PERSONNES ÂGÉES
ET CANCER

COLLECTION **COMPRENDRE ET AGIR**

FONDATION ARC POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER
Reconnue d'utilité publique

PERSONNES ÂGÉES ET CANCER

REMERCIEMENTS

Cette brochure a été réalisée avec le concours du Pr Olivier Saint-Jean, chef du service de gériatrie à l'Hôpital européen Georges Pompidou (Paris) et responsable de l'unité pilote en oncogériatrie de l'Ouest parisien.

QU'EST-CE QU'UN CANCER ?
4

ÂGE ET CANCER : QUELS LIENS ?
8

QUELLE PRÉVENTION ?
QUEL DÉPISTAGE ?
11

LE DIAGNOSTIC : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?
15

QUELLE PRISE EN CHARGE ?
18

UNE ORGANISATION
POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE
24

VIVRE AVEC LA MALADIE
28

LES CONTACTS
32

QU'EST-CE QU'UN CANCER ?

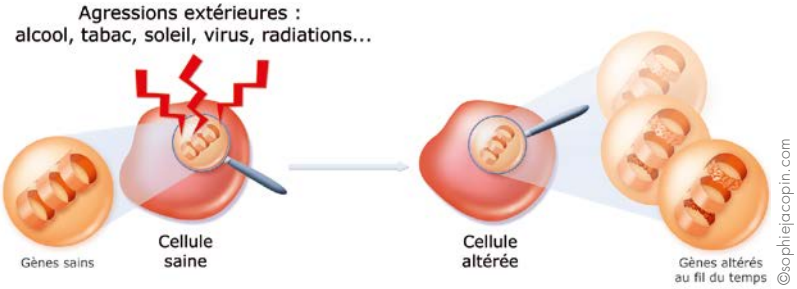
Première cause de mortalité en France, les cancers se développent à partir de cellules anormales qui se multiplient de manière incontrôlée au détriment de l'organisme. La mutation de certains gènes est à l'origine de leur apparition.

La division cellulaire

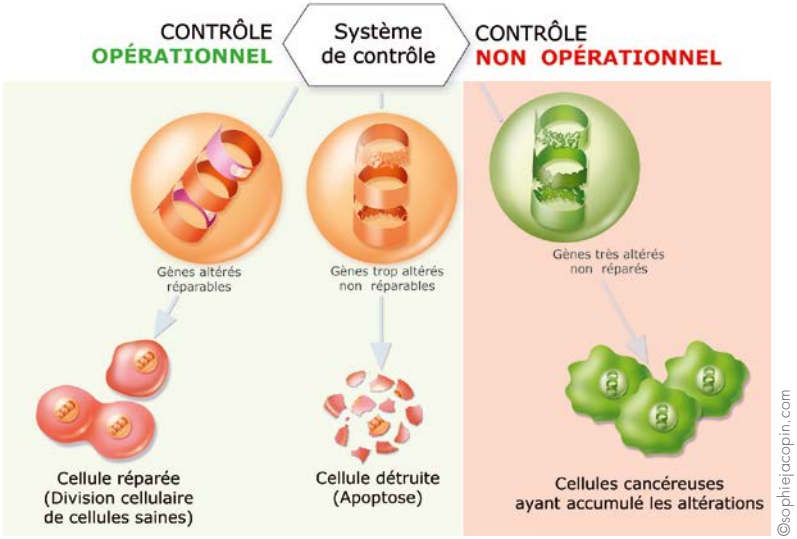
Chaque individu est constitué de près de 50 000 milliards de cellules organisées en tissus (tissu conjonctif, tissu épithélial, tissu nerveux, tissu musculaire) qui vont eux-mêmes former des organes (cœur, cerveau, poumon, peau…). Chaque jour, au sein de chaque organe, des milliers de cellules vont se multiplier (par division cellulaire) et d'autres vont mourir. Ce renouvellement constant permet d'assurer le bon fonctionnement de l'organisme. Il est contrôlé par des milliers de gènes qui agissent ensemble pour « ordonner » aux cellules de se multiplier ou de mourir en fonction de la situation.

Une orchestration précise qui se dérègle

Une agression extérieure (alcool, tabac, soleil, virus, radiations…) ou une prédisposition génétique peut être à l'origine d'altérations de l'ADN dont sont composés les gènes. Ces altérations vont parfois conduire à l'apparition de mutations. Heureusement, les cellules possèdent des systèmes de réparation qui permettent de repérer et de corriger ces anomalies.



Lorsque les mutations sont trop importantes pour être réparées, la cellule va s'autodétruire, par apoptose. Mais parfois, ces systèmes de sécurité fonctionnent mal ou ne fonctionnent plus : la cellule va alors continuer à se multiplier malgré la présence de mutations non réparées. Si ces dernières touchent des gènes impliqués dans la régulation de la prolifération cellulaire ou de l'apoptose, la cellule peut rapidement se multiplier de manière incontrôlable, conduisant à la formation d'une tumeur.



Toutefois, en règle générale, une cellule ne devient pas cancéreuse lorsqu'elle possède une ou deux anomalies génétiques acquises. C'est l'accumulation de nombreuses altérations au cours du temps qui la conduit à acquérir les propriétés d'une cellule cancéreuse. Cela explique en partie pourquoi la fréquence des cancers augmente avec l'âge et avec la durée d'exposition à des agents mutagènes.

Les caractéristiques d'une cellule cancéreuse

Les cellules susceptibles de conduire à la formation d'un cancer présentent plusieurs particularités :

- **elles sont immortelles :** en se multipliant activement sans jamais mourir, elles s'accumulent pour former une tumeur ;
- **elles n'assurent pas les fonctions des cellules normales dont elles dérivent :** une cellule de cancer du sein ne va pas assurer les fonctions d'une cellule mammaire normale ;
- **elles sont capables de détourner les ressources locales pour s'en nourrir :** les tumeurs développent souvent un réseau de vaisseaux sanguins qui leur permet d'être directement alimentées en oxygène, énergie et facteurs de croissance. Ce processus est nommé néoangiogenèse ;
- **elles sont capables d'empêcher les défenses immunitaires de l'organisme de les attaquer.**

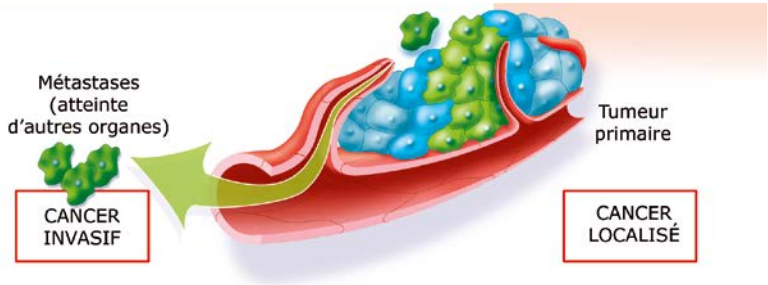
C'est l'accumulation de nombreuses altérations au cours du temps qui conduit la cellule saine à acquérir les propriétés d'une cellule cancéreuse.

L'évolution d'un cancer au sein de l'organisme

Au fur et à mesure du temps, les cellules cancéreuses continuent à accumuler des anomalies. Elles acquièrent ainsi de nouvelles propriétés qui vont leur permettre de se développer localement. Elles vont finir par envahir tous les tissus de l'organe dans lequel elles sont nées, puis par atteindre les tissus voisins : à ce stade, le cancer est dit « invasif ».
Par ailleurs, certaines cellules tumorales peuvent devenir mobiles, se détacher de la tumeur et migrer à travers les systèmes sanguin ou lymphatique pour former une tumeur secondaire ailleurs dans l'organisme. On parle de métastase.

POUR EN SAVOIR PLUS, CONSULTEZ LA FICHE « COMBATTRE LES MÉTASTASES »

Les décès par cancer sont surtout dus aux dommages causés par les métastases. C'est pourquoi il est important de diagnostiquer précocement la maladie, avant sa dissémination dans l'organisme.



@sophiejacopin.com

ÂGE ET CANCER : **QUELS LIENS ?**

Si le cancer peut survenir à tout âge, il touche majoritairement les personnes de plus de 60 ans. En effet, l'âge constitue le premier facteur de risque de la maladie. Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population française, la prise en charge de celles atteintes de cancer est devenue une problématique majeure pour les pouvoirs publics et les équipes soignantes.

Depuis plus de vingt ans, la population française vieillit : au 1er janvier 2016, l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) annonçait 66,6 millions d'habitants en France dont plus de 12,5 millions âgés de 65 ans et plus. Cette tendance s'explique par l'avancée en âge de la génération du baby-boom et par l'augmentation de l'espérance de vie globale. Cette progression constante de la population âgée devrait se poursuivre sur les prochaines décennies. Ainsi, les projections démographiques de l'Insee prévoient qu'en 2060, un Français sur trois aura plus de 60 ans.
Compte tenu du risque de perte d'autonomie et de survenue de maladies chroniques chez les seniors, les pouvoirs publics se mobilisent depuis plusieurs années autour des questions de santé relatives à cette population. Dans ce contexte, le cancer est une problématique à part entière.

L'âge : premier facteur de risque de cancer

Avec l'avancée en âge, les mutations génétiques s'accumulent au sein des cellules de l'organisme de façon aléatoire ou sous l'influence de facteurs de risque exogènes (comme les composants de la fumée de tabac, les rayonnements UV, etc.). Plus nous vieillissons et plus ces anomalies génétiques sont nombreuses

Proposer une **prise en charge spécifique à la personne âgée** atteinte d'un cancer est devenue une priorité.

et peuvent aboutir au développement d'un cancer. Même si les cancers surviennent chez des patients de tous âges, leur risque de survenue augmente avec le vieillissement, notamment après 65 ans. Les données nationales le montrent : parmi les 385 000 nouveaux cas de cancers diagnostiqués en France en 2015, 234 000 touchaient des personnes d'au moins 65 ans, soit près de 6 cancers sur 10, dont 122 000 après 75 ans et 42 000 au-delà de 85 ans[1]. Parallèlement, 75 % des décès par cancer relevés en France la même année concernaient des personnes de 65 ans et plus (soit près de 112 600 décès)[1]. Le cancer est ainsi la première cause de mortalité des sujets âgés, devant les maladies cardiovasculaires. Cette forte mortalité s'explique par plusieurs facteurs : la nature des tumeurs incriminées, différente de celles touchant les patients plus jeunes, mais aussi le moins bon état de santé des sujets âgés, le retard de diagnostic et les traitements qui ne sont pas toujours adaptés.

Adapter la prise en charge

Pendant longtemps, les traitements anticancer prescrits aux personnes âgées n'étaient pas nécessairement adaptés aux spécificités de cette classe d'âge : maladies chroniques associées, moindre capacité à tolérer les traitements, perte éventuelle d'autonomie… Depuis une quinzaine d'années, la situation a nettement évolué : la nécessité d'une prise en charge spécifique de la personne âgée atteinte de cancer a été reconnue et elle est devenue une préoccupation majeure des pouvoirs publics et des équipes soignantes. Ainsi, notamment à travers les Plans cancer successifs (voir encadré page suivante), des efforts ont été faits pour développer et structurer une nouvelle spécialité : l'oncogériatrie. Cette pratique favorise les passerelles entre les professionnels de santé concernés – oncologues, gériatres…– dans le but de mutualiser leurs compétences et de définir la meilleure prise en charge pour chaque personne âgée, selon son profil clinique,

1. INCa. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique. 2015

son état général et ses attentes. C'est ainsi que depuis maintenant plusieurs années, les sociétés savantes, les tutelles sanitaires et en particulier l'Institut national du cancer (INCa) accompagnent le développement de l'oncogériatrie ; elles mettent notamment à disposition des professionnels de santé des recommandations sur la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer.

PLANS CANCER : UN ÉLAN POUR L'ONCOGÉRIATRIE

Depuis 2003, des plans d'action sont définis et mis en œuvre pour organiser et améliorer la lutte contre le cancer en France. Le développement de l'oncogériatrie a été intégré à cette politique dès le premier Plan cancer (2003-2008) : à l'époque, 15 unités pilotes en oncogériatrie ont été créées dans le but d'intégrer la pluridisciplinarité dans toutes les activités de soins et de recherche.

Depuis, ces unités se sont structurées et développées partout en France ; appelées unités de coordinations et antennes en oncogériatrie (UCOG, AOG), elles sont implantées dans chaque région et permettent de diffuser les bonnes pratiques dans tous les établissements de santé habilités à soigner le cancer (voir Les contacts, page 32). Elles favorisent aussi le développement de la recherche clinique au bénéfice des patients âgés atteints d'un cancer.

Aujourd'hui, dans le cadre du 3e Plan cancer (2014-2019), de nouvelles ambitions sont fixées pour donner un nouvel élan à la discipline. Les principales actions sont :

- **améliorer la prise en charge des personnes âgées** atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population (action 2.16) ;
- **inclure une formation en gériatrie** dans le parcours des oncologues (action 2.17) ;
- **conduire une réflexion sur les conditions d'administration** des médicaments anticancéreux pour les patients âgés en EHPAD (action 2.18).

POUR EN SAVOIR PLUS, CONSULTEZ LE SITE WWW.E-CANCER.FR/PLAN-CANCER

QUELLE PRÉVENTION ? **QUEL DÉPISTAGE ?**

Quel que soit l'âge, il est essentiel d'être attentif aux moyens de prévenir le cancer et de le dépister le plus tôt possible.

Des mesures de prévention individuelles utiles à tout âge

Il existe des recommandations officielles en matière de prévention du cancer pour l'ensemble de la population, des plus jeunes aux plus âgés :

- **ne pas fumer.** Le tabagisme est responsable de 25 % des décès par cancers en France[2]. Il est donc recommandé de ne pas fumer et, pour les fumeurs, d'envisager l'arrêt du tabagisme : cette décision est toujours envisageable et bénéfique pour la santé, quel que soit l'âge, le niveau ou l'ancienneté de la consommation ;
- **limiter sa consommation d'alcool.** L'alcool est un cancérogène ; il serait responsable de 15 000 décès par cancer environ[3]. Le risque augmente avec la quantité consommée. Aussi, il est recommandé de limiter les occasions de boire tout en réduisant la quantité consommée ;
- **avoir une alimentation diversifiée et équilibrée.** La consommation excessive de certains aliments comme la viande rouge, la charcuterie ou le sel peut augmenter le risque de cancer. À l'inverse, les céréales, les fruits et les légumes sont connus pour apporter un effet protecteur. Les recommandations du Plan National Nutrition Santé permettent non seulement de prévenir le risque de cancer mais aussi celui des maladies métaboliques et cardiovasculaires ;

2. INPES. Baromètre cancer, Paris 2010.
3. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. European Journal of Public Health. 2013;1-6

- **éviter l'exposition au soleil.** Les rayonnements UV (UVA, UVB) sont cancérogènes pour l'Homme, que la source soit naturelle ou non. Il est recommandé d'éviter de s'exposer durant les heures les plus chaudes de la journée en été, de privilégier l'ombre et le port de vêtements couvrants, même légers, dès que possible et d'utiliser régulièrement des crèmes solaires haute protection contre les UVA et les UVB ;
- **avoir une activité physique adaptée et régulière.** Elle diminue le risque de plusieurs cancers et agit indirectement en contribuant à prévenir le surpoids (facteur de risque de cancer).

POUR EN SAVOIR PLUS, CONSULTEZ LA COLLECTION « SENSIBILISER ET PRÉVENIR »

Le dépistage des cancers avant et après 75 ans

Le dépistage permet de détecter un cancer à un stade précoce même s'il n'y a pas encore de symptômes déclarés. Il facilite le diagnostic des tumeurs de petites tailles et permet aussi de déceler des lésions précancéreuses (polypes intestinaux, hyperplasies du sein, du col de l'utérus…), avant qu'elles n'évoluent en cancer. Par une détection précoce, le dépistage permet d'augmenter les chances de guérir la maladie, voire de la prévenir. Aujourd'hui, plusieurs pathologies cancéreuses peuvent être dépistées par le biais d'un examen simple, réalisé à intervalles réguliers : la mammographie pour dépister le cancer du sein, la recherche de sang occulte dans les selles pour le cancer colorectal, le frottis vaginal pour le cancer du col de l'utérus, l'examen clinique de la bouche ou de la peau pour dépister respectivement un cancer de la bouche ou un cancer cutané. L'âge du premier dépistage et sa fréquence dépendent de l'historique personnel et familial du sujet dépisté ainsi que de la tranche d'âge à laquelle survient majoritairement la maladie. La personne âgée peut régulièrement bénéficier de cette surveillance :

• **en participant aux campagnes de dépistage organisé** du cancer du sein et du cancer colorectal, destinées aux personnes de 50 à 74 ans.

CANCER DE LA PROSTATE : UN DÉPISTAGE AU CAS PAR CAS

Il n'existe pas en France, ni dans aucun autre pays, de programme national de dépistage du cancer de la prostate s'adressant aux hommes de manière systématique ; le bénéfice du dépistage du cancer de la prostate n'est pas clairement démontré. Outre le fait que les deux examens (toucher rectal et dosage du PSA) ne présentent pas une fiabilité suffisante, un autre argument fait l'objet de discussions dans le cas des personnes âgées. En effet, même si la fréquence de cette maladie augmente avec l'âge, son évolution est très lente ; les symptômes ne surviennent en moyenne que 10 à 15 ans après l'apparition de la tumeur. Dépister une tumeur précoce de la prostate chez un homme âgé revient donc à envisager la prise en charge d'une maladie qui n'aura peut-être pas d'incidence sur l'espérance de vie de la personne. Ainsi, pour réduire les cas de surdiagnostic (diagnostic d'une tumeur qui ne se serait jamais manifestée du vivant de la personne) ou de surtraitement (traitement d'une tumeur sans impact sur le pronostic de la maladie), le dépistage chez une personne ne présentant pas de symptômes ne peut être proposé qu'au cas par cas. C'est une décision qui doit être réfléchie et discutée avec un médecin.

Dans un avenir proche, un même dispositif devrait être mis en place pour le cancer du col de l'utérus auprès des femmes de 25 à 65 ans. La tranche d'âge ciblée par ces programmes est déterminée à l'issue d'études scientifiques qui évaluent le bénéfice du dépistage en termes de santé publique ;

- **au-delà de ces limites d'âge,** les mêmes examens de dépistage peuvent être réalisés régulièrement au cas par cas, selon l'avis de l'équipe médicale. Il en est de même pour les autres cancers dépistables et qui ne bénéficient aujourd'hui pas de campagne organisée, comme le cancer de la peau et de la bouche. Dans ce cas, c'est le médecin traitant, un médecin spécialiste ou un chirurgien-dentiste, qui prescrit l'examen ou le réalise selon le profil du patient, ses facteurs de risque, ses antécédents personnels et familiaux et selon les recommandations des sociétés savantes.

Le médecin évalue toujours le bénéfice et le risque du dépistage avant de le proposer à son patient : une personne de plus de 70 ans en bon état général gagne à être dépistée car cette démarche permet de diagnostiquer un éventuel cancer à un stade précoce et de mettre en place un traitement anticancéreux le plus tôt possible. En revanche, une personne âgée ayant un état de santé dégradé par une ou plusieurs maladies ne se verra pas systématiquement proposer un tel dépistage : l'incapacité physique et psychologique à suivre certains traitements anticancéreux doivent être mises en balance avec la présence d'une tumeur dont la vitesse d'évolution n'infléchira pas significativement l'espérance de vie.

Le médecin évalue toujours
le bénéfice et le risque du dépistage
chez une personne âgée.

LE DIAGNOSTIC : **QUELLES SPÉCIFICITÉS ?**

Le diagnostic de cancer est souvent tardif chez la personne âgée : l'un des objectifs est d'inverser cette tendance et de recueillir des informations diagnostiques complètes et précises pour mettre en place une prise en charge adaptée.

Un suivi médical régulier

En vieillissant, certaines personnes développent de nouveaux symptômes qu'elles attribuent alors à leur vieillissement ou aux pathologies chroniques dont elles sont déjà atteintes, qu'il s'agisse d'une atteinte cardio-vasculaire ou ostéoarticulaire, d'une maladie respiratoire, ou de troubles de la mémoire ou de la cognition par exemple. Ainsi, elles hésitent ou ne pensent pas à consulter leur médecin et/ou à discuter avec lui de ces manifestations ; selon certaines études, environ 20 % des patients âgés attendraient près d'un an avant de consulter pour des signes cliniques clairement définis[4]. Derrière cet état de fait se cache la crainte du cancer mais aussi la mauvaise connaissance des progrès thérapeutiques réalisés dans le domaine. Il est donc essentiel que les personnes âgées, aidées si nécessaire par leurs proches, soient vigilantes quant à leur état de santé : de nouvelles manifestations telles qu'un amaigrissement, une fatigue persistante ou des troubles de la digestion peuvent constituer des signes d'alerte d'un cancer et nécessitent une consultation médicale.

On recommande ainsi aux personnes âgées de consulter leur médecin traitant *a minima* une fois par an afin de faire le point sur leur état de santé et d'identifier les maladies qui pourraient apparaître avec le temps.

4. Rapport de la commission d'orientation sur le cancer 2003.

Si le médecin traitant est le professionnel de santé adapté pour rappeler l'importance du suivi médical, la famille et les proches peuvent aussi jouer un rôle d'alerte.

Un diagnostic précis et adapté

Lorsque le médecin suspecte la présence d'une tumeur, une série d'examens cliniques, biologiques et/ou d'imagerie sont prescrits. Dans le cas où les résultats orientent vers un diagnostic de cancer, le médecin généraliste adresse son patient à une équipe médicale hospitalière. Celle-ci réalise une biopsie (prélèvement de quelques cellules pour analyse), un bilan d'extension et des examens complémentaires qui permettent d'évaluer l'avancée de la maladie et sa possible extension à proximité (ganglions lymphatiques) ou à distance (métastases).

Dès le diagnostic de cancer confirmé, **la démarche oncogériatrique doit être mise en place.**

Si le diagnostic de cancer est confirmé, la démarche oncogériatrique doit être mise en place le plus tôt possible : l'objectif est que le cancérologue et le gériatre mutualisent leurs compétences pour proposer au patient la meilleure prise en charge. Ainsi, une évaluation gériatrique vient compléter les informations fournies par les examens de diagnostic. Réalisée par un membre de l'équipe mobile de gériatrie de l'hôpital (voir « Une organisation pour une prise en charge optimale », page 24), elle permet d'identifier et de hiérarchiser les problèmes de santé annexes. Les médecins listent ainsi les autres pathologies qui viennent s'ajouter au cancer (insuffisance rénale, diabète, maladie cardiovasculaire, dénutrition…), dressent un bilan des capacités cognitives et évaluent l'autonomie de la personne et de son environnement social. L'ensemble de ces informations permettent de guider la prise en charge ultérieure.

Il existe aujourd'hui un questionnaire - baptisé Oncodage - pour évaluer, de façon fiable et rapide, si le patient risque de mal tolérer des traitements anticancéreux et s'il doit donc bénéficier d'une évaluation gériatrique. D'autres outils font aujourd'hui l'objet de recherche et de développement dans certains services hospitaliers. Leur objectif est de déterminer les paramètres cliniques ou biologiques propres au patient âgé qui permettraient de mieux appréhender l'efficacité et la tolérance d'un protocole de soins. Une fois testés et validés, ces tests aideront les équipes soignantes à optimiser la prise en charge de leurs patients.

QUAND LE CANCER EST **D'ORIGINE PROFESSIONNELLE**

Les cancers d'origine professionnelle représenteraient 4 à 8,5 % des cas, soit 11 000 à 23 000 nouveaux cancers chaque année. Ils concerneraient pour la plupart des hommes et le statut d'ouvrier.

Les produits les plus fréquemment incriminés sont l'amiante, le benzène, les rayonnements ionisants et les poussières de bois. Ainsi, les salariés du secteur de la construction, de l'automobile, de la métallurgie et du bois peuvent présenter un risque accru de développer un cancer du poumon, de la vessie, un cancer ORL, un mésothéliome ou une leucémie.

Dans la majorité des cas, les premiers symptômes d'un cancer d'origine professionnelle se manifestent plusieurs dizaines d'années après l'exposition à une substance cancérigène et le diagnostic est souvent posé alors que le travailleur est à la retraite. Le lien de cause à effet entre l'exposition professionnelle et la maladie n'est alors pas toujours évident, notamment pour le médecin qui a posé le diagnostic.

Il est donc vivement recommandé aux personnes ayant été exposées à des produits cancérigènes au cours de leur parcours professionnel d'en informer leur médecin pour que celui-ci mette en place le plus tôt possible un suivi spécifique.

POUR EN SAVOIR PLUS, CONSULTEZ LA BROCHURE « LES CANCERS PROFESSIONNELS »

QUELLE PRISE EN CHARGE ?

L'oncogériatrie permet à une personne âgée atteinte de cancer de bénéficier d'une prise en charge qui lui est spécifique : elle met en œuvre les traitements préconisés habituellement pour traiter sa maladie tout en les adaptant à son état de fragilité et sa santé.

L'oncogériatrie rassemble spécialistes du cancer et spécialistes des personnes âgées autour du patient. Elle répond à l'importance, la diversité et la complexité des enjeux qui gravitent autour de leur prise en charge, tant du point de vue éthique que du point de vue social et économique.

Une décision pluridisciplinaire

L'oncologue et le gériatre élaborent de façon concertée une prise en charge adaptée à la tumeur - sa localisation, son extension éventuelle à d'autres organes -, à l'état de santé général du patient estimé à partir de l'évaluation gériatrique et à l'environnement social (lieu de vie, situation familiale…). Elle comporte différentes options thérapeutiques possibles : chirurgie, chimiothérapie et/ou radiothérapie. Elle peut aussi faire appel aux compétences d'autres professionnels selon les besoins : psychologues, assistantes sociales, diététiciens, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes…

L'objectif reste dans la mesure du possible de guérir la maladie. Cependant, ces différentes approches thérapeutiques peuvent être longues, lourdes et difficiles à tolérer. Le maintien de la qualité de vie intégrant pleinement les objectifs des médecins, il est parfois préférable de proposer un traitement moins lourd, voire un accompagnement palliatif, dans le but de soulager le

C'est en travaillant ensemble que l'oncologue et le gériatre peuvent mettre en place la prise en charge la plus adaptée au patient et à sa tumeur.

patient plutôt que de le traiter coûte que coûte, au prix d'effets secondaires qui peuvent être difficiles à supporter. La prise en charge sera *in fine* déterminée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui regroupe les différents professionnels de santé et discutée avec le patient.

Les options thérapeutiques

•

LA CHIRURGIE

La chirurgie permet de retirer la tumeur cancéreuse. Aujourd'hui, elle est de moins en moins invasive, ce qui limite le caractère traumatisant de l'opération pour l'organisme. Dans la mesure du possible, le chirurgien essaye de conserver au maximum l'organe concerné sans laisser de cellules cancéreuses . L'intervention peut avoir lieu en première intention ou bien n'être décidée qu'après une première phase de traitement par chimiothérapie ou radiothérapie. Pour certains cancers, elle constitue encore aujourd'hui le seul traitement envisageable.

L'âge n'est pas un facteur limitant en lui-même et la chirurgie peut être proposée à tout âge. Ainsi, des personnes de plus de 90 ans sont régulièrement opérées par des cancérologues.
C'est avant tout l'état de santé général du patient et sa capacité à subir une anesthésie générale (lorsqu'elle est nécessaire) qui détermine si l'on peut ou non pratiquer une chirurgie : en effet, certaines maladies comme l'insuffisance respiratoire ou cardiaque peuvent par exemple compliquer l'opération. Les conséquences postopératoires sont également importantes à considérer : certains effets secondaires transitoires, comme l'incontinence en cas de chirurgie de la prostate ou le risque de thrombose lors d'un alitement postopératoire prolongé, peuvent écarter l'option

chirurgicale au-delà d'un certain âge. Afin de réduire ces risques postopératoires et si l'intervention n'est pas urgente, il peut également être envisagé de proposer au patient un programme préopératoire comportant une prise en charge physique, nutritionnel et psychologique. Enfin, il peut aussi être décidé d'effectuer des opérations moins lourdes ou d'utiliser des méthodes ne nécessitant pas une anesthésie générale. Ces décisions sont prises au cas par cas, selon le type de cancer et l'état général du patient.
Enfin, la surveillance postopératoire demande une plus grande vigilance : le risque d'effets secondaires, comme la thrombose (formation d'un caillot de sang) ou la survenue d'escarres, augmente avec l'âge du patient.

LA CHIMIOTHÉRAPIE

La chimiothérapie consiste à administrer un ou plusieurs médicaments toxiques pour les cellules cancéreuses, par voie générale (par voie sanguine ou par voie orale). De par son principe d'action, la chimiothérapie peut aussi être nocive pour les cellules saines de l'organisme et entraîner ainsi des effets secondaires plus ou moins lourds : chute de cheveux, troubles digestifs, anémie…
Ces effets concernent tous les sujets, quel que soit leur âge, mais ils varient d'un patient à l'autre et d'une molécule à l'autre. Il est important que le patient et/ou son entourage en parle avec l'équipe soignante pour que celle-ci puisse les soulager, voire les prévenir par des traitements spécifiques.
La fragilité de certaines personnes âgées peut accentuer les effets nocifs des médicaments. De plus, certaines molécules de chimiothérapie sont contre-indiquées en présence d'autres pathologies : insuffisance rénale, maladie cardiaque, neuropathie… Dans ce cas, les médecins adaptent les doses et/ou le rythme d'administration, ou choisissent un autre médicament.

© Amélie Benoist / BSIP

Qu'il s'agisse de chirurgie, de chimiothérapie et/ou de radiothérapie, le protocole thérapeutique est élaboré en fonction de l'état de santé général du patient.

LA RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie repose sur l'utilisation d'un appareil qui délivre des rayons de haute énergie au niveau de la tumeur afin de tuer les cellules cancéreuses. Les médecins peuvent également parler de rayons ou de séances de rayons. Ces rayonnements peuvent être émis par une source externe (appareil de radiothérapie) ou une source interne introduite directement dans la tumeur (curiethérapie). Ils sont mis en œuvre dans un service spécialisé de radiothérapie.

Pour les malades les plus âgés, la radiothérapie peut être difficile à mettre en œuvre pour des questions organisationnelles et médicales : en effet, un protocole complet de radiothérapie externe nécessite que le patient se rende régulièrement dans l'établissement de santé pour suivre des séances quotidiennes (hormis le week-end), plusieurs semaines d'affilée.

Par ailleurs, bien que les techniques de radiothérapie tendent à être de plus en plus ciblées contre la tumeur, elles n'épargnent pas les cellules saines voisines et peuvent entraîner des effets secondaires. Selon les organes atteints, il peut s'agir par exemple d'érythèmes (rougeur) de la peau, de mucites ou d'alopécie (perte de cheveux). Chez les personnes âgées, la peau, les poumons et les glandes salivaires sont parmi les organes les plus sensibles et les plus vulnérables lors d'un traitement par radiothérapie. Le calendrier de traitements peut donc être adapté au malade et à son état général.

Aujourd'hui, il est possible de proposer un nombre réduit de séances de radiothérapie (hypofractionnement) pour limiter les effets secondaires sans altérer l'efficacité du traitement. D'importants progrès technologiques ont aussi permis de développer de nouvelles techniques dont l'impact sur les tissus sains est moindre : la tomothérapie, ou radiothérapie guidée par l'image, la radiothérapie stéréotaxique (qui permet de cibler les tumeurs de très petits volumes), la protonthérapie (qui utilise des protons, moins nocifs que les habituels photons)… Ces nouveaux appareillages permettent ainsi de rendre l'option thérapeutique de plus en plus accessible aux personnes âgées.

Les « directives anticipées » sont un document auquel se réfère l'équipe médicale **dans le cas où le patient n'est plus en mesure de prendre des décisions le concernant.**

COMMENT ET JUSQU'OÙ TRAITER ?

Comme tout autre malade atteint du cancer, la personne âgée doit être placée au cœur de sa prise en charge et doit être considérée comme un acteur incontournable de la lutte contre la maladie. Pour cela, une attention particulière doit être portée aux informations transmises par l'équipe médicale ; celles-ci sont indispensables pour une pleine implication du patient. Malheureusement, la dépendance ou le déclin cognitif ne permettent pas toujours à certains patients âgés de les comprendre, ni de prendre des décisions les concernant. Les médecins se tournent alors vers la personne de confiance (désignée en amont par le patient), la famille ou l'entourage proche. L'équipe médicale peut aussi se référer aux « directives anticipées ». Ce document, rédigé de manière « libre et éclairée » par le patient, lui permet d'indiquer ses volontés dans le cas où il ne serait plus en capacité de l'exprimer. Rédigées sur papier libre, ces directives sont valables dans les trois ans suivant leur rédaction. Le patient, ou ses proches en cas d'incapacité du patient, les transmet aux médecins qui doivent les respecter sauf si elles s'avèrent médicalement inappropriées.
Les directives anticipées sont précieuses, notamment lorsque la question de l'arrêt des traitements anticancéreux se pose. En fonction de l'évolution de la maladie et de l'état général du patient, l'équipe médicale peut en effet proposer de changer de perspective : ne plus lutter contre le cancer mais offrir le meilleur confort de vie possible au patient en lui apportant les soins les plus adaptés. Cette démarche, dite palliative, peut être mise en place à l'hôpital mais aussi à domicile. Elle peut durer de quelques semaines à plusieurs mois et permet de rendre la fin de vie du patient la plus douce et digne possible. Ce type de décision est donc prise en accord avec le patient ou la personne de confiance ou en cohérence avec les directives anticipées.

UNE ORGANISATION **POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE**

En œuvrant sur l'ensemble du territoire français, les équipes mobiles en gériatrie (EMG) et les unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) contribuent à une prise en charge optimale des personnes âgées atteintes d'un cancer et au développement de la recherche clinique.

Les équipes mobiles de gériatrie (EMG)

DE QUI S'AGIT-IL ?

Les équipes mobiles de gériatrie interviennent de manière transversale au sein des établissements de santé. Généralement composées d'un médecin gériatre, d'une infirmière d'évaluation, d'une assistante sociale, d'une secrétaire, voire d'un ergothérapeute, d'un psychologue, d'un psychomotricien, d'un diététicien ou d'un thérapeute familial, elles se déplacent à la demande des services hospitaliers qui accueillent des patients âgés (services de médecine, de chirurgie, urgences…). Elles aident les services à évaluer la situation gériatrique du patient et dispensent un avis et des recommandations qui aident à la mise au point et à l'ajustement de la prise en charge du patient. Ces équipes mobiles ont aussi un rôle de formation des équipes soignantes aux spécificités de la gériatrie.

Les équipes mobiles de gériatrie entretiennent également des liens avec les structures extra-hospitalières pour préparer et sécuriser le retour à domicile des patients : les médecins de ville, les infirmiers et aides-soignants des soins infirmiers à domicile (SIAD) et les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) gérontologiques. Dans certains

Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) se déplacent à la demande des services hôspitaliers.

cas, ces équipes se déplacent auprès des patients, notamment lorsqu'ils résident en maison de retraite.
Pour coordonner les soins à domicile, il existe également les réseaux ville-hôpital de gériatrie. Ils couvrent une partie du territoire français et interviennent auprès des patients en collaboration avec les réseaux de soins palliatifs et d'oncologie.

LEUR RÔLE AUPRÈS DES PATIENTS ÂGÉS ATTEINTS DE CANCER

Dans le domaine de l'oncogériatrie, les équipes mobiles de gériatrie peuvent être sollicitées pour réaliser une consultation préthérapeutique à l'issue du diagnostic. Le gériatre et l'oncologue réalisent une consultation médicale en tandem afin de déterminer si l'état général du sujet âgé nécessite ou non une prise en charge gériatrique.
In fine, les équipes mobiles permettent d'apporter une approche globale du patient dès son admission et lui évitent le classique « parcours du combattant ». Aujourd'hui, de telles équipes existent dans tous les hôpitaux.

Les unités de coordination en oncogériatrie (UCOG)

•

Les UCOG réunissent des services de gériatrie et de cancérologie. Elles visent à mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres. Elles ont aussi pour mission de promouvoir cette prise en charge au niveau régional et de contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie.
Enfin, elles dispensent une formation et une information en oncogériatrie pour les professionnels de santé du territoire.
Les UCOG ont été labellisées au terme d'un appel d'offres de l'Institut national du cancer (INCa) en 2006, portant sur leur projet de soins,

d'enseignement et de recherche. Ils disposent de moyens humains et matériels dédiés à ces missions. Depuis, leur maillage s'est densifié : il existe aujourd'hui 19 UCOG sur le territoire français, ainsi que cinq UCOG interrégionales (ou UCOGIR). Elles sont complétées par quatre antennes d'oncogériatrie (AOG) pour les régions dénuées d'UCOG, qui assurent les missions de ces dernières en matière de soins uniquement. Ce modèle est unique au monde et positionne la France comme un pays à la pointe dans le domaine de l'oncogériatrie (voir « Les contacts », page 32).

De la nécessité d'une recherche clinique plus active

Pendant longtemps, les traitements proposés aux personnes âgées atteintes d'un cancer n'étaient pas toujours correctement adaptés : le plus souvent, ils étaient prescrits en fonction de leur âge - et non leur état de santé général. Et parce qu'ils craignaient les effets secondaires et leurs conséquences sur la qualité de vie, les médecins tendaient à réduire l'intensité des traitements standards (posologie, durée, fréquence…).

De nombreux essais cliniques ont pour objectif d'améliorer le rapport bénéfice-risque des traitements anticancer pour le patient âgé.

Les professionnels de santé ont progressivement soulevé la nécessité d'adapter les options thérapeutiques. Ainsi, de nombreux essais cliniques ont été mis en place pour améliorer les protocoles existants - qu'il s'agisse de chirurgie, de radiothérapie ou de chimiothérapie - et améliorer le rapport bénéfice-risque pour le patient âgé.

En France, l'essor des essais cliniques a été soutenu dès 2003 à travers le premier Plan cancer. Le Plan 2014-2019 a ainsi inscrit l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées à travers le renforcement de la recherche clinique dédiée parmi ses actions prioritaires (action 2.16). De ce fait, la France est un pays en pointe dans le domaine

© Garo / Phanie

Au sein des unités de coordination en oncogériatrie (UCOG), oncologues et gériatres travaillent ensemble pour adapter les traitements.

de l'oncogériatrie. Le groupe de recherche en oncogériatrie GERICO s'est constitué en 2002, sous l'impulsion de la Fédération des centres de lutte contre le cancer (Unicancer). Il vise à développer des projets d'études consacrées à la question du traitement le plus adapté pour les personnes âgées en situation vulnérable ou à leur accès aux molécules et aux tests diagnostiques innovants. Le groupe travaille en collaboration avec la Société francophone d'oncogériatrie (SoFOG) créée en 2011, qui réunit les travaux de recherche conduits par les UCOG.

Enfin, le soutien à la recherche clinique en oncogériatrie passe également par les Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC), lancés chaque année par le ministère de la Santé.

VIVRE
AVEC LA MALADIE

L'impact de la maladie chez une personne âgée peut être important, que ce soit au niveau de sa santé mais aussi de sa situation sociale. L'accompagnement et les soins de support mis en œuvre peuvent limiter de telles conséquences.

Ne pas rester seul

Après le choc lié à l'annonce de la maladie, il est important pour le patient de s'impliquer progressivement dans sa prise en charge. Ne pas perdre pied et éviter les baisses de moral contribuent en effet à l'efficacité des traitements. Dans cet objectif, le soutien des proches est important, ainsi que celui du personnel soignant qui peut entendre les inquiétudes et répondre aux interrogations exprimées.

Plusieurs dispositifs extérieurs à la famille et à l'équipe soignante peuvent également aider le patient à accepter la maladie et à y faire face : il peut, par exemple, échanger avec un psychologue ou un psycho-oncologue. Il est généralement possible de les rencontrer au sein même des services d'oncologie. Dans le cas contraire, il ne faut pas hésiter à demander conseil à l'équipe médicale. Parallèlement, le recours aux associations de patients peut être précieux. Ces structures proposent souvent des permanences téléphoniques ou des groupes de paroles qui permettent aux patients ou aux proches de dialoguer avec des personnes touchées directement ou indirectement par le cancer.

Les soins de support sont indispensables pour assurer **une qualité de vie optimale pendant et après les traitements.**

Les soins de support

L'équipe médicale reste très vigilante à ce que le patient âgé **ne soit pas en état de dénutrition.**

Comme pour tous les malades du cancer, les soins de support sont indispensables chez le patient âgé. Il s'agit de soins médicamenteux ou non, pris en complément des traitements anticancéreux, dont l'objectif est d'assurer une meilleure qualité de vie pendant et après la prise en charge. L'équipe médicale est là pour évaluer, avec la personne âgée, les soins de support les plus pertinents à mettre en place. Les objectifs attendus peuvent être nombreux :

- **soulager les effets secondaires des traitements.** Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables vis-à-vis de certaines toxicités au niveau du sang (anémie, neutropénie), du cœur (cardiomyopathie), du système digestif (mucite) et nerveux (neuropathies). Les infections bactériennes sont aussi plus fréquentes. Des traitements spécifiques peuvent être prescrits pour les prévenir ou les corriger. Parallèlement, la douleur ressentie par le patient est régulièrement évaluée par l'équipe médicale. Elle est soulagée par des antalgiques dont la puissance d'action est adaptée à l'intensité de la douleur. Dans certains cancers, la kinésithérapie peut remplacer ou compléter le traitement antalgique.
- **prévenir la dénutrition.** La dénutrition correspond à un état dans lequel les apports nutritionnels et énergétiques sont insuffisants par rapport aux besoins de l'organisme. Elle peut s'expliquer par une diminution des apports mais aussi par une augmentation des besoins. La personne âgée atteinte de cancer est particulièrement à risque de dénutrition : en effet, la maladie tumorale provoque par elle-même une augmentation des besoins tandis que l'appétit, souvent réduit en vieillissant, peut être encore limité par les traitements anticancéreux. Durant la maladie, les difficultés du patient à s'alimenter et la perte de poids sont donc des paramètres suivis de près par l'équipe médicale. Si la supplémentation (en protéines notamment) par voie orale n'est pas possible ou difficile, la voie entérale est envisagée (alimentation par sonde nasogastrique). La voie parentérale (intraveineuse) est

réservée aux patients qui ne peuvent plus être alimentés ni par voie orale, ni par voie entérale. Depuis le début des années 2000, des comités appelés « Comités de Liaison Alimentation Nutrition » (CLAN) ont été mis en place au sein des établissements de santé. En réunissant des nutritionnistes et diététiciens autour d'autres professionnels impliqués dans l'organisation médicale ou pas de l'hôpital, ces comités ont pour mission de proposer des formations aux équipes soignantes ainsi que des améliorations dans la prise en charge nutritionnelle des patients.

- **surveiller le risque de dépression.** La détresse psychologique est fréquente chez toutes les personnes auxquelles le diagnostic de cancer est annoncé. Les conséquences psychologiques qui en découlent peuvent atteindre la qualité de vie du malade jusqu'à réduire les chances de guérison.

Ils existe des **modalités de prise en charge différentes** de l'hospitalisation classique.

Les malades traités pour un cancer doivent souvent faire face à l'anxiété, voire à la dépression. Cette dernière est plus particulièrement fréquente chez la personne âgée mais plus difficile à diagnostiquer car les manifestations peuvent être différentes de chez le jeune adulte (agressivité plutôt que repli sur soi). Il existe des consultations spécialisées dans le suivi psychologique des malades du cancer qui peuvent aussi s'adresser à leur entourage.

Le lieu de la prise en charge

Il n'est pas inhabituel que certaines personnes âgées soient seules et peu entourées. Les hospitalisations qui vont de pair avec l'arrêt des activités quotidiennes peuvent intensifier cet isolement. Elles constituent également un facteur de stress important et peuvent provoquer une perte d'autonomie irréversible. L'objectif est donc d'éviter ces situations. Pour cela, l'équipe médicale dispose de modalités de prise en charge différentes de l'hospitalisation classique, comme l'hospitalisation de jour, durant laquelle le patient vient à l'hôpital sur la journée pour recevoir ses soins et rentre chez lui chaque soir, ou le court séjour hospitalier, qui permet de réduire le temps d'hospitalisation au strict minimum.

Dans de nombreux cas, le maintien à domicile peut même être privilégié grâce à l'intervention d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD). Cette alternative intéressante consiste à délivrer des soins habituellement prodigués à l'hôpital au sein même du domicile. Cela permet au malade de ne pas être perturbé dans ses habitudes de vie. Ce type de prise en charge est indiqué pour des soins médicaux et paramédicaux lourds, complexes, continus et coordonnés.
Il est initié sur prescription du médecin hospitalier et fait intervenir des professionnels habilités qui appartiennent ou sont missionnés par un service HAD. La prise en charge est assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, selon les besoins du patient. L'infirmière coordinatrice du service articule la prise en charge et le suivi du patient selon les besoins et les professionnels de santé impliqués. Elle assure la liaison entre les acteurs des soins dispensés à l'hôpital et ceux dispensés en ville. Le médecin traitant reste impliqué dans ce processus de soins et assure un suivi médical régulier tout au long de la prise en charge à domicile. Lorsque les soins deviennent moins complexes, un service de soins infirmiers à domicile peut prendre le relais.

Ces différentes alternatives sont envisagées par l'équipe médicale et discutées avec le patient et/ou ses proches. Les décisions sont prises en fonction de plusieurs paramètres, notamment son autonomie, l'éloignement de son lieu de vie par rapport à la structure de soins et la disponibilité d'aidants familiaux.
Si une hospitalisation classique est inévitable, il est important de discuter avec le patient et son entourage des conditions du retour à domicile. Il peut en effet être nécessaire d'envisager des modifications de l'habitat mais aussi de l'organisation du quotidien.
Dans ce cadre, les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination gérontologique), répartis partout en France, peuvent apporter l'accompagnement et les informations nécessaires (aides sociales et financières, services à la personne…) aux personnes âgées et à leur entourage afin d'assurer les meilleurs conditions de vie possible à domicile.

LES **CONTACTS**

L'Institut national du cancer (INCa)
propose un service d'information et d'écoute au 0 805 123 124
(service et appel gratuits du lundi au vendredi, de 9h à 19h et le samedi de 9h à 14h)
et un site Internet d'information sur les différents cancers :
www.e-cancer.fr

ARCAGY
propose sur son site Internet un dossier d'information sur les différents cancers.
www.infocancer.org

Liste et contacts des 15 structures d'oncogériatrie de France :

Alsace
Programme régional de formation et de recherche en oncogériatrie (CHU de Strasbourg et CLCC Paul Strauss)
Centre Paul Strauss
3 rue de la Porte de l'Hôpital BP 42
67065 STRASBOURG cedex
Tél. : 03 88 25 24 24

Aquitaine
Programme d'actions pour le développement de l'oncogériatrie en aquitaine (PRADO) (CHU de Bordeaux et CLCC Institut Bergonié)
Hôpital Xavier Arnozan,
Avenue du Haut-Lévêque
33604 PESSAC cedex
Tél. : 05 57 65 65 53

Auvergne
Programme d'évaluation oncogériatrique (CHU de Clermont-Ferrand et CLCC Jean Perrin)
Centre Jean Perrin
58 rue Montalembert BP 392
63011 CLERMONT-FERRAND cedex 01
Tél. : 04 73 27 80 80

Bourgogne
Programme d'unité pilote de coordination en oncogériatrie (CHU de Dijon et au CLCC François-Georges Leclerc)
Centre François-Georges Leclerc
1 rue du Pr Marion
21000 DIJON
Tél. : 03 80 73 75 00

Haute-Normandie
Programme d'unité pilote de stratégie thérapeutique, de formation et de coordination oncogériatrique au sein du pôle régional de cancérologie (CHU de Rouen et CLCC Henri Becquerel)
Centre Henri Becquerel,
Rue d'Amiens
76038 ROUEN cedex 1
Tél. : 02 32 08 22 22

Ile-de-France

Programme pilote en onco-hématogériatrique (CHU Charles Foix et de la Pitié Salpétrière)
Groupe hospitalier Charles-Foix et Jean-Rostand,
7 avenue de la république
94205 IVRY-SUR-SEINE cedex
Tél. : 01 49 59 40 00

Programme oncogériatrique de l'ouest parisien (POGOP) (CHU HE Georges Pompidou et CLCC Institut Curie)
Hôpital Européen Georges Pompidou
20 rue Leblanc
75015 PARIS
Tél. : 01 56 09 27 09

Programme d'unité pilote de coordination en oncogériatrie (CHU Henri Mondor)
Hôpital Henri-Mondor,
51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
94000 CRÉTEIL
Tél. : 01 49 81 21 11

Limousin

Programme d'évaluation oncogériatrique (CEOG)
Hôpital Chastaingt
2 rue Henri de Bournazel
87000 LIMOGES
Tél. : 05.55.05.69.82

Midi-Pyrénées

Programme d'unité pilote de coordination en oncogériatrie (CHU de Toulouse et CLCC Claudius Regaud)
Institut Claudius Regaud
20-24 rue du Pont Saint-Pierre
31052 TOULOUSE cedex
Tél. : 05 61 42 42 42

Nord-Pas-de-Calais

Programme d'unité pilote de coordination en oncogériatrie (CHRU de Lille et CLCC Oscar Lambret)
Centre Oscar Lambret
3 rue Frédéric Combemale
59020 LILLE cedex
Tél. : 03 20 29 59 59

Pays de la Loire

Programme d'unité pilote de coordination en oncogériatrie (CHU de Angers et de Nantes, CH de La-Roche-sur-Yon et les CLCC Paul Papin et René Gauducheau)
Hôpital Saint-Jacques
Plateau des Écoles, 5e étage
50 route de Saint Sébastien
44093 NANTES cedex 1
Tél. : 02 40 84 75 95

Picardie

Programme de coordination oncogériatrique (CH de Senlis)
Centre hospitalier de Senlis
14 avenue Paul Rougé
60300 SENLIS
Tél. : 03 44 21 73 01

Provence-Alpes-Côte-D'azur

Programme de coordination oncogériatrique : Massilia senior programme
Institut Paoli Calmette
232 bvd de Sainte Marguerite BP 156
13273 MARSEILLE cedex 9
Tél. : 04 91 22 33 33

Rhône-Alpes

Programme lyonnais d'oncogériatrie (CHU de Lyon et CLCC Léon Bérard)
Centre Léon Bérard
28 rue Laennec
69373 LYON cedex 08
Tél. : 04 78 78 28 28

VAINCRE LE CANCER GRÂCE À LA RECHERCHE

©Noak Le Bar Floréal/Fondation ARC

DON en CONFIANCE comitecharte.org

POUR AGIR AUX CÔTÉS DE LA FONDATION ARC

- FAITES UN DON PAR CHÈQUE OU SUR NOTRE SITE SÉCURISÉ : www.fondation-arc.org
- ORGANISEZ UNE COLLECTE
- POUR TOUTE AUTRE INITIATIVE, CONTACTEZ-NOUS AU : 01 45 59 59 09 OU donateurs@fondation-arc.org
- INFORMEZ-VOUS SUR LES LEGS, DONATIONS ET ASSURANCES-VIE AU : 01 45 59 59 62

DES PUBLICATIONS **POUR VOUS INFORMER**

DISPONIBLES GRATUITEMENT

Sur le site de la Fondation ARC :
www.fondation-arc.org

Par téléphone :
01 45 59 58 99

Par mail :
publications@fondation-arc.org

Par courrier à l'adresse suivante :
Fondation ARC pour la recherche sur le cancer
9 rue Guy Môquet – BP 90003
94803 VILLEJUIF cedex

LES BROCHURES

- Cancer et hérédité
- Le cancer
- Le cancer colorectal
- Les cancers de la peau
- Les cancers de la prostate
- Les cancers de la thyroïde
- Les cancers de la vessie
- Les cancers de l'endomètre
- Les cancers de l'estomac
- Les cancers de l'ovaire
- Les cancers du cerveau
- Les cancers du col de l'utérus
- Les cancers du foie
- Les cancers du pancréas
- Les cancers du poumon
- Les cancers du rein
- Les cancers du sein
- Les cancers du testicule
- Les cancers professionnels
- Les leucémies de l'adulte
- Les leucémies de l'enfant
- Les lymphomes hodgkiniens
- Les lymphomes non hodgkiniens
- Les sarcomes des tissus mous et des viscères
- Les sarcomes osseux
- Les soins palliatifs
- Personnes agées et cancer
- Tabac et cancer

COLLECTION **COMPRENDRE ET AGIR**

LES FICHES

- Avoir un enfant après un cancer
- Combattre les métastases
- Participer à un essai clinique en oncologie
- Soigner un cancer par hormonothérapie
- Soigner un cancer par thérapies ciblées

La Fondation ARC, reconnue d'utilité publique, est la première fondation française 100 % dédiée à la recherche sur le cancer. Son objectif : guérir 2 cancers sur 3 dans 10 ans.

« Le cancer, c'est la recherche qui l'aura ». Animée par cette vision, la Fondation ARC est déterminée et confiante quant à la capacité de la recherche à poursuivre des avancées spectaculaires pour ouvrir de nouvelles voies scientifiques et de nouvelles pratiques thérapeutiques, au plus grand bénéfice des patients.

Pour accélérer l'histoire de la recherche sur le cancer, la Fondation ARC déploie **une stratégie scientifique singulière qui repose sur trois piliers :**
• la **prévention et le dépistage précoce** ;
• la **médecine de précision** (thérapies ciblées et immunothérapies) ;
• l'**innovation technologique** et la **chirurgie de pointe**.

Ainsi, en France et à l'international, la Fondation ARC identifie, sélectionne et met en œuvre les meilleurs projets de recherche. Ces derniers couvrent l'ensemble des champs de la recherche en cancérologie : recherche fondamentale et clinique, épidémiologie, sciences humaines et sociales.

La lutte contre le cancer passe également par une information de qualité. **La Fondation ARC apporte au public et aux professionnels les moyens de mieux prévenir, de mieux prendre en charge et de mieux comprendre la maladie.** Elle propose notamment de nombreuses publications d'information médicale et scientifique réalisées avec le concours d'experts ainsi qu'un site Internet en prise directe avec l'actualité relative aux avancées de la recherche. La Fondation ARC s'attache également à former et informer la communauté scientifique pour développer les connaissances et encourager l'innovation.

La Fondation ARC déploie son action en affirmant des convictions fortes : placer le patient au cœur des enjeux de la recherche, faire émerger de nouveaux concepts et de nouveaux outils, rapprocher recherche fondamentale, translationnelle et clinique, sciences « dures » et sciences sociales, bâtir des partenariats réunissant les univers académiques, hospitaliers et industriels, améliorer les modalités de prévention et de diagnostic précoce tout en réduisant les délais entre la recherche et les solutions thérapeutiques apportées aux malades.

Les ressources de la Fondation ARC proviennent exclusivement de la générosité de ses donateurs et testateurs. En toute indépendance, libre de sa politique et de ses choix d'action, la Fondation ARC s'engage dans la durée sur des moyens, des objectifs et des résultats qu'elle rend publics. La Fondation ARC se soumet chaque année aux contrôles du Comité de la Charte du don en confiance dont elle reçoit l'agrément depuis 1999.

La Fondation ARC pour la recherche sur le cancer *emploie ses ressources, issues exclusivement de la générosité du public, au financement des projets les plus prometteurs.*

Parce que la lutte contre la maladie passe aussi par une meilleure compréhension des différents cancers, des moyens de prévention, de dépistage et de traitement, ***la Fondation ARC édite des publications d'information médicale et scientifique, accessibles à tous.***

La collection « Comprendre et agir » s'adresse en priorité aux personnes concernées par la maladie et à tous les acteurs de la lutte contre le cancer. *Elle rassemble des brochures et des fiches.*

Les brochures proposent un état des connaissances sur les différents types de cancer, les moyens de prévention, les traitements, les examens de dépistage et de diagnostic ou encore les soins palliatifs ou l'oncogériatrie.

Les fiches apportent un complément d'information sur des questionnements précis que peuvent se poser le malade et son entourage.

Elsevier Masson

FONDATION ARC POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER
Reconnue d'utilité publique

La présente édition, augmentée et actualisée, de cette brochure (1ère édition 2009) est le fruit de la collaboration entre un éditeur scientifique de renom et une fondation de premier plan pour la recherche sur le cancer.

Ce document participe à la protection de l'environnement. Il est imprimé avec des encres à base d'huiles végétales et sur papier issu de forêts gérées durablement.

PEFC 10-31-1543

papiers Avec Ecofolio tous les papiers se recyclent.

1er tirage : septembre 2016 - Centr'Imprim. Conception éditoriale & Création graphique NOISE