




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



DOSSIER : ONCOGÉRIATRIE

Prise en charge du sujet âgé cancéreux. Particularités liées aux aspects psychologiques, cognitifs et sociaux

Management of elderly cancer patients. Specificities related to psychological, cognitive and social aspects

H. Vincent^{a,*}, P. Caillet^c, E. Paillaud^{c,d}

^a Unité d'oncogériatrie, hôpital Paul-Brousse, 14, boulevard Paul-Vaillant-Couturier, 94800 Villejuif, France

^b Service médical HAD, AP-HP, 14, rue Vésale, 75005 Paris, France

^c Unité pilote de coordination en oncogériatrie (UPCOG) Mondor-Chenevier, hôpital Henri-Mondor, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94000 Créteil, France

^d Département de médecine interne et gériatrie, hôpital Henri-Mondor, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94000 Créteil, France

Disponible sur Internet le 12 août 2011

MOTS CLÉS

Maladie d'Alzheimer ;
Démence ;
Dépression ;
Personnes âgées ;
Cancer ;
Prise en charge sociale ;
Aidants familiaux

Résumé La moitié des cancers survient chez des patients de 70 ans et plus et les oncologues sont de plus en plus amenés à traiter des patients âgés atteints de comorbidités, telles que démence et dépression. La maladie d'Alzheimer (MA) est la cause la plus fréquente de démence et a une grande incidence chez les personnes âgées ; elle représente un problème majeur de santé publique. L'existence d'une altération cognitive ou de troubles de l'humeur impacte le traitement et la survie et ils doivent être dépistés, évalués et pris en charge. Parallèlement, les personnes âgées atteintes de cancer ont davantage besoin de leur entourage que les personnes plus jeunes, pour faire face à la maladie et aux traitements agressifs. La prise en charge sociale revêt un aspect essentiel dans le traitement des personnes âgées cancéreuses et les besoins des aidants familiaux doivent également être pris en compte. Nous nous proposons, dans cet article, de faire le point sur la littérature consacrée aux aspects psychologiques, cognitifs et sociaux de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : helene.vincent@pbr.aphp.fr, helene.vincent@had.aphp.fr (H. Vincent).

KEYWORDS

Dementia;
Alzheimer's disease;
Depression;
Elderly;
Cancer;
Social support;
Family caregivers

Summary Over half of cancer patients are aged 70 and more, and oncologists are increasingly led to treat elderly cancer patients with comorbidities, such as dementia and depression. Alzheimer's disease is the most common cause of dementia among elderly people and is therefore considered to be a major public health problem. Cognitive impairment and mood disorders impact treatment and survival. They must be detected, assessed and managed. At the same time, elderly cancer patients need more support from family members than young patients, in order for them to put up with illness and aggressive treatments. Social support is critical for elderly cancer patients and the needs of family caregivers must be evaluated too to maintain emotional and physical health. The aim of this article is to review the literature on the psychological, cognitive and social management of elderly cancer patients.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'incidence du cancer avec l'âge, les oncologues sont amenés à voir de plus en plus de patients ayant des comorbidités gériatriques, dont la dépression et la démence, qui retentissent sur la prise en charge. De plus, beaucoup de traitements sont réalisés en ambulatoire, d'où la nécessité d'une implication forte des familles pour coordonner les soins et assister les personnes âgées cancéreuses.

Aspects psychologiques

Annonce du diagnostic de cancer

Les procédures d'annonce du diagnostic de cancer ont été définies dans le Plan cancer (mesure 40) [1]. Toute personne adulte, quel que soit son âge, devrait pouvoir en bénéficier. Il est pourtant fréquent que l'information soit donnée à la famille du patient âgé et non au patient lui-même, soit parce que l'oncologue craint de le décourager ou pense qu'il n'a pas les capacités pour comprendre [2], soit, plus souvent, parce que la famille elle-même refuse que le patient soit informé. L'absence de révélation du diagnostic est d'autant plus fréquente que le patient présente une altération cognitive ou physique ou qu'il est en phase terminale de la maladie. Cela est à l'origine de problèmes de communication, de perte de confiance et d'anxiété. Des études ont montré que la plupart des patients cancéreux (74–94 %) souhaitent être informés mais elles ont été menées chez des patients de moins de 65 ans [3]. Une étude anglaise, réalisée chez des patients âgés (âge moyen 79 ans) en population générale, a mis en évidence que 88 % d'entre eux voudraient être informés d'un diagnostic de cancer [4]. La part des patients ne souhaitant pas être informé augmente toutefois avec l'âge. Une étude italienne a cherché à évaluer si les besoins d'information sur la maladie variaient en fonction de l'âge [3]. Le besoin d'être informé du diagnostic ne diffère pas significativement chez les patients jeunes et âgés mais il existe des différences entre les deux groupes, portant à la fois sur l'étendue de l'information (les patients jeunes souhaitent une information plus complète) et sur les différents aspects de l'information. En effet, les personnes âgées désirent avoir des informations sur le diagnostic et la gravité

de la maladie, les modalités thérapeutiques et les possibles effets indésirables mais elles sont moins intéressées par l'aspect économique ou par la gestion des problèmes quotidiens. Elles ne sont que 45,1 % à poser des questions sur la guérison contre 86,5 % des patients jeunes. En conclusion, les patients âgés désirent pour la plupart être informés, même s'ils posent peu de questions en consultation [5] et l'entourage des patients, ainsi que les médecins, ont souvent une idée fautive des besoins d'information de cette population [6].

Impact psychologique de l'annonce

L'impact psychologique de l'annonce d'un cancer est souvent moins négatif chez les personnes âgées que chez les personnes jeunes car, malgré le traumatisme, elles peuvent avoir plus de recul et plus d'aptitude à faire face que les personnes jeunes [7,8].

Évaluation de la détresse psychologique

La détresse psychologique est définie comme « une expérience multifactorielle désagréable de nature émotionnelle, psychologique, sociale ou spirituelle qui interfère avec la capacité de faire face au cancer, dans ses symptômes physiques et son traitement. Elle va d'un sentiment normal de vulnérabilité, de tristesse, de crainte du handicap à la dépression, l'anxiété, la panique, l'isolement et jusqu'à la crise existentielle et spirituelle » [9].

Tous les patients connaissent un certain niveau de détresse psychologique lors de l'annonce du diagnostic de cancer et au cours du traitement, à tous les stades de la maladie cancéreuse. Les études rapportent un taux de 20 à 40 % de patients ayant un niveau significatif de détresse mais moins de 10 % des patients sont identifiés et pris en charge [9]. Pourtant, la prise en considération de la détresse psychologique est un élément majeur de la prise en charge globale du patient cancéreux. C'est un élément clé en matière d'amélioration de la qualité de vie et de contrôle des symptômes.

Chez l'adulte, on dispose des recommandations du National Comprehensive Cancer Network (NCCN) : la détresse psychologique, tout comme la douleur, doit être reconnue, évaluée et rapidement prise en charge. Tous les patients

devraient être évalués lors de la consultation initiale puis à intervalles réguliers, en particulier lors des étapes évolutives de la maladie (rémission, rechute, progression, arrêt des traitements spécifiques) [9].

Plusieurs outils de dépistage ont été développés, en particulier le « Distress thermometer » (thermomètre de la détresse) [10] ou l'échelle FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) [11]. Le « Distress thermometer », comparable aux échelles d'évaluation de la douleur, est une méthode validée par plusieurs études [10]. Il est demandé au patient d'attribuer une note (entre 0 et 10) à la détresse ressentie au cours de la semaine précédente. Un score supérieur ou égal à 4 indique une détresse devant être évaluée de façon plus approfondie. L'échelle s'accompagne d'une liste de questions passant en revue les différents domaines (familial, émotionnel, spirituel et physique) pouvant être à l'origine de la détresse.

La prise en charge se fait par l'équipe d'oncologie si la détresse est modérée et par des spécialistes si elle est plus importante (score supérieur ou égal à 4). Selon les problèmes identifiés, le patient est orienté vers les spécialistes de la santé mentale (psychiatre et/ou psychologue) en cas de troubles émotionnels et psychologiques ou vers un travailleur social en cas de problèmes pratiques et psychosociaux ou enfin vers un conseiller spirituel, s'il y a lieu.

Il n'y a pas de recommandations spécifiques à la personne âgée publiées dans ce domaine. Comme pour l'évaluation de la douleur, des outils adaptés à la personne non communicante ou atteinte d'altération cognitive doivent être développés.

Dépression

Prévalence des symptômes dépressifs

La prévalence des symptômes dépressifs chez les patients cancéreux est évaluée de 0 à 58 % selon les études et celle des états dépressifs majeurs de 0 à 38 % [12]. Cette grande variabilité s'explique par les différences de conception et de définition de la dépression ainsi que par l'hétérogénéité des populations étudiées [12]. D'une façon générale, on admet qu'environ 25 % des patients cancéreux font l'expérience d'une dépression significative [13]. Dans une méta-analyse récente (70 études ayant inclus 10 071 personnes hospitalisées en oncologie ou en hématologie dans 14 pays), Mitchell et al. [14] ont retrouvé une prévalence d'état dépressif majeur selon les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de 14,9 % (95 % IC : 12,2–17,7), d'état dépressif mineur selon le DSM de 19,2 % (9,1–31,9), de troubles de l'adaptation de 19,4 % (14,5–24,8), d'anxiété de 10,3 % (5,1–17,0) et de dysthymie de 2,7 % (1,7–4,0).

Chez les personnes âgées, la prévalence des symptômes dépressifs est de l'ordre de 25 % dans les études en population mais moins de 10 % répondent aux critères d'état dépressif majeur [15]. La prévalence de la dépression est beaucoup plus élevée chez les patients âgés hospitalisés ou institutionnalisés. Elle est ainsi trois fois plus importante en institution qu'en population générale [16]. Il n'y a pas d'études spécifiques sur l'épidémiologie des

troubles dépressifs chez les personnes âgées atteintes de cancer.

Dépistage

Le dépistage de la dépression peut être aidé par la réalisation d'échelles, couramment réalisées au cours de l'évaluation gériatrique. L'échelle de référence est la Geriatric Depression Scale (GDS) [17], dont il existe des versions courtes validées (mini GDS à quatre items) [18]. La GDS n'est toutefois utilisable que chez les patients dont le MMS est supérieur à 14/30 [19]. Chez les patients déments, l'utilisation de l'échelle de Cornell est recommandée [20].

Diagnostic

Malgré sa fréquence, la dépression du sujet âgé est sous-diagnostiquée et sous-traitée : on estime que 60 à 70 % des états dépressifs de la personne âgée sont négligés, méconnus ou mal traités [15,21]. En effet, les soignants, les personnes âgées elles-mêmes ou leurs familles banalisent souvent les troubles ou attribuent à tort les symptômes dépressifs au vieillissement ou à des pertes et à des événements de vie fréquents dans le grand âge. De plus, les particularités sémiologiques de la dépression de la personne âgée ne sont pas toujours connues. À côté des symptômes classiques de la dépression qui peuvent être retrouvés (tristesse de l'humeur, ralentissement psychomoteur, anhédonie, troubles du sommeil et de l'appétit, douleur morale, idées de mort), il existe des formes cliniques particulières, fréquentes dans le grand âge, qui posent des problèmes diagnostiques :

- dépressions délirantes à thème souvent persécutif, de mécanisme interprétatif, congruent à l'humeur ;
- dépressions hypochondriaques où les plaintes somatiques sont au premier plan ;
- dépressions avec troubles cognitifs, posant le problème du diagnostic différentiel avec la démence ;
- formes mélancoliques ;
- dérèglements psychomoteurs ou du rythme nyctéméral [16].

De plus, chez la personne atteinte de cancer, quel que soit son âge, les symptômes somatiques de la dépression se confondent souvent avec ceux du cancer (fatigue, anorexie, amaigrissement, troubles du sommeil, ralentissement). La recherche et l'identification de sentiments de culpabilité, d'inutilité et d'idées suicidaires permettent alors de poser le diagnostic de dépression.

L'évaluation spécifique du risque suicidaire est particulièrement importante car le taux de suicide de la population âgée est presque le double de celui de la population générale [22]. Une étude rétrospective portant sur des personnes âgées atteintes de cancer de la prostate a même trouvé un risque de suicide quatre fois plus élevé qu'en population générale [15].

Impact

La dépression est un facteur de risque de morbidité et d'altération de la qualité de vie chez les personnes âgées, ainsi qu'un facteur de risque de mortalité (autre que par

suicide) [15]. Certaines études ont mis en évidence qu'elle était un facteur prédictif indépendant de survie réduite [15,23].

Traitement

Il n'y a pas de particularités chez la personne âgée. La stratégie thérapeutique repose, comme chez la personne plus jeune, sur les antidépresseurs et la psychothérapie. Chez la personne âgée, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont utilisés en première intention car mieux tolérés que les tricycliques [21,22]. L'intérêt d'associer un anxiolytique à l'antidépresseur doit être discuté car susceptible de majorer le risque de confusion chez la personne âgée. En cas de symptomatologie délirante associée, l'utilisation brève de neuroleptiques est recommandée [22]. La sismothérapie reste utile dans les dépressions mélancoliques du sujet âgé [22], ainsi que dans les formes réfractaires aux antidépresseurs ou en cas de symptômes psychotiques ou suicidaires [15].

La prise en compte des traitements associés est importante car certains médicaments ont des effets délétères sur l'humeur (corticoïdes, alcaloïdes de la pervenche, L-asparaginase, tamoxifène, α -interféron, procarbazine, acétate de cyprotérone...) [15]. Il est recommandé d'associer, si possible, une psychothérapie. Les thérapies cognitivo-comportementales sont particulièrement intéressantes [16].

Aspects cognitifs

Prévalence

La maladie d'Alzheimer (MA) touche environ 800 000 personnes en France [24]. Le risque de développer une MA, qui représente environ 70 % des démences, double tous les dix ans après 65 ans. À 85 ans, le risque est proche de 50 % [25]. L'incidence du cancer augmente également avec l'âge, expliquant la coexistence fréquente d'un cancer et de troubles cognitifs chez les personnes âgées [26]. Certaines études ont toutefois montré qu'il existait une relation inverse entre le risque d'être atteint de cancer et celui d'avoir une maladie neurodégénérative, telle que la MA ou de Parkinson, évoquant soit une relation de protection entre les deux pathologies, soit l'implication d'un mécanisme physiopathologique commun [27]. Roe et al. [28] ont montré dans une étude prospective longitudinale que le risque de développer un cancer était moindre chez les personnes atteintes de MA versus les personnes indemnes de MA ($p < 0,001$) et que le risque de développer une MA pourrait être réduit chez les sujets atteints de cancer ($p = 0,06$). Dans une étude prospective récente, portant sur 3020 sujets de 65 ans et plus, la même équipe a mis en évidence que la présence d'une MA à l'inclusion réduisait de 70 % le risque de survenue de cancer incident et que le fait d'avoir un antécédent de cancer à l'inclusion réduisait le risque d'être atteint d'une MA de 43 %. Il n'y avait, en revanche, pas d'association entre cancer et démence vasculaire [29].

Dépistage et évaluation des troubles cognitifs chez les patients âgés atteints de cancer

Dépistage

L'existence d'une altération cognitive rend plus complexe la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. Le dépistage et l'évaluation des troubles cognitifs sont donc essentiels car ils interfèrent avec la prise en charge et influencent le pronostic vital. Dans une étude rétrospective récente, portant sur 258 personnes de 70 ans et plus, atteintes de diverses tumeurs solides, Robb et al. [30] ont ainsi montré que la survie médiane des patients sans altération cognitive (MMS supérieur ou égal à 25) était de 72,6 mois versus 23,0 mois pour les patients ayant un MMS inférieur ou égal à 24. Les troubles cognitifs sont pourtant sous-diagnostiqués par les oncologues puisque la démence n'est dépistée que chez 49 % des patients cancéreux déments [26]. Cet aspect illustre l'importance de la collaboration oncogériatrique car les troubles cognitifs sont systématiquement recherchés au cours de l'évaluation gériatrique, le plus souvent à l'aide du MMSE [31] et d'autres tests tels que les cinq mots de Dubois et al. [32] ou le Codex [33].

Évaluation

L'évaluation des fonctions cognitives chez un patient atteint de cancer est cependant difficile car plusieurs facteurs peuvent interférer, en particulier l'anxiété, la dépression, l'anémie et/ou des facteurs médicamenteux. Certains traitements ont une répercussion sur les fonctions cognitives (par exemple, antiangiogéniques) et il n'est pas facile de faire la part des choses entre éventuelle pathologie préexistante et impact des thérapeutiques. Les patients se plaignent fréquemment de troubles mnésiques et de troubles de la concentration (« brouillard cognitif », correspondant au « *chemofog* » des Anglo-Saxons) pendant mais également après le traitement [34]. Une évaluation neuropsychologique complète peut permettre de différencier pathologie démentielle et trouble cognitif satellite d'un trouble affectif ou induit par les thérapeutiques, mais elle est rarement réalisée [27]. Les études évaluant les fonctions cognitives pendant et après la chimiothérapie sont hétérogènes, tant pour la définition de l'altération cognitive que pour les tests neuropsychologiques employés et les méthodes statistiques [35].

Impact des troubles cognitifs

Observance thérapeutique

L'adhésion au traitement des patients âgés cancéreux atteints de troubles cognitifs pose fréquemment problème, en particulier lorsqu'il s'agit de traitements per os. Certains auteurs les déconseillent dans ce cas [26]. La forte implication d'un aidant familial est indispensable. En cas d'isolement, il faut, la plupart du temps, s'orienter vers une hospitalisation pendant la durée du traitement.

Information et consentement

L'existence de troubles cognitifs impose de délivrer une information adaptée au niveau de compréhension du

patient. La capacité du patient à donner son consentement doit être évaluée.

Mortalité

D'une façon générale, les patients atteints de troubles cognitifs sont diagnostiqués plus tard et sont sous-traités. Les troubles cognitifs ont un impact pronostique : dans une étude rétrospective portant sur plus de 100 000 patients âgés de plus de 68 ans atteints de cancer du sein, du côlon ou de la prostate, 33,3 % des patients déments mouraient dans les six mois suivant le diagnostic versus 8,5 % des patients non déments et moins de 17 % de cet excès de mortalité étaient expliqués par un retard de diagnostic [36]. Une démence préexistante au diagnostic de cancer est corrélée avec un risque élevé de mortalité, la plupart du temps non liée au cancer.

Risque de confusion

L'existence d'une altération cognitive augmente de façon considérable le risque de confusion (*delirium* des Anglo-Saxons). Le risque relatif est multiplié par trois à neuf [37]. Chez ces patients, n'importe quel stress aigu (hospitalisation, chirurgie, effet indésirable de la chimiothérapie...) est susceptible d'entraîner un épisode confusionnel [15]. La prise en charge est urgente car elle s'accompagne d'une mortalité élevée, d'une augmentation de la durée d'hospitalisation et d'un moindre rétablissement physique et cognitif à six et 12 mois avec institutionnalisation plus fréquente [38]. Elle est pourtant sous-diagnostiquée : un cas sur trois seulement est reconnu par les médecins [39], en particulier dans les formes hypoactives (avec somnolence), qui représentent environ 19 % des cas. Le diagnostic est plus aisé dans les formes hyperactives (avec agitation), qui se voient dans 15 % des cas ; les deux formes sont associées dans 52 % des cas [37].

Le dépistage repose sur l'utilisation d'outils simples, tels que la Confusion Assessment Method (CAM)¹ et sur la reconnaissance des signes évocateurs : agitation, anxiété, irritabilité, perturbations du sommeil, troubles de l'attention, installation rapide ou brutale des symptômes, fluctuations cognitives et/ou de la vigilance.

Plusieurs études cliniques et un essai randomisé contrôlé ont apporté la preuve que l'approche la plus efficace pour prévenir la confusion était de réduire les facteurs de risque individuels par des interventions multimodales [38]. Ces interventions visent à restaurer les repères spatio-temporels, à améliorer le sommeil, à mobiliser et à lever précocement les patients, à préserver leur état d'hydratation et leur état nutritionnel, à les mobiliser et à les lever précocement, à corriger les déficits sensoriels et à lutter contre la douleur [38]. Dans l'étude d'Inouye et al. [41], évaluant l'impact d'interventions multimodales sur la survenue d'une confusion chez des patients âgés hospitalisés, il y avait 9,9 % de patients confus dans le groupe d'intervention versus 15,0 % dans le groupe témoin (OR : 0,60 ; 95 % IC : 0,39–0,92),

le nombre total de jours de confusion et le nombre total d'épisodes confusionnels étaient significativement plus bas dans le groupe intervention que dans le groupe témoin. Il n'y avait pas de différences dans la sévérité ni dans le taux de récurrence.

Une fois la confusion installée, le traitement étiologique, lorsqu'il est possible, reste le plus indiqué. Des mesures symptomatiques doivent être mises en place dans tous les cas (environnement calme et sécurisant, chambre individuelle suffisamment éclairée, en particulier la nuit, réduction du nombre de visites, soutien psychologique). Les mesures de contention doivent être évitées.

La prise en charge médicamenteuse n'est indiquée qu'en cas d'agitation gênant un traitement indispensable, de risque auto- ou hétéro-agressif, d'idées délirantes ou d'hallucinations angoissantes.

Prise en charge des patients âgés cancéreux atteints de troubles cognitifs

Il n'y a pas de recommandations spécifiques pour la prise en charge de ces patients. Une évaluation au cas par cas est requise.

Aspects sociaux

Au cours du traitement, les personnes âgées ont davantage besoin de l'aide de leurs proches que les personnes jeunes et l'importance du réseau familial et social est cruciale. L'évaluation préthérapeutique du réseau de soutien et de l'entourage est indispensable et fait partie intégrante de l'évaluation gériatrique. La prise en charge sociale des personnes âgées traitées pour cancer est aussi importante que la prise en charge médicale. En effet, la faisabilité du traitement dépend des conditions de vie de la personne âgée et de leur aménagement éventuel. De plus en plus de traitements sont délivrés en ambulatoire et les durées d'hospitalisation sont de plus en plus courtes. Les personnes âgées fatiguées et/ou en perte d'autonomie sont donc confrontées à des difficultés, en particulier lorsqu'elles sont isolées ou que leur entourage est lui-même défaillant. La consultation sociale doit être intégrée en routine dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer, quel que soit leur âge, et elle doit intervenir précocement [42].

Il existe très peu de données publiées sur les aspects sociaux de la prise en charge de la personne atteinte de cancer. Des données anglo-saxonnes sont disponibles sur la prise en charge psychosociale ; nous n'avons pas trouvé de données publiées sur la prise en charge sociale des personnes âgées cancéreuses.

Place de la famille – soutien des aidants

Les aidants familiaux jouent un rôle majeur dans la prise en charge des personnes âgées cancéreuses. Les résultats d'une étude européenne menée dans 23 pays auprès des aidants familiaux et informels de personnes âgées par le groupe Eurofamcare le confirment [43]. Bien qu'il y ait de grandes variations selon les pays, la grande majorité de l'aide aux personnes âgées est apportée par les aidants

¹ CAM : Le diagnostic d'état confusionnel aigu nécessite la présence des critères 1 (début soudain et fluctuation des symptômes), 2 (troubles de l'attention) et 3 (désorganisation de la pensée) ou 4 (altération du niveau de conscience) [40].

familiaux et ceux-ci sont le plus souvent des femmes. Dans les pays où cela a été étudié, comme la Suisse, la valeur économique de cette aide dépasse le poids économique cumulé des services d'aide à domicile et des maisons de retraite. Le temps investi par les aidants pour le soutien de leur proche est considérable puisqu'il représente l'équivalent d'un travail à mi-temps pour environ la moitié d'entre eux. Le fait d'apporter un soutien a des répercussions sur la santé mentale et physique des aidants. En France, par exemple, les aidants ont un risque de dépression double de celui de la population générale. Les problèmes physiques, tels que fatigue, douleurs, troubles cardiaques et épigastralgies sont également rapportés et les symptômes sont plus fréquents chez les aidants de personnes ayant une altération cognitive [43]. Une augmentation de la mortalité a même été montrée dans une étude prospective, menée par Schulz et Beach [44], portant sur 819 personnes (392 aidants naturels et 427 sujets témoins). Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, les pathologies existantes et les facteurs cardiovasculaires, le risque de mortalité à quatre ans était de 63% plus élevé chez les aidants rapportant une expérience stressante dans la relation d'aide par rapport aux sujets témoins (RR: 1,63; 95% IC: 1,00–2,65).

Le programme de recherche Eurofamcare étudie les conditions permettant aux familles d'apporter à leur proche un soutien, sans dommage pour elles-mêmes. Plusieurs programmes se développent, tels que soins aux aidants à Malte, programme de communication intergénérationnelle en Slovénie, organisation de répit réguliers en République tchèque [43]. D'une façon générale, des travaux sur la «proximologie» voient le jour et celle-ci prend de l'ampleur, en particulier dans le Nord de l'Europe [45].

Personnes âgées isolées

L'isolement augmente avec l'avancée en âge. À partir de 75 ans, le nombre de personnes isolées et très isolées augmente progressivement [5]. Les conséquences de la maladie et des traitements du cancer peuvent de plus renforcer cet isolement (périodes d'hospitalisation, arrêt des activités antérieures, réduction des contacts sociaux...).

L'isolement peut avoir un impact pronostique: dans une étude multicentrique portant sur la survie des patients âgés atteints de cancer dans différents pays, le veuvage est apparu corrélé à une moindre survie pour la plupart des cancers [46]. L'isolement joue parfois un rôle majeur dans la trajectoire du patient.

Lorsqu'il n'y a pas d'entourage ou que celui-ci est défaillant, la question du maintien à domicile ou de l'orientation vers une structure appropriée est posée. Dans une démarche graduée, il s'agit d'abord de mettre en place des personnels capables d'apporter une aide pour les tâches de la vie quotidienne et/ou des soins à la personne, puis de faire appel à des structures, telles que SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) et HAD (hospitalisation à domicile), qui peuvent rendre de grands services. Enfin, dans les cas complexes, les patients trop fragiles peuvent être orientés vers des unités de soins de suite et de réadaptation (SSR) oncogériatriques, qui se développent depuis peu

et dont les besoins médicaux-soignants sont nettement différents de ceux des SSR polyvalents par la complexité et l'acuité des problèmes que ces structures sont amenées à prendre en charge.

Conclusion

La fréquence des troubles cognitifs et des troubles affectifs chez les personnes âgées impose de les dépister et de les prendre en charge chez les personnes âgées cancéreuses car ils nécessitent parfois d'adapter les thérapeutiques du cancer, de prévenir les complications (par exemple, confusion) et d'apporter des soins de support adaptés tout au long de l'évolution de la maladie. L'évaluation des fonctions cognitives dans un contexte de pathologie cancéreuse est complexe car elles peuvent être perturbées par de nombreux facteurs, tels que des troubles affectifs ou des facteurs médicamenteux ou être altérées par une authentique pathologie neurodégénérative préexistante. Afin d'avancer dans la connaissance et la prise en charge de ces troubles, des études incluant une évaluation neuropsychologique fiable doivent être menées dans cette population. La prise en charge sociale des personnes âgées cancéreuses est essentielle afin de leur permettre de suivre une trajectoire de soins appropriée et complète, tout en respectant leur qualité de vie. La santé des aidants doit également être prise en compte et des structures de soins adaptées doivent être développées pour les personnes isolées.

Déclarations d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Plan cancer 2003–2007. www.sante.gouv.fr.
- [2] Chouliara Z, Kearney N, Stott D, et al. Perceptions of older people with cancer of information, decision making and treatment: a systematic review of selected literature. *Ann Oncol* 2004;15:1596–602.
- [3] Giacalone A, Blandino M, Talamini R, et al. What elderly cancer patients want to know? Differences among elderly and young patients. *Psychooncology* 2007;16:365–70.
- [4] Ajaj A, Singh MP, Abdulla AJJ. Should elderly patients be told they have cancer? Questionnaire survey of older people. *BMJ* 2001;323:1160.
- [5] Anchisi S, Anchisi A. Vivre la chimiothérapie au quotidien: un processus qui révèle l'âge. *Bull Cancer* 2008;95(Suppl. FMC):F44–50.
- [6] Elkin EB, Kim SHM, Casper ES, et al. Desire for information and involvement in treatment decisions: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *J Clin Oncol* 2007;25:5275–80.
- [7] Barruel F, Brunel P, Kraeuter K, et al. Oncogériatrie et psychologie: un autre regard sur le sujet âgé. *Bull Cancer* 2008;95(Suppl. FMC):F121–7.
- [8] Harrison J, Maguire P. Influence of age on psychological adjustment to cancer. *Psychooncology* 1995;4:33–8.

- [9] NCCN clinical practice guidelines in oncology – V.1.2008. Distress management. www.nccn.org.
- [10] Hoffman BM, Zevon MA, D'Arrigo MC, et al. Screening for distress in cancer patients The NCCN rapid-screening measure. *Psychooncology* 2004;13(11):792–9.
- [11] Cella DF, Tulskey DS, Gray G, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993;11:570–9.
- [12] Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32:57–71.
- [13] Roth AJ, Modi R. Psychiatric issues in older cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003;48:185–97.
- [14] Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12:160–74.
- [15] Spoletini I, Gianni W, Repetto L, et al. Depression and cancer: an unexplored and unresolved emergent issue in elderly patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008;65:143–55.
- [16] Gallarda T, Lóo H. Dépression et personnes âgées. *Encephale* 2009;35:269–80.
- [17] Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull* 1988;24:709–11.
- [18] Thomas P, Hazif-Thomas C, Clement J-P. L'échelle de dépression gériatrique en 4 items (GDS-4). *Rev Geriatr* 2008;33(8):733–4.
- [19] Chaïbi P, Tagzirt M, Piette F. L'évaluation gériatrique des patients âgés atteints d'affections malignes: une démarche graduée. *Oncologie* 2007;9:209–13.
- [20] Camus V, Schmitt L. Dépression et démence, contribution à la validation française de deux échelles de dépression: « Cornell Scale for depression in dementia » et « Dementia Mood Assessment Scale ». *Encephale* 1995;21:201–8.
- [21] Thomas P, Hazif-Thomas C. Dépression chez la personne âgée. *Rev Prat* 2008;58:389–93.
- [22] Pinquier C, Feraud A, Pellerin J. Dépression de la personne âgée. *Rev Geriatr* 2005;30:95–104.
- [23] Lloyd-Williams M, Shiels C, Taylor F, et al. Depression, an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *J Affect Disord* 2009;113:127–32.
- [24] Gerard S, Gaudin C, Balardy L, et al. Maladie d'Alzheimer et cancers: un enjeu de la coopération oncogériatrique. *JOG* 2010;1(5):202.
- [25] Bial AK, Schilsky RL, Sachs GA. Evaluation of cognition in cancer patients: special focus on the elderly. *Crit Rev Oncol Hematol* 2006;60:242–55.
- [26] Extermann M. Older patients cognitive impairment, and cancer: an increasingly frequent triad. *J Natl Compr Canc Netw* 2005;3(4):593–6.
- [27] Gerard S, Bernard-Marty C, Gaudin C, et al. Cancer et déclin cognitif: des effets neurotoxiques de la chimiothérapie à la maladie d'Alzheimer. *JOG* 2010;1(5):219–23.
- [28] Roe CM, Behrens MI, Xiong C, et al. Alzheimer disease and cancer. *Neurology* 2005;64:895–8.
- [29] Roe CM, Fitzpatrick AL, Xiong C, et al. Cancer linked to Alzheimer disease but not vascular dementia. *Neurology* 2010;74(2):106–12, doi:10.1212/WNL.Ob013e3181c91873.
- [30] Robb C, Boulware D, Overcash J, et al. Patterns of care and survival in cancer patients with cognitive impairment. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010;74:218–24.
- [31] Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189–98.
- [32] Dubois B, Touchon J, Potet F, et al. « Les 5 mots »: épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Presse Med* 2002;31:1696–9.
- [33] Belmin J, Oasi C, Folio P, et al. Codex, un test ultra-rapide pour le repérage des démences chez les sujets âgés. *Rev Geriatr* 2007;32(8):627–31.
- [34] Joly F. Fonctions cognitives et cancer. *Bull Cancer* 2008;95(11):1131–2.
- [35] Vardy J, Rourke S, Tannock I. Evaluation of cognitive function associated with chemotherapy: a review of published studies and recommendations for future research. *J Clin Oncol* 2007;25(17):2455–63.
- [36] Raji MA, Kuo YF, Freeman JL, et al. Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon, or prostate cancer. *Arch Intern Med* 2008;168(18):2033–40.
- [37] Martinaud O, Hannequin D. État confusionnel et trouble de conscience. *Rev Prat* 2006;56:1597–602.
- [38] Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ* 2007;334:842–6.
- [39] Bagri AS, Rico A, Ruiz JG. Evaluation and management of the elderly patient at risk for postoperative delirium. *Clin Geriatr Med* 2008;24:667–86.
- [40] Laplante J, Cole M, McCusker J, et al. Confusion assessment method. Validation d'une version française. *Perspect Infirm* 2005;3(1):12–22.
- [41] Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999;340(9):669–76.
- [42] Dihuydy JM, Monira MH, Perrié N, et al. Évaluation d'une première consultation sociale en cancérologie: à propos de 200 situations. *Bull Cancer* 2000;87(4):348–54.
- [43] Mestheneos E, Triantafillou J. Supporting family carers of older people in Europe – The Pan-European background report. Rapport du programme européen Eurofamcare. Münster: LIT Verlag; 2005.
- [44] Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality. *JAMA* 1999;282(23):2215–9.
- [45] Buthion V. Aspects médicoéconomiques de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. In: État des lieux et perspectives en oncogériatrie. Mai 2009 – Institut national du cancer. Collection rapports et synthèses. www.e-cancer.fr.
- [46] Vercelli M, Lillini R, Capocaccia R, et al. Cancer survival in the elderly: effects of socioeconomic factors and health care system features (ELDCARE project). *Eur J Cancer* 2006;42:234–42.