

Réflexions éthiques autour des décisions de traitement relatives au cancer colo-rectal chez les sujets âgés

Rethinking ethics of colorectal cancer in elderly patients

Nicolas Foureur, Eirini Rari, Véronique Fournier*

Le cancer colo-rectal est un cancer fréquent, et son incidence augmente avec l'âge. En 2000, il y avait en France environ 36 000 nouveaux cas, dont 30 % chez des patients âgés de 65 à 74 ans et 40 % après 75 ans (1). Notre médecine moderne offre de plus en plus de possibilités thérapeutiques, et les progrès sont constants dans la mise au point de nouveaux protocoles, de chimiothérapie notamment. Chez les personnes âgées en particulier, la littérature met en évidence des écarts par rapport aux standards de référence dans le traitement des cancers, dont celui du côlon ; ils sont moins traités et ont un moins bon pronostic (2-4). D'autres éléments de contexte évoluent : la mise en place obligatoire des réunions de concertation pluridisciplinaire, censées entre autres apporter une meilleure offre de soins aux malades, et les nouvelles lois concernant les droits des patients (5).

Ces différences de prise en charge concernant les patients âgés sont-elles un bien ou un mal ? Sont-elles non éthiques d'emblée au regard du principe d'égalité d'accès aux soins ? Avant de parler de discrimination liée à l'âge, nous pouvons nous interroger sur le fait qu'il existe peut-être de bonnes raisons pour les expliquer ou les justifier sur le plan éthique. L'hypothèse est que les équipes soignantes confrontées au quotidien à cette problématique ont probablement des arguments de poids pour défendre le fait de ne pas traiter une personne âgée comme une personne plus jeune.

Nous proposons une analyse de la situation sur un plan médical et sur un plan éthique. Que dit la litté-

rature scientifique sur le sujet ? L'argumentation médicale suffit-elle à expliquer ces différences ? L'analyse éthique, au-delà des arguments médicaux, permet-elle d'élargir le champ de la réflexion ? Et enfin, que peut nous apprendre l'étude des pratiques médicales au quotidien ?

Du point de vue médical

En matière de traitement du cancer colo-rectal, seule l'exérèse chirurgicale complète peut guérir le patient. Ensuite, des chimiothérapies sont envisagées schématiquement dans deux cas. Lorsque l'examen histologique des ganglions du patient, enlevés chirurgicalement en même temps que le cancer, montre la présence de cellules cancéreuses, il s'agit d'une chimiothérapie adjuvante proposée pour diminuer le risque de métastases par la suite. Lorsque le patient présente d'emblée des métastases ou une extension locale inopérable complètement, une chimiothérapie palliative peut être indiquée pour soulager d'éventuels symptômes et ralentir l'évolution de la maladie.

Au vu des résultats de quelques études concernant des personnes âgées atteintes de cancer colo-rectal, T. Aparicio conclut que, quel que soit l'âge, le traitement chirurgical doit être le même que chez des patients plus jeunes, du point de vue tant carcinologique que de la préservation de la continuité digestive (1). Les chiffres indiquent d'ailleurs qu'en pratique, la proportion de malades âgés de plus de

* Centre d'éthique clinique, hôpital Cochin, Paris.

Points forts⁺

- » Les personnes âgées atteintes d'un cancer colo-rectal peuvent bénéficier des traitements comme les patients plus jeunes, même si les critères de sélection des patients ne sont pas encore bien codifiés.
- » Pourtant, les personnes âgées sont sous-traitées et ont un moins bon pronostic.
- » Il est intéressant de passer en revue les arguments médicaux et éthiques concernant la question de l'âge comme critère de la démarche thérapeutique ; cela permet de se rendre compte qu'ils n'offrent pas de réponse claire.
- » Il est donc intéressant de comprendre pourquoi, en pratique, l'âge des patients peut intervenir dans le processus décisionnel.
- » La confrontation des arguments théoriques et pratiques permettra peut-être de lancer un débat éthique nouveau, en les replaçant dans une analyse éthique d'ensemble faisant place au patient, à la médecine et à la société.

Mots-clés

Cancer du côlon
Personnes âgées
Raisonnement
éthique
Éthique clinique

Keywords

Colorectal cancer
Elderly patients
Ethical reasoning
Clinical ethics

75 ans opérés à visée curative augmente, passant de 57,5 % à 72,1 % entre les périodes 1976-1987 et 1988-1999 (1). Il apparaît néanmoins que les patients âgés atteints de cancer du côlon sont moins traités et ont un moins bon pronostic que les patients plus jeunes : les malades de moins de 75 ans ont 3,18 fois plus de chances d'être opérés que les malades de plus de 75 ans (6). Ils sont aussi moins inclus dans les protocoles de recherche thérapeutique après 65 ans (7), alors même que ce sont les plus touchés par cette maladie. Il existe deux facteurs de risque périopératoires pouvant aggraver la morbidité et la mortalité du traitement chirurgical pour cette tranche d'âge et expliquer pourquoi la chirurgie est moins pratiquée : le fait d'être opéré en urgence, qui est plus fréquent chez les personnes âgées, pour lesquelles le diagnostic a tendance à être fait plus tardivement dans l'évolution de leur maladie, et surtout l'existence de comorbidités. Il est à noter que les personnes âgées bénéficient des progrès des techniques chirurgicales et que la mortalité opératoire décroît chez elles depuis 20 ans (1).

En ce qui concerne la chimiothérapie adjuvante, son bénéfice attendu est d'améliorer de 10 à 15 % la survie globale à 5 ans selon la conférence de consensus de l'ANAES de 1998, si aucune étude n'a encore démontré son intérêt chez des patients âgés de plus de 80 ans une méta-analyse de 2001 a montré que des patients âgés de plus de 70 ans bénéficiaient autant de la chimiothérapie adjuvante que des patients plus jeunes. À ce stade, il est en général recommandé de la prescrire aux patients âgés comme aux patients plus jeunes, si l'espérance de vie escomptée à leur âge le justifie, et si la balance bénéfices/risques (toxicités liées aux traitements) le permet.

Quant aux différents protocoles de chimiothérapie palliative, même si certaines études montrent des améliorations en termes de survie chez des personnes âgées, avec certains produits, la littérature ne permet pas à ce jour de prévoir quels patients âgés peuvent en bénéficier avec succès. D'ailleurs, les patients recrutés dans les études destinées à être publiées présentent des comorbidités variables en nombre et en gravité, ce qui rend les populations étudiées très hétérogènes et donne un caractère discuté aux

conclusions de ces études. Les patients âgés sont en pratique sous-traités. L'étude EUROCARE montre que moins de 1 % des malades de plus de 75 ans atteints de cancer reçoivent une chimiothérapie, contre 11 % des malades de moins de 65 ans (8). Plusieurs obstacles semblent expliquer en partie ce phénomène : un manque d'accès aux consultations spécialisées d'oncologie et de gériatrie, un manque de structures d'aide à domicile ou de services gériatriques où l'administration des chimiothérapies est possible, une réticence de certains praticiens à prescrire ces produits par crainte de toxicités suspectées d'induire des décompensations, comme l'insuffisance rénale ou cardiaque, responsables d'une perte d'autonomie (1). La décision de faire une chimiothérapie chez un patient âgé étant difficile à prendre, Balducci a proposé un arbre décisionnel : les malades sans comorbidité ni dépendance peuvent être traités comme les patients plus jeunes ; les malades présentant la diminution d'au moins une des activités de la vie quotidienne au score *Activities of daily living** (préparer ses repas, prendre ses médicaments, faire ses courses, utiliser le téléphone, etc.), souffrant d'au moins trois comorbidités et présentant des troubles de la marche ou une incontinence ou une confusion mentale ou une dépression ou une dénutrition ne doivent bénéficier que d'un traitement symptomatique du cancer ; chez les patients "intermédiaires", la décision dépend de l'espérance de vie supposée, liée au cancer ou non (9).

Les paramètres d'évaluation gériatrique et l'analyse de la qualité de vie paraissent donc particulièrement importants pour décider de traiter ou non les personnes âgées atteintes d'un cancer du côlon. Une diminution d'autonomie ou de qualité de vie d'une personne, au regard d'échelles médicales, peut-elle expliquer que les traitements qu'on lui propose soient moins agressifs ? Cela justifie-t-il un moindre accès aux soins pour les personnes âgées ? La littérature scientifique n'offrant pas de réponse claire sur les choix thérapeutiques à faire, l'analyse éthique peut-elle apporter des éléments supplémentaires de réflexion ?

* *Activities of daily living evaluation. Encyclopedia of Nursing & Allied Health. Kristine Krapp (ed). Gale Group, Inc., 2002.*

Du point de vue éthique

Du point de vue médical strict, on comprend que, si cela est possible, quel que soit l'âge, la décision de traiter est préférable, dans l'intérêt du patient et aussi au nom de l'égalité d'accès aux soins sans discrimination. Pour autant, l'intérêt du patient ne se mesure pas seulement en termes médicaux. À travers les quatre principes fondateurs de l'éthique biomédicale, interrogeons-nous sur les arguments, médicaux ou autres, fondant le processus décisionnel de traiter ou pas, et demandons-nous en quoi l'âge des patients peut les influencer.

La balance bienfaisance/non-malfaisance

Reprenons les différents critères médicaux exposés dans la littérature scientifique.

À propos de l'âge précisément, lorsque l'espérance de vie du patient doit influencer la décision, de quelle espérance parle-t-on ? L'espérance de vie n'est pas la même si on la calcule non pas à l'âge de naissance mais à l'âge du patient (en 2005 : 6,48 ans à 85 ans, 4,39 ans à 90 ans, 2,87 ans à 95 ans, 2,11 ans à 100 ans et 1,7 an à 105 ans). Pour un même patient, on peut considérer d'abord qu'il ne serait pas raisonnable d'agir en raison de son âge trop avancé, et on peut finalement juger qu'il n'est "pas si vieux". Âge et espérance de vie ne sont-ils pas confondus parfois ?

Les critères de choix thérapeutiques reposent sur le traitement à visée carcinologique, le traitement des gênes fonctionnelles (douleurs, hémorragies, anémie nécessitant des transfusions, risque d'occlusion), le respect de la littérature scientifique et des standards de la médecine, le degré de difficulté du geste opératoire, les toxicités des traitements, l'état général du patient, le nombre de ses comorbidités, etc. Ils ne suffisent pas toujours à prendre une décision. Est-ce si facile de juger ? Cette difficulté met-elle en évidence d'autres arguments cachés ? Les convictions personnelles des soignants jouent-elles un rôle ? La décision peut-elle dépendre de l'endroit où le patient est hospitalisé, du médecin qu'il voit (urgentiste, chirurgien, oncologue, généraliste, gériatre) ? Cela pose-t-il un problème éthique ? Prenons l'exemple d'un patient présentant une maladie très avancée, de nombreuses métastases par exemple, ou un état général très dégradé, ou encore un patient chez qui le geste opératoire s'annonce difficile : certains préféreront s'abstenir afin de ne pas aggraver son état, au nom du principe de non-malfaisance. Les mêmes

pourront pourtant prendre la décision d'opérer en urgence, ce qui assombrit davantage le pronostic, si le patient présente une occlusion ; ils feront alors valoir qu'il est insupportable de mourir dans un tel état, et invoqueront là encore la non-malfaisance. Le critère de la qualité de vie est particulièrement important selon la littérature médicale. Pourquoi ? Le choix des traitements, notamment des chimiothérapies, peut varier selon que le patient est autonome à domicile, vit en maison de retraite, est grabataire dans une institution gériatrique, ou qu'il est entouré par une famille ou des proches, etc. Comment juger de l'opportunité d'un traitement chez une personne en fonction de ce critère ? Prenons l'exemple d'un patient présentant une démence sévère, mais valide, sans comorbidité associée et vivant dans un long séjour gériatrique. On peut facilement envisager de traiter chirurgicalement son cancer colo-rectal d'un point de vue technique, au nom de la bienfaisance, mais la nécessité de poser une colostomie, avec les difficultés de prise en charge que cela implique par la suite, au-delà des risques d'aggravation post-opératoire des troubles cognitifs, peut remettre en cause la décision, au nom de la non-malfaisance. Un autre patient, dément et grabataire, nécessitant des transfusions répétées pour une anémie liée à son cancer colo-rectal, difficiles à gérer à cause de son agitation et du fait qu'il arrache les perfusions, pourra avec certains bénéficier d'une chirurgie alors que d'autres auront plutôt tendance à le récuser, et dans les deux cas au nom de sa qualité de vie. Remarquons que, lorsque l'on parle de qualité de vie, et que l'on en fait un critère important à prendre en compte, au point de l'inclure dans les échelles de décision thérapeutique, il s'agit de la qualité de vie du point de vue des médecins.

Les différents arguments médicaux appartiennent donc tous à la balance bienfaisance/non-malfaisance mais ne l'épuisent pas, au sens où on l'entend en termes éthiques. Il existe probablement d'autres éléments non abordés jusqu'alors. Quel peut être le ressenti psychologique du patient face à la maladie, au cancer, au fait de devoir se traiter, d'être hospitalisé, de prendre des risques vis-à-vis des effets secondaires des traitements, de se rapprocher un peu plus de la mort ? Quel poids peuvent avoir la désorganisation de la vie familiale, l'importance qu'un effet secondaire est susceptible de prendre, en particulier chez une personne âgée, ou encore la qualité et l'ancienneté de la relation entre médecin et patient ? En outre, tous ces arguments ne tiennent pas compte du reste de la matrice éthique : l'autonomie du patient et le principe de justice.

Concernant le principe de respect de l'autonomie du patient

À quel degré le patient est-il impliqué dans la prise de décision ? Cela peut dépendre des soignants et des patients eux-mêmes. En 2007, K. Beaver montre, après avoir interrogé 35 professionnels de santé, médecins et paramédicaux, concernés par le suivi de patients atteints de cancers colo-rectaux, que le patient est plus impliqué quand il s'agit de discuter les chimiothérapies que la chirurgie, l'éventualité de ne pas bénéficier d'une chirurgie, susceptible de sauver la vie, n'étant pas "réaliste" pour les soignants (10). On peut préférer faire un traitement chirurgical au nom de la bienfaisance, au détriment du principe d'autonomie. Mais que signifie ici le respect de l'autonomie du patient ? E.B. Elkin montre que, sur 73 patients âgés de 70 à 89 ans atteints d'un cancer colo-rectal métastasé, 44 % voulaient une information concernant leur espérance de vie, et 52 % préféraient un rôle passif dans la prise de décision (11). S'il veut en revanche s'impliquer, le patient est-il libre de décider ? Si médecin et patient n'ont pas les mêmes souhaits, que se passe-t-il ? Seize médecins généralistes ou oncologues, interrogés sur le refus de traitement chez 30 de leurs patients atteints d'un cancer, acceptaient plus facilement leur décision lorsqu'il s'agissait d'un traitement palliatif et trouvaient ce refus irrationnel lorsqu'il s'agissait d'un traitement curatif. Selon les auteurs, le fait que le médecin accepte le choix de son patient peut contribuer au sentiment que le patient a de disposer de sa liberté pour décider, d'être compris et entendu, et donc à une meilleure relation médecin-malade (12). Si le médecin a décidé qu'il fallait traiter, le patient a-t-il le choix ? Si le patient préfère une abstention thérapeutique, son autonomie peut-elle être respectée ? Un refus de traitement est-il plus facile à accepter du fait que le patient est âgé ? Est-ce au nom du respect de son autonomie ou est-ce par crainte des effets secondaires des traitements et au nom de la non-malfaisance que la décision est prise ? Mais y a-t-il davantage de refus chez les patients âgés ou veulent-ils être traités comme les plus jeunes ? K. Beaver à nouveau montre que, sur 73 patients entre 70 et 89 ans, atteints d'un cancer colo-rectal métastasé, 96 % décidaient de recevoir une chimiothérapie (10). Si le médecin décide de ne pas traiter, cela peut-il influencer la décision de son patient ? Par ailleurs, le fait que la maladie soit cancéreuse joue-t-il un rôle ? Soixante-huit pour cent des malades français non atteints de cancer souhaiteraient être traités par une chimiothérapie

en cas de cancer, cette proportion atteignant 100 % chez les malades atteints de cancer (13). En serait-il de même avec une maladie non cancéreuse tout autant mortelle, comme une maladie cardiaque par exemple ? Le médecin peut estimer davantage respecter l'autonomie du patient âgé en prescrivant moins de chimiothérapie, en pensant que le malade âgé refusera plus facilement un traitement qui prolongerait sa vie, alors qu'il se pourrait que le patient veuille en fait l'inverse.

Justement, quels sont les critères de choix des patients ? Leur qualité de vie, de leur point de vue, passe-t-elle avant tout autre argument ? Leurs considérations par rapport à leurs proches sont-elles plus importantes à un âge avancé ? Sur 67 patients âgés de plus de 65 ans (moyenne d'âge de 75,8 ans), 80,6 % avaient reçu une chimiothérapie adjuvante pour un cancer colo-rectal de stade III afin de diminuer le risque de métastases par la suite. Les critères principaux étaient l'avis du médecin dans 73,1 % des cas, les préférences de la famille dans 31,3 % des cas et le poids que la maladie pouvait faire peser sur la famille dans 10,4 % des cas (14). Quel est le poids de l'entourage du patient dans la prise de décision ? Les proches ont-ils davantage leur mot à dire dans celle-ci du fait que le patient est âgé ? Parlent-ils au nom du patient, pour le protéger, ou pour leur propre compte ? Est-ce à la demande du patient ? Sont-ils plus investis par les médecins car ils sont potentiellement les plus demandeurs en termes d'informations ou de résultat thérapeutique ? Leur plus grande implication dans le processus décisionnel se fait-elle au nom du respect de l'autonomie du patient, parce que les uns et les autres sont très proches et se connaissent depuis longtemps, ou à l'encontre de son autonomie ?

Le principe de justice

Quatre points peuvent être abordés.

Le principe d'égalité d'accès aux soins demande que les personnes âgées bénéficient des traitements comme les patients plus jeunes. Les réunions de concertation pluridisciplinaire sont censées favoriser une meilleure qualité des soins. La décision finale revenant au médecin responsable du patient, l'avis résultant de ces réunions a-t-il un poids ? Les politiques de service ou la hiérarchie médicale influencent-elles les décisions collégiales ? Existe-t-il un a priori concernant les décisions prises chez les personnes âgées en fonction de l'institution ou du service où elles se trouvent ?

La répartition équitable des ressources rares et coûteuses doit être optimale. Est-il juste de dépenser pour des soins chez les personnes âgées, notamment en ce qui concerne les chimiothérapies des cancers colo-rectaux ? S'agit-il de dépenses rares ou coûteuses ?

Des règles institutionnelles ou le poids de l'organisation d'un service (nombre de médecins, moyens techniques) peuvent-ils influencer les décisions ? Peut-il exister un conflit d'intérêt pour un médecin travaillant dans une institution gériatrique ? Pense-t-il uniquement à l'intérêt du patient ou a-t-il des obligations vis-à-vis de son équipe ? Que peut signifier pour des soignants de ne pas traiter un patient, alors que l'on traite les autres ?

En pratique, sur le terrain

Au terme de cette analyse théorique, à la question "l'âge seul est-il un critère pour décider de la démarche thérapeutique à suivre ?", il n'y a toujours pas de réponse. Le présupposé est que les pratiques sont "sages". Il y a donc un intérêt à les étudier et à comprendre les raisonnements éthiques des personnes confrontées à la prise de décision au quotidien. Sur le terrain, comment se prend la décision ? Par qui est-elle prise : le médecin référent, l'équipe pluridisciplinaire, le patient, ses proches ? Sur quels arguments repose-t-elle ? Quels enjeux sont en débat ? Qui finit par l'emporter et pourquoi ? Cela concerne les membres des équipes soignantes de chirurgie, d'oncologie et de gériatrie, les patients, voire leurs proches, surtout si la personne âgée concernée n'est plus compétente, du fait d'une démence, par exemple. Seule la rencontre au cas par cas sur le terrain, avec les personnes en situation, permet d'explorer cette voie. Le but est de se poser des questions pour voir si les arguments qui fondent le processus décisionnel sont les bons, en les replaçant dans une analyse éthique d'ensemble, faisant place au patient, à la médecine et à la société.

C'est une des démarches du Centre d'éthique clinique (Cec) de Cochin, l'outil d'analyse de la décision médicale étant l'"éthique clinique"*** (15). Les entretiens auprès de toutes les personnes impliquées dans la décision sont menés par deux ou trois personnes d'horizons différents (soignants et non-soignants), toutes étant sans a priori par rapport aux patients et aux équipes, l'objectif étant de rassembler les éléments nécessaires à la compréhension de ce qui va construire le raisonnement éthique de chacun pour conduire à la décision.

Une étude est en cours afin d'explorer les décisions de traiter par chirurgie et/ou chimiothérapie des personnes âgées de plus de 75 ans atteintes d'un cancer colo-rectal hospitalisées dans des services de chirurgie ou d'oncologie d'un hôpital classique et dans des services d'aigu, moyen et long séjour en hôpital gériatrique. Elle devrait permettre de mieux comprendre comment se prennent ces décisions, de faire émerger de nouvelles questions éthiques de terrain, et permettre ultérieurement un débat plus large sur le thème "quels traitements pour quel vieillissement ?"

Conclusion

Le traitement du cancer colo-rectal est une des questions qui concernent plus largement l'accès aux soins des personnes âgées. C'est un enjeu actuel qui nous concerne tous. Nous vivons de plus en plus vieux et la technologie est de plus en plus performante, dans un contexte de grande tension économique. Jusqu'où aller médicalement et au nom de quoi ? Pour certains, il n'y a aucune raison que l'âge entre en tant que tel en ligne de compte dans la prise de décision thérapeutique, et tout ce qui est faisable médicalement doit être entrepris. Pour d'autres, il paraît déraisonnable d'entreprendre des traitements lourds chez les personnes âgées, du point de vue individuel et/ou collectif. La réflexion peut aider à débattre de ces questions grâce aux concepts, mais aussi à partir de ce qui se fait déjà en pratique et de ce qu'en disent les personnes concernées au quotidien. La question mérite d'être étudiée au cas par cas sur le terrain. Connaître ce qui se vit en situation peut nous interpeller et remettre en cause nos convictions les plus profondes. ■

*** *Fonctionnement habituel du Cec : sa mission est d'être à la disposition des patients, de leurs proches et des soignants, dans le cadre d'une prise de décision médicale éthiquement difficile. Son avis est uniquement consultatif. Le centre est ouvert autant aux soignants qu'aux patients ou à leurs proches. Sa démarche est sans a priori, tenant compte au même titre de toutes les parties prenantes. Son fonctionnement repose sur la pluridisciplinarité : il comprend des soignants (médecins, infirmières, psychologues, etc.) et des non-soignants, experts en sciences sociales et humaines (juristes, philosophes, sociologues, etc.) ou autres représentants de la société civile (associations de patients, par exemple). Tous les participants sont formés à l'éthique clinique. Il s'agit d'élargir le champ de la réflexion, considérant que l'intérêt de la personne malade ne se mesure pas toujours en fonction de son seul intérêt médical. Son rôle est ainsi de contribuer à ce que la place de chacun dans le processus soit optimale : celle du patient, voire celle de ses proches, et celle des soignants, mais aussi celle de la société civile. Le but est d'être au service de la relation médecin-malade en apportant une réelle valeur ajoutée à la discussion par le recours à un tiers neutre, formé, grâce à une méthode pragmatique et rigoureuse, dans la collégialité et la pluridisciplinarité.*

Références bibliographiques

1. Aparicio T, Mitry E, Sa Cunha A et al. Management of colorectal cancer of elderly patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2005;29(10):1014-23.
2. Duron JJ, Duron E, Maneglia R. Chirurgie digestive du grand âge. *J Chir* 2005;142(3):150-9.
3. Pignon T, Rafaraino F, Scalliet P. Cancer et sujets âgés. Prise en charge. Aspects décisionnels. *Rev Med Interne* 2000;21(9):765-76.
4. Rose JH, O'Toole EE, Dawson NV et al. Age differences in care practices and outcomes for hospitalized patients with cancer. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(Suppl.5):25-32.
5. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JO n° 54 du 5 mars 2002*, p. 4118.
6. Fèvre-Finn C, Bouvier-Benhamiche AM, Phelp JM et al. Colon cancer in France: evidence for improvement in management and survival. *Gut* 2002;51:60-4.
7. Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ et al. Under representation of patients 65 years of age and older in cancer treatment trials. *N Engl J Med* 1999;341:2061-7.
8. Gatta G, Fèvre J, Capocaccia R et al. Survival of colorectal cancer patients in Europe during the period 1978-1989. *EUROCORE Working group. Eur J Cancer* 1998;34:2176-83.
9. Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. *Oncologist* 2000;5:224-37.
10. Beaver K, Craven O, Witham G et al. Patient participation in decision making: views of health professionals caring for people with colorectal cancer. *J Clin Nurs* 2007;16(4):725-33.
11. Elkin EB, Kim SH, 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(33):5275-80.
12. Van Kleffens T, Van Leeuwen E. Physicians' evaluations of patients' decisions to refuse oncological treatment. *J Med Ethics* 2005;31:131-6.
13. Extermann M, Albrand G, Chen H et al. Are older French patients as willing as older American patients to undertake chemotherapy? *J Clin Oncol* 2003;21:3214-9.
14. Kutner JS, Vu KO, Prindiville SA et al. Patient age and cancer treatment decisions. Patient and physician views. *Cancer Pract* 2000;8(3):114-9.
15. Fournier V. Les enjeux d'un centre expérimental d'éthique clinique. *Rev Prat* 2003;53:2209-12.

