

COLLECTION
**COMPRENDRE
ET AGIR**

Personnes âgées et cancer

Fondation
pour la **recherche**
sur le **cancer**



La Fondation ARC pour la recherche sur le cancer
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.

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.



Édition : Juin 2022 - Impression : Juin 2022 - Centr'Imprim

Personnes âgées et cancer

REMERCIEMENTS

*Cette brochure
a été réalisée
avec le concours
du Pr Pierre Soubeyran,
oncologue médical et
directeur de la recherche
au sein de l'Institut
Bergonié, Bordeaux.*

*Afin de ne pas alourdir
le texte de ce guide,
nous avons employé le
masculin comme genre
neutre, pour désigner
aussi bien les femmes
que les hommes.*

Qu'est-ce qu'un cancer ?

4

Âge et cancer : quels liens ?

9

Quelle prévention ?
Quel dépistage ?

12

Le diagnostic : quelles spécificités ?

16

Quelle prise en charge ?

19

Une organisation
pour une prise en charge optimale

25

Vivre avec la maladie

29

Les espoirs de la recherche
en oncogériatrie

33

Les contacts

38

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.

Chaque individu est constitué d'environ 50 000 milliards de cellules organisées en sous-ensembles structurés pour assurer une fonction, appelés tissus (tissu conjonctif, épithélial, nerveux, musculaire, adipeux...) qui forment eux-mêmes des organes (cœur, cerveau, poumon, peau...).

Au sein de chaque organe, des milliards de cellules assument donc des fonctions très diverses, propres au tissu auquel elles appartiennent (production d'enzymes digestives, contraction musculaire, conduction de messages nerveux...). D'autres se multiplient (par division cellulaire), et certaines meurent, de façon programmée. Cette répartition des tâches et ce renouvellement constant – mais maîtrisé – permettent d'assurer le bon fonctionnement de l'organisme.

Dans un tissu donné, les cellules se divisent, meurent, ou assurent leur fonction sans se diviser, parce qu'elles captent des signaux et expriment certains gènes qui les poussent dans une direction plus que dans une autre. Ce « choix » repose sur la position – l'équilibre – de nombreux curseurs. On sait aujourd'hui que cette position est régulée par des milliers de paramètres, dont certains ont un poids plus important que d'autres.

Une orchestration précise qui se dérègle

Pour que la régulation très fine du processus de division cellulaire soit assurée, les cellules comptent sur la bonne fonctionnalité des protéines qu'elles produisent et qui sont les opératrices de ces processus. En amont, c'est donc l'intégrité des gènes, qui sont les plans de fabrication des protéines, qui est cruciale. Or, sous l'effet du temps, d'agressions extérieures (alcool, tabac, soleil, virus, radiations...), ou encore du fait de prédispositions génétiques, des altérations peuvent survenir sur l'ADN, molécule qui porte l'ensemble du patrimoine génétique. Heureusement, les cellules possèdent des systèmes de réparation qui permettent de repérer et de corriger ces anomalies.

La prédisposition génétique au cancer

Parfois, une mutation affectant un gène impliqué dans le développement des tumeurs est présente dans toutes les cellules d'une personne, dès sa naissance. Dans cette situation, une étape du processus tumoral étant franchie d'entrée, le risque de cancer de cette personne est plus élevé que celui de la population générale. On parle alors de « prédisposition génétique » au cancer. Dans le cancer du sein, elle représente par exemple environ 5% des cas.

En temps normal, lorsque les mutations sont trop importantes ou nombreuses pour être réparées, la cellule s'autodétruit, par apoptose (un mécanisme de mort cellulaire programmée). Mais parfois, ces systèmes de sécurité fonctionnent mal ou ne fonctionnent plus : la cellule continue alors 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

QU'EST-CE QU'UN CANCER ?

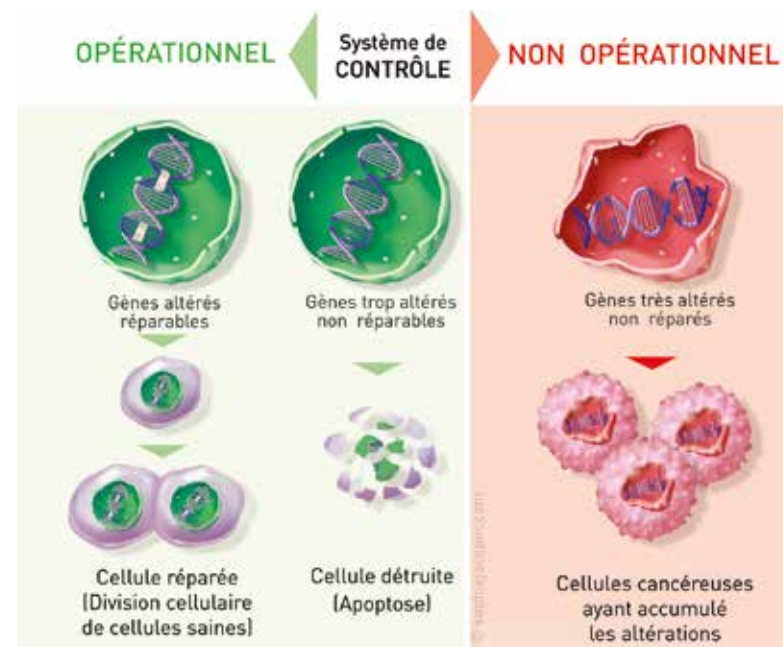
devenir incontrôlable. Elle se multiplie et conduit à la formation d'une tumeur, maligne ou bénigne.

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

Quelle est la différence entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne ?

Qu'elles soient bénignes ou malignes (c'est-à-dire cancéreuses), les tumeurs sont formées de cellules qui se multiplient de façon très soutenue. La grande différence est le potentiel métastatique. Les cellules de tumeurs bénignes n'ont pas la capacité d'envahir d'autres organes. À l'inverse, les cellules cancéreuses ont la capacité d'influencer les cellules de leur environnement, par exemple en stimulant la production de vaisseaux sanguins, en modifiant la structure du tissu dans lequel elles se développent ou en détournant

les mécanismes de défenses immunitaires, par exemple. Les cellules cancéreuses peuvent donc donner des métastases. Les tumeurs bénignes sont donc généralement moins dangereuses. Toutefois, lorsqu'elles compriment un organe, certaines tumeurs bénignes doivent être traitées. D'autres peuvent évoluer en cancer : polypes intestinaux, condylome du col utérin... Ces tumeurs bénignes sont dites précancéreuses. Elles doivent être retirées avant que les cellules ne deviennent malignes.



Les caractéristiques d'une cellule cancéreuse

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

- elles se multiplient activement, sont insensibles aux signaux qui devraient entraîner leur mort ou leur quiescence ;
- 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 s'accumulent pour former une tumeur ;
- elles sont capables de détourner les ressources locales : 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 néo-angiogenèse ;
- elles sont capables d'empêcher les défenses immunitaires de l'organisme de les attaquer.

QU'EST-CE QU'UN CANCER ?

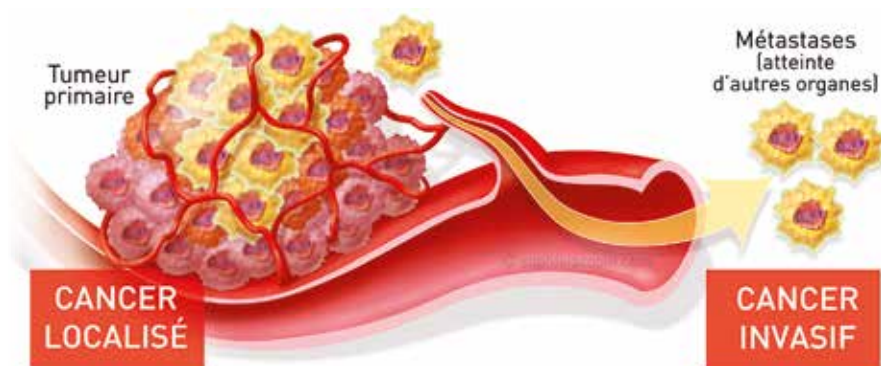
L'évolution d'un cancer au sein de l'organisme

Au fur et à mesure du temps, les cellules cancéreuses continuent à accumuler des anomalies. Elles acquièrent ainsi de nouvelles propriétés, dont certaines leur permettent de faire s'étendre la tumeur, localement puis plus largement. Les tumeurs finissent 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 cancéreuses peuvent devenir mobiles, se détacher de la tumeur et migrer, notamment 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.



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 : les personnes de plus de 65 ans représentent désormais 20,5% de la population. 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 2070, il y aura deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013.

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 et peuvent aboutir au développement d'un cancer. Même si les cancers surviennent chez des patients de

ÂGE ET CANCER : QUELS LIENS ?

tous âges, leur risque de survenue augmente avec le vieillissement, notamment après 65 ans. Les données nationales le montrent : parmi les 382 000 nouveaux cas de cancers survenus en 2018, près de 233 000 touchaient les 65 ans ou plus (61%), 119 000 après 75 ans (31%) et environ 41 000 les 85 ans et plus (10,5%).

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). 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, 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

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

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 coordination 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 38). Elles favorisent aussi le développement de la recherche clinique au bénéfice des patients âgés atteints d'un cancer.

Dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers (2021-2030), plusieurs mesures sont destinées spécifiquement à améliorer le dépistage, la prise en charge et l'ac-

compagnement des personnes âgées, par exemple :

- Dans l'attente de la mise en place d'un dépistage de précision, re-questionner les bornes d'âge et proposer des recommandations pour les personnes qui n'en relèveraient pas (action I.12.5),
- Expérimenter des services d'accompagnement de proximité, digitaux ou non, dans les territoires isolés (« conciergerie ») (action II.8.3),
- Passer d'une approche générale de la lutte contre les inégalités à une approche ciblée par groupe de population (action IV.3.1),
- Proposer un accompagnement adapté aux personnes (avec référents, en téléconsultation) (action IV.3.3),
- Mobiliser l'intelligence artificielle pour analyser les données (aide au diagnostic, prédiction de l'efficacité...) (action IV.6.4).

La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 est décrite en détail sur le site de l'INCa (www.e-cancer.fr).

 POUR EN SAVOIR PLUS, CONSULTEZ LE SITE WWW.E-CANCER.FR/INSTITUT-NATIONAL-DU-CANCER/STRATEGIE-DE-LUTTE-CONTRE-LES-CANCERS-EN-FRANCE

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 29 % des décès par cancers en France, soit 45 000 cas par an¹. 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 8 % des cas de cancers². 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 ;
- **éviter l'exposition au soleil.** Les rayonnements UV (UVA, UVB) sont cancérigènes 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.

1. "Le tabac, premier facteur de risque évitable de cancers", www.e-cancer.fr, 2022.

2. "Alcool et cancer", www.cancer-environnement.fr/294-Alcool-et-cancer.ce.aspx, consulté en février 2022.

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 et du cancer du col de l'utérus pour les femmes de 25 ans à 69 ans. Ces bornes d'âge sont fixées selon des critères médico-économiques. Entre 50 et 74 ans, le coût du dépistage organisé est justifié par une baisse de la morbidité et de la mortalité. Néanmoins, ces seuils sont amenés à évoluer compte tenu du vieillissement croissant de la population, de l'augmentation de l'espérance de vie ou encore des progrès thérapeutiques. À ce titre, ces bornes d'âge sont requestionnées dans le cadre de la Stratégie décennale de lutte contre le cancer (2021-2030) avec, en perspective, de probables nouvelles recommandations ;
- 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.

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.

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 cardiovasculaire 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 définis³. 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

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

le temps. 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.

Quand le cancer est d'origine professionnelle

Les cancers d'origine professionnelle représenteraient 4 à 8,5 % des cas, soit 14 000 à 30 000 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 »

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

Un diagnostic précis et adapté

Lorsque le médecin suspecte la présence d'une tumeur, une série d'exams 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).

Si le diagnostic de cancer est confirmé, la démarche oncogériatrique doit être mise en place le plus tôt possible. L'oncologue utilise le plus souvent un questionnaire appelé « G8 », outil de dépistage gériatrique qui permet d'identifier facilement les patients devant bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie, elle-même réalisée par un membre de l'équipe mobile de gériatrie de l'hôpital. Cet outil a été validé et est promu par l'Institut national du cancer. Il repose sur huit questions explorant différentes dimensions dont l'état nutritionnel, cognitif, l'autonomie ou encore l'état de santé en général :

- 1 · Le patient présente-t-il une perte d'appétit ; a-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
- 2 · Y a-t-il une perte récente de poids (< 3 mois) ?
- 3 · Qu'en est-il de sa motricité ?
- 4 · Y a-t-il des problèmes neuropsychologiques ?
- 5 · Quel est l'Indice de masse corporelle (IMC) ?
- 6 · Prend-il plus de 3 médicaments ?
- 7 · Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
- 8 · Quel âge a-t-il ?

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 pré-

QUELLE PRISE EN CHARGE ?

férable de proposer un traitement moins lourd, voire un accompagnement palliatif, dans le but de soulager le 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.

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.

La décision médicale partagée

Les modalités de prise en charge sont discutées avec le patient et les décisions finales relèvent d'un accord mutuel. Il s'agit ainsi d'une décision médicale partagée entre le médecin et son patient avec différents degrés d'implication des patients selon leurs souhaits et cette démarche se renforce d'année en année. Pour cela, un temps est consacré à l'échange d'informations. Le patient est mis en capacité de comprendre le bénéfice attendu du traitement, ses limites ainsi que les effets indésirables associés, et le médecin s'enquiert des attentes et des priorités du patient. Une personne âgée peut accorder davantage d'importance à sa qualité de vie, au maintien de son autonomie ou encore au fait de rester chez elle plutôt qu'à la durée de vie. Selon ses priorités, le choix de traitement peut être différent.

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 oncologues.

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, nutritionnelle 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.

QUELLE PRISE EN CHARGE ?



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 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.

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.

QUELLE PRISE EN CHARGE ?

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.

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

UNE ORGANISATION POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE

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

certains 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 pré-thérapeutique 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-géiatres. 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 38).

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...).

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 de l'oncogériatrie. La structuration de la recherche clinique s'appuie sur un intergroupe « DIALOG » de recherche

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

UNE ORGANISATION POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE



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

en oncogériatrie, labellisé par l'INCa. Il monte des essais cliniques spécifiquement dédiés aux sujets âgés ou collabore avec d'autres groupes coopérateurs pour inclure davantage de sujets âgés dans des essais en cours. Il rassemble deux réseaux importants investis en oncogériatrie au niveau national : le groupe coopérateur GERICO et le Conseil scientifique de la Société francophone d'oncogériatrie (SoFOG) rassemblant les différentes Unités de coordination en oncogériatrie (UCOG). Le groupe GERICO travaille avec des sociétés savantes ou groupes coopérateurs dans les différents types de cancer pour harmoniser les prises en charge selon les profils de sujets âgés (comorbidités, fragilité, etc.), afin de n'exclure personne des soins. D'autres comités travaillent sur des questions plus transversales. Une étude est par exemple en cours pour tester de nouveaux modes d'organisation des soins incluant la télésanté ou encore un rôle accru des infirmiers chez des sujets âgés présentant des comorbidités en plus de leur cancer. Enfin, la plateforme nationale multidisciplinaire PACAN « Personnes Agées et CANcer » a pour missions d'apporter un soutien méthodologique pour la construction d'études de recherche clinique en oncogériatrie et d'initier de nouveaux projets. 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.

VIVRE AVEC LA MALADIE

Les soins de support

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.

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

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

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

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.

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 la 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.

VIVRE AVEC LA MALADIE

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 gériatologique), 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 meilleures conditions de vie possibles à domicile.

Les espoirs de la recherche en oncogériatrie

La recherche en oncogériatrie vise à produire de nouvelles connaissances en vue de permettre une prise en charge adaptée aux patients âgés.

Améliorer le dépistage

- Les patients de plus de 75 ans sont exclus des programmes de dépistage organisé en France. Des travaux sont en cours pour valider la pertinence de ce seuil. En outre, des équipes s'intéressent aux critères de dépistage individuel dans différents cancers pour éventuellement les améliorer chez les personnes de plus de 75 ans.

Améliorer l'évaluation gériatrique

- Cette évaluation est indispensable car les patients présentent, avec l'âge, des profils hétérogènes. Bien faite, elle peut véritablement améliorer le pronostic du patient en réduisant le risque de toxicité des traitements et en maintenant un état fonctionnel et une qualité de vie satisfaisants. Compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de cancer et du nombre limité de gériatres, des équipes travaillent sur de **nouveaux outils rapides et faciles d'utilisation**, permettant une évaluation gériatrique approfondie et réalisable par différents professionnels de santé, notamment des infirmiers. Cet outil doit pouvoir évaluer les fonctions essentielles (hépatique, rénale, cardiaque ou encore cognitive) et les fragilités (état nutritionnel, autonomie, sarcopénie, etc.) du patient pour

LES ESPOIRS DE LA RECHERCHE EN ONCOGÉRIATRIE

Les plus de 75 ans sont exclus des programmes de dépistage organisé. Des travaux sont en cours pour valider la pertinence de ce seuil.

apporter toutes les réponses utiles à l'oncologue. L'objectif est de disposer de données standardisées facilitant la prise de décision.

Pour faciliter cette évaluation gériatrique, la recherche s'oriente vers l'identification de biomarqueurs de fragilité reflétant l'état nutritionnel, le degré de sarcopénie (fonte musculaire) ou encore l'état de santé général des patients âgés. Ces biomarqueurs seraient particulièrement utiles pour identifier les sujets ne présentant pas de faiblesse apparente à l'issue de l'évaluation clinique mais qui risquent d'être fragilisés par les traitements, et pour qui des soins de support doivent rapidement être mis en place. Des travaux portent par exemple sur la sarcopénie, associée à la progression tumorale et au risque de mortalité. À l'inverse, des marqueurs de résilience permettraient de prédire les chances de bonne tolérance au traitement. Ils sont recherchés chez des individus répondant bien aux traitements et ayant démontré une bonne résistance face au risque de toxicité malgré un âge avancé.

Cette évaluation s'inscrit également dans le cadre d'une meilleure préparation à la chirurgie ou au traitement médical grâce aux techniques d'intervention gériatrique (préhabilitation) ou d'une meilleure **convalescence après chirurgie ou après chimiothérapie** (réhabilitation). Certaines fragilités peuvent en effet aggraver les risques de ces traitements qui peuvent eux-mêmes aggraver une fragilité ou une comorbidité et réduire les chances de rétablissement du patient. Des travaux de recherche portent sur la mise en place de mesures ciblées en amont et pendant ces traitements pour améliorer leur tolérance. L'objectif est d'augmenter l'adhésion au traitement « standard » offrant les meilleures chances de guérison. Parmi ces mesures, les chercheurs s'intéressent à la gestion de la durée d'hospitalisation afin de mieux l'adapter au cas par cas selon la capacité musculaire (prédictive d'un risque de chute par la suite) ou encore l'autonomie du patient, mais aussi à des interventions nutritionnelles, d'activité physique, en lien avec la cognition (des troubles cognitifs peuvent être accrus avec la chimiothérapie) ou encore en lien avec la polymédication (prise de plusieurs médicaments) pouvant accroître un risque d'hypotension ou encore de confusion mentale à l'issue d'une hospitalisation. Le but de ces travaux est d'**obtenir des preuves d'efficacité des différentes mesures destinées à protéger les patients.**

Valider l'efficacité et la tolérance des thérapies ciblées et immunothérapies, plus récemment introduites dans l'arsenal thérapeutique

Les sujets âgés n'étant pas ou rarement inclus dans les essais cliniques de développement des médicaments, il est nécessaire de mener des travaux spécifiques dans cette population pour **confirmer l'efficacité des traitements ou découvrir de nouveaux effets indésirables** dans cette population. Des travaux sont en cours sur les thérapies ciblées et immunothérapies dont il faut évaluer la sécurité d'utilisation chez



des sujets âgés, présentant souvent des pathologies chroniques, indépendamment du cancer, et prenant déjà de nombreux autres médicaments.

Développer des modèles de soins en oncologie gériatrique

La croissance rapide du nombre de personnes âgées recevant un diagnostic de cancer et guéries d'un cancer nécessitera une réorganisation des soins impliquant davantage les professionnels de santé en ville et les personnels paramédicaux. À ce titre, des études sont en cours pour développer des outils d'information et de communication ville-hôpital, en particulier numériques. Les chercheurs travaillent notamment sur la standardisation des données de patient facilitant le suivi et les prises de décision, ainsi que sur la transmission sécurisée des données à tous les soignants qui côtoient le malade.

Ce travail numérique inclut le développement d'applications facilitant le suivi des malades. Un questionnaire simple à remplir régulièrement via une application numérique permet au malade de déclarer lui-même son état de santé. Les données sont transmises de façon automatique à une plateforme gérée par un professionnel de santé qui détecte toute complication ou anomalie et informe le médecin. Ces outils permettent d'agir rapidement, au lieu d'attendre une visite programmée plusieurs semaines plus tard.

Ces nouveaux outils vont par ailleurs dans le sens d'une médecine

Le nombre croissant de personnes âgées atteintes de cancer nécessitera une réorganisation des soins impliquant davantage les professionnels de santé en ville et les personnels paramédicaux.

pertinente sur le plan médico-économique avec des interventions rapides permettant de réduire le risque de complication majeure, d'interactions médicamenteuses et, au final, d'hospitalisation non programmée.

S'aider de l'intelligence artificielle

Pour faciliter l'évaluation gériatrique et assister les prises de décision, les chercheurs développent des programmes d'intelligence artificielle. Ils analysent des données du patient : type de cancer, comorbidités, situation sociale, préférences par rapport au traitement (rester chez soi, préserver sa qualité de vie...), etc., et proposent un traitement et des interventions adaptés. L'équipe en discute en réunion de concertation pluridisciplinaire et les valide ou les amende. Le résultat est transmis au programme qui apprend régulièrement de ces conclusions au fur et à mesure des nouveaux dossiers traités. De tels programmes sont pour l'instant développés pour des patients dont la prise en charge ne présente pas de réelles difficultés

Améliorer la prise en charge des cancers de mauvais pronostic

Certains cancers sont de mauvais pronostic malgré des traitements qui peuvent, par ailleurs, s'avérer très agressifs et fragiliser les patients âgés. Des travaux de recherche portent sur l'identification de nouvelles cibles thérapeutiques pour apporter à ces patients des traitements mieux tolérés.

D'autres travaux enfin, portent sur les soins palliatifs. Comme pour les patients plus jeunes, l'intervention des soins de support doit être précoce. Qui plus est, les besoins des personnes âgées atteintes de cancer sont spécifiques et font appel à des soins gériatriques et des soins de support qu'il faut bien identifier et valider.

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 DES STRUCTURE D'ONCOGÉRIATRIE

La liste des Unités de coordination en oncogériatrie (UCOG), des UCOG interrégionales (UCOGIR) et des antennes d'oncogériatrie (AOG) est disponible sur le site de la Société Francophone d'oncogériatrie :

sofog.org/les-ucog-en-action/

UCOG du Nord-Pas-de-Calais

Coordinateur oncologue

Centre Oscar Lambret
3 Rue Frédéric Combemale
59 000 Lille
03 20 29 59 59

Coordinateur gériatre

CHRU de Lille
2 Avenue Oscar Lambret
59 037 Lille cedex
03 20 44 59 62

AOG de Haute-Normandie

Coordinateur oncologue

Centre Henri Becquerel
1 Rue d'Amiens
76 038 Rouen
02 32 08 22 22

CHU de Rouen

37 Boulevard Gambetta
76 000 Rouen
02 32 88 89 90

Coordinateur gériatre

CHU de Rouen
37 Boulevard Gambetta
76 000 Rouen
02 32 88 89 90

UCOGIR Basse Normandie

Coordinateur oncologue

Centre François Baclesse
3 Avenue du Général Harris
14 000 Caen
02 31 45 50 50

Coordinateur gériatre

CHU de Caen
Avenue de la Côte de Nacre
14 000 Caen
02 31 06 31 06

UCOG de Picardie

Coordinateur oncologue et gériatre

Groupement Hospitalier Public
du Sud de l'Oise
Boulevard Laennec
60 100 Creil
03 44 61 60 00

UCOG de Champagne Ardenne

Coordinateur oncologue

Institut Jean Godinot
1 Rue du Général Koenig
51 100 Reims
03 26 50 44 44

Coordinateur gériatre

CHU de Reims
45 rue Cognacq-Jay
51 100 Reims
03 26 78 78 78

UCOG de Lorraine

Coordinateur oncologue

Institut de cancérologie de
Lorraine - Alexis Vautrin
6 Avenue de Bourgogne
54 519 Vandœuvre-lès-Nancy
03 83 59 84 00

Coordinateur gériatre

CHRU de Nancy - Hôpital Central
29 Avenue du Maréchal de Lattre
de Tassigny
54 000 Nancy
03 83 85 85 85

UCOG d'Alsace

Coordinateur oncologue et gériatre

Hôpitaux universitaires de
Strasbourg
1 Place de l'Hôpital
67 000 Strasbourg
03 88 11 67 68

UCOG de Bretagne

Coordinateur oncologue

CHU de Rennes
2 Rue Henri le Guilloux
35 000 Rennes
02 99 28 43 21

Coordinateur gériatre

CHRU de Brest
2 Avenue Foch
29 200 Brest
02 98 22 33 33

UCOG des hôpitaux universitaires de Paris Seine-Saint-Denis

Coordinateur oncologue

Hôpital Avicenne (AP-HP)
125 Rue de Stalingrad
93 000 Bobigny
01 48 95 55 55

Coordinateur gériatre

Hôpital René Muret (AP-HP)
52 Avenue du Dr Schaffner
93 270 Sevran
01 41 52 59 99

UCOG des Hôpitaux Paris Nord

Coordinateur oncologue

GH Saint-Louis-Lariboisière-
Fernand Widal
200 Rue du Faubourg Saint-Denis
75 010 Paris
01 40 05 45 45

Coordinateur gériatre

GHU Nord-Val-de-Seine (AP-HP)
23 Rue Joseph de Maistre
75 018 Paris
01 53 11 18 00

UCOG Paris Ouest

Coordinateur oncologue

Hôpital René Huguenin - Institut
Curie
3 Rue Charles Lauer
92 210 Saint-Cloud
01 47 11 15 15

Coordinateur gériatre

Hôpital Européen Georges
Pompidou (AP-HP)
20 Rue Leblanc
75 015 Paris
01 56 09 20 00

UCOG Paris Est

Coordinateur oncologue

Hôpital Tenon (AP-HP)
4 Rue de la Chine
75 020 Paris
01 56 01 70 00

Coordinateur gériatre

Hôpital Charles Foix (AP-HP)
7 Avenue de la République
94 200 Ivry-sur-Seine
01 49 59 40 00

UCOG Sud-Val de Marne

Coordinateur oncologue et gériatre
Groupe Hospitalier Henri Mondor –
Albert Chenevier (AP-HP)
40 Rue de Mesly
94 000 Créteil
01 49 81 31 31

UCOG des Pays de la Loire

Coordinateur oncologue
Institut de cancérologie de l'Ouest,
site Angers (Paul Papin)
15 Rue André Bocquel
49 055 Angers
02 41 35 27 00

Institut de cancérologie de l'Ouest,
site Nantes (René Gauducheau)
Boulevard Professeur Jacques
Monod
44 800 Saint-Herblain
02 40 67 99 00

Coordinateur gériatre

CHU de Nantes
1 Place Alexis-Ricordeau
44 093 Nantes
02 40 08 33 33

AOG du Centre

Coordinateur oncologue et gériatre
CHRU de Tours
2 Boulevard Tonnellé
37 000 Tours
02 47 47 47 47

UCOGIR de Bourgogne

Coordinateur oncologue
Centre Georges-François Leclerc
1 Rue du Professeur Marion
21 000 Dijon
03 80 73 75 00

Coordinateur gériatre

CHRU Dijon
1 Rue du Professeur Marion
21 000 Dijon
03 80 29 30 31

AOG de Franche-Comté

Coordinateur oncologue et gériatre
CHRU de Besançon
3 Boulevard Alexandre Fleming
25 000 Besançon
03 81 66 81 66

UCOGIR de Poitou-Charentes

Coordinateur oncologue et gériatre
CHU de Poitiers
2 Rue de la Milétrie
86 021 Poitiers
05 49 44 44 44

UCOG du Limousin

Coordinateur gériatre
CHU de Limoges
2 Avenue Martin Luther King
87 000 Limoges
05 55 05 55 55

AOG d'Auvergne

Coordinateur oncologue
Centre Jean Perrin
58 Rue Montalembert
63 011 Clermont-Ferrand
04 73 27 80 80

Coordinateur gériatre

CHU de Clermont-Ferrand
58 Rue Montalembert
63 000 Clermont-Ferrand
04 73 75 07 50

UCOGIR Rhodanienne

Rhône-Alpes
Coordinateur oncologue
Centre Léon Bérard
28 Promenade Léa et Napoléon
Bullukian
69 008 Lyon
04 78 78 28 28

Coordinateur gériatre

Hospices Civils de Lyon
3 Quai des Célestins
69 002 Lyon
0 825 08 25 69

La Guyane est attachée à UCOGIR Rhône-Alpes (Lyon).

UCOG de Languedoc-Roussillon

Coordinateur oncologue
Centre Val d'Aurelle – Paul
Lamarque
208 Avenue des Apothicaires
34 090 Montpellier
04 67 61 31 00

Coordinateur gériatre

CHRU de Montpellier
191 Avenue du Doyen Gaston Giraud
34 295 Montpellier
04 67 33 67 33

UCOG PACA Ouest

Coordinateur oncologue
Institut Paoli-Calmettes
232 Bd de Sainte-Marguerite
13 009 Marseille
04 91 22 33 33

Coordinateur gériatre

Hôpital de la Timone (AP-HM)
264 Rue Saint-Pierre
13 005 Marseille
04 91 38 00 00

UCOG PACA Est

Coordinateur oncologue
Centre Antoine Lacassagne
33 Avenue de Valombrose
06 100 Nice
04 92 03 10 00

Coordinateur gériatre

CHU de Nice
30 Voie Romaine
06 000 Nice
04 92 03 77 77

UCOG de Martinique

Coordinateur oncologue et gériatre
Centre Hospitalier Universitaire de
Fort-de-France
Route Chateauboeuf
97 200 Fort-de-France
0596 5 96 55 20 00

**UCOG du sillon alpin
Rhône-Alpes**

Coordinateur gériatre
CHU de Grenoble
Avenue des Maquis du
Grésivaudan
38 700 La Tronche
04 76 76 75 75

UCOGIR d'Aquitaine

Coordinateur oncologue
Institut Bergonié
229 Cours de l'Argonne
33 000 Bordeaux
05 56 33 33 33

CHU de Bordeaux
Place Amélie Raba Léon
33 000 Bordeaux
05 56 79 56 79

Coordinateur gériatre

CHU de Bordeaux
Place Amélie Raba Léon
33 000 Bordeaux
05 56 79 56 79

**La Réunion-Mayotte est attachée
à UCOGIR Aquitaine (Bordeaux),
ainsi que la Guadeloupe.**

UCOG de Midi-Pyrénées

Coordinateur oncologue
Institut Claudius Regaud
1 avenue Irène Joliot Curie
31 300 Toulouse
05 3115 50 50

Coordinateur gériatre

CHU Toulouse
2 Rue Charles Viguier
31 300 Toulouse
05 61 77 22 33

Notre objectif : guérir le cancer, tous les cancers.



© ERIC M / ENCRE NOIRE / FONDATION ARC

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



La Fondation ARC pour la **recherche** sur le **cancer**

Notre conviction : seule la recherche vaincra le cancer.

Notre ambition : libérer l'extraordinaire potentiel de la recherche française en cancérologie.

Notre objectif : guérir le cancer, tous les cancers !

Dans un monde où le cancer reste une des premières causes de mortalité, nous avons la conviction que **seuls les progrès de la recherche permettront de guérir les cancers !** C'est pourquoi nous avons mis la recherche au cœur de notre mission, une recherche sur le cancer et pour les individus, une recherche dynamique et positive, accessible au plus grand nombre.

Notre mission au quotidien est de dessiner les orientations stratégiques de la recherche en cancérologie, de soutenir les initiatives les plus innovantes d'aujourd'hui pour demain, d'accélérer les projets les plus prometteurs, de détecter, fédérer et valoriser les meilleurs talents, et de partager avec toutes et tous les connaissances qui permettent d'être mieux armé face à la maladie.

C'est grâce aux découvertes des scientifiques, portés par un **élan de solidarité** des donateurs aux chercheurs, pour les patients et les patientes, qu'aujourd'hui nous contribuons à guérir 60% des cancers. En 2025, nous avons la volonté de porter ce chiffre à 2 cancers sur 3. Demain, nous espérons que nous finirons par remporter la victoire : **parvenir à guérir un jour le cancer, tous les cancers.**



Des publications pour vous informer

DISPONIBLES GRATUITEMENT

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

→ 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

COLLECTION COMPRENDRE ET AGIR

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 des voies aérodigestives supérieures
- 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 myélomes multiples
- Les neuroblastomes
- Les sarcomes des tissus mous et des viscères
- Les sarcomes osseux
- Les soins palliatifs
- Personnes âgées et cancer
- Tabac et cancer

Les fiches

- Combattre les métastases
- Participer à un essai clinique en oncologie
- Soigner un cancer par hormonothérapie
- Soigner un cancer par thérapies ciblées
- Soigner un cancer par radiothérapie
- Soigner un cancer par immunothérapie
- Soigner un cancer par chimiothérapie