



LE CANCER EN EHPAD
DANS L'HÉRAULT
SEPTEMBRE 2026

RTH Registre
des tumeurs
de l'Hérault

www.registre-tumeurs-herault.fr

Mot d'introduction

Les études sur le cancer chez les personnes âgées sont peu fréquentes et peu d'entre elles s'intéressent à l'épidémiologie des cancers en fonction de la perte d'autonomie.

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources) est un outil utilisé pour évaluer le niveau de perte d'autonomie des personnes sollicitant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette grille permet de définir 6 groupes dits "iso-ressources" (GIR) : GIR 1, niveau de dépendance le plus élevé, à GIR 6, niveau de dépendance le plus faible, selon des variables de dépendance physiques et psychiques de la personne dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Les registres de tumeurs n'enregistrent pas en routine cette information au niveau populationnel car l'exhaustivité de cette variable dans les dossiers médicaux est difficile à obtenir. En revanche, le lieu de domicile au moment du diagnostic est enregistré en routine et de manière exhaustive par les registres des cancers. Le lieu de domicile peut ainsi constituer un indicateur indirect du niveau d'autonomie. En effet, selon une étude de la Drees, au 31 décembre 2023, 94,6 % des résidents en Ehpad (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) étaient non autonomes (en GIR 1 à 4) et 55,2% en perte d'autonomie sévère (en GIR 1 et 2) [2]. Le fait de résider en Ehpad peut être une estimation du niveau d'autonomie des personnes âgées.

A notre connaissance, à ce jour, aucune étude en population ne s'est intéressée au cancer dans les Ehpad et à leurs caractéristiques.

Ce document présente une analyse selon le lieu de résidence au moment du diagnostic (Ehpad ou non), des données collectées par le registre des tumeurs de l'Hérault sur les cas de cancer diagnostiqués entre 2010 et 2023 chez les personnes de plus de 70 ans. Il fournit des résultats sur l'incidence, les stades, la prise en charge thérapeutique et la survie.

Une fois encore, si nous pouvons vous communiquer tous ces résultats, c'est grâce à tous les médecins et toutes les structures qui nous transmettent leurs données et qui nous accueillent dans leurs locaux pour finaliser notre travail. Soyez-en tous remerciés.

Vous pouvez retrouver sur notre site internet (www.registre-tumeurs-herault.fr) les actualités du registre, notamment sur les dernières données publiées et sur nos travaux de recherche. N'hésitez pas à nous contacter si vous avez besoin de données spécifiques sur un type de cancer particulier, ou si vous pensez qu'un de vos projets de recherche pourrait être enrichi par les données du registre.

Bonne lecture...

Docteur Brigitte Trétarre, Directrice du Registre
Dr Claudine Gras-Aygon, Anne-Sophie Foucan, Stéphanie Sabatier, Hélène Carbone,
Marielle Delafosse, Chloé Bresson, Vicky Becmont

Responsable scientifique : Professeur Jean-Pierre Daurès
Président : Docteur Grégoire Poinas

Contact : tretarre.brigitte@registre-tumeurs-herault.fr

☎ : 04-67-41-34-17 ou 04-67-61-30-34

Fax : 04-67-63-42-26

📍 : Registre des tumeurs de l'Hérault- 208 rue des Apothicaires- 34298 Montpellier Cedex

Méthode

Tous les nouveaux cas de cancers sauf les peaux hors mélanome diagnostiqués de 2010 à 2023 chez les personnes âgées de plus de 70 ans, domiciliées dans l'Hérault sont inclus dans cette analyse.

Au 31 décembre 2023, en France, 94,0 % des résidents accueillis en Ehpad avaient plus de 70 ans et 66% plus de 85 ans. Les résidents avaient en moyenne 85 ans et 11 mois à l'entrée (médiane à 87 ans et 6 mois) [2]. Ceci justifie le choix des patients de plus de 70 ans. L'âge est regroupé en 5 catégories : 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 et 90 ans et plus.

Type de domicile et niveau de dépendance

Le conseil général de l'Hérault fournit une liste de tous les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (Ehpad) [3].

Le type de domicile au moment du diagnostic a été classé comme suit :

- Ehpad : patient résidant au diagnostic dans un Ehpad de la liste du conseil général.
- « Hors Ehpad » : patient dont l'adresse au moment du diagnostic ne correspond pas aux établissements de la liste des Ehpad.

Les registres des cancers n'enregistrent pas en routine les données individuelles sur le niveau de dépendance des patients.

Le fait de résider dans un Ehpad peut être considéré comme un indicateur indirect du niveau d'autonomie. En effet, une étude de la Drees montre que la proportion de résidents non autonomes (en GIR 1 à 4) dans les Ehpad est de 94,6 % au 31 décembre 2023 dont 55,2% en perte d'autonomie sévère (en GIR 1 et 2) [2].

Vérification histologique

La vérification du diagnostic est définie en deux catégories :

- vérification histologique (histologie sur la tumeur ou sur métastase) ;
- suspicion clinique-para-clinique (à partir de l'examen clinique et/ou de l'imagerie et/ou de la biologie, avec validation des cliniciens).

Le taux de confirmation histologique est l'un des critères d'exhaustivité des registres des cancers. Selon les standards du CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer), un taux élevé de vérification histologique (généralement attendu entre 80 % et 95 % selon la localisation tumorale et l'accessibilité du site) garantit la validité interne des données d'incidence et leur comparabilité à l'échelle internationale.

La vérification histologique est présentée pour les tumeurs solides incluant les LMNH (Lymphomes Malins Non Hodgkiniens).

Traitement

Le traitement « actif » est défini par la mise en place d'au moins un des traitements suivants : chirurgie de la tumeur primitive (excluant les chirurgies de dérivation ou à visée palliative), radiothérapie visant la tumeur primitive (excluant les radiothérapies de confort ou sur métastase) ; chimiothérapie ; immunothérapie, thérapie ciblée ou hormonothérapie.

Statut métastatique au diagnostic

Le statut métastatique à distance au diagnostic est défini comme suit :

M0 : absence de métastase à distance ; M1 : métastase à distance ; Inconnu : statut métastatique inconnu

Tendances chronologiques

Les tendances chronologiques entre 2010 et 2023 sont données en nombre de cas, ce qui est un point crucial pour connaître l'impact sanitaire de la maladie. Les analyses de tendances chronologiques ont été réalisées par la méthode de régression « joinpoint » [4]. Les tendances ont été estimées par les variations annuelles en pourcentage (VA) sur les périodes et les variations annuelles moyennes en pourcentage (VAM) sur la période entière, avec leurs intervalles de confiance (IC) à 95 %, en utilisant les modèles de régression log-linéaires. Les p-value < 0,05 ont été considérées comme statistiquement significatives.

Survie

Nous présentons les estimations de survie observée pour les patients diagnostiqués entre 2010 et 2021 dans l'Hérault avec une date de point au 30 juin 2024. La survie observée à 1 an correspond à la proportion de patients toujours en vie 1 an après la date de diagnostic, quelle que soit la cause du décès (cancer ou autre cause). La survie observée est simple à interpréter, cependant elle ne reflète pas la mortalité associée à la maladie car tous les décès sont comptabilisés, qu'ils soient ou non liés à la maladie.



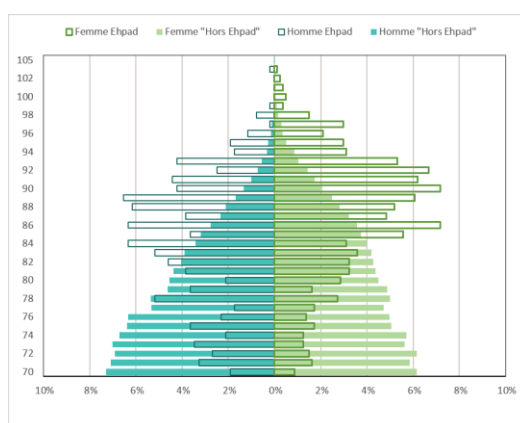
Diagnostic :

Caractéristiques socio-démographiques

Sur la période 2010-2023, **48 125** nouveaux cas de cancers invasifs chez les plus de 70 ans ont été inclus dans l'analyse dont 1 329 (2,8%) résidaient en EHPAD au moment du diagnostic.

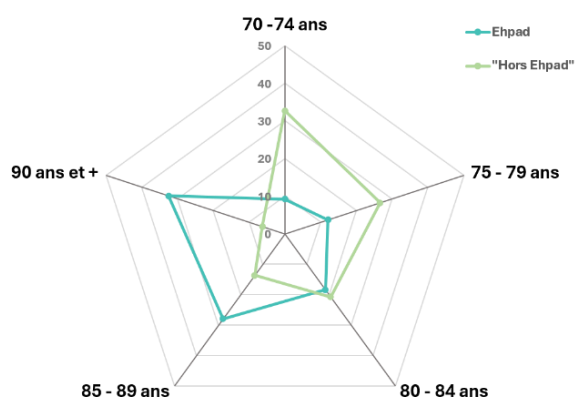
Sur les 1 329 personnes résidant dans un des Ehpads de l'Hérault au moment du diagnostic de cancer, 808 (60,8%) étaient des femmes et 521 des hommes (sex-ratio H/F de 0,64). Pour les habitants «Hors Ehpads », le nombre de nouveaux cas de cancer invasif était de 46 796 dont 19 537 (41,8%) chez la femme et 27 259 chez l'homme (sex-ratio H/F de 1,39).

Figure 1: Structure d'âge au diagnostic de cancer invasif selon le sexe et le type de résidence au diagnostic, Hérault, 2010-2023



L'âge moyen au diagnostic était de 85,5 ans dans les Ehpads et de 78,6 ans chez les patients résidant en domicile individuel. Les patients diagnostiqués en Ehpads ont majoritairement plus de 85 ans alors qu'ils ont majoritairement entre 70 et 79 ans en domicile individuel. Cette répartition des nouveaux cas est la même pour les hommes et les femmes, avec des âges extrêmes (plus de 85 ans) plus fréquents dans les Ehpads.

Figure 2 : Répartition de l'âge au diagnostic selon le type de domicile



Ces résultats sont cohérents avec la structure d'âge en Ehpads. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées, en France, accueillent, au 31 décembre 2023, 696 400 personnes de 50 ans ou plus. Les résidents sont majoritairement des femmes (499 300 résidentes, soit 71,7 %), en particulier âgées de 75 ans ou plus [2].

Évolution du nombre de nouveaux cas entre 2010 et 2023 selon le type de résidence

Entre 2010 et 2023, pour les patients habitant «Hors Ehpad », il y a une augmentation régulière du nombre de nouveaux cas, passant de **2 750** cas en 2010 à **3 941** cas en 2023 soit une variation annuelle moyenne (VAM) de +3,9%.

Tableau 1 : Evolution des nombres de nouveaux cas des cancers invasifs selon l'âge et le type de résidence au diagnostic entre 2010-2023

	2010	2015	2020	2023	VAM ¹	2010-2023
Ehpad						
70 - 74	5	7	12	13	+7,3%*	122
75 - 79	12	10	6	11	-0,5%	160
80 - 84	20	23	16	17	-0,3%	244
85 - 89	17	33	24	14	-2,1%	371
90 et +	19	29	40	21	1,8%	432
70 et +	73	102	98	76	+0,5%	1 329
« Hors Ehpad »						
70 - 74	790	1 003	1 298	1 319	+4,2%*	15 309
75 - 79	762	785	937	1 235	+4,2%*	12 452
80 - 84	665	641	695	749	+1,6%*	9 696
85 - 89	392	428	483	444	+1,5%	6 389
90 et +	141	234	230	194	+3,2%*	2 950
70 et +	2 750	3 091	3 643	3 941	+3,9%*	46 796
Total général	2 823	3 193	3 741	4 017	+3,8%*	48 125

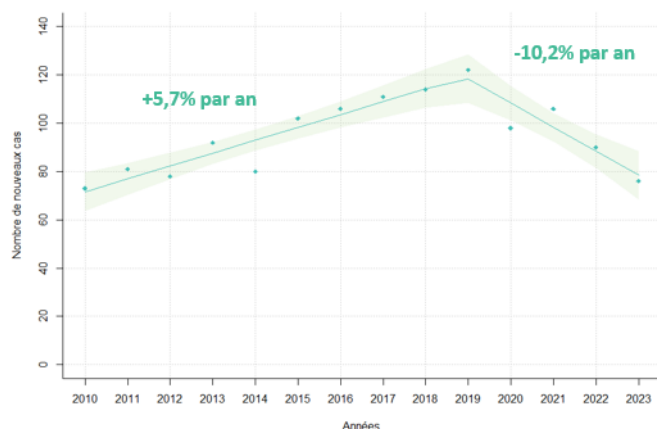
1 : VAM Variation Annuelle Moyenne sur la période 2010-2023 ; * statistiquement significatif

Pour les patients résidant en Ehpad au diagnostic, le nombre de nouveaux cas de cancer invasif était globalement stable sur toute la période, passant de 73 en 2010 à 76 en 2023, soit une variation annuelle moyenne (VAM) de +0,5%.

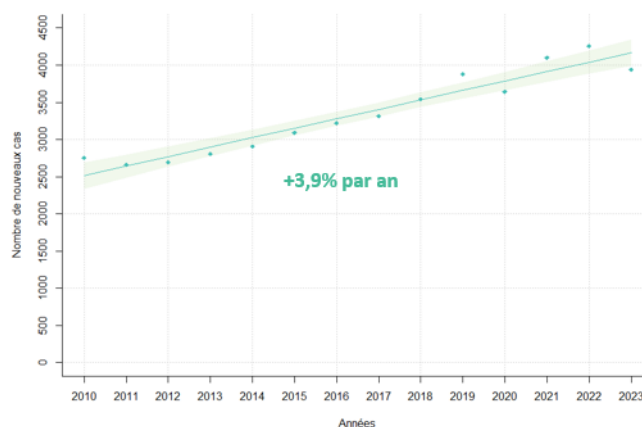
Deux phases distinctes au cours du temps ont été observées : une première période de 2010 à 2019 avec une augmentation du nombre de cas chez les patients résidant en Ehpad au diagnostic de +5,7% par an (VA), puis à partir de 2020, une rupture s'amorce avec une diminution significative du nombre de cas de 10,2% par an (VA). Cette inflexion se retrouve essentiellement pour les tranches d'âge 85-89 et 90 ans et +.

Figure 3 : Evolution des nombres de nouveaux cas de cancers invasifs selon le type de résidence au diagnostic, 70 ans et +, 2010-2023, Hérault

A - Ehpad



B - « Hors Ehpad »



Cette évolution peut être expliquée en partie par la crise sanitaire de la COVID-19. D'une part, la forte surmortalité enregistrée au sein de ces structures a induit un phénomène de compétition des risques de décès [5]. D'autre part, la désorganisation des parcours de soins et la saturation des plateaux techniques ont généré un déficit d'accès aux examens à visée diagnostique. Les résidents d'Ehpad ont ainsi constitué l'une des populations les plus vulnérables face au risque de sous-diagnostic oncologique durant la période Covid-19 [6].

Caractéristiques des cancers selon le type de résidence

Sur la période 2010-2023, **48 125** nouveaux cas de cancer invasif chez les plus de 70 ans ont été inclus dans l'analyse dont 1 329 (2,8%) résidaient en Ehpad au moment du diagnostic et 46 796 (97.2%) résidaient « Hors Ehpad ».

Pour les personnes résidant en Ehpad au moment du diagnostic, les trois cancers les plus fréquents (cancer colorectal, du sein, du poumon) représentent 39,7% de l'ensemble des cancers diagnostiqués en 2010-2023. **Le cancer colorectal** était majoritaire avec 16,4% des cas, suivi par le cancer du sein (13,8% des cas). Le cancer du poumon est en troisième position (9,5%) suivi par les LMNH (Lymphomes Malins Non Hodgkiniens) (7,6%), le cancer de prostate (7,2%), le cancer de la vessie (5,9%) et le cancer du pancréas (4,2%).

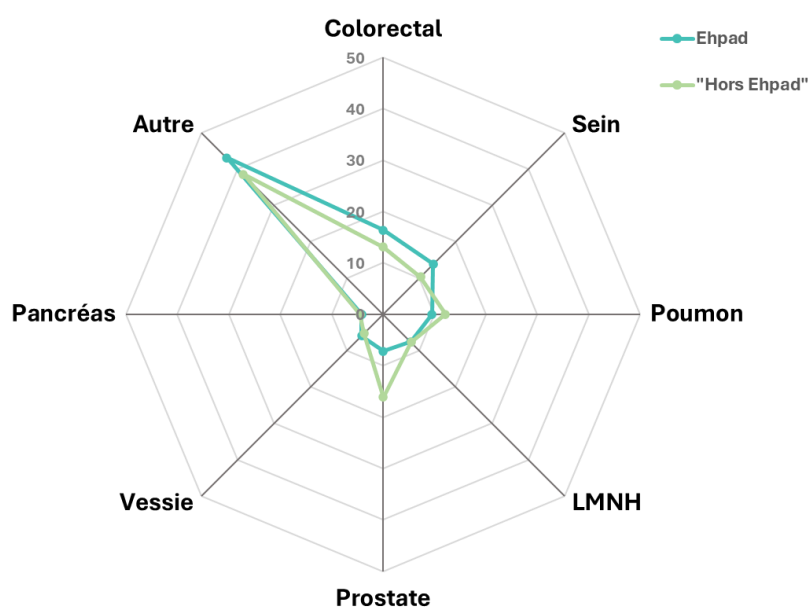
Tableau 2 : Répartition des localisations tumorales selon le type de domicile au diagnostic, 70 ans et +, 2010-2023, Hérault

	Ehpad		« Hors Ehpad »	
	Nb.	%	Nb.	%
Colorectal	218	16,4%	6 150	13,10%
Sein	183	13,8%	4 832	10,30%
Poumon	126	9,5%	5 679	12,20%
LMNH	101	7,6%	3 599	7,70%
Prostate	96	7,2%	7 549	16,10%
Vessie	78	5,9%	2 446	5,20%
Pancréas	56	4,2%	2 129	4,60%
Autres	471	35,4%	14 412	30,80%
Total	1 329	100%	46 796	100%

Pour les personnes habitant «Hors Ehpad » au moment du diagnostic, les trois cancers les plus fréquents (cancer de la prostate, colorectal, du poumon) représentent 41,3% de l'ensemble des cancers diagnostiqués en 2010-2023.

Le cancer de prostate était majoritaire avec 16,1% des cas, suivi par **le cancer colorectal** (13,1% des cas). Le cancer du poumon est en troisième position (12,1%) suivis par le cancer du sein (10,3%), les LMNH (Lymphomes Malins Non Hodgkiniens) (7,7%), le cancer de la vessie (5,2%) et le cancer du pancréas (4,5%).

Figure 4 : Répartition des localisations tumorales selon le type de domicile au diagnostic, 70 ans et +, 2010-2023, Hérault





Diagnostic :

Confirmation histologique

Sur la période 2010-2023, sur les 45 551 tumeurs solides invasives incidentes (incluant les LMNH) chez les 70 ans et plus, 42 193 (92%) sont confirmées par un diagnostic histologique. Ce taux diminuait de manière significative avec l'âge passant de 97,6% chez les 70-74 ans à 70,8% chez les personnes âgées de plus de 90 ans.

Cette diminution est plus franche et régulière pour les patients résidant « Hors Ehpad » par rapport à ceux résidant en Ehpad au diagnostic (cf. Figure 5).

Figure 5 : Répartition de la confirmation histologique selon l'âge et le lieu de domicile, 70 ans et +, 2010-2023, Hérault

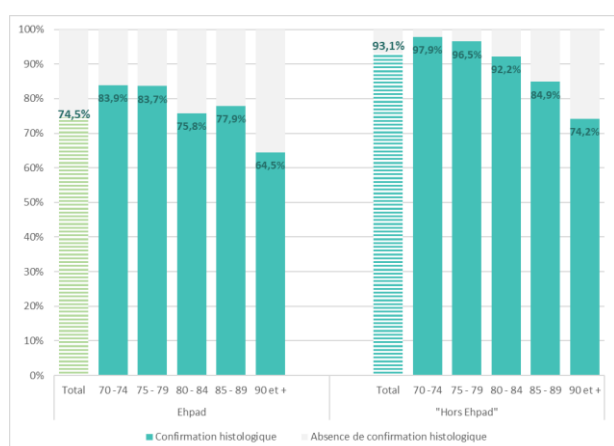
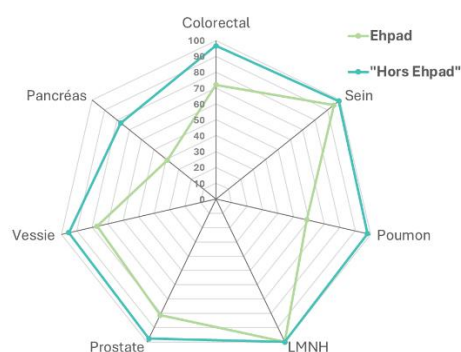


Figure 6 : Répartition de la confirmation histologique selon les localisations et le lieu de domicile, 70 ans et +, 2010-2023, Hérault



Les tumeurs solides invasives incidentes chez les 70 ans et plus résidant en Ehpad sont confirmées par un diagnostic histologique dans 74,5 % des cas, soit 20 points de moins que pour ceux résidant en domicile individuel au moment du diagnostic (93,1%). Cette différence est en partie due aux localisations les plus fréquentes : pancréas (-37 points), poumon (-32 points) et colorectal (-23 points). Le taux de confirmation histologique est similaire pour le cancer du sein avec 95% en Ehpad contre 96,3% « Hors Ehpad »

Cette tendance s'explique en partie par le fait que les personnes résidant en Ehpad sont plus fragiles (plus âgées, plus de comorbidités et plus de troubles cognitifs) que les autres. Les cliniciens ont tendance à ne pas proposer des examens invasifs (biopsies) réorientant le diagnostic de cancer sur un faisceau d'arguments clinico-radiologiques.

La discordance selon les localisations s'explique aussi en partie sur les caractères plus ou moins invasifs de la biopsie selon la localisation de la tumeur. En effet, les cancers (pancréas, poumon, prostate, vessie et colorectum) nécessitent, pour une confirmation histologique, des gestes invasifs tels que l'écho-endoscopie, la fibroscopie bronchique, la biopsie trans-rectale, la cystoscopie ou la coloscopie. Ces examens sont lourds pour les personnes âgées dépendantes et à risque de complications. La balance bénéfice risque est souvent en défaveur de la réalisation de l'examen après une évaluation gériatrique standardisée (EGS). A l'inverse, pour le cancer du sein, la micro biopsie mammaire est un geste superficiel, peu invasif et réalisable sous anesthésie locale en ambulatoire expliquant l'écart plus faible entre Ehpad et « Hors Ehpad ».

Ces résultats montrent qu'une prise en charge diagnostique gériatrique chez les personnes dépendantes est basée sur des arguments clinico-radiologiques et moins sur la preuve histologique afin de préserver la qualité de vie de ces patients.



Diagnostic :

Statut métastatique

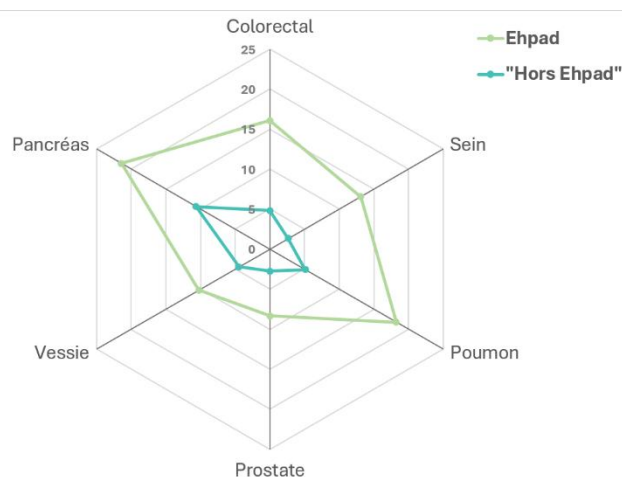
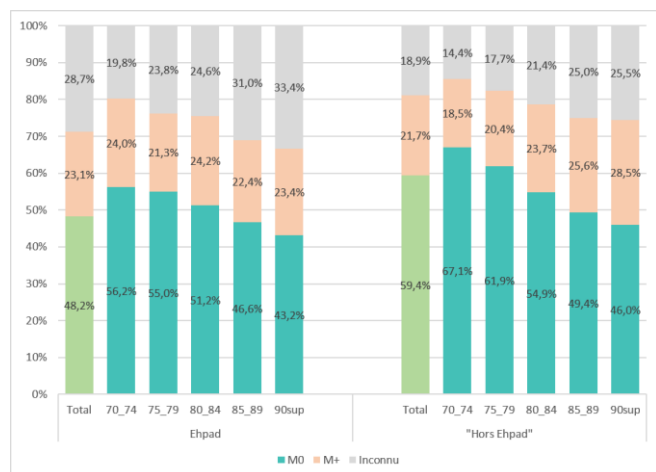
Sur la période 2010-2023, le statut métastatique des tumeurs solides invasives était renseigné dans 92,7 % des cas. Ce taux diminuait de manière significative avec l'âge passant de 95,6% chez les 70-74 ans à 84,5% chez les personnes âgées de plus de 90 ans. Il était renseigné pour 71,3% des patients résidant en Ehpad, ce qui représentait environ 10 points de moins que ceux résidant « Hors Ehpad » (81,1%).

Pour les patients résidant en Ehpad au diagnostic, 28,7% étaient métastatiques au moment du diagnostic contre 21,7% pour ceux vivant en domiciles individuel. En Ehpad, 48,2% n'avaient pas de métastase à distance au diagnostic soit près de 11 points de moins que ceux vivant « Hors Ehpad » (59,4%) (cf. Figure 7).

Le stade au diagnostic inconnu est plus fréquent chez les patients qui résident en Ehpad et ce, quelles que soient les localisations (cf. Figure 8).

Figure 7 : Répartition du statut métastatique selon l'âge et le lieu de domicile, 70 ans et +, 2010-2023, Hérault

Figure 8 : Répartition du statut métastatique Inconnu selon les localisations les plus fréquentes et le lieu de domicile, 70 ans et +, 2010-2023, Hérault



Les résidents d'Ehpad présentent un taux de formes localisées plus faible que les patients vivant à domicile alors même qu'ils affichent un taux supérieur de "stades inconnus". Ce phénomène peut être expliqué par une réalité clinique : le renoncement aux bilans d'extension exhaustifs chez le sujet très âgé dépendant. Déterminer le statut métastatique nécessite des examens d'imagerie complémentaires (scanner thoraco-abdomino-pelvien, IRM, TEP-scan). En Ehpad, face à des patients fragiles (GIR 1 à 4), la réalisation de ces examens est souvent jugée trop complexe et cliniquement peu pertinente, surtout si le bilan d'extension ne modifie pas la prise en charge. Les stades métastatiques restent probablement sous-diagnostiqués ou classés en "stade inconnu" par manque d'investigations et de signes cliniques évocateurs.

Le fait de résider en Ehpad modifie le mode de découverte du cancer : le dépistage individuel est peu prescrit, le diagnostic survient souvent sur des symptômes cliniques patents (saignement, infection pulmonaire) ou dicté par l'urgence (par exemple, une fracture pathologique révélant des métastases osseuses).



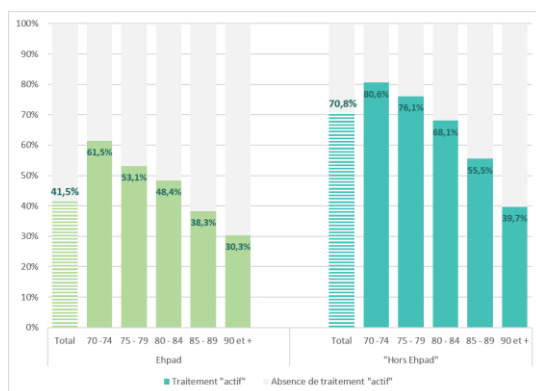
Prises en charge thérapeutique :

Primo-traitement

Le traitement des patients âgés atteints d'un cancer est complexe en raison des comorbidités, de la polymédication, de la perte de l'autonomie, associés au vieillissement. Sur la période 2010-2023, la mise en place initiale d'un traitement « actif » (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie, thérapie ciblée ou hormonothérapie) était de 70% (ces traitements pouvant être associés chez un même patient). Ce taux diminuait de manière significative avec l'âge passant de 80,4% chez les 70-74 ans à 38,5% chez les personnes âgées de plus de 90 ans. En Ehpad, 20,4% des patients sont opérés contre 38,3% des patients habitants « Hors Ehpad » au moment du diagnostic.

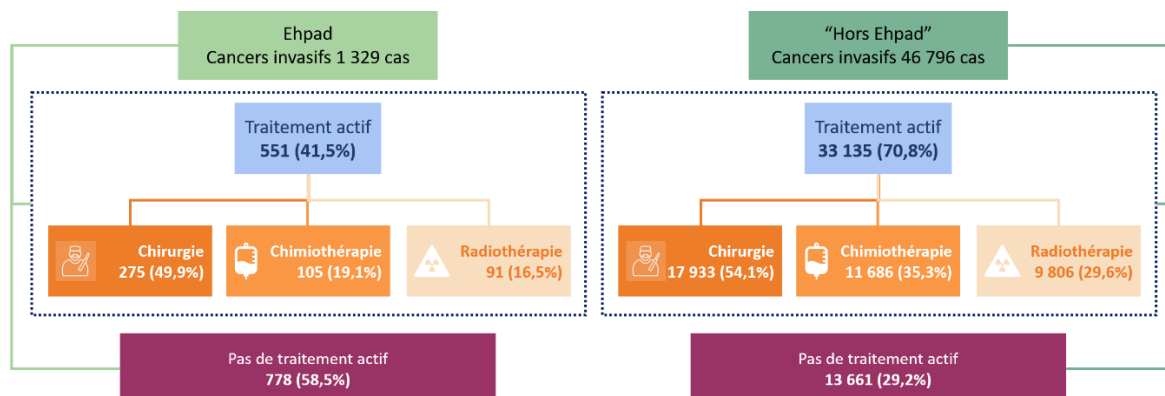
Dans les Ehpad, 41,5% des nouveaux cas avaient bénéficié de traitement actif. Ce taux diminuait avec l'âge passant de 61,5% chez les 70-74 ans à 30,3% chez les personnes âgées de plus de 90 ans (cf. Figure 9). Lorsqu'un traitement est proposé, c'est de la chirurgie dans 49,9% des cas, de la chimiothérapie dans 19,1% des cas et de la radiothérapie dans 16,5% des cas (cf. Figure 10).

Figure 9 : Répartition du primo-traitement selon l'âge et le lieu de domicile, 70 ans et +, 2010-2023, Hérault



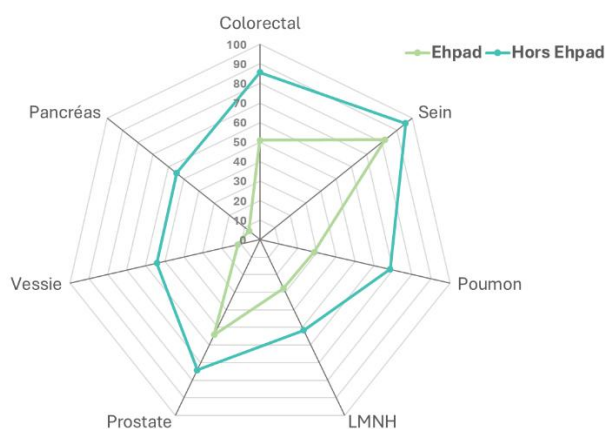
En comparaison, les patients résidant « Hors Ehpad » au moment du diagnostic avaient bénéficié d'un traitement actif dans 70,8% des cas, ce taux diminuait avec l'âge passant de 80,6% chez les 70-74 ans à 39,7% chez les personnes âgées de plus de 90 ans (cf. Figure 9). Lorsqu'un traitement est proposé c'est de la chirurgie dans 54,1% des cas, de la chimiothérapie dans 35,3% des cas et de la radiothérapie dans 26,9% des cas (cf. Figure 10).

Figure 10 : Type de traitement selon le type de domicile, 70 ans et +, 2010-2023, Hérault



L'écart entre la mise en place d'un traitement actif en Ehpad par rapport au domicile individuel était le plus marqué pour le pancréas (-47 points), la vessie (-42 points) et le poumon (-40 points). L'écart le plus faible est pour le cancer du sein (-13 points) (cf. Figure 11).

Figure 11 : Répartition du traitement « actif » selon les localisations et le lieu de domicile, 70 ans et +, 2010-2023, Hérault



Les résultats mettent en évidence, chez les personnes âgées de plus de 70 ans, un passage d'une prise en charge à visée curative (traitements « actifs » à visée curative et quantité de vie) à une prise à charge à visée de confort (absence de traitement « actif » et qualité de vie) dès lors que le patient est en institution.

La chimiothérapie subit la plus forte baisse. La toxicité hématologique, rénale et générale des agents cytotoxiques est difficilement tolérable pour un organisme fragile, et le bénéfice attendu en termes de survie globale est souvent faible et peu pertinent au niveau clinique au vue de la fragilité et de la perte d'autonomie.

Les différences observées pour les traitements des cancers du pancréas et du poumon s'expliquent par la lourdeur des prises en charges thérapeutiques (chirurgies majeures de type duodéno-pancréatectomie, chimiothérapies toxiques). Pour ces pathologies au pronostic sombre, l'abstention thérapeutique au profit de soins palliatifs exclusifs s'impose en Ehpad, après avis collégial.

À l'inverse, le faible écart constaté pour le **cancer du sein** s'explique par l'existence d'alternatives thérapeutiques peu invasives et remarquablement bien tolérées, au premier rang desquelles figurent l'**hormonothérapie** orale ou une chirurgie parfois minimaliste (tumorectomie sous anesthésie locale).



Analyse de survie

Nous présentons les estimations de survie observée à 1 an pour les patients de plus de 70 ans habitant dans l'Hérault et diagnostiqués d'un cancer invasif incident entre 2010 et 2021, avec une date de point au 30 juin 2024. La survie observée correspond à la proportion de patients qui sont vivants après la date de diagnostic de la maladie et ce, quelle que soit la cause de décès.

Sur cette période, chez les patients de plus de 70 ans, 39 763 cas de cancers invasifs ont été diagnostiqués dans l'Hérault. Le nombre de décès à 1 an était de 13 752 dont 722 résidant en Ehpad et 13 030 résidant « Hors Ehpad » au moment du diagnostic.

La survie observée à 1 an des personnes diagnostiquées d'un cancer entre 2010 et 2021 dans l'Hérault était statistiquement plus élevée chez les patients résidents « Hors Ehpad » (71%) que chez patients résidant en Ehpad au moment du diagnostic (44,7%). Ce résultat persiste après ajustement sur l'âge et le sexe avec un Hazard Ratio (HR) de 1.6 [1,5 ; 1,7] en Ehpad versus « Hors Ehpad ». Ce résultat ne tient pas compte de l'ajustement sur les co-morbidités. Mais il semble possible que cette différence soit liée à une fragilité et aux comorbidités plus importantes chez les patients résidant en Ehpad. Des études prenant en comptes les variables telles que les co-morbidités et indicateurs individuels de fragilité seront nécessaires à mettre en œuvre pour vérifier ce résultat.

Figure 12 : Survie observée selon le type de domicile, 70 ans et +, 2010 - 2021, Hérault

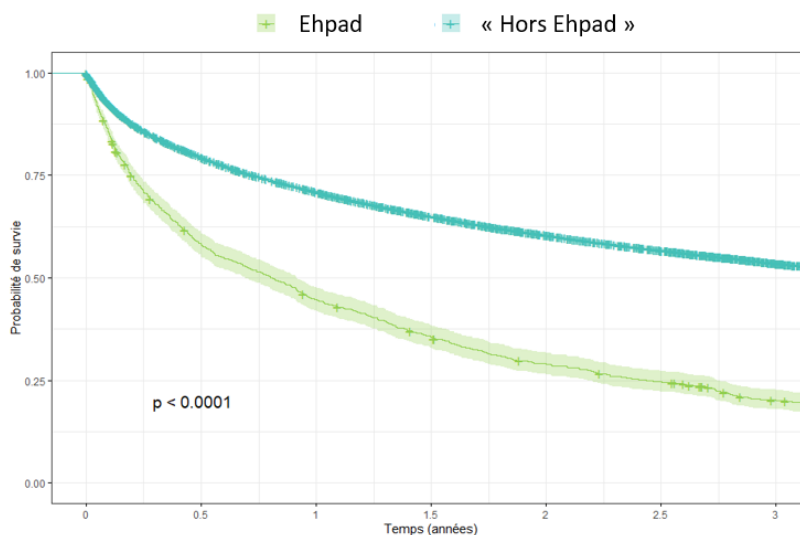


Tableau 3 : Survie observée selon le type de domicile, 70 ans et +, 2010 - 2021, Hérault

	Nb.	Survie observée (%) [IC95%]		
		6 mois	1 an	3 ans
Ehpad	1 163	58 [55.2 ; 60.9]	44.7 [41.9 ; 47.6]	20.2 [18 ; 22.7]
« Hors Ehpad »	38 600	79.5 [79.1 ; 79.9]	71 [70.6 ; 71.5]	53.6 [53.1 ; 54.1]
Total	39 763	78.9 [78.5 ; 79.3]	70.2 [69.8 ; 70.7]	52.6 [52.1 ; 53.1]



Conclusion

Cette étude en population à partir des données du registre des cancer de l'Hérault met en évidence :

- Le nombre de cancers diagnostiqués en Ehpad augmente au cours du temps, avec une diminution du nombre de cas à partir de 2020, probablement en lien avec la crise Covid-19 (absence de diagnostic avant le décès).
- Les cancers les plus fréquents en Ehpad sont les cancers colorectaux, du sein et du poumon.
- Les cancers diagnostiqués chez les résidents d'Ehpad étaient moins fréquemment confirmés histologiquement et plus souvent associés à un stade inconnu au diagnostic comparativement aux patients résidant hors Ehpad.
- La survie globale des résidents d'Ehpad était moins favorable que celle des patients vivant hors institution au moment du diagnostic sans ajustement sur les co-morbidités.

Ces résultats mettent en évidence les défis liés à la prise en charge du cancer chez les personnes âgées fragiles. Il est essentiel de poursuivre ce travail par des études spécifiques intégrant des mesures de la fragilité individuelle et des comorbidités afin de mieux connaître les prises en charge dans cette population.



Références

- [1] AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources) : définition | Mon Parcours Handicap, (n.d.). <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/aggir> (accessed July 2, 2026).
- [2] ER 1351 EHPA-MEL.pdf, (n.d.). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-11/ER%201351%20EHPA-MEL.pdf> (accessed April 7, 2026).
- [3] Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de l'Hérault (EHPAD), (n.d.). <https://www.herault-data.fr/explore/dataset/ehpad-herault/> (accessed April 7, 2026).
- [4] Joinpoint Regression Program, (n.d.). <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/index.html> (accessed June 26, 2025).
- [5] M. Bär, J.A.M. Bom, P.L.H. Bakx, C.M.P.M. Hertogh, B. Wouterse, Variation in Excess Mortality Across Nursing Homes in the Netherlands During the COVID-19 Pandemic, *J Am Med Dir Assoc* 25 (2024) 105116. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105116>.
- [6] S. Bessis, A. Schnitzler, H. Mascitti, C. Duran, A. Dinh, [Excess mortality in nursing homes during the first wave of the Covid-19 pandemic], *Soins Gerontol* 28 (2023) 28–30. <https://doi.org/10.1016/j.sger.2022.12.010>.

Les cancers en Ehpad dans Hérault, 70 ans et +, 2010 - 2023



48 125 nouveaux cas de cancer invasif chez les plus de 70 ans
dont **1 329 (2,8%)** résidaient en EHPAD

Tendance du nombre de nouveaux cas



Le nombre de cancer diagnostiqué en Ehpad augmente au cours du temps.

Diminution du nombre de cas à partir de 2020.

Confirmation histologique - stade au diagnostic



Les diagnostics sont moins souvent confirmés histologiquement en Ehpad (**74,5%**) comparé aux patients résident « hors Ehpad » (93,1%) au moment du diagnostic

Principales localisations en Ehpad



16,4% cancer colorectal



13,8% cancer du sein féminin



9,5% cancer du poumon



Les stades inconnus (**28,7%**) sont plus fréquents en Ehpad

Primo-traitement

Avec **41,5%** des cas, les traitements actifs sont moins souvent réalisés en Ehpad



20,6 % de chirurgie



6,8 % de radiothérapie



7,9 % de chimiothérapie

Survie Observée (2010 – 2021)

La survie globale des patients résidant en Ehpad est moins bonne que celles résidant « hors Ehpad »

Ehpad **44,7%**

« Hors Ehpad » **71%**

