de la moitié de l'échantillon (44,8%) vivait à domicile avec son/sa partenaire et 10,9% de patients vivaient avec un membre de leur famille. Ainsi, la majorité des patients vivait au domicile. En revanche, 24 patients de l'échantillon résidaient au sein d'une maison de repos et 9 au sein d'une résidence service.

Quant aux aidants du patient, plus de la moitié des patients (65,2%) avaient des aidants naturels (conjoint, enfants, petits-enfants, autres membres de la famille, amis, voisins, ...). Près d'un tiers n'avaient pas d'aidants proches.

Au moment de l'évaluation gériatrique, plus de la moitié des patients a recours aux aidants professionnels. Plus de 15% de patients étaient bénéficiaires de soins infirmiers à domicile. La moitié des patients avaient fait appel aux aide-ménagères et 23 patients se faisaient livrer les repas à domicile. Seuls 6% des patients avaient recours aux aides familiales.

1.2. CARACTÉRISTIQUES PATHOLOGIQUES

Le score G8 est utilisé lors du screening afin d'identifier les personnes âgées présentant des vulnérabilités nécessitant une évaluation gériatrique plus approfondie. Le score moyen pour la totalité de l'échantillon s'élevait à 10,5 ($\pm 2,72$). Il variait entre 3 et 14 ce qui signifie que les patients pour lesquels l'évaluation gériatrique était réalisée présentaient des vulnérabilités.

La présence de comorbidités était évaluée par le score de Charlson. En moyenne, il était de 2,3 ($\pm 1,9$). La douleur a été examinée à l'aide de l'échelle numérique, dont le score variait entre 0 et 10. Il en était de même pour l'évaluation de la fatigue. La douleur moyenne était évaluée à 3,1 ($\pm 3,06$) et la fatigue moyenne à 4,2 ($\pm 2,98$).

Les valeurs sanguines moyennes étaient de 11,9 g/dL ($\pm 1,92$) pour l'hémoglobine, de 1,3 mg/L ($\pm 5,2$) pour la créatinine sérique et de 3,2 mg/L ($\pm 4,51$) pour la CRP.

La proportion de patients hospitalisés dans les 3 mois qui précédaient l'évaluation gériatrique était de 42,2%.

Concernant les caractéristiques oncologiques, près de la totalité de l'échantillon était diagnostiqué d'un carcinome. Seuls 8 patients étaient atteints d'hémopathies malignes.

Pour 81% des patients, il s'agit d'un nouveau diagnostic. Pour 29 patients, il s'agissait d'une rechute et pour 37 patients d'une progression de la maladie.

Le plus fréquemment diagnostiqué était le cancer du système digestif (38,8%), suivi du cancer du sein (15,2%), des cancers urogénitaux (11,8%), des cancers thoraciques (9,2%), des cancers gynécologiques (5,5%), des cancers de la peau (5,2%) et des cancers de la tête et cou (4,3%). D'autres diagnostics moins fréquents concernaient les cancers du système nerveux central (1,1%), le cancer des tissus mous (0,9%). La tumeur ophtalmique était la moins fréquente (0,3%). Pour 5% des patients, cette donnée ne figurait pas dans le dossier.

Une grande part des patients (41,1%) étaient atteints de cancer dont le degré d'extension était de IV, ce qui signifie la présence de métastases dans d'autres organes. 9,2% des patients présentaient des tumeurs localisées. Les tumeurs de stade II et III représentaient respectivement, 15,5% et 26,4% des patients.

Différentes décisions thérapeutiques ont été proposées aux patients onco-gériatriques suivis au sein des Cliniques. La thérapie par chirurgie a été la plus fréquemment proposée (46,3%). Dans la majorité des cas (41,7%), il s'agissait d'une chirurgie curative. Dans 16 cas, une chirurgie palliative était recommandée.

Le traitement par radiothérapie a été indiqué chez 75 patients, pour 25 patients le but du traitement était palliatif. Le traitement par hormonothérapie a été recommandé chez 24 sujets âgés atteints de cancer. Le taux de patients onco-gériatriques pour qui le traitement par chimiothérapie était indiqué s'élevait à 42%, dont 28,4 % dans le but palliatif.

Près de la totalité des projets thérapeutiques ont été discutés à la CMOG. Au suivi de 3 mois, 24% des patients étaient en rémission et chez plus de 11% de patients la maladie était stabilisée. Une progression oncologique était observée chez une minorité de patients (7,2%). Pour plus d'un tiers de patients, le statut de la maladie était indéterminé.

1.3. CARACTÉRISTIQUES LIÉES AUX SYNDROMES GÉRIATRIQUES

L'état nutritionnel était déterminé à l'aide de la MNA-SF. Le score moyen était de 9,3 (\pm 2,86). Près de la moitié des patients étaient à risque de malnutrition. Moins d'un tiers des patients était en malnutrition contre 23,3% qui étaient en bon état nutritionnel. Le résultat du BMI figurait dans le dossier de 345 patients. En moyenne, il s'élevait à 23,8 (\pm 4,83). Il indique qu'en moyenne les patients avaient une corpulence normale.

Concernant l'état cognitif du patient, il a été examiné à l'aide du test MMSE. Le score total moyen était de 26,4 (\pm 3,23). Les patients ont été classés en plusieurs catégories selon leur score. La majorité des patients (82,2%) des patients avaient un score normal et donc de bonnes capacités cognitives et seulement 12 patients avaient des facultés affaiblies.

Quant au risque de dépression, il est présent chez moins de la moitié des patients. En effet, ce risque était évalué à l'aide de l'outil GDS-15 dont le score moyen était de 3,8 (\pm 2,85). Cependant, nous observons que près de ¼ des patients ont des scores qui suggèrent une dépression (21%) et des scores qui indiquent presque toujours une dépression (3,7%).

À la suite de l'évaluation gériatrique, des problèmes gériatriques ont été identifiés chez presque tous les patients (95,7%). Pour 337 patients, des interventions ont été recommandées (participation du diététicien, du psychologue etc.). Pour 21,3% des patients, deux catégories d'interventions ont été proposées. Trois catégories ont été indiquées pour 32,2% des patients et quatre types d'interventions gériatriques pour 18,4% des malades. Les catégories d'interventions gériatriques proposées n'ont pas été analysées. Nous ne pouvons donc pas indiquer celles qui étaient les plus fréquemment proposées.

Quant aux caractéristiques liées à l'état fonctionnel, l'indépendance pour les activités de la vie quotidienne était évaluée par l'échelle ADL. Le score moyen pour l'échantillon (n=346) était de 8,2 (\pm 3,04). Le score IADL moyen était de 5 (\pm 2,55). Ceci met en évidence une certaine dépendance dans les activités de la vie quotidienne.

L'indice de performance (ECOG-PS) apporte des informations sur l'état général d'un patient. La population étudiée était catégorisée en cinq groupes : les patients entièrement actifs sans restriction (17,8%), les patients ambulatoires et capables d'activités légères (38,2%), les patients capables de s'occuper d'eux mais incapables de réaliser des activités (21,8%), les patients capables de réaliser des soins limités (17,2%) et enfin les patients dans l'incapacité totale de prendre soin d'eux (4,9%). Le Timed Up and Go moyen était de 14,8 ($\pm 6,31$) secondes (n= 234).

En ce qui concerne les antécédents de chutes, 131 patients en ont été victimes dans les 12 mois qui précédaient l'évaluation gériatrique. Le nombre moyen de chute pour ces patients (n = 129) était de 1,8 ($\pm 1,48$). Plus d'un quart des chutes ont résulté en blessures. Leur gravité était mineure dans 14,7% de cas, contre 10,3% pour les blessures majeures.

1.4. AUTRE

La qualité de vie a été auto-évaluée par les patients à l'aide du questionnaire QLQ-C30. Le score moyen attribué à la première question (Q1) était de 4,4 ($\pm 1,42$) et de 4,8 ($\pm 1,53$) à la seconde question (Q2). Le score global moyen était de 60,7% ($\pm 22,38$).

Tableau 2. Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques	Décès précoce (≤ 3mois) (n = 35)	Survie à > 3 mois (n = 313)	Population totale (N= 348)	p- valeur
	\bar{X} (\pm DS), min- max / n (%)	\bar{X} (\pm DS), min- max / n (%)	\bar{X} (\pm DS), min- max / n (%)	
Âge (années)	82,5 ($\pm 5,94$), 71- 92	81,8 ($\pm 5,85$), 70- 98	81,6 ($\pm 5,86$), 70- 98	0,323
Sexe féminin	19 (54,3%)	169 (54%)	188 (54%)	0,999
BMI (kg/m²) (N= 345)	22,8 ($\pm 3,65$), 15,81-33,20	23,9 ($\pm 4,93$), 14,02-60,22	23,8 ($\pm 4,83$), 14,02-60,22	0,305
Lieu de vie				0,165
- Seul au domicile	17 (48,5%)	96 (30,7%)	113 (32,5%)	
- Avec un membre de la famille	2 (5,7%)	36 (11,5%)	38 (10,9%)	
- Au domicile avec conjoint(e)	12 (34,3%)	144 (46%)	156 (44,8%)	
- En institution	2 (5,7%)	22 (7%)	24 (6,9%)	
- Résidence service	0	6 (1,9%)	9 (2,6%)	
- Autre	2 (5,7%)	9 (2,9%)	8 (2,3%)	

Présence d'aidants proches (aidants naturels) (N=345)	31 (88,6%)	196 (62,6%)	227 (65,2%)	0,002
Présence d'aidants professionnels	24 (68,8%)	184 (58,8%)	208 (59,8%)	0,282
- Soins infirmiers à domicile	10 (28,6%)	44 (14,1%)	54 (15,5%)	0,044
- Livraison de repas	0	23 (7,3%)	23 (6,6%)	0,148
- Aide-ménagère	16 (45,7%)	158 (50,5%)	174 (50%)	0,722
- Aide-familiale	2 (5,7%)	19 (6,1%)	21 (6%)	0,999
Score G8	9,1 ($\pm 3,10$), 3-14	10,6 ($\pm 2,64$), 3-14	10,5 ($\pm 2,72$), 3-14	0,005
Score ADL (total) (N= 346), (<i>médiane</i>)	9,9 ($\pm 4,26$), 6-23 (9)	8 ($\pm 2,82$), 6-20 (7)	8,2 ($\pm 3,04$), 6-23 (7)	0,002
Score IADL (total) (N=346), (<i>médiane</i>)	3,9 ($\pm 2,51$), 0-8 (3)	5,2 ($\pm 2,52$), 0-8 (6)	5 ($\pm 2,55$), 0-8 (5)	0,005
TUG (N= 234)	18,3 ($\pm 9,36$), 7-40	14,6 ($\pm 6,01$), 6-40	14,8 ($\pm 6,31$), 6-40	0,156
Antécédent de chute (durant les 12 mois antérieurs)	17 (48,6%)	114 (36,4%)	131 (37,6%)	0,199
- Nombre de chute	2,1 ($\pm 1,39$), 1-5	1,8 ($\pm 1,49$), 1-12	1,8 ($\pm 1,48$), 1-12	0,351
- Blessures causées par les chutes	17 (48,6%)	75 (24%)	92 (26,4%)	0,003
- Blessures mineurs	8 (22,9%)	43 (13,7%)	51 (14,7%)	0,411
- Blessures majeures	9 (25,7%)	27 (8,6%)	36 (10,3%)	
Score de douleur (N=342)	3,2 ($\pm 3,24$), 0-9	3,1 ($\pm 3,04$), 0-10	3,1 ($\pm 3,06$), 0-10	0,861
Score de fatigue N=334)	5,3 ($\pm 2,77$), 0-10	4 ($\pm 2,98$), 0-10	4,2 ($\pm 2,98$), 0-10	0,029
MMSE (score total) (N=314)	25,3 ($\pm 4,5$), 12-30	26,5 ($\pm 3,06$), 8-30	26,4 ($\pm 3,23$), 8-30	0,278
- Missing	6 (17,1%)	28 (8,9%)	34 (9,8%)	
- Borderline	2 (5,7%)	14 (4,5%)	16 (4,6%)	
- Impaired	3 (8,6%)	9 (2,9%)	12 (3,4%)	
- Normal	24 (68,6%)	262 (83,7%)	286 (82,2%)	
MNA-SF (score total)	8,6 ($\pm 2,80$), 3-14	9,4 ($\pm 2,86$), 0-14	9,3 ($\pm 2,86$), 0-14	0,107
- A risque de malnutrition	16 (45,7%)	154 (49,2%)	170 (48,9%)	0,095
- Malnutrition	14 (40%)	80 (25,6%)	94 (27%)	
- Normal	4 (11,4%)	77 (24,6%)	81 (23,3%)	
GDS-15 (N= 342)	4 ($\pm 2,09$), 0-8	3,8 ($\pm 2,92$), 0-14	3,8 ($\pm 2,85$), 0-14	0,340
- Normal	24 (68,6%)	219 (70%)	243 (69,8%)	
- Presque une dépression	0	13 (4,2%)	13 (3,7%)	
- Suggère une dépression	6 (17,1%)	67 (21,4%)	73 (21%)	
Charlson Index (N= 346)	2,5 ($\pm 1,92$), 0-7	2,3 ($\pm 1,90$), 0-13	2,3 ($\pm 1,90$), 0-13	0,365
QoL Q1 (N=334), (<i>médiane</i>)	3,8 ($\pm 1,22$), 2-6 (3,5)	4,5 ($\pm 1,42$), 1-7 (5)	4,4 ($\pm 1,42$), 1-7 (5)	0,002
QoL Q2 (N=335), (<i>médiane</i>)	4,4 ($\pm 1,39$), 1-6 (4)	4,0 ($\pm 1,54$), 1-7 (5)	4,8 ($\pm 1,53$), 1-7 (5)	0,064
QoL global score (N=335)	51 ($\pm 18,9$), 16,66-83,33	61,7 ($\pm 22,50$), 0-100	60,7 ($\pm 22,38$), 0-100	0,006
ECOG PS				0,004
- 0	1 (2,9%)	61 (19,5%)	62 (17,8%)	
- 1	10 (28,6%)	123 (39,3%)	133 (38,2%)	

- 2	9 (25,7%)	67 (21,4%)	76 (21,8%)	
- 3	11 (31,4%)	49 (15,7%)	60 (17,2%)	
- 4	4 (11,4%)	13 (4,2%)	17 (4,9%)	
Hb	11,6 (\pm 2,09), 7,5-16	12 (\pm 1,9), 7,4-16,1	11,9 (\pm 11,9), 7,4-16,1	0,301
Créatinine	1,4 (\pm 2,26), 0,46-13	1,3 (\pm 5,47), 0,22-92	1,3 (\pm 5,23), 0,22-92	0,847
CRP	3,6 (\pm 3,71), 0,1-13,2	3,2 (\pm 4,6), 0-25,6	3,2 (\pm 4,51), 0-25,6	0,055
Type de tumeur				0,187
- Carcinome	33 (94,3%)	307 (98,1%)	340 (97,7%)	
- Hémopathies malignes	2 (57%)	6 (1,9%)	8 (2,3%)	
Localisation du carcinome				0,608
- Missing	0 (0%)	18 (5,8%)	18 (5,2%)	
- Breast	4 (11,4%)	49 (15,7%)	53 (15,2%)	
- CNS	0 (0%)	4 (1,3%)	4 (1,1%)	
- CUP	1 (2,9%)	0 (0%)	1 (0,3%)	
- Digestif	13 (37,1%)	122 (39%)	135 (38,8%)	
- Génito-urinaire	5 (14,3%)	36 (11,5%)	41 (11,8%)	
- Gynécologique	2 (5,7%)	17 (5,4%)	19 (5,5%)	
- Head and neck	1 (2,9%)	14 (4,5%)	15 (4,3%)	
- Musculoskeletal	1 (2,9%)	2 (0,6%)	3 (0,9%)	
- Ophthalmic	0 (0%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	
- Peau	1 (2,9%)	17 (5,4%)	18 (5,2%)	
- Thorax	5 (14,3%)	27 (8,6%)	32 (9,2%)	
Stade				0,009
- I	0 (0%)	32 (10,2%)	32 (9,2%)	
- II	1 (2,9%)	53 (16,9%)	54 (15,5%)	
- III	11 (31,4%)	81 (25,9%)	92 (26,4%)	
- IV	17 (48,6%)	126 (49,3%)	143 (41,1%)	
Présentation de la tumeur				0.627
- Nouveau diagnostic	27 (77.1%)	255 (81.5%)	282 (81.0%)	
- Progression	4 (11.4%)	33 (10.5%)	37 (10.6%)	
- Rechute	4 (11.4%)	25 (8.0%)	29 (8.3%)	
Traitement				
- Chirurgie	10 (28,6%)	151 (48,2%)	161 (46,3%)	0,032
- Chirurgie palliative	3 (8,6%)	13 (4,2%)	16 (4,6%)	0,063
- Chimiothérapie	20 (57,1%)	126 (40,3%)	146 (42%)	0,070
- Chimiothérapie pal.	16 (45,7%)	83 (26,5%)	99 (28,4%)	0,578
- Radiothérapie	10 (28,6%)	65 (20,8%)	75 (21,6%)	0,284
- Radiothérapie pal.	2 (5,7%)	21 (6,7%)	23 (6,6%)	0,245
- Hormonothérapie	1 (2,9%)	23 (7,3%)	24 (6,9%)	0,491
- Hormonothérapie pal.	0 (0%)	11 (3,5%)	11 (3,2%)	0,125
Hospitalisation 3 mois avant EG				0,104
- Non	25 (71.4%)	173 (55,3%)	198 (56.9%)	
- Oui	10 (28.6%)	137 (43.8%)	147 (42.2%)	
Statut de la maladie au follow-up				
- Missing	13 (37.1%)	56 (17.9%)	69 (19.8%)	0,031
- Indéterminé	17 (48.6%)	112 (35.8%)	129 (37.1%)	
- Progression	2 (5.7%)	23 (7.3%)	25 (7.2%)	

- Rémission	2 (5.7%)	80 (25.6%)	82 (23.6%)	
- Stabilité	1 (2.9%)	40 (12.8%)	41 (11.8%)	
- Rémission	0 (0%)	2 (0.6%)	2 (0.6%)	
Présence de problèmes gé.	34 (97,1%)	299 (95,5%)	333 (95,7%)	0,607
- Conseils donnés	35 (100%)	302 (96,5%)	337 (96,8%)	0,999
Nombre de conseils donnés				
- 2	4 (11.4%)	70 (22.4%)	74 (21.3%)	0,049
- 3	19 (54.3%)	93 (29.7%)	112 (32.2%)	
- 4	6 (17.1%)	58 (18.5%)	64 (18.4%)	

\bar{X} = moyenne ; DS = déviation standard ; CNS = Central Nervous System ; CUP = Cancer of Unknown Primary origin

2. TAUX DE DÉCÈS PRÉCOCES CHEZ LES PATIENTS ONCO-GÉRIATRIQUES SUIVIS AUX CUSL

Entre mars 2013 et février 2015, 348 patients âgés atteints de cancer ont été suivis aux Cliniques universitaires Saint-Luc. 313 patients de l'échantillon étaient encore en vie après 3 mois du suivi onco-gériatrique. Seuls 35 patients (10,06 %) sont décédés précocement.

Tableau 3. Taux de décès précoces et survie globale.

	Population (N=348) \bar{X} (\pm DS), min-max / n (%)
Patients décédés précocement (\leq 3 mois)	35 (10,06 %)
Patients dont la survie > 3 mois	313 (89,94%)
Intervalle temps entre la CMOG et le follow-up (semaines) (n = 342), (<i>médiane</i>)	15,2 (\pm 3,10), 0,85 - 22,35 (14,95)
Intervalle temps entre la CMOG et le décès (semaines) (n = 63), (<i>médiane</i>)	7,3 (\pm 4,39), 0 – 17 (7)

L'intervalle temps moyen entre l'initiation du suivi et le follow-up étaient d'environ 15 semaines (\pm 3,10). La médiane est de 14,95 semaines. L'intervalle temps entre le CMOG et le décès était de 7 semaines en moyenne (\pm 4,39) (Tableau 3).

3. COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DÉCÉDÉE PRÉCOCEMENT ET CELLE QUI A SURVÉCUE À 3 MOIS DE SUIVI.

La population comporte deux groupes de patients. Le premier concerne ceux qui sont décédés avant la période de 3 mois après l'initiation du suivi onco-gériatrique. Ils seront identifiés comme patients décédés précocement (premier groupe). Le deuxième groupe comporte les patients qui sont vivants à 3 mois. L'un des objectifs du travail était d'identifier les différences statistiquement significatives entre les deux groupes (Tableau 2).

3.1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Pour commencer, l'âge moyen au moment du screening est semblable pour les deux groupes. En ce qui concerne le groupe de patients décédés précocement, il est de 82,5 ans et de 81,8 ans pour les patients en vie après 3 mois. Il ne s'agit pas d'un facteur significativement différent entre les deux groupes ($p=0,323$). Il en est de même pour le genre. La distribution est presque identique dans les deux groupes.

Le lieu de vie des patients âgées oncologiques varie entre les deux échantillons. Près de la moitié des patients décédés précocement (48,6%) vivait seul au domicile et plus d'un tiers (34,3%) vivait au domicile avec leur conjoint(e). Peu d'entre eux étaient institutionnalisés.

Contrairement à cet échantillon, les patients qui ont survécu les 3 mois de suivi onco-gériatrique étaient moins nombreux à vivre seul (30,7%) à domicile. La plupart (46%) vivaient avec leur partenaire. Ce groupe comportait davantage de patients séjournant en institution ou dans une résidence service par rapport au groupe de patients décédés précocement. De plus, la famille était particulièrement impliquée dans l'accompagnement chez les patients vivant à 3 mois. Nous observons tout de même que le lieu de vie n'est pas un facteur significativement différent pour les deux groupes ($p=0,165$).

Les aidants naturels étaient plus présents auprès des patients du premier groupe (88,6%). Cette différence est statistiquement significative avec une p-valeur de 0,002. Cela peut être expliqué par le fait que ces patients vivaient majoritairement seul.

La présence d'aidants professionnels, plus importante pour le deuxième groupe, n'est pas une différence significative. Notons que seuls les soins infirmiers à domicile ont été identifiés

comme statistiquement différents ($p=0,044$). Les patients décédés précocement en ont plus bénéficiés (28,6%) contrairement aux patients vivants après 3 mois (14,1%).

Cependant, les services tels que la livraison de repas à domicile, la présence d'aide-ménagère et d'aide familiale étaient plus fréquemment observés auprès des patients dont la survie dépasse les 3 mois.

3.2. CARACTÉRISTIQUES PATHOLOGIQUES

Le score G8 était significativement différent dans les deux groupes. Le score moyen du premier groupe était de 9,1 ($\pm 3,10$) et de 10,6 ($\pm 2,64$) pour le deuxième groupe. Nous observons que le score médian du groupe 1 (9,5) est inférieur à celui du groupe 2 (11). Ce qui signifie que les patients décédés précocement étaient plus fragiles que les patients qui ont survécu à 3 mois de suivi onco-gériatrique.

Concernant le score de Charlson, son score médian est de 3 pour le premier groupe et de 2 pour les patients en vie à 3 mois. Les patients décédés avant cette période ont tendance à avoir légèrement plus de comorbidités. Ce facteur n'est pas significativement différent entre ces deux catégories de patients ($p=0,365$). Il en est de même pour les valeurs sanguines : l'hémoglobine ($p=0,301$), la créatinine sérique ($p=0,847$) et la CRP ($p=0,055$).

La douleur, évaluée à l'aide d'une échelle numérique, n'était pas identifiée comme un facteur significativement différent entre les deux groupes ($p=0,861$). Le score moyen attribué à la douleur au sein du premier groupe était de 3,2 ($\pm 3,24$) et de 3,1 ($\pm 3,04$) pour le second.

À l'inverse, l'évaluation de la fatigue a montré une différence significative entre les échantillons étudiés, avec une p-valeur à 0,029. Le score moyen était plus élevé auprès des patients décédés précocement (5,3 \pm 2,77 contre 4 (\pm 2,98) pour le second groupe). Le score médian du premier groupe (6) est également supérieur à celui attribué par les patients en vie à 3 mois (5).

Une hospitalisation durant les 3 mois qui précédaient l'évaluation, n'était pas une différence significative. Les patients du second groupe ont un taux d'hospitalisation supérieur (43,8%) au premier (28,6%).

Quant aux caractéristiques oncologiques, les groupes ne sont pas significativement différents par le type de tumeur ($p=0,187$) contrairement au stade de la maladie oncologique ($p=0,009$).

Les patients décédés précocement ont majoritairement été diagnostiqués de cancer avancé : stade III (31,4%) et stade IV (48,6%). Leurs taux sont supérieurs à ceux du groupe 2 (25,9% et 40,3% respectivement). Au sein du groupe 1, les nouveaux diagnostics oncologiques s'élevaient à 77,1%. Au moment de l'évaluation, 11,4% des patients décédés précocement ont été diagnostiqués d'une rechute. 11,4% des patients du premier groupe souffraient d'une maladie progressive au moment de l'évaluation gériatrique.

Parmi les différents traitements proposés, seule la chirurgie présentait une différence significative entre les deux groupes ($p=0,032$). Le taux de chirurgie à visée palliative était plus élevé au sein des patients décédés précocement (8,6% > 4,2%).

Quant à la chimiothérapie, il s'agit du traitement le plus souvent proposé aux patients du premier groupe ($p=0,070$). Dans la majorité des cas (45,7%), il s'agissait d'une chimiothérapie palliative.

Le statut de la maladie au follow-up est un facteur statistiquement différent entre les deux groupes étudiés ($p= 0,031$). En effet, le groupe de patients en vie après 3 mois a une plus grande proportion de patients en rémission (26,2%) et ceux dont la maladie est stable (12,8%). En revanche, l'état de la maladie au moment du suivi prévu à 10 semaines au sein de l'échantillon décédé précocement est dans la plupart des cas une donnée manquante ou indéterminée.

3.3. CARACTÉRISTIQUES LIÉES AUX SYNDROMES GÉRIATRIQUES

L'état cognitif a été évalué à l'aide du MMSE. Il n'était pas identifié comme facteur significativement différent entre les échantillons ($p= 0,278$). Son score moyen était de 25,3 ($\pm 4,5$) pour les patients issus du groupe 1 et de 26,5 ($\pm 3,06$) pour le groupe 2. Le score médian pour les deux groupes est de 27. Ici, supérieur à 24, aucune atteinte cognitive n'est dépistée. En effet, dans les deux groupes, plus de la moitié des patients ont un état cognitif « normal ». Cette catégorie de patients est supérieure au sein du second groupe (83,7% contre 68,6%). Le groupe 1 compte plus de patients présentant des troubles cognitifs (8,6% contre 2,9%).

L'état nutritionnel a été examiné à l'aide de l'outil MNA-SF et n'est pas une différence significative entre les deux catégories de patients ($p= 0,107$). Dans le premier groupe, 45,7% des patients ont été identifiés à risque de dénutrition et 40% en dénutrition. Dans le second groupe, près de la moitié des patients était à risque de dénutrition et 25,6% en dénutrition. La nutrition adéquate avait été identifiée chez 24,6% des patients du groupe 2 contre 11,4% pour

le groupe 1. De plus, le BMI moyen est semblable entre les deux groupes. Il est de 22,8 ($\pm 3,65$) pour le premier groupe et de 23,9 ($\pm 4,93$) pour le second. Il ne s'agit pas d'un facteur significativement différent entre les deux groupes puisque la p-valeur est de 0,305 .

L'état dépressif a été déterminé à l'aide de l'échelle GDS-15. Il n'a pas démontré de différence significative ($p= 0,304$). Plus de la moitié des patients au sein des deux groupes n'ont pas présenté de sentiments dépressifs. Ce taux s'élève à 68,6% pour le premier groupe et à 70% pour le second.

Le score moyen à l'échelle de Katz (ADL) a montré une différence significative entre les deux groupes de patients ($p=0,002$). Ce score évalue la dépendance dans les activités de la vie quotidienne. Le score moyen pour le premier groupe était de 9,9 ($\pm 3,10$) et de 8 ($\pm 2,82$) pour le second groupe. Cela signifie que les patients décédés précocement sont légèrement plus dépendants.

Il en va de même pour le score de Lawton (IADL). En effet, la dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne relevait d'une différence significative entre les deux échantillons ($p=0,005$). Le score moyen pour les patients décédés précocement était de 3,9 ($\pm 2,51$) et de 5,2 ($\pm 2,52$) pour les patients en vie à 3 mois. Ces résultats caractérisent davantage les patients décédés précocement comme dépendant.

La survenue de chutes dans l'année qui précédait l'évaluation gériatrique ne constituait pas une différence significative entre les deux groupes de patients ($p=0,199$). En effet, au sein des deux échantillons, plus de la moitié des patients n'ont pas présenté de chute dans les 12 mois qui précédaient l'évaluation. Cependant, la présence de blessures survenues après une chute était un facteur significativement différent ($p= 0,003$). La sévérité des blessures causées par une chute était plus grave auprès des patients décédés précocement. Près de la moitié des patients du groupe 1 (48,6%) ont rencontré des conséquences suite à une chute. Pour le second groupe, le taux est de 24%, soit deux fois moindre. Les patients du premier groupe avaient un nombre moyen de chutes supérieur au second.

Le Timed Up and Go (TUG) n'était pas identifié comme facteur significativement différent entre les deux échantillons, avec une p-valeur de 0,156. Nous observons tout de même que les patients qui sont décédés avant les 3 mois ont un intervalle temps TUG plus long que ceux en

vie après 3 mois. Le taux de patients avec une mobilité altérée est supérieur au sein du groupe des décès précoces (14,3% contre 9,9%). Les patients dont la survie dépasse les 3 mois ont une meilleure capacité de se mouvoir.

L'évaluation de l'indice de performance (ECOG-PS) a montré une différence significative entre les groupes ($p=0,004$). Dans le premier groupe, 11,4% de patients étaient invalides et seuls 2,9% des patients avaient une activité normale sans restriction. Au sein du groupe 2, ces taux valaient respectivement 4,2% et 19,5%.

Le taux de problèmes gériatriques identifiés suite à l'évaluation gériatrique n'est pas un facteur statistiquement différent dans les deux groupes ($p=0,607$). Au contraire, le nombre de d'interventions suggérées ($p=0,049$) l'est. En effet, pour plus de la moitié des patients décédés précocement, 3 interventions gériatriques ont été proposées. Cependant la nature de celles-ci n'a pas été analysée.

3.4. AUTRE

Pour connaître la qualité de vie perçue par le patient, deux questions lui ont été posées. La première (QoL Q1), concernait l'auto-évaluation de l'état de santé du patient. Elle a montré une différence significative entre les deux groupes avec une p-valeur à 0,002. Le score moyen attribué à cette question était de 3,8 ($\pm 1,22$) pour les patients du groupe 1 avec une médiane à 3,5. Pour le second groupe, le score moyen était de 4,5 ($\pm 1,42$) et la médiane à 5. Les patients décédés précocement expriment un moins bon état de santé par rapport au patient en vie après 3 mois. Les résultats obtenus pour la deuxième question (QoL Q2) ont montré une différence non significative ($p=0,064$). Les patients décédés précocement avaient une qualité de vie plus médiocre que celle du second groupe. Une autre différence statistiquement significative est le score global de qualité de vie (QoL). En moyenne ce dernier est plus élevé dans le deuxième groupe (61,7% vs 51%).

4. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS DÉCÉDÉS PRÉCOCEMENT

Le groupe de patients onco-gériatrique décédés précocement était composé de 54,3% de femmes. L'âge moyen de l'échantillon était de 82,5 ans ($\pm 5,94$), et l'âge médian de 83 ans (71-92 ans). La majorité du groupe vivait à domicile (seul (48,5%) ou avec leur compagnon (34,3%)).

Les diagnostics les plus fréquents sont le cancer digestif, le cancer de sein et le cancer thoracique. Dans près de la moitié des cas, la chimiothérapie palliative a été proposée.

Ce groupe avait un taux élevé de patients malnutris (40%) ou à risque de malnutrition (45,7%). Peu d'entre eux étaient diagnostiqués de troubles cognitifs et plus de la moitié des patients avaient un score GDS-15 normal.

Les différences statistiques ont montré que les patients décédés précocement étaient fort entourés d'aidants proches (88,6%) et étaient nombreux à avoir recours aux soins infirmiers à domicile (28,6%). La présence de ces derniers facilite aux patients leur maintien à domicile.

Les patients de ce groupe sont le plus souvent diagnostiqués à un stade avancé de la maladie. Le traitement par chirurgie a été moins fréquemment proposé (28,6%) à ce groupe de patients.

Le score G8 moyen était plus faible ($9,1 \pm 3,10$) et reflétait une fragilité plus importante par rapport au deuxième groupe. Quant à l'état fonctionnel, le score ADL et IADL ont montré que la population de patients décédés précocement présentait une dépendance au quotidien plus importante. Avec un score moyen respectivement à 9,9 et 3,9.

Près d'un patient sur deux chute dans les 12 mois qui précèdent l'évaluation gériatrique. Le nombre moyen de chutes est de 2,1 ($\pm 1,39$). Près de la moitié des chutes (48,5%) avaient causés des blessures. Ces patients avaient un statut de performance faible (ECOG-PS $> 2 = 42,8\%$).

Le score moyen attribué à la fatigue exprimé par les sujets onco-gériatriques était modéré à sévère ($5,3 \pm 2,77$). Ces patients auto-évaluent leur qualité de vie ($4,4 \pm 1,39$) et l'état de santé ($3,8 \pm 1,22$) comme plutôt satisfaisant.

Enfin, un nombre plus important d'interventions gériatriques a été proposé à ces patients.

5. FACTEURS ASSOCIÉS AUX DÉCÈS PRÉCOCES EN ONCO-GÉRIATRIE

5.1. FACTEURS ASSOCIÉS AUX DÉCÈS PRÉCOCES – ANALYSES UNIVARIÉES

Les résultats obtenus par les analyses de régressions logistiques univariées seront présentés dans le tableau 4.

Nous allons commencer par exposer les facteurs associés significativement aux décès précoces (≤ 3 mois). Commençons par le score G8, qui est une variable statistiquement associée à la probabilité de décéder précocement (OR= 0,850 et $p= 0,02$). En effet, un score G8 plus élevé est un facteur protecteur face aux décès précoces, puisqu'il identifie un patient avec des fragilités moins importantes.

Une moindre présence d'aidants naturels a été identifiée comme facteur protecteur aux décès précoces. L' OR est de 0,222 et la p-valeur de 0,001. Les soins infirmiers à domicile sont eux aussi associés à cet outcome (OR = 0,409). En effet, ne pas avoir besoin de soins infirmiers à domicile protégerait le patient du décès précoce. Ce facteur est significatif avec une p-valeur à 0,037.

En ce qui concerne le projet thérapeutique, les patients à qui une chirurgie n'a pas été proposée ont une plus grande probabilité de décéder dans les 3 mois (OR= 2,330 et $p= 0,024$).

Le statut fonctionnel (ADL) du patient est également associé au décès précoce ($p=0,002$). La dépendance dans les tâches quotidiennes augmente la probabilité de décès précoce (OR = 1,161). Contrairement au score IADL, où l'OR est de 0,821 ($p=0,005$). Un score IADL élevé est un facteur protecteur car il indique un patient autonome.

Quant à l'ECOG, les statuts de performance supérieurs à 2 augmentent fortement la probabilité de la survenue du décès précoce (OR=8,194 et $p=0,005$).

La fatigue est un facteur associé à une diminution du pronostic vital (décès dans les 3 mois) avec un OR à 1,162 ($p= 0,024$).

La qualité de vie rapportée par le patient est statistiquement associée aux décès précoces à 3 mois avec un OR = 0,680 ($p=0,004$). De même pour le score global de la qualité de vie (OR= 0,979, $p= 0,004$). En effet, un score d'auto-évaluation reflétant une meilleure qualité de vie diminuerait la probabilité de décès précoce.

On remarque cependant que pour certaines variables la p-valeur est à la limite de la significativité :

- Le Timed Up and Go (p=0,05);
- Le score MMSE (p=0,075) ;
- La qualité de vie ressentie par le patient (QOL Q2) (p=0,076) ;
- La décision thérapeutique (chirurgie curative vs palliative) (p=0,065).

Enfin, les variables citées ci-dessous n'étaient pas associées à l'outcome (décès précoce \leq 3 mois) :

- Le score Charlson ;
- Les valeurs sanguines (créatinine sérique, CRP et hémoglobine) ;
- La présence de douleur ;
- L'antécédent de chute, le nombre de chutes et la gravité des blessures occasionnées par ces chutes ;
- L'âge du patient ;
- Le genre ;
- Les aide-ménagères à domicile ;
- La catégorie du diagnostic (nouveau vs progression) ;
- Le score GDS-15 ;
- Le score MNA-SF ;
- Le BMI
- La présence de professionnels de soins au domicile ;
- Le traitement par radiothérapie.

Tableau 4. Facteurs associés aux décès précoces (analyses univariées).

Facteurs associés	Odds ratio (IC 95%)	p-valeur
Age	1,023 (0,963-1,087)	0,457
Genre (Réf = femme)	0,988 (0,490-1,993)	0,974
Présence d'aidants naturels (Réf = oui)	0,222 (0,076-0,645)	0,001
Score de Charlson	1,074 (0,905-1,275)	0,426
Valeurs sanguines		
- CRP	1,023 (0,942-1,110)	0,604
- Créatinine sérique	1,003 (0,943-1,068)	0,918

- Hémoglobine	0,915 (0,755-1,110)	0,368
Aide-ménagère à domicile (Réf = oui)	1,210 (0,601-2,440)	0,593
Type de diagnostic – Progression oncologique - Réf = Nouveau diagnostic	1,145 (0,377-3,477)	0,778
Score ECOG-PS > 2	8,194 (1,009-66,573)	0,005
Antécédents de chute dans les 12 mois (Réf = non) - Blessures majeurs suite à une chute (Réf = mineur) - Nombre de chute	1,632 (0,809-3,293) 1,792 (0,616-5,208) 1,111 (0,828-1,490)	0,174 0,284 0,504
Score G8	0,825 (0,729-0,933)	0,002
GDS-15 (score total)	1,025 (0,904-1,162)	0,701
Aide familiale (Réf = oui)	1,066 (0,238-4,783)	0,933
Soins infirmiers à domicile (Réf = oui)	0,409 (0,184-0,910)	0,037
Score IADL	0,821 (0,715-0,943)	0,005
Score ADL	1,161 (1,061-1,269)	0,002
Score MMSE	0,912 (0,830-1,003)	0,075
Score MNA-SF	0,908 (0,806-1,023)	0,113
Pas d'aidants professionnels à domicile	0,654 (0,309-1,382)	0,256
QoL global - QoL Q1 - QoL Q2	0,079 (0,963-0,995) 0,680 (0,522-0,888) 0,809 (0,640-1,022)	0,011 0,004 0,076
TUG - Impaired mobility (Réf = Freely mobile)	1,071 (1,004-1,143) 5, 00 (0,552-45,306)	0,050 0,169
Traitement par chirurgie (Réf = oui) - Traitement par chirurgie palliative (Réf = curative)	2,330 (1,083-5,013) 4,550 (1,049-19,731)	0,024 0,065
Traitement par radiothérapie (Réf = oui)	0,655 (0,300-1,433)	0,302
Score fatigue	1,162 (1,016-1,329)	0,024
Score douleur	1,014 (0,902-1,139)	0,822
BMI	0,946 (0,869-1,029)	0,176

5.2. FACTEURS PRÉDICTIFS DE DÉCÈS PRÉCOCES – ANALYSE MULTIVARIÉE

L'analyse multivariée a permis d'identifier deux facteurs prédictifs d'un décès précoce (≤ 3 mois) en onco-gériatrie chez les patients suivis au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc (Tableau 5).

La présence de soins infirmiers à domicile et l'autoévaluation de l'état de santé du patient ont été retenues comme facteurs prédictifs des décès précoces :

- Ne pas avoir recours aux soins infirmiers à domicile avait un OR à 0,212 et la p-valeur était de 0,012. Les patients qui n'ont pas d'aidants professionnels à domicile sont donc moins à risque de décès précoce. Il en découle que le fait d'avoir un(e) infirmier(e) à domicile serait un facteur prédictif de décès précoce à 3 mois du suivi.
- L'autoévaluation de l'état de santé par le patient (QoL-Q1) avait un OR de 0,621 et une p-valeur de 0,021. Une bonne autoévaluation de l'état de santé est un facteur protecteur de décès précoce. Les patients qui estimaient leur santé de médiocre ont une probabilité plus élevée de décéder rapidement.

Tableau 5. Facteurs prédictifs de décès précoces (analyses multivariées).

Facteurs prédictifs	Odds ratio (IC 95%)	p-valeur
Home nursing (ref = oui)	0,212 (0,063-0,716)	0,012
QoL_Q1	0,621 (0,415-0,930)	0,021

PARTIE 4 – DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Après avoir exposé les résultats dans le chapitre précédent, ces derniers seront analysés.

1. DISCUSSION

Ce travail a identifié des facteurs associés et des facteurs prédictifs du décès précoce (≤ 3 mois). Ces résultats seront discutés dans cette partie du travail en comparaison avec les données retrouvées dans la littérature.

L'observation de la population incluse dans notre travail montre qu'il s'agit en majorité d'une population avec des caractéristiques gériatriques. À part la faible proportion de patients vivant en institution inclus dans notre travail (6,9 % par rapport à environ 20% pour la même catégorie d'âge), ainsi que le bon état cognitif global, nos patients présentent des caractéristiques d'une population âgée en terme de socio-démographique (vit seul à domicile), de dépendance fonctionnelle, de chute, de risque de dénutrition, etc. Nous ne discuterons néanmoins pas plus des caractéristiques de la population globale pour nous attarder sur les facteurs associés et prédictifs des décès précoces.

1.1.TAUX DE DÉCÈS PRÉCOCES

Pour rappel, nous avons observé 35 patients sur 348 dont la survie était inférieure ou égale à 3 mois après le diagnostic. Ce taux était donc de 10,06% à 3 mois. En le comparant à d'autres études, nous remarquons que ces dernières avaient fixé un intervalle temps plus long pour évaluer la survie des patients onco-gériatriques, généralement à 6 mois (Angeli et al., 2020 ; Feliu et al, 2021 ; Ferrat et al, 2015 ; Soubeyran et al, 2012). Le taux de décès précoces à 6 mois variait entre 16,1% (Soubeyran et al., 2012) et 30% (Ferrat et al., 2015) au sein de ces études.

Rambaud et al. (2017) avaient estimé ce taux à 100 jours. Le résultat obtenu est au moins deux fois plus important (26,8%). Cependant, leur étude se basait exclusivement sur les patients atteints d'un cancer de la vessie et majoritairement des hommes.

Nous remarquons tout de même que seuls Soubeyran et al. (2012) avaient quantifié le taux de décès précoces à 3 mois de 10,75%. Ce résultat est semblable à celui obtenu par notre étude. Le nombre de patients inclus dans leur étude était identique au nôtre (N=348). Cependant dans l'étude de Soubeyran et al. (2012), la population était plus jeune (âge moyen de 77,25 ans) et

constituée de 59,5% d'hommes. Dans les deux cas, les patients inclus dans l'étude étaient âgés de 70 ans et plus.

1.2. FACTEURS ASSOCIÉS AUX DÉCÈS PRÉCOCES DES PATIENTS ONCO-GÉRIATRIQUES SUIVI AUX CUSL

Par les analyses univariées, nous cherchons à identifier les facteurs associés aux décès précoces.

1.2.1. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Dans la littérature scientifique, nous avons constaté que l'âge avancé était un facteur associé aux décès précoces en onco-gériatrie (Boulahssass et al., 2018 ; Feliu et al., 2021 ; Ferrat et al., 2015). Nous remarquons que cela n'est pas le cas dans notre étude. L'âge moyen de la population décédée à 3 mois était de 82,5 (\pm 5,94) ans.

Le genre masculin n'a pas été identifié comme facteur associé aux décès précoces contrairement à d'autres études (Angeli et al., 2020 ; Boulahssass et al., 2018 ; Ferrat et al., 2015 ; Jonna et al., 2015 ; Soubeyran et al., 2012).

Quant au lieu de vie, peu d'études ont mis en évidence l'association entre cette variable et l'outcome du décès précoce. Seuls Ferrat et al. (2015) et Rambaud et al. (2017) associent un support social inadéquat (manque d'aidants naturels et professionnels) aux décès précoces. Nous retrouvons au sein de notre étude un résultat opposé. En effet, la présence d'aidants naturels et des soins infirmiers à domicile était associée aux décès précoces à 3 mois. Cela peut être expliqué par le fait que les patients qui avaient besoin d'aide au quotidien et de soins à domicile étaient des patients plus fragiles.

Quant au taux d'institutionnalisation, un taux de 7% a été rapporté pour la population étudiée dans la recherche de Ferrat et al. (2015). Il est de 6,1% pour le groupe de patients qui sont décédés dans la première année qui suit le début de la démarche onco-gériatrique. Au sein de notre étude, ce taux s'élève à 6,9% pour toute la population étudiée (N=348) et à 5,7% pour les patients décédés précocement (\leq 3 mois). Ces taux, même si semblables ne peuvent pas être comparés étant donné que l'intervalle temps étudié n'est pas le même. L'étude de Rambaud n'est pas explicite quant aux variables liées à l'environnement social du patient analysées. En effet, dans son étude le résultat obtenu informe seulement qu'un isolement social est un facteur associé aux décès précoces à 100 jours chez les patients atteints du cancer de la vessie. Notons

que le pourcentage de patients institutionnalisés dans notre population est bas (6,9%), il s'agit donc d'un biais de sélection.

Au sein de la population étudiée, près de la moitié (42,2%) était hospitalisé dans les 3 mois qui précédaient l'évaluation gériatrique. Au sein des patients décédés précocement, ce taux est de 28,6%. L'hospitalisation pour une personne âgée n'est pas sans conséquence. On observe que les patients qui décèdent précocement n'ont pas été plus souvent hospitalisés.

1.2.2. LES CARACTÉRISTIQUES PATHOLOGIQUES

Un faible score G8 est associé aux décès précoces au sein de nos analyses univariées. En effet, plus le score est bas, plus le patient présente des fragilités. La population décédée précocement avait un score allant de 3 à 14. Cette tranche était identique pour les patients qui ont survécu aux 3 mois de suivi. En revanche le score médian des patients décédés (≤ 3 mois) était inférieur au groupe des survivants : 9,5 contre 11. Ce qui appuie l'idée que les patients plus fragiles ont un pronostic vital plus court. Rappelons que les items étudiés par le score G8 sont la présence d'anorexie, la perte de poids, la motricité, les problèmes neuropsychiques, le BMI, la polymédication, l'auto-évaluation de l'état de santé et l'âge.

Les comorbidités ont été identifiées comme facteur prédictif du décès précoce (à un an) seulement par Ferrat et al. (2015). Ces derniers ont utilisé le score CIRS-G (Cumulative illness Rating Scale-Geriatric) . Il s'agit d'un score adapté à la population gériatrique. Nous retrouvons tout de même une association entre l'outcome (décès à 6 mois) et les comorbidités par l'échelle de Charlson (Bouhassass et al., 2018 ; Feliu et al., 2021). En revanche, ce paramètre n'a pas été lié aux décès précoces par les analyses univariées dans le cadre de ce mémoire. Le score médian est de 3.

La polymédication n'était pas un facteur prédictif de décès précoces aux sein des études retrouvées dans le cadre théorique de ce mémoire. Au sein de notre étude, cette variable n'a pas été utilisée dans les analyses univariées.

Les valeurs sanguines (albumine $\leq 3,5$ g/dL et Hb <11 g/dL) ont été prédictives de décès seulement dans l'étude de Feliu et al. (2021). Au sein de notre travail ces dernières ne le sont pas. Le taux de CRP est tout de même presque significatif dans les analyses univariées avec

une p-valeur à 0,055. Notre étude ne confirme donc pas une association entre une valeur CRP élevée et le risque de décès anticipé.

L'étude de Jonna et al. (2016) a démontré que les patients réadmis régulièrement en hospitalisation offrent aux praticiens l'occasion de réévaluer les besoins des patients et la nécessité de poursuivre le traitement anticancéreux. Quant à la variable liée à l'hospitalisation au sein de notre étude, il s'avère que les patients du groupe des survivants ont été plus nombreux à avoir été hospitalisés dans les 3 mois qui précédaient l'évaluation gériatrique. La raison d'hospitalisation n'était pas connue. La douleur ne s'est pas révélée être associée aux décès précoces dans nos analyses univariées. En revanche, c'est le cas de la fatigue, pourtant ce n'est pas un résultat retenu par d'autres études.

Concernant le diagnostic oncologique, la localisation de la tumeur était un facteur prédictif dans différentes études (Angeli et al., 2020 ; Boulahssass et al., 2018 ; Ferrat et al., 2015 ; Jonna et al., 2016). La tumeur de référence était différente selon l'étude analysée.

En effet, dans l'étude de Ferrat et al. (2015), la tumeur de référence était le cancer colorectal localisé. Ce qui a permis de mettre en évidence que les cancers du tractus gastro-intestinal supérieur, urologiques, hémopathies malignes et autres types de cancers sont associés à une mortalité précoce à 1 an. Seul le cancer de sein ou de la prostate localisé était identifié comme protecteur au sein de la population étudiée (HR = 0,14).

L'étude de Jonna et al. (2016) a identifié dans les analyses univariées que les cancers thoraciques, hépatiques et génito-urinaires augmentent le risque de décéder rapidement.

Soubeyran et al. (2012) identifiaient les tumeurs solides autres que digestives et le lymphome non-hodgkinien comme associées au risque de décès dans les 6 mois après initiation de la chimiothérapie. Au sein de notre étude, cette variable n'a pas été utilisée dans les analyses univariées.

Il en est de même pour l'étendue de la maladie. Cependant, le stade avancé de la maladie a été identifié comme prédictif des décès précoces dans les études d'Angeli et al. (2020) , Boulahssass et al. (2018), Feliu et al. (2021), Ferrat et al. (2015), Rambaud et al. (2017) et Soubeyran et al. (2012).

Nous remarquons que les types de cancers diagnostiqués au sein du groupe décédé à 3 mois dans notre étude sont : le cancer digestif, le cancer thoracique, le cancer urogénital et du sein.

D'autres étaient moins fréquents. Une grande part des cancers étaient des cancers à des stades avancés : stade III (31,4%) et stade IV (48,6%).

Quant à l'intention du traitement proposé, l'étude de Jonna et al. (2016) associe une thérapie à visée palliative aux décès précoces. Pour Angeli et al. (2020), le projet d'instauration de soins de support exclusifs prédit un décès précoce à 6 mois. Ce résultat indique que même en choisissant un traitement le moins toxique ce dernier peut s'avérer être morbide pour les patients fort fragiles (Angeli et al., 2020). Nous devons donc nous assurer qu'un traitement à visée palliative ne va pas être néfaste pour le patient.

Au sein de notre étude, plus de la moitié des patients décédés précocement étaient traités par une chimiothérapie (57,1%). Celle-ci était à visée palliative dans 45,7% des cas. Cependant, elle n'a pas été associée aux décès précoces. En revanche, un projet thérapeutique basé sur une chirurgie peut être bénéfique pour le patient si celle-ci n'est pas réalisée dans le but palliatif (OR= 4,550. Avec $p= 0,065$). La p -valeur étant presque significative, la chirurgie à visée palliative peut être envisagée comme associée aux décès précoces.

1.2.3. LES CARACTÉRISTIQUES LIÉES AUX SYNDROMES GÉRIATRIQUES

Enfin, il y a les caractéristiques gériatriques. La malnutrition a été évaluée par le score MNA-SF mais n'a pas été associée aux décès précoces à ≤ 3 mois par nos analyses univariées. Au contraire, pour Boulahssass et al. (2018), Ferrat et al. (2015) et Soubeyran et al. (2016), le score identifiant une malnutrition par l'outil MNA s'est avéré être prédictif d'un mauvais pronostic vital. Angeli et al. (2020) et Ferrat et al. (2015) ont identifié la perte de poids involontaire comme prédictive d'un décès à 6 mois en onco-gériatrie. Soulignons néanmoins que le risque de malnutrition est élevé dans notre population (45,7 %), plus que pour la population du même âge non malade, vivant à domicile.

Le Body Mass Index s'est avéré être prédictif de décès précoces (Feliu et al., 2021 ; Ferrat et al., 2015). La définition de la malnutrition variait au sein de ces études. Ferrat et al. (2015) identifie une malnutrition lorsque le BMI est inférieur à 21 kg/m² et inférieur à 23 kg/m² pour Feliu et al. (2021). Le BMI moyen de notre population décédée dans les 3 mois était de 22,8 kg/m². Cette variable n'était pas significative dans nos analyses univariées.

Dans notre analyse, la dépression a été évaluée par le score GDS-15. Ce score était normal chez plus de la moitié des patients onco-gériatriques décédés précocement (≤ 3 mois). Chez 6

patients (17,1%) ce score suggérait une dépression. Notre analyse n'a pas démontré d'association avec le décès précoce pour cette variable. Il en est de même pour les autres études (Angeli et al., 2020 ; Boulahssass et al., 2018 ; Feliu et al., 2021 ; Jonna et al., 2016 ; Rambaud et al., 2017 ; Soubeyran et al., 2016). Seule l'étude de Ferrat et al. (2015) a observé une association entre la dépression et le décès à 6 mois. Cependant, il ne s'agit pas de facteur prédictif.

La présence de troubles cognitifs a été identifiée comme prédictive de décès précoces dans l'étude de Jonna et al. (2016). En ce qui nous concerne, cette caractéristique a été évaluée à l'aide du score MMSE. Il s'est avéré ne pas être associé aux décès précoces de notre population. Cependant, la p-valeur est à la limite de la significativité ($p= 0,075$). La différence réside dans l'outil utilisé pour le diagnostic. Chez Jonna et al. (2016), le Clock Completion Test et Short Blessed Test ont été utilisés.

Le déclin fonctionnel a été identifié dans de nombreuses études comme facteur favorisant le décès précoce en onco-gériatrie. Au sein de notre étude, différents outils ont été sélectionnés afin d'étudier cet aspect.

Premièrement, nous trouvons l'évaluation de l'indépendance dans les tâches quotidiennes (échelle de Katz ADL). Ce score moyen était de 9,9 ($\pm 4,26$) au sein du groupe de patients décédés précocement. Ce score identifie les patients de ce groupe comme légèrement dépendants au quotidien (médiane à 9). Au sein de ce groupe, il existe tout de même des patients fort dépendants puisque le score ADL varie entre 6 et 23. Le score ADL influence le pronostic des patients fragiles. En comparant ces résultats aux autres études, celles-ci identifient cette variable comme facteur prédictif de décès précoces (Feliu et al., 2021 ; Ferrat et al., 2015 ; Jonna et al., 2016 ; Rambaud et al., 2017). Cependant, le score est évalué par la présence ou absence d'une dépendance pour un item donné (score entre 0-6) (Feliu et al., 2021 ; Ferrat et al., 2015).

Le score IADL de Lawton évalue l'indépendance du patient dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (0 = dépendant et 8 = autonome). Dans notre analyse, le score moyen de la population touchée par le décès précoce était de 3,9 ($\pm 2,51$). La médiane était de 3 ce qui révèle que les patients dont la survie ne dépassait pas 3 mois étaient relativement dépendants dans les activités instrumentales. Dans l'analyse univariée, le score IADL est un facteur

protecteur si celui-ci est élevé (OR = 0,821 et p = 0,005). Cette caractéristique est prédictive de décès précoces seulement dans l'étude de Jonna et al. (2016).

Timed Up and Go (TUG) aide au dépistage du risque de chute et renvoie une image de la mobilité du patient. Étant donné qu'un temps supérieur à 20 secondes était associé aux décès précoces, nous avons étudié cette relation auprès de notre population. Le résultat n'identifie pas d'association contrairement à Ferrat et al. (2015) et à Soubeyran et al. (2012). La mobilité altérée a été identifiée comme variable prédictive de décès précoces dans ces dernières études. D'autres études ont évalué la mobilité à l'aide du gait speed (Angeli et al., 2020 ; Rambaud et al., 2017). Ces résultats ne sont pas comparables.

Les antécédents de chute n'ont pas été identifiés comme associés aux décès précoces dans le cadre de nos analyses. Ils n'ont pas été retrouvés dans d'autres études. Le déclin fonctionnel était évalué par d'autres outils.

Au sein de notre étude, le statut de performance était significativement différent entre les deux groupes. En effet, le groupe de patients décédés dans les 3 mois de suivi onco-gériatrique était composé majoritairement de statut 3 (31,5%) et 4 (11,4%). Notre étude a évalué que le score PS > 2 est associé au décès précoce (OR = 8,194 et p= 0,005). D'autres études confirment ce résultat : Angeli et al. (2020) avec un HR =2,2 (p=0.0005) pour un PS ≥ 3 et Boulahssass et al. (2018) avec un OR = 5,37 (p<0,001) pour un PS >2. Chez Ferrat et al. (2015) cette variable est prédictive de décès précoces dans leur analyse multivariée.

1.2.4. AUTRE VARIABLE

Quant à la qualité de vie (QLQ-C30) exprimée par les patients, le score global moyen au sein de notre population (N=335) était supérieur ($60,7 \pm 22,38$) à celui de la population dans l'étude de Boulahssass et al. (2018) ($49,8 \pm 15,2$). Des données étaient manquantes pour cette variable au sein des deux études. Notons que 1050 patients étaient inclus dans l'étude de Boulahssass et al. (2018). Ces résultats peuvent être expliqués par les caractéristiques de la population étudiée.

1.3.FACTEURS PRÉDICTIONNELS DES DÉCÈS PRÉCOCES DES PATIENTS ONCO-GÉRIATRIQUES SUIVI AUX CUSL

Les facteurs prédictifs du décès précoce mis en évidence dans le cadre de ce mémoire ne sont pas semblables à ceux obtenus dans d'autres études.

La littérature scientifique évoque des facteurs prédictifs des décès précoces en onco-gériatriques :

- Le genre masculin (Jonna et al., 2016 ; Soubeyran et al., 2012) ;
- L'âge avancé (Ferrat et al., 2015), l'isolement social (Rambaud et al., 2017) ;
- La localisation de la maladie (Angeli et al., 2020 ; Boulahssass et al., 2018 ; Ferrat et al., 2015 ; Jonna et al., 2016) et son étendue (Angeli et al., 2020 ; Boulahssass et al., 2018 ; Feliu et al., 2021 ; Ferrat et al., 2015 ; Jonna et al., 2016 ; Rambaud et al., 2017 ; Soubeyran et al., 2012) ;
- Les comorbidités sévères (CIRS-G) (Ferrat et al., 2015) ;
- Les troubles cognitifs (Jonna et al., 2016) ;
- La malnutrition (Boulahssass et al., 2018 ; Ferrat et al., 2015 ; Soubeyran et al., 2012) ;
- Le déclin fonctionnel (Angeli et al., 2020 ; Boulahssass et al., 2018 ; Feliu et al., 2021 ; Ferrat et al., 2015 ; Jonna et al., 2016 ; Soubeyran et al., 2012) ;
- Les hospitalisations fréquentes (Jonna et al., 2016) ;
- Le projet thérapeutique exclusivement palliatif (Angeli et al., 2020 ; Jonna et al., 2016).

Notre étude a identifié dans un modèle multivarié seulement deux facteurs : la présence de soins infirmiers à domicile et l'autoévaluation de la qualité de vie par le patient.

Le fait de ne pas recourir aux soins infirmiers à domicile était un facteur protecteur avec un OR à 0,212 ($p=0,012$). De même pour la qualité de vie exprimée par le malade. Plus le score est élevé, plus ce dernier indique une bonne qualité de vie et ne prédit pas un décès précipité (OR= 0,621 et $p= 0,021$). L'évaluation de la qualité de vie par le patient est une variable liée à la survie du malade. De plus, aucun syndrome gériatrique n'a été identifié par nos analyses multivariées. En effet, seuls les facteurs significatifs à 5% ont été retenus afin d'obtenir un modèle optimal.

Nos résultats nous invitent à porter plus d'attention sur la présence d'infirmiers auprès des patients onco-gériatriques mais également sur la qualité de vie exprimée par ces derniers. Ces deux facteurs permettent une ouverture à la discussion autour du projet thérapeutique.

L'hétérogénéité de la population gériatrique et donc de la population étudiée peut expliquer cette différence. Nous pouvons tout de même associer le facteur prédictif d'hospitalisation récurrente (Jonna et al., 2016) et le besoin de soins infirmiers à domicile.

La présence de soignants à domicile résulte d'une fragilité plus importante des patients et d'un besoin d'aide pour les AVJ de base (cfr. analyses univariées). Il en est de même pour les ré-hospitalisations. Ces dernières pouvant être en lien avec d'autres facteurs prédictifs identifiés par les études citées précédemment.

Quant à la perception de la qualité de vie, cette dernière est subjective et reflète le ressenti du malade face à son quotidien. Ce concept multidimensionnel (psychique, physique et social) est indispensable à l'approche globale de la prise en charge d'un patient onco-gériatrique puisqu'il impacte la prise de décision thérapeutique. Un patient qui exprime une mauvaise qualité de vie dès le départ ne la verra peut-être pas s'améliorer après le traitement. Au contraire, cette dernière peut davantage se péjorer si un déclin fonctionnel et un besoin d'accompagnement dans les activités de vie quotidienne sont déjà présents au quotidien.

L'identification du projet palliatif exclusif comme facteur prédictifs (Angeli et al., 2020 ; Jonna et al., 2016) invite à la réflexion autour des traitements « palliatifs » par souci de bienveillance (ou non-malveillance). Ces thérapies administrées auprès des personnes fortement fragilisées peuvent causer plus de mal que de bien.

2. OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ONCO-GÉRIATRIQUES SUIVIS AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

Après avoir identifié les différences statistiquement significatives entre les groupes de patients décédés précocement (≤ 3 mois) et le groupe de survivants, les facteurs associés et prédictifs des décès précoces ont été explorés. Nous pouvons donc poursuivre notre travail en apportant de nouvelles pistes de réflexion et d'optimisation en matière d'accompagnement de patients onco-gériatriques aux seins des Cliniques universitaires Saint-Luc.

Commençons par les projets thérapeutiques des patients hospitalisés au sein de l'unité d'oncologie. Ils ne sont pas revus systématiquement contrairement à l'unité de gériatrie où une réunion hebdomadaire a lieu afin de discuter du projet de soins de chaque patient hospitalisé.

Cette ré-évaluation permet d'intégrer les nouvelles informations sur l'état de santé et l'état fonctionnel du patient et sur son désir. Même si ce sont des patients qui sont assez « fit » pour avoir un traitement, ils sont à risque de décès précoce s'ils portent certaines caractéristiques identifiées comme facteurs prédictifs. Une (ré)évaluation régulière de l'intérêt apporté par le traitement oncologique est nécessaire. Une sensibilisation des praticiens exerçant en oncologie quant au projet palliatif précoce est nécessaire. De plus, la vision holistique du patient gériatrique est parfois absente en oncologie contrairement à la gériatrie. C'est pourquoi, une sensibilisation quant à l'importance d'une approche holistique dans la prise en soins de patients onco-gériatriques est à renforcer.

Des variables identifiées dans PICT (outil identifiant un patient palliatif) sont semblables aux facteurs identifiés comme prédictifs ou associés aux décès précoces : déclin fonctionnel, perte de poids, etc.). Il est important de sensibiliser les soignants à les mettre en pratique dans leur travail quotidien. Pour cela, une formation peut être envisagée. En effet, en identifiant ces caractéristiques nous pouvons initier une réflexion quant au projet de vie du patient. Cette réflexion pourrait devenir plus fréquente que ce qui est en place actuellement dans l'unité d'oncologie.

Une réflexion initiée plus rapidement offre un délai plus important quant à la mise en place de structures soignantes à domicile. Les équipes soignantes peuvent donc être préparées à accueillir le patient à domicile dans des conditions adéquates et assurer un confort en fin de vie. Enfin, lorsque cela semble impossible face à l'état du patient, une formation des équipes soignantes quant à la dispensation de soins palliatifs au sein des unités pourrait être envisagée. En effet, une équipe préparée adéquatement aux différentes possibilités de soins de fin de vie peut assurer des soins de meilleure qualité. Ce autant pour l'équipe infirmière que médicale, puisqu'il s'agit d'un accompagnement global aussi bien du patient que de ses proches. Les patients gériatriques sont des patients avec une espérance de vie diminuée comparativement aux patients plus jeunes. C'est pourquoi naturellement il est important de réfléchir sur le projet de vie et de soins attendu pour ces patients.

Avec le changement de programme informatique et une charge de travail en augmentation permanente, l'anamnèse n'est pas toujours correctement complétée. Un rappel quant au dépistage de patients hospitalisés présentant des problèmes gériatriques est indispensable

auprès des équipes infirmières. Cela renforcerait l'accompagnement adéquat des patients vulnérables par l'équipe de liaison gériatrique.

Nous encourageons la discussion autour des objectifs attendus par les traitements et les souhaits des patients. Puisqu'on observe que la qualité de vie a son importance et ce même durant la phase qui précède la fin de vie. Face à une qualité de vie qui se péjore, certaines personnes âgées sont prêtes à initier des démarches comme l'euthanasie (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2020).

La multidisciplinarité inévitable entre la gériatrie et l'oncologie apporte une complexité à l'accompagnement des sujets âgés onco-gériatriques. Le médecin traitant occupe un rôle important. Étant le soignant principal, il regroupe toutes les informations liées au patient. Sa position devrait être davantage sollicitée puisqu'il s'agit du soignant de référence.

3. LIMITES ET PERSPECTIVES

Cette étude comporte certaines limites. Premièrement, il s'agit d'une étude limitée aux Cliniques universitaires Saint-Luc de Bruxelles. La base de données initialement multicentrique (N=3), a été réduite pour des raisons liées au comité éthique. Ainsi, le nombre de participants se réduit considérablement. Une analyse réalisée sur l'entièreté de la base de données pourrait apporter des résultats différents et ainsi identifier d'autres facteurs en lien avec le décès précoce.

Ensuite, notre étude est une étude rétrospective. Cela implique parfois un manque de données. Cela a été objectivé au sein de notre base de données. Étant donné ce type d'étude, ces données manquantes ne peuvent pas être complétées ultérieurement. Par conséquent, cela impacte parfois le nombre total de participants et la puissance de l'analyse. De plus, les outils et échelles utilisés lors de la collecte de données diffèrent parfois de ceux d'autres études. Une comparaison n'est pas toujours évidente. Cependant, des échelles semblables ont pu être sélectionnées.

Ce mémoire a été réalisé par une étudiante qui exerce le métier d'infirmière en oncologie. La vision des soins aux patient onco-gériatriques est influencée par la formation et la profession exercée. Les connaissances quant à l'accompagnement de la personne âgée ne sont pas

entièrement maîtrisées. Il en est de même pour l'analyse des résultats statistiques. De plus, le temps consacré à l'analyse et la critique des résultats était restreint.

En ce qui concerne les perspectives, une étude qualitative auprès du personnel soignant impliqué tout au long du parcours de soins aux patients onco-gériatriques, serait intéressante et permettrait de révéler de nouvelles possibilités d'amélioration de l'accompagnement. En effet, les équipes de gériatrie et d'oncologie ne sont pas confrontées aux mêmes types de patients. De plus, une étude qualitative peut être réalisée auprès des patients afin de connaître leur préférence quant aux directives de soins pouvant être envisagées lors de leur accompagnement. Ainsi, nous pouvons connaître leur point de vue sur ce qu'ils sont prêts à perdre en qualité de vie face aux traitements anticancéreux. C'est également l'occasion de connaître les attentes des patients concernant leur accompagnement.

De plus, s'intéresser au trajet de soins du patient onco-gériatrique auprès du CSO pourrait être bénéfique pour identifier des interventions d'amélioration. Leur expérience quotidienne face à la coordination de soins chez ce type de patients peut apporter de nouvelles informations quant aux optimisations potentielles à mettre en place.

Une analyse de parcours de soins d'un patient onco-gériatrique peut être envisagée. En effet, ces derniers peuvent être hospitalisés au sein du service de gériatrie ou oncologie en fonction de leur profil. Certains patients âgés traités pour un cancer bénéficieraient davantage d'un suivi gériatrique, qui est plus holistique.

Enfin, une étude peut être réalisée sur l'intérêt de l'administration des traitements anticancéreux à visée palliative chez les patients très fragile. Il peut être pertinent de savoir si ces patients vivraient mieux et plus longtemps si une abstinence thérapeutique était d'application.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'incidence du cancer augmente avec l'âge, la population vieillit, nous allons rencontrer de plus en plus de personnes âgées atteintes du cancer. Les soins autour des sujets âgés fragiles nécessitent une coordination entre les oncologues et gériatres. Cela implique une interdépendance entre les praticiens des deux filières.

L'âge chronologique ne reflète plus l'état de santé global du patient gériatrique. Les troubles cognitifs et la dépendance fonctionnelle s'installent progressivement auprès des sujets plus âgés vulnérables. C'est pourquoi une évaluation gériatrique est nécessaire. Elle a le pouvoir d'identifier les vulnérabilités des patients avant même qu'elles ne soient visibles et permet de mettre en place des interventions gériatriques et d'adapter le projet thérapeutique à l'état du patient fragile. L'intérêt de la thérapie oncologique chez un patient âgé vulnérable fait l'objet de réflexions par souci de bienveillance (ou non-malveillance). En effet, l'espérance de vie est diminuée pour la population âgée.

La transition entre le curatif et palliatif est une étape complexe tant pour le patient que pour les soignants, surtout lorsque celle-ci n'est pas assez anticipée.

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du master en Santé Publique à la Faculté de santé Publique à l'UCL (Bruxelles). À travers celui-ci, nous voulions identifier les caractéristiques des patients qui décèdent dans les semaines qui suivent l'initiation du suivi onco-gériatriques ainsi que les facteurs et les syndromes gériatriques favorisant les décès précoces. Connaître ces derniers permettra de mettre en place des soins palliatifs auprès des patients fragiles de façon anticipée.

Afin d'y apporter les éléments de réponse, nous avons commencé par exposer le cadre théorique nécessaire à la compréhension de la problématique. Pour le faire, une recherche d'articles scientifiques a été réalisée. Cette recherche a mis en évidence l'hétérogénéité de la population âgée en oncologie et l'importance accordée à l'évaluation du taux de décès précoces ainsi l'identification des facteurs prédictifs. On en distingue plusieurs catégories, les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques pathologiques, les caractéristiques gériatriques. Nous lisons également à travers ces documents l'importance accordée à la qualité de (fin de) vie des patients âgés atteints d'un cancer.

Quant au cadre pratique, nous souhaitons étudier le taux de décès précoces (≤ 3 mois) auprès des patients onco-gériatriques suivis aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Nous cherchions également à identifier l'association entre certaines variables et le décès précoce. Le but était de le confronter aux données repérées dans la littérature scientifique.

Notre étude a identifié un taux de décès précoces (≤ 3 mois) à 10,06%. Nous observons que les patients décédés précocement étaient plus souvent dépendants (ADL et IADL), présentaient une mobilité altérée, avaient besoin de soins infirmiers à domicile, vivaient majoritairement seuls. De plus, ils étaient majoritairement diagnostiqués d'une maladie avancée et étaient le plus fréquemment traités par une chimiothérapie palliative.

Les facteurs associés à cet outcome (décès à 3 mois) étaient le déclin fonctionnel (ADL, IADL, ECOG-PS >2), l'environnement social (absence d'aidants naturels, présence de soins infirmiers à domicile), un score G8 inférieur à 14, le sentiment de fatigue, une mauvaise qualité de vie et ne pas avoir recours à une chirurgie comme thérapie anticancéreuse. Quant aux syndromes gériatriques, aucune association avec le décès anticipé n'a été identifiée.

Cependant, notre recherche a mis en évidence que la présence d'infirmiers à domicile et une qualité de vie médiocre favorisaient un décès précoce à 3 mois dans les analyses multivariées.

Enfin, même si l'accompagnement onco-gériatrique est adéquat, des pistes d'améliorations ont été suggérées afin d'essayer d'optimiser l'accompagnement des sujets âgés atteints de cancers suivis aux Cliniques universitaires Saint-Luc.

BIBLIOGRAPHIE

- AFSOS. (2016). Quand associer une approche palliative spécialisée pour les patients adultes atteints de cancer ? Retrieved from: https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/12/Orientation-_SP_AFSOS_SFAP.pdf
- Ahmed, N., Ahmedzai, S.H., & Harwood, R.H. (2021). The geriatrician's role in end-of-life care. *Age and Ageing* 2021 ; 50 : 366–369
- Angeli, E., Chouahnia , K., Canoui-Poitrine, F., et al. (2020). Development, validation, and clinical impact of a prediction model for 6month mortality in older cancer patients: the GRADE. *Aging (Albany NY)*; 12 (5), 4230-4246. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32156833/>
- Arrêté Royal du 21 octobre 2018 fixant les critères pour identifier un patient palliatif (M.B. du 20.11.2018). Retrieved from: https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/AR_2018_10_18_PICT.pdf
- Arrêté Royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers. (M.B. du 23.02.2007). Retrieved from: https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-29-janvier-2007_n2007022208
- Belgian Cancer Registry. (n.d.). La moitié des cancers en Belgique touche les personnes de 70 ans et plus. Retrieved from: <https://kankerregister.org/media/docs/publications/FRCCommuniquédepresse03122018.pdf>
- Boulahssass, R., Gonfrier, S., Ferrero, J-M., et al. (2018) Predicting early death in older adults with cancer. *European Journal of Cancer*, 100, 65-74. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30014882/>
- CAPC – Center to Advance Palliative Care. (n.d.). Short Form Zarit Burden Interview (ZBI-12). Retrieved from: https://www.oncozine.com/wp-content/uploads/2018/11/ZBI-12_Form.pdf
- Carbonnelle, S., Rigaux, N., Sevenants, A., et al. (2014). Le projet de soins personnalisé et anticipé en pratique. Recherche-action avec une attention particulière pour les personnes atteintes d'une maladie de type Alzheimer. Retrieved from: https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2014-as-ad-projetdesoinspersonnaliseetanticipeenpr.pdf

- Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL). (2021). Programme de soins pour le patient gériatrique : Manuel gériatrique pluridisciplinaire (version intranet). Retrieved from: https://www.saintluc.be/sites/default/files/2020-04/manuel-geriatrique-pluridisciplinaire_0.pdf
- Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL). (n.d.). Équipe Interface Adulte. Retrieved from: <https://www.saintluc.be/fr/interface-adulte>
- Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL). (n.d.). Liaison palliative. Retrieved from: <https://www.saintluc.be/fr/liaison-palliative>
- Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL). (n.d.). Soins continus et palliatifs. Retrieved from: <https://www.saintluc.be/fr/soins-continus-palliatifs>
- CNFS – Consortium National de Formation en Santé. (2018). Test chronométré du lever de chaise de Mathias (TUG). Retrieved from: <https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-la-capacite-physique/test-chronometre-du-lever-de-chaise>
- CUSL. (n.d.). Différents types d'études. Retrieved from: <https://www.saintluc.be/fr/recherche-clinique-differents-types-d-etudes>
- Dayez, J-B. (2014). Les aînés face au cancer : sus aux idées reçues. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/291342849_Les_aines_face_au_cancer_sus_aux_idees_regues
- De Bock, R., Van Den Noortgate, N. & Piers R. (2017). Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in Geriatric Population. *Journal of Palliative Medicine*.
- Deliens, L., De Gendt, C., D'Haene, I., et al. (2009). La planification anticipée des soins : la concertation entre les dispensateurs de soins, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et leurs proches. Retrieved from: https://biblio.helmo.be/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1781
- Deschodt, M., Claes, V., Van Grooten, B., et al. (2015). Approche gériatrique globale: rôle des équipes de liaison interne gériatrique. *KCE Report 245Bs*. Retrieved from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_245Bs_Approche_geriatrique_globale_Synthese.pdf
- Desmedt, M. (2016) Identification du patient palliatif & attribution d'un statut lié à la sévérité des besoins : de l'usage d'un nouvel outil, le PICT. Retrieved from: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/rapport_etude_spf_11-2015.pdf

- Desmedt, M. (n.d.) Comment identifier les patients « palliatifs » ? Retrieved from: https://geriatrie.be/media/2019/11/DESMEDT-Marianne_patients-palliatifs.pdf
- Fauci, J., Schneider, K., Walters, C., et al. (2012). The utilisation of palliative care in gynecology patients near the end of life.
- Felui, J., Pinto, A., Basterretxea, L., (2021) Development and Validation of an Early Mortality Risk Score for Older Patients Trated with Chemotherapy for Cancer. *Journal of Clinicla Medecine*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33920250/>
- Ferrat, E., Paillaud, E., Caillet, P., et al. (2017). Performance of Four frailty classifications in older patients with cancer: prospective elderly cancer patients cohort study. *Journal of Clinical Oncology*. Volume 35 (7), 766- 777
- Ferrat, E., Paillaud, E., Laurent, M., et al. (2015). Predictors of 1-Year Mortality in a Prospective Cohort of Eldery Patients with Cancer. *Journals of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 2015 1-8. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25834194/>
- Fondation Registre du Cancer. (n.d.). Les chiffres du cancer. Retrieved from: <https://kankerregister.org/default.aspx?PageId=324>
- Fouquet, C., Brédart, A. & Bouleur, C. (2013). Coping des patients atteints de cancer en phase palliative et communication médicale. *Bulletin du Cancer*(9).
- François, E. (2015). Apports et limites de la consultation d’oncogériatrie. *POST’U*. Retrieved from: https://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf-2015/127_132_Francois.pdf
- HAS. (2013). Note de cadrage. Parcours de soins d’une personne ayant une maladie chronique en phase palliative. Retrieved from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/note_de_cadrage_soins_palliatifs_web.pdf
- Hernandez, R., Calderon, C., Carmona-Bayonas, A., et al. (2019) Differences in coping strategies among young adults and elderly with cancer. *Psychogeriatrics*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30723983/>
- INCa - Institut National du Cancer. (2012). ONCODAGE. Outil de dépistage gériatrique en oncologie.
- INCa – Institut National du Cancer. (2021). Types et stades des cancers. Retrieved from: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Types-et-stades-des->

cancers?fbclid=IwAR38724JdYdPFmPceyzQbud24Q06Sj190bl2T_HanBcZxybVCHjYIRQDIN8

- Institut Européen de Bioéthique. (n.d.). Analyse du neuvième Rapport de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie aux Chambres Législatives – (Années 2018 et 2019). Retrieved from: <https://www.ieb-eib.org/docs/pdf/2020-11/doc-1604920101-614.pdf>
- IWEPS. (2021). Indicateurs statistiques, causes de mortalité. Retrieved from: <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/causes-de-mortalite/>
- Jonna S., Chiang, L., Liu, J., et al. (2016). Geriatric assessment factors are associated with mortality after hospitalization in older adults with cancer. *Support Care Cancer*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27465048/>
- KCE. (2008). Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique. Définition et évaluation du patient gériatrique, fonction de liaison et évaluation. D'un instrument pour un financement approprié. *KCE Reports 73B*.
- KCE. (2012). Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique : développement d'un position paper. *KCE Report 190B*. Retrieved from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_190B_organisation_soins_malades_chroniques_0.pdf
- KCE. (2017). Synthèse Soins appropriés en fin de vie. *KCE Report 296Bs*. Retrieved from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_296B_Fin_appropriee_fin_de_vie_Synthese.pdf
- KCE. (2019). Performance of the Belgian health system – Report 2019. *KCE Report 313C*. Retrieved from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-12/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf
- Keirse, E., Beguin, C., Desmet, M., et al. (2009). Organisation des soins palliatifs en Belgique. *KCE reports 115B*.
- Kenis, C. (2019). Comprehensive Geriatric Assessment: The Belgian Experience of Implementation in the Care of Older Adult Patients with Cancer. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31099789/>
- Loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs (M.B. du 26.10.2002). Retrieved from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002061446

- Loi du 21 juillet 2016 modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs (M.B. du 29.08.2016). Retrieved from: https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/Loi_2002_SP_-_MOD_2016_07_21.pdf
- Maas, H.A., Janssen-Heijnen, M.L., Olde Rikkert, MG., Machteld Wymenga, A.N. (2007). Comprehensive geriatric assessment and its clinical impact in oncology. *European Journal of Cancer*, 43, 2161-2169. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17855074/>
- Maeker B & E. (2020). Évaluation de l'autonomie aux activités instrumentales de la vie quotidienne par l'IADL de Lawton. Retrieved from: <https://www.maeker.fr/fr/geriatrie/evaluations/iadl>
- Maeker B. & E. (2020). Évaluation de l'indice de performance de l'OMS ou ECOG-PS. Retrieved from: <https://www.maeker.fr/fr/geriatrie/evaluations/oms>
- Maeker B. & E. (2020). Quantifier les comorbidités avec l'indice de Charlson. Retrieved from: <https://www.maeker.fr/fr/geriatrie/evaluations/charlson>
- Monod, S. (2009). Comment dépister les syndromes gériatriques au cabinet ? *Revue médicale suisse*. Retrieved from: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-224/comment-depister-les-syndromes-geriatriques-au-cabinet#tab=tab-read>
- NNI- Nestlé Nutrition Institute. (n.d.). Nutrition Screening as easy as mna. A guide to completing the Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF). Retrieved from: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-english-sf.pdf>
- OCDE. (2020). Population âgée, définition. Retrieved from: <https://data.oecd.org/fr/pop/population-agee.htm>
- OCDE. (2021). Population âgée (indicateur). Retrieved from: <https://data.oecd.org/fr/pop/population-agee.htm> (doi: 10.1787/ebbf8999-fr)
- OMS. (n.d.). Palliative care. Retrieved from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). Vieillesse et santé. Retrieved from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Pallis, A.G., Fortpied, C., Wedding, U., et al. (2010). EORTC elderly task force position paper: Approach to the older cancer patient. *European journal of cancer*, (46), 1502-1513.
- Pelemans, W. (n.d.) Le profil gériatrique. *Le patient gériatrique*. Volume 1, Chapitre 2. Pfizer. Retrieved from: https://geriatrie.be/media/2019/04/vol01_chap02_fr.pdf

- Peppersack, T., Maes, G., Allègre, S., Praet, J-P. (2016). La dysphagie : un syndrome gériatrique ? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. Volume 14, numéro 4. Retrieved from: https://www.jle.com/download/gpn-308595-33357-la_dysphagie_un_syndrome_geriatrique_-g.pdf
- Quint, L. (2022). Entretien sur l'accompagnement de patients onco-gériatriques aux sein des Cliniques universitaires Saint-Luc (infirmière de l'équipe de liaison palliative).
- Rambaud, C., Sanchez, M., Gonfrier, S., et al. (2017). A prospective cohort study of 112 elderly patients with bladder cancer: predictive factors of early death after a comprehensive geriatric assessment. *The journal of urology*, (197). Retrieved from: <https://www.auajournals.org/doi/10.1016/j.juro.2017.02.148>
- Rollot-Trad, F. (2020). Syndromes Gériatriques. *L'Oncogériatrie en pratique par le FROG. Volume 1*.
- Scarpi, E., Dall'Agata, Zagonel, V., et al. (2018). Systematic vs. On-demand early palliative care in gastric cancer patients: a randomized clinical trial assessing patient and healthcare service outcomes. *Support Care in Cancer*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30357555/>
- Schrijvers, D. & Cherny, I. (2014). ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Annals of Oncology*, 25 (3), 138-142. Retrieved from: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)34086-4/pdf](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)34086-4/pdf)
- SGCA – Société de Gérontologie Centre Auvergne (2000). Échelle gériatrique de dépression (Version courte). Retrieved from: <http://www.sgca.fr/outils/gds15.pdf>
- Soubeyran, P., Fonck, M., Blanc-Bisson, C., et al . (2012) Predictors of Early Death Risk in Older Patients Trated With First-Line Chemotherapy for Cancer. *Journal of Clinical Oncology* (30), 15- 1829-1834. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22508806/>
- SPAF. (n.d.). Les échelles de la douleur. Retrieved from: <https://sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-auto-evaluation>
- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2020). Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Neuvième rapport aux Chambres législatives, 2018-2019. Retrieved from: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf

- SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (n.d.). Les déclarations anticipées correctes. Retrieved from: https://wemmel.center/data/VZP_-_Brel_Franstalig.pdf
- Statbel. (2021). Causes de décès. Retrieved from: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces#news>
- Statbel. (2021). Tables de mortalité et espérance de vie. Retrieved from: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie>
- Tassone, G. (2022). Interview avec Entretien autour de l'accompagnement de patients onco-gériatriques aux sein des Cliniques universitaires Saint-Luc (infirmier de l'équipe de liaison gériatrique).
- Vayne-Bossert, P., Vailloud, C., Ducloux, D., Matis, C. & Déramé, L. (2017). Planification du projet thérapeutique et directives anticipées dans la prise en soins palliative. *Revue médicale Suisse*. Retrieved from: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-548/planification-du-projet-therapeutique-et-directives-anticipees-dans-la-prise-en-soins-palliative#tab=tab-read>
- Zelter, L. (2008). Timed Up and Go (TUG). Retrieved from: <https://strokengine.ca/fr/assessments/timed-up-and-go-tug/>
- DDG. (n.d.). Etes-vous en surpoids ou en obésité ? Calcul IMC (BMI). Retrieved from: https://www.ddg-gastro.be/surpoids-obesite-calcul-bmi-imc/#Les_différentes_categories
- Onconormandie. (n.d.). Questionnaire G8. Test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer. Retrieved from: <https://onconormandie.fr/wp-content/uploads/2020/02/questionnaire-G8.pdf>

ANNEXE 1

Questionnaire G8 Test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer

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

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

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

[C – 2018/14701]

21 OKTOBER 2018. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de criteria om een palliatieve patiënt te definiëren

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groot.

Gelet op het wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, artikel 2, zevende lid, toegevoegd bij de wet van 11 augustus 2017 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 18 april 2018;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting gegeven op 15 mei 2018;

Gelet op het advies 63.675/3 van de Raad van State, gegeven op 9 juli 2018, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Een palliatieve patiënt in de zin van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, is een patiënt waarvan een arts heeft vastgesteld dat hij beantwoordt aan de criteria bepaald in de bijlage bij dit besluit.

Art. 2. De minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 21 oktober 2018.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

Bijlage. Identificatieschaal van de palliatieve patiënt

1. Zou u verwonderd zijn mocht uw patiënt binnen de komende 6 tot 12 maanden sterven?

Indien uw antwoord positief is, wordt de patiënt niet als palliatieve patiënt geïdentificeerd.

Indien uw antwoord negatief is, ga door naar vraag 2.

2. Beantwoordt uw patiënt aan meer dan 2 van de hieronder vermelde kwetsbaarheidsindicatoren?

- Zit of ligt meer dan de helft van de dag in een zetel of bed, zonder vooruitzicht op verbetering

- Gewichtsverlies van $\geq 5\%$ op 1 maandtijd of $\geq 10\%$ op 6 maanden tijd, of BMI < 20 kg/m² of albuminegehalte < 35 gr/l

- Pijn of ander aanhoudend en hinderlijk symptoom, ondanks optimale behandeling van de onderliggende ongeneeslijke aandoening

- Ten minste 1 ernstige comorbide aandoening van hart, longen, nieren of lever of 2 comorbide aandoeningen die niet onder controle zijn of niet behandeld worden (alcoholisme, verslaving en handicap inbegrepen)

- Ten minste 2 onvoorziene ziekenhuisopnames of 1 ziekenhuisopname van ≥ 4 weken tijdens de afgelopen 6 maanden (eventuele huidige opname inbegrepen)

- Meer verpleegkundige zorg noodzakelijk en/of wekelijkse behandeling door zorgverleners uit verschillende disciplines (thuis of in ROB/RVT)

- Patiënt (of naasten bij wilsonbekwaamheid van de patiënt) vraagt palliatieve zorg of weigert een levensverlengende behandeling te volgen/voort te zetten

Indien uw antwoord negatief is, wordt de patiënt niet als palliatieve patiënt geïdentificeerd.

Indien uw antwoord positief is, ga door naar vraag 3.

3. Vertoont uw patiënt minstens één van de ongeneeslijkheidscriteria van een mogelijk dodelijke aandoening?

3.1. In geval van oncologische of hematologische aandoening:

a) Functionele achteruitgang wegens evolutie van de tumor of een medische of chirurgische complicatie

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

[C – 2018/14701]

21 OCTOBRE 2018. — Arrêté royal fixant les critères pour identifier un patient palliatif

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs, l'article 2, alinéa 7, ajouté par la loi du 11 août 2017 portant dispositions diverses en matière de santé;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 18 avril 2018;

Vu l'accord de la Ministre du Budget donné le 15 mai 2018;

Vu l'avis 63.675/3 du Conseil d'Etat, donné le 9 juillet 2018, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Un patient palliatif au sens de la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs est un patient dont un médecin a constaté qu'il répond aux critères définis dans l'annexe du présent arrêté.

Art. 2. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 21 octobre 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre de la Santé publique,
M. DE BLOCK

Annexe. Echelle d'identification du patient palliatif

1. Seriez-vous surpris si votre patient venait à décéder dans les 6 à 12 prochains mois ?

Si votre réponse est positive, le patient n'est pas identifié comme patient palliatif.

Si votre réponse est négative, passez à la question 2.

2. Votre patient répond-il à plus de 2 indicateurs de fragilité mentionnés ci-dessous ?

- le patient reste au fauteuil ou au lit plus de la moitié de la journée, sans chance d'amélioration

- Perte pondérale $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou un indice de masse corporelle < 20 kg/m² ou albuminémie < 35 gr/l

- Douleur ou autre symptôme persistant et gênant malgré une thérapie optimale de l'affection incurable sous-jacente

- Au moins 1 comorbidité cardiaque, pulmonaire, rénale ou hépatique sévère ou 2 comorbidités non équilibrées ou non traitées (y compris alcoolisme, toxicomanie, et handicap)

- Au moins 2 hospitalisations imprévues ou 1 hospitalisation d'une durée ≥ 4 semaines, au cours des 6 derniers mois (éventuelle hospitalisation en cours comprise)

- Intensification des soins infirmiers et/ou intervention hebdomadaire de plusieurs professionnels de la santé de disciplines différentes (à domicile ou en MR-MRS)

- Demande de soins palliatifs ou refus de (pour)suivre un traitement visant à prolonger la vie de part du patient (ou des proches si patient inapte)

Si votre réponse est négative, le patient n'est pas identifié comme patient palliatif.

Si votre réponse est positive, passez à la question 3.

3. Votre patient présente-t-il au moins un des critères d'incurabilité d'une affection potentiellement mortelle ?

3.1. En cas de pathologie oncologique ou hématologique :

a) Déclin fonctionnel lié à l'évolution tumorale ou à une complication médicale ou chirurgicale

ANNEXE 3

Projet de prise en charge spécifique du patient cancéreux âgé (y compris la concertation oncogériatrique, les interventions gériatriques, leur implémentation et leur suivi au domicile)

ANNEXE 4

FORMULATION de l'AVIS DU CEHF

Titre de l'expérimentation : Étude rétrospective des facteurs prédictifs et des syndromes gériatriques associés aux décès précoces des personnes âgées récemment diagnostiqués d'un cancer, suivi aux Cliniques universitaires Saint-Luc : comment optimiser un suivi gériatrique auprès des patients oncogériatriques ?

Référence du CEHF: 2021/24NOV/489 (à mentionner lors de toute correspondance ultérieure)
N° d'enregistrement belge : B 403 /
Investigateur Responsable : CORNETTE Pascale

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Etude rétrospective
<input type="checkbox"/> Etude sur matériel corporel humain résiduel
<input type="checkbox"/> Création d'une base données / Registre
<input type="checkbox"/> Analyse de pratiques professionnelles |
|--|

Le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain a bien reçu, examiné l'ensemble des documents relatifs au projet de recherche susmentionné :

- Formulaire de soumission simplifiée
- Document d'information et de consentement (DIC)
- Résumé de l'expérimentation
- Protocole
- Questionnaire – enquête
- CV de l'investigateur principal (Trykoszko Ewelina)
- Conditions financières / de transfert
- Questionnaire 1 RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données)
- Autre(s):

L'avis du CEHF est

favorable: le projet peut être initié

En cas d'étude rétrospective : Aucun contact avec les patients n'est autorisé

défavorable : le projet ne peut pas être initié

Justification :

Date et signature :
Professeur J.M. MALOTEAUX
Président CEHF



06.12.2021

