

# Implantation d'une consultation d'oncogériatrie : schéma et organisation

Marie-Léa Hiron

#### ▶ To cite this version:

Marie-Léa Hiron. Implantation d'une consultation d'oncogériatrie : schéma et organisation. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01227840

# HAL Id: dumas-01227840 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01227840

Submitted on 12 Nov 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

2015 N°

# THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

**PAR** 

HIRON Marie-Léa

NÉE le 26/09/62 à Boulogne-Billancourt

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 OCTOBRE 2015

# Implantation d'une consultation d'oncogériatrie : schéma et organisation

PRÉSIDENT DU JURY : PROFESSEUR PHILIPPE CHASSAGNE

DIRECTEUR DE THÈSE: DOCTEUR THIBAULT SIMON

#### ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015

#### U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

-----

Professeur Pierre FREGER DOYEN:

Professeur Michel GUERBET ASSESSEURS:

> Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

#### I - MEDECINE

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME HCN Cardiologie

Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR HCN Chirurgie plastique Mr Bruno BACHY (surnombre) HCN Chirurgie pédiatrique

Mr Fabrice BAUER HCN Cardiologie

Mme Soumeya BEKRI HCN Biochimie et biologie moléculaire

Mr Jacques BENICHOU HCN Bio statistiques et informatique médicale Mr Jean-Paul BESSOU HCN Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire Mme Françoise BEURET-BLANQUART HCN Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité

(surnombre)

Mr Guy BONMARCHAND (surnombre) HCN Réanimation médicale

Mr Olivier BOYER UFR Immunologie

Mr Jean-François CAILLARD (surnombre) HCN Médecine et santé au travail

Mr François CARON HCN Maladies infectieuses et tropicales

Mr Philippe CHASSAGNE HCN Médecine interne (gériatrie)

Mr Vincent COMPERE HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Antoine CUVELIER HB Pneumologie

Mr Pierre CZERNICHOW HCH Epidémiologie, économie de la santé Mr Jean-Nicolas DACHER HCN Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan DARMONI HCN Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE HCN Nutrition Mme Danièle DEHESDIN (surnombre) HCN Oto-rhino-laryngologie

Mr Frédéric DI FIORE CB Cancérologie

Mr Fabien DOGUET HCN Chirurgie Cardio Vasculaire

Mr Jean DOUCET SJ Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie

Mr Bernard DUBRAY CB Radiothérapie

Mr Philippe DUCROTTE HCN Hépato-gastro-entérologie

Mr Frank DUJARDIN HCN Chirurgie orthopédique - Traumatologique

Mr Fabrice DUPARC HCN Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique

Mr Eric DURAND HCN Cardiologie

Mr Bertrand DUREUIL HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mme Hélène ELTCHANINOFF HCN Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG UFR Génétique

Mr Pierre FREGER HCN Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO HCN Médecine et santé au travail

Mr Emmanuel GERARDIN HCN Imagerie médicale

Mme Priscille GERARDIN HCN Pédopsychiatrie

Mr Michel GODIN (surnombre) HB Néphrologie

M. Guillaume GOURCEROL HCN Physiologie

Mr Philippe GRISE (surnombre) HCN Urologie

Mr Olivier GUILLIN HCN Psychiatrie Adultes

Mr Didier HANNEQUIN HCN Neurologie
Mr Fabrice JARDIN CB Hématologie

Mr Luc-Marie JOLY HCN Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY HCN Dermato - Vénéréologie

Mme Annie LAQUERRIERE HCN Anatomie et cytologie pathologiques

Mr Vincent LAUDENBACH HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale

Mr Xavier LE LOET HCN Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER HCN Chirurgie infantile

Mr Hervé LEFEBVRE HB Endocrinologie et maladies métaboliques

Mr Thierry LEQUERRE HB Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS HCN Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI HCN Physiologie

Mr Hervé LEVESQUE HB Médecine interne

Mme Agnès LIARD-ZMUDA HCN Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER HCN Chirurgie cardiaque

Mr Bertrand MACE HCN Histologie, embryologie, cytogénétique

M. David MALTETE HCN Neurologie
Mr Christophe MARGUET HCN Pédiatrie

 Mme Isabelle MARIE
 HB
 Médecine interne

 Mr Jean-Paul MARIE
 HCN
 Oto-rhino-laryngologie

 Mr Loïc MARPEAU
 HCN
 Gynécologie - Obstétrique

Mr Stéphane MARRET HCN Pédiatrie

Mme Véronique MERLE HCN Epidémiologie

Mr Pierre MICHEL HCN Hépato-gastro-entérologie

Mr Bruno MIHOUT (surnombre) HCN Neurologie
Mr Jean-François MUIR HB Pneumologie
Mr Marc MURAINE HCN Ophtalmologie

Mr Philippe MUSETTE HCN Dermatologie - Vénéréologie

Mr Christophe PEILLON HCN Chirurgie générale

Mr Jean-Marc PERON (surnombre) HCN Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

Mr Christian PFISTER HCN Urologie

Mr Jean-Christophe PLANTIER HCN Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER HCN Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST HCN Médecine légale
Mr François PROUST HCN Neurochirurgie

Mme Nathalie RIVES HCN Biologie du développement et de la reproduction

Mr Jean-Christophe RICHARD (détachement) HCN Réanimation médicale - Médecine d'urgence

Mr Horace ROMAN HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN HCN Anatomie - Pathologie

Mr Guillaume SAVOYE HCN Hépato-gastrologie

Mme Céline SAVOYE-COLLET HCN Imagerie médicale

Mme Pascale SCHNEIDER HCN Pédiatrie

 Mr Michel SCOTTE
 HCN
 Chirurgie digestive

 Mme Fabienne TAMION
 HCN
 Thérapeutique

 Mr Luc THIBERVILLE
 HCN
 Pneumologie

 Mr Christian THUILLEZ
 HB
 Pharmacologie

Mr Hervé TILLY CB Hématologie et transfusion

Mr Jean-Jacques TUECH HCN Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER HCN Pédiatrie génétique

 Mr Benoît VEBER
 HCN
 Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale

 Mr Pierre VERA
 CB
 Biophysique et traitement de l'image

 Mr Eric VERIN
 CRMPR
 Médecine physique et de réadaptation

Mr Eric VERSPYCK HCN Gynécologie obstétrique

Mr Olivier VITTECOQ HB Rhumatologie
Mr Jacques WEBER HCN Physiologie

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG HCN Bactériologie - Virologie

Mr Jeremy BELLIEN HCN Pharmacologie

Mme Carole BRASSE LAGNEL HCN Biochimie

Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS HCN Chirurgie Vasculaire

Mr Gérard BUCHONNET HCN Hématologie

Mme Mireille CASTANET HCN Pédiatrie

Mme Nathalie CHASTAN HCN Physiologie

Mme Sophie CLAEYSSENS HCN Biochimie et biologie moléculaire

Mr Moïse COEFFIER HCN Nutrition

Mr Stéphanie DERREY HCN Neurochirurgie

Mr Manuel ETIENNE HCN Maladies infectieuses et tropicales

Mr Serge JACQUOT UFR Immunologie

Mr Joël LADNER HCN Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Baptiste LATOUCHE UFR Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ HCN Bactériologie
Mr Jean-François MENARD HCN Biophysique

Mme Muriel QUILLARD HCN Biochimie et biologie moléculaire

Mr Vincent RICHARD UFR Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN HCN Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER HCN Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN HCN Anatomie

Mr Olivier TROST HCN Chirurgie Maxillo Faciale

#### PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ UFR Anglais

Mr Thierry WABLE UFR Communication

#### II - PHARMACIE

#### **PROFESSEURS**

Mr Thierry BESSON Chimie Thérapeutique

Mr Jean-Jacques BONNET Pharmacologie Mr Roland CAPRON (PU-PH) Biophysique Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) Pharmacologie Mme Isabelle DUBUS Biochimie Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) Parasitologie Mr Jean Pierre GOULLE Toxicologie Mr Michel GUERBET Toxicologie Mme isabelle LEROUX - NICOLLET Physiologie Mme Christelle MONTEIL Toxicologie Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) Microbiologie Mme Elisabeth SEGUIN Pharmacognosie Mr Rémi VARIN (PU-PH) Pharmacie clinique Mr Jean-Marie VAUGEOIS Pharmacologie Mr Philippe VERITE Chimie analytique

#### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT Chimie Générale et Minérale

Mme Dominique BOUCHER Pharmacologie

Mr Frédéric BOUNOURE Pharmacie Galénique

Mr Abdeslam CHAGRAOUI Physiologie

Mr Jean CHASTANG Biomathématiques

Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB Législation pharmaceutique et économie de la santé

 Mme Elizabeth CHOSSON
 Botanique

 Mme Cécile CORBIERE
 Biochimie

 Mr Eric DITTMAR
 Biophysique

 Mme Nathalie DOURMAP
 Pharmacologie

 Mme Isabelle DUBUC
 Pharmacologie

 Mr Abdelhakim ELOMRI
 Pharmacognosie

Mr François ESTOUR Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) Parasitologie
Mme Najla GHARBI Chimie analytique

Mme Marie-Laure GROULT Botanique

Mr Hervé HUE Biophysique et mathématiques

Mme Laetitia LE GOFF Parasitologie - Immunologie

Mme Hong LU Biologie

 Mme Sabine MENAGER
 Chimie organique

 Mr Mohamed SKIBA
 Pharmacie galénique

 Mme Malika SKIBA
 Pharmacie galénique

 Mme Christine THARASSE
 Chimie thérapeutique

Mr Frédéric ZIEGLER Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET Pharmacie officinale

**PROFESSEUR CERTIFIE** 

Mme Mathilde GUERIN Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET Immunologie
Mme Sandrine DAHYOT Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE Parasitologie
Mr François HALLOUARD Galénique

Mme Caroline LAUGEL Chimie organique

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE Biochimie

Mme Maîté NIEPCERON Microbiologie

#### LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT Chimie Générale et minérale

Mr Thierry BESSON Chimie thérapeutique

Mr Roland CAPRON Biophysique
Mr Jean CHASTANG Mathématiques

Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB Législation et économie de la santé

Mme Elisabeth CHOSSON Botanique

Mr Jean-Jacques BONNET Pharmacodynamie

 Mme Isabelle DUBUS
 Biochimie

 Mr Loïc FAVENNEC
 Parasitologie

 Mr Michel GUERBET
 Toxicologie

 Mr François ESTOUR
 Chimie organique

 Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET
 Physiologie

 Mme Martine PESTEL-CARON
 Microbiologie

Mme Elisabeth SEGUIN

Mr Mohamed SKIBA

Mr Philippe VERITE

Pharmacie galénique

Chimie analytique

#### III - MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR

Mr Jean-Loup HERMIL UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine Générale
Mr Alain MERCIER UFR Médecine générale
Mr Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET UFR Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN UFR Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine générale

#### **ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**

#### **PROFESSEURS**

Mr Serguei FETISSOV (med) Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar) Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med) Génie Informatique

#### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine CLEREN (phar) Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline GAILDRAT (phar) Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas GUEROUT (phar) Chirurgie Expérimentale

Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med) Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET Sciences du langage, orthophonie

Mme Isabelle TOURNIER (phar) Biochimie (UMR 1079)

# CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# Remerciements

À Monsieur le Professeur Chassagne qui m'a fait l'honneur de présider ce jury. Qu'il reçoive ici toute ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Simon qui m'a fait l'honneur de diriger ce travail. Qu'il reçoive tous mes remerciements pour ses encouragements et sa bienveillance.

À Messieurs les Professeurs Freger et Veber qui me font l'honneur d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

À Madame le Docteur Jeannin pour son soutien, ses conseils et sa disponibilité.

À Madame le Docteur Langlois pour son aide et ses conseils.

À Madame le Docteur Marc pour son soutien.

À Monsieur le Docteur Zoll pour son soutien. Avec toute mon amitié.

À Philippe pour son aide et son soutien

À Catherine, Jean-Charles et Camille.

En souvenir de mes parents

# Table des matières

1.	INTRODUC	110N	16
2.	DONNÉES É	PIDÉMIOLOGIQUES	17
	2.1.	INCIDENCE ET MORTALITÉ DES PRINCIPAUX CANCERS EN FRANCE CHEZ LES SUJE 17	ΓS ÂGÉS
	2.1.1	1. Le cancer du poumon	18
	2.1.2	2. Le cancer de la prostate	18
	2.1.3	3. Le cancer du sein	18
	2.1.4	4. Les cancers digestifs	19
	2.1.5	5. Les cancers urologiques	19
	2.1.6	6. Points marquants	19
	2.2.	SURVIE DES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE CANCER	24
3.	LES POLITI	QUES DE SANTÉ	25
	3.1.	LA SIOG	25
	3.2.	LA SOCIÉTÉ FRANCOPHONE D'ONCOGÉRIATRIE	25
	3.3.	LE VOLET ONCOGÉRIATRIE DU PLAN CANCER	26
	3.3.1	L'Institut national du Cancer	26
	3.3.2	2. Les plans Cancer	26
	3.4.	ÉMERGENCE DES UCOG	28
	3.5.	LES RÉSEAUX RÉGIONAUX EN CANCÉROLOGIE (RRC)	28
	3.6.	SITUATION DE L'ONCOGÉRIATRIE EN NORMANDIE	29
4.	LES SYSTÈ	MES D'ÉVALUATION	30
	4.1.	L'ÉVALUATION ONCOLOGIQUE	30
	4.1.1	L'évaluation des comorbidités	30
	4.1.2	2. L'évaluation fonctionnelle	33
	4.1.3	3. Le score de Lee	35
	4.2.	DÉPISTAGE DE LA FRAGILITÉ GÉRIATRIQUE	36
	4.2.1	I. L'ABCDEF	36
	4.2.2	2. Le VES 13, repérage de la vulnérabilité	38
	4.2.3	3. Le G8	39
	4.3.	L'ÉVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE	40
	4.3.1	1. L'état nutritionnel	41
	4.3.2	2. L'évaluation physique	44
	4.3.3	3. L'évaluation des fonctions sphinctériennes	46

10.	RÉFÉRENCE	S BIBLIOGRAPHIQUES	72
9.		ABLEAUX ET FIGURES	
8.	FRANCE	ROJECTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ PAR CANCER EN EN 2011 ET 2012	65
7.		N	
	6.7.	L'AVIS DU GÉRIATRE EST-IL SUIVI ?	
	6.6.	L'AVIS DU GÉRIATRE SUR LE TRAITEMENT ENVISAGÉ	63
	6.5.	TRAITEMENT CHOISI EN RCP	63
	6.4.	LE PROFIL GÉRIATRIQUE DES PATIENTS.	62
	6.3.	LE PROFIL CARCINOLOGIQUE DES PATIENTS.	60
	6.2.	LE PROFIL DÉMOGRAPHIQUE DES PATIENTS	59
	6.1.	MODE D'ENTRÉE DANS LA CONSULTATION.	58
6.	DONNÉES D	E LA CONSULTATION D'ONCOGÉRIATRIE DU CHIELVR	58
5.	ÉLABORATI	ON ET MISE EN PLACE DU PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS	55
	4.3.8	L'évaluation des médications	54
	4.3.7	L'évaluation des comorbidités	54
	4.3.6	L'évaluation fonctionnelle	51
	4.3.5	L'évaluation de l'environnement social	51
	4.3.4	L'évaluation cognitive et de l'humeur	46

#### 1. INTRODUCTION

Le nombre de patients âgés souffrant de cancers ne cesse d'augmenter au fur et à mesure de l'allongement de la vie. Actuellement, l'espérance de vie moyenne à 86 ans est de 5,8 années pour l'homme et de 6,7 pour la femme. Près d'un tiers des cancers surviennent audelà de 75 ans et les projections épidémiologiques indiquent qu'en 2050 cette proportion atteindra 50 %. Devant ce problème de santé publique, la prise en charge des patients âgés atteints de cancer devient une priorité d'autant plus que cette population est le plus souvent exclue des essais thérapeutiques et particulièrement exposée aux risques de sous ou de sur traitement.

L'oncogériatrie est la réunion des compétences dont le but est d'améliorer l'état de santé des personnes âgées atteintes de cancer. En France, l'oncogériatrie émerge au début des années 2000 puis se développe sous l'impulsion du Plan Cancer. Aux États-Unis, des programmes d'oncologie gériatrique ont été mis en place notamment le *Senior Adult Oncology Program* par Ludovico Balducci et Martine Extermann. La prise en charge américaine est le plus souvent menée par les cancérologues et l'implication des gériatres est nettement moins forte qu'en France. Par ailleurs, l'oncogériatrie française s'est développée selon des modes de fonctionnement adaptés aux conditions sanitaires locales.

L'avancée en âge favorise l'apparition de problèmes médicaux divers rendant les stratégies thérapeutiques des cancers difficilement transposables à celles validées chez le sujet plus jeune. De plus, tous les individus ne vieillissent pas de la même façon ni à la même vitesse. La stratégie thérapeutique doit donc tenir compte des caractéristiques de la tumeur mais également de l'état clinique et fonctionnel du sujet âgé. Les oncologues doivent disposer d'outils de repérage de la fragilité gériatrique permettant d'orienter, si nécessaire, le patient vers le gériatre. L'évaluation oncogériatrique est une évaluation multidisciplinaire et globale : médicale, physique, fonctionnelle, nutritionnelle, psychologique, socio familiale et économique. Elle donne une estimation individuelle de l'espérance de vie et permet de mieux appréhender le rapport bénéfice/risque des thérapeutiques cancéreuses proposées et constitue donc une aide précieuse pour la décision thérapeutique. Elle aboutit à la mise en place de mesures de préventions des risques et à un suivi adapté.

Cette thèse part du constat épidémiologique et des politiques de santé puis décrit la démarche de la prise en charge : évaluation oncologique, dépistage de la fragilité gériatrique et orientation vers la consultation d'oncogériatrie si nécessaire et enfin mise en place du plan personnalisé de soins au sein du Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf Louviers Val-de-Reuil (CHIELVR).

# 2. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

On estime à 18 millions la population de plus de 60 ans en 2020, avec une espérance de vie croissante (de l'ordre de 90 ans en 2020) or l'incidence des cancers augmente avec l'âge. Le cancer est la première cause de mortalité entre 65 et 79 ans, au-delà de 80 ans ce sont les maladies cardiovasculaires puis le cancer [45].

La mesure 6 du plan cancer 2009-2013 préconise la publication d'un rapport de synthèse annuel des données relatives aux cancers et des principaux indicateurs de la politique de lutte contre le cancer.

La publication par l'INCa des projections annuelles de l'incidence et de la mortalité par cancer s'inscrit donc dans cette politique d'observation des cancers. Les nouvelles données sont publiées pour l'année 2011 par les Hospices Civils de Lyon, l'INVS, l'INCa, le réseau des registres du Cancer, FRANCIM et CepiDc-Inserm [41]. Bien que ces registres ne couvrent actuellement qu'environ 20 % du territoire français, leurs données contribuent à une modélisation statistique qui permet de construire des projections représentatives de la population nationale (voir à ce propos les tableaux de l'annexe 8).

Ces projections confirment que le cancer est une pathologie du sujet âgé. En effet, actuellement, 1/3 des cancers touche les personnes âgées de plus de 75 ans. Chez l'homme, 45 % des décès par cancer surviennent au-delà de 75 ans et chez la femme, la proportion passe à 75 %.

# 2.1. Incidence et mortalité des principaux cancers en France chez les sujets âgés

En France, comme dans l'ensemble des pays occidentaux, les cancers occupent une place importante en termes de morbidité et de mortalité. En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine était estimé à plus de 200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme.

Chez l'homme, par ordre de fréquence, on retrouve 1. le cancer de la prostate 2. Le cancer du poumon et 3. Le cancer colorectal. Chez la femme, le cancer du sein est le plus fréquent avant celui du colorectum et du poumon.

En terme de mortalité, le cancer du poumon est, de loin, le plus létal chez l'homme devant le cancer colorectal et celui de la prostate. Chez la femme, le cancer du sein est le plus létal avant les cancers colorectum et du poumon.

L'incidence du cancer augmente avec l'âge. En effet, 211 743 nouveaux cas de cancer surviennent chez les plus de 65 ans (dont 60 % chez les hommes), soit près de 58 % des cancers tous âges confondus. Pour la tranche d'âge des plus de 75 ans, le pourcentage est de 32 % (soit 116 985 cas).

En 2012, les décès par cancers en France ont été estimés à 148 000 (Figure 8-2). En 2011, près de la moitié concernait les sujets de plus 75 ans (74 371 cas). Pour les personnes de plus de 85 ans, le nombre de décès par cancer s'élevait à 30 320 (soit 20,6 % de l'ensemble de la mortalité due au cancer).

#### 2.1.1. Le cancer du poumon

L'incidence du cancer du poumon chez les plus de 75 ans est de 9 875 cas en 2011, soit 25 % de l'incidence totale (Figure 8-5) avec une répartition selon le sexe en 2008 de 24,6 % chez l'homme (soit 5 946 cas) contre 25,6 % chez la femme (soit 2 097 cas) (Tableau 1). Notons que si l'incidence du cancer du poumon chez l'homme augmentait jusqu'en 1960, depuis 2000 on constate un infléchissement. Par contre, chez la femme, l'incidence du cancer du poumon ne cesse d'augmenter. Ceci est rapporté à la consommation tabagique chez la femme qui a triplé en 20 ans.

Le cancer du poumon représente la première cause des décès par cancer en France. Toutefois, 40% des décès surviennent avant 65 ans. En 2011, 9852 sujets de plus de 75 ans ont succombé à un cancer du poumon (soit 33,8 % des décès par cancer du poumon) (Figure 8-1 - les figures référencées dans cette partie sont en annexe). La mortalité par cancer du poumon reste supérieure chez l'homme (6 732 décès chez l'homme de plus de 75 ans contre 2 614 chez la femme de plus de 75 ans (Tableau 1).

L'âge médian du décès par cancer du poumon se situe à 68 ans chez l'homme et 69 ans chez la femme sur la période 2004-2008.

## 2.1.2. Le cancer de la prostate

En 2012, l'incidence du cancer de la prostate était de 53 465 cas (Figure 8-3). La part des plus de 75 ans s'élève à 31,8% (Figure 8-5).

Le cancer de la prostate se situe du 3<sup>e</sup> rang des décès par cancer chez l'homme avec 8 876 cas en 2012 (soit 10 % des décès dus au cancer chez l'homme) (Figure 8-3). L'âge médian du décès est de 80 ans pour la période 2004-2008. En 2011, 76,4 % des décès par cancer de la prostate surviennent chez les plus sujets de plus de 75 ans (Figure 8-1). Le profil évolutif du décès par cancer de la prostate est favorable et cette amélioration est due à l'augmentation des diagnostics à des stades précoces et aux progrès thérapeutiques.

#### 2.1.3. Le cancer du sein

Chez la femme, le cancer le plus fréquent est le cancer du sein (48 763 cas – Figure 8-4). Toutefois, il est important de noter que le pourcentage des femmes de plus de 75 ans pour lequel le diagnostic de cancer du sein est posé n'est que de 20 % (Figure 8-5).

Le cancer du sein est responsable de 11 886 décès (soit 18,8 % des décès par cancer) (Figure 8-4). Pour la période 2004-2008, l'âge médian du décès était de 71 ans. En 2011, le cancer du sein était responsable de 5 178 décès chez la femme de plus de 75 ans (soit 45 % des décès par cancer du sein) (Figure 8-1).

## 2.1.4. Les cancers digestifs

#### • Le cancer du colorectal

Il se situe au 3e rang de l'incidence, quel que soit le sexe et l'âge; le cancer colo-rectal touche, dans 45,8 % des cas, un sujet de plus de 75 ans (soit 18 558 cas incidents) (Figure 8-5). Son incidence est supérieure chez la femme après 75 ans avec des pourcentages pour 2008 de 52 % contre 40 % chez l'homme (Tableau 1). Le cancer colorectal est le deuxième pourvoyeur de décès par cancer en France (17 722 cas en 2012, soit 15 % des décès par cancer) (Figure 8-2). Le profil évolutif est toutefois favorable. L'âge médian du décès est de 75 ans chez l'homme contre 80 ans chez la femme. Chez les plus de 75 ans, le taux s'élève 10 918 décès en 2011 (soit 62 % des décès dus au cancer colorectal (Figure 8-1). En 2008 et chez les plus de 75 ans, 5 051 décès chez les hommes (55,3 %) contre 5 618 chez les femmes (plus de 68 %) étaient recensés (Tableau 2).

#### • Le cancer de l'estomac

L'incidence des cancers de l'estomac chez les plus de 75 ans atteint 48 % (soit 3 131 cas) en 2011 (Figure 8-5). En 2008, la répartition selon le sexe chez les patients de plus de 75 ans était de 59 % chez la femme contre 44 % chez l'homme (Tableau 1). Le cancer de l'estomac est au 6e rang des cancers les plus meurtriers avec 4 411 décès en 2012, dont 2 834 chez l'homme et 1 677 chez la femme (Figure 8-3 et Figure 8-4). Il représente 3,7 % des décès par cancer (Figure 8-2). Sur l'ensemble des décès consécutifs à un cancer de l'estomac, 55 % (soit 2434) concerne les plus de 75 ans (Figure 8-1).

#### 2.1.5. Les cancers urologiques

#### • Le cancer de la vessie

Le cancer de la vessie est plus fréquent chez le sujet âgé et particulièrement chez la femme avec 5 492 cas en 2011 soit 50 % chez les sujets de plus de 75 ans (Figure 8-5). En 2008, la répartition selon le sexe chez les plus de 75 ans était de 62, 2 % chez la femme (soit 1 077 cas) contre 45,4 % chez l'homme (3 515 cas) (Tableau 1).

En terme de mortalité, le cancer de la vessie se situe au 5<sup>e</sup> rang en France avec 4 772 décès en 2012 (soit 4 % des décès par cancer) (Figure 8-2), touchant préférentiellement les hommes avec 3 574 décès contre 1 198 chez les femmes (Figure 8-3 et Figure 8-4).

#### • Le cancer du rein

L'incidence du cancer du rein est supérieure chez l'homme avec en 2008, chez les plus de 75 ans, 1 477 cas chez l'homme contre 946 chez la femme. Le cancer du rein se situe au 7<sup>e</sup> rang des décès par cancer en France. La part des décès des plus de 75 ans représente 54,6% (Figure 8-1).

#### 2.1.6. Points marquants

Globalement, un tiers des nouveaux cas incidents de cancer sont diagnostiqués chez des patients âgés de plus de 75 ans. La part des décès par cancer dans cette population est de 54 % chez la femme et de 44 % chez l'homme.

Le cancer dont l'incidence estimée en 2011 est la plus importante chez les sujets de plus de 75 ans tout sexe confondu est le cancer de la prostate avec 49 396 cas (soit 69,6 %) suivi du cancer colorectal avec 28 688 cas (soit 70,8 %) puis du cancer du poumon avec 20 590 cas (soit 52,1 %) (Figure 8-5).

Ces trois cancers représentent près de 57 % de l'ensemble des cancers dans cette tranche d'âge.

Si l'on considère tous les cancers de façon confondue, l'incidence de cette maladie augmente alors que sa mortalité globale diminue. Le profil de l'incidence et de la mortalité sont toutefois très variables selon le cancer de même que la disparité homme-femme en terme d'évaluation de l'incidence et de la mortalité (en particulier le cancer du poumon chez la femme : augmentation de l'incidence et de la mortalité).

		75-84	ans	85 ans et +				
Localisation	Sexe	Nb de cas	Nb de cas	%	Nb de cas	%	Nb de cas	%
Lèvre, cavité orale,	Н	8277	1579	19,1	1008	12,2	217	2,6
Pharynx	F	2984	509	17,1	520	17,4	321	10,8
<i>a</i>	Н	3360	860	25,6	715	21,3	170	5,1
Œsophage	F	1082	228	21,1	317	29,3	176	16,3
Estomac	Н	4335	1153	26,6	1360	31,4	536	12,4
Estoriac	F	2310	441	19,1	796	34,5	565	24,5
Côlon-rectum	Н	20501	5904	28,8	6310	30,8	1948	9,5
Colon-rectum	F	18422	3918	21,3	6142	33,3	3520	19,1
Foie	Н	5550	1974	35,6	1394	25,1	261	4,7
Tole	F	1549	412	26,6	530	34,2	205	13,2
Pancréas	Н	4417	1310	29,7	1175	26,6	316	7,2
Tancreas	F	3656	890	24,3	1237	33,8	647	17,7
Larynx	Н	2879	659	22,9	439	15,2	102	3,5
Larynx	F	553	116	21,0	90	16,3	32	5,8
Poumon	Н	24235	6752	27,9	5008	20,7	938	3,9
rounon	F	8196	1750	21,4	1622	19,8	475	5,8
Mélanome de la peau	Н	3373	656	19,4	598	17,7	216	6,4
Welahome de la pead	F	4159	629	15,1	616	14,8	320	7,7
Sein	F	54057	11514	21,3	8224	15,2	2900	5,4
Col de l'utérus	F	2907	264	9,1	262	9,0	132	4,5
Corps de l'utérus	F	6135	1705	27,8	1542	25,1	507	8,3
Ovaire	F	4428	1021	23,1	987	22,3	361	8,2
Prostate	Н	83454	33349	40,0	21690	26,0	4460	5,3

>>>

	Tous 65-		65-74	ans 75-84 ans			85 ans et +	
Localisation	Sexe	Nb de cas	Nb de cas	%	Nb de cas	%	Nb de cas	%
V	Н	7635	2080	27,2	2566	33,6	949	12,4
Vessie	F	1732	337	19,5	646	37,3	431	24,9
Rein	Н	5585	1575	28,2	1227	22,0	250	4,5
Kein	F	2515	630	25,0	731	29,1	215	8,5
Système nerveux	Н	2355	549	23,3	341	14,5	61	2,6
central	F	1975	425	21,5	328	16,6	96	4,9
TI -1	Н	1980	281	14,2	124	6,3	19	1,0
Thyroide	F	6214	751	12,1	383	6,2	80	1,3
	Н	5581	1331	23,8	1248	22,4	388	7,0
LMNH	F	4782	1077	22,5	1269	26,5	533	11,1
	Н	779	69	8,9	65	8,3	19	2,4
Maladie de Hodgkin	F	834	51	6,1	57	6,8	15	1,8
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Н	2690	760	28,3	870	32,3	303	11,3
Myélome multiple	F	2256	560	24,8	793	35,2	354	15,7
	Н	1755	333	19,0	363	20,7	125	7,1
Leucémie aiguë	F	1507	257	17,1	316	21,0	157	10,4
Leucémie lymphoïde	Н	1955	579	29,6	551	28,2	186	9,5
chronique	F	1465	372	25,4	485	33,1	236	16,1
<b>T</b>	Н	206013	64920	31,5	50554	24,5	12649	6,1
Tous cancers	F	146818	30390	20,7	31620	21,5	14540	9,9

Tableau 1 Incidence des cancers en fonction de l'âge en France en 2008 (extrait de [16])

FEMMES	Tous	< 75 ans	75-84 ans	85 ans et +
Côlon-rectum	12,6 %	8,7 %	19,5 %	24,1 %
Digestif autre	5,9 %	4,1 %	9,1 %	10,9 %
Poumon	5,6 %	6,1 %	5,1 %	3,3 %
ORL	2,4 %	2,6 %	1,9 %	2,4 %
Sein	36,9 %	42,8 %	26,1 %	19,9 %
Gynécologique	9,2 %	9,7 %	8,8 %	6,9 %
Urinaire	2,9 %	2,2 %	4,4 %	4,4 %
Hématologique	7,4 %	6,6 %	9,3 %	8,9 %
Autres cancers	17,1 %	17,2 %	15,8 %	19,3 %
HOMMES	Tous	< 75 ans	75-84 ans	85 ans et +
Côlon-rectum	10,0 %	8,6 %	12,5 %	15,4 %
Digestif autre	8,6 %	8,2 %	9,2 %	10,1 %
Poumon	11,8 %	12,8 %	9,9 %	7,4 %
ORL	5,4 %	6,6 %	2,9 %	2,5 %
Prostate	40,5 %	40,1 %	42,9 %	35,3 %
Urinaire autre	6,4 %	5,8 %	7,5 %	9,5 %
Hématologique	6,2 %	6,1 %	6,1 %	8,1 %
Autres cancers	11,2 %	11,9 %	9,0 %	11,7 %

Tableau 2 Estimation de l'incidence des cancers par localisation en fonction de l'âge et du sexe en France – année 2008 [16]

		Tous	65-74	4 ans	75-84	4 ans	85 an	s et +
_	Sexe	Nb de	Nb de	%	Nb de	%	Nb de	%
Lèvre, cavité orale,	Н	2839	614	21,6	451	15,9	118	4,2
pharynx	F	735	117	15,9	159	21,6	129	17,6
Œsophage	Н	2850	744	26,1	688	24,1	194	6,8
1 5	F	729	136	18,7	231	31,7	159	21,8
Estomac	Н	2875	680	23,7	959	33,4	466	16,2
	F	1699	262	15,4	569	33,5	560	33,0
Côlon-rectum	Н	9124	2155	23,6	3370	36,9	1681	18,4
	F	8239	1320	16,0	2862	34,7	2756	33,5
Larynx	Н	1007	242	24,0	220	21,8	67	6,7
•	F	133	25	18,8	29	21,8	19	14,3
Poumon	Н	20908	5680	27,2	5318	25,4	1414	6,8
	F	6884	1341	19,5	1770	25,7	844	12,3
Mélanome de la peau	Н	816	181	22,2	204	25,0	85	10,4
	F	690	118	17,1	184	26,7	143	20,7
Sein	F	11236	2128	18,9	2826	25,2	2133	19,0
Col de l'utérus	F	991	120	12,1	173	17,5	166	16,8
Corps de l'utérus	F	1864	438	23,5	656	35,2	423	22,7
Ovaire	F	3114	702	22,5	989	31,8	580	18,6
Prostate	Н	9008	1611	17,9	3902	43,3	2926	32,5
Vessie	Н	3430	789	23,0	1307	38,1	736	21,5
	F	1123	149	13,3	397	35,4	459	40,9
Rein	Н	2413	602	24,9	809	33,5	351	14,5
	F	1379	262	19,0	488	35,4	366	26,5
Système nerveux	Н	1693	393	23,2	302	17,8	78	4,6
central	F	1303	294	22,6	313	24,0	123	9,4
Thyroide	Н	140	36	25,7	46	32,9	18	12,9
	F	244	40	16,4	93	38,1	74	30,3
Lymphome malin non hodgkinien	Н	2122	490	23,1	751	35,4	360	17,0
non noagamen	F	1836	338	18,4	711	38,7	502	27,3
Maladie de Hodgkin	Н	158	28	17,7	35	22,2	15	9,5
	F	122	18	14,8	34	27,9	20	16,4
Myélome multiple	Н	1512	363	24,0	590	39,0	298	19,7
	F	1425	284	19,9	578	40,6	393	27,6
Leucémie aiguë	н	1576	361	22,9	545	34,6	224	14,2
	F	1390	257	18,5	480	34,5	316	22,7
Leucémie lymphoïde	Н	573	123	21,5	235	41,0	148	25,8
chronique	F	462	61	13,2	174	37,7	201	43,5
Tous cancers	Н	84865	20695	24,4	26504	31,2	11937	14,1
	F	60657	11 011	18,2	18933	31,2	14911	24,6

Tableau 3

Distribution des décès par cancer en fonction de l'âge. Estimation de la mortalité en France en 2008 (extrait de [13])

# 2.2. Survie des personnes âgées atteintes de cancer

Les personnes atteintes de cancer peuvent mourir d'autres causes que de leur cancer. Ceci est d'autant plus fréquent chez le sujet âgé par la fréquence des comorbidités associées. Ainsi, il y a lieu de distinguer :

- la **survie observée** chez les patients rend compte de l'ensemble des décès qu'ils soient liés ou non au cancer ;
- la **survie relative** élimine la part des mortalités dues aux autres causes que le cancer

Les femmes ont globalement une meilleure survie relative (Tableau 3).

À partir des données de survie observée et relative (tableaux et figures [16]), nous pouvons conclure que l'âge a un effet délétère sur le pronostic des cancers :

- La mortalité augmente parfois de manière linéaire avec l'âge, par exemple dans les cancers du larynx et de l'ovaire, mais le plus souvent, la mortalité augmente, de façon significative, au-delà de 70 ans, comme dans le cas des cancers colorectaux, œsophagiens et pulmonaires.
- Dans la tranche 65-74 ans, la survie relative à un an du diagnostic de cancer (quel que soit le cancer) est de 72 % pour la période entre 1987 et 1997. La survie relative à 5 ans est de 50 %, avec un taux de survie supérieur chez la femme que chez l'homme.
- Pour les sujets de plus de 75 ans, la survie relative est respectivement de 59 % à 1 an et de 39 % à 5 ans.

	Sujet 65-74 ans	3	9	Sujet de plus de 75 ans	8	9
Survie à 1 an	72 %	68 %	78 %	59 %	53 %	65 %
Survie à 5 ans	50 %	45 %	58 %	39 %	31 %	45 %

Tableau 3 Survie à 1 an et à 5 ans selon l'âge et le sexe

En ce qui concerne le cancer du sein, le risque de mortalité est élevé chez la femme jeune, puis décroit autour l'âge de la ménopause puis augmente de nouveau.

Chez les sujets âgés, ce pronostic médiocre peut être secondaire à l'existence de comorbidités et à une prise en charge du cancer non adaptée à la fragilité gériatrique.

# 3. LES POLITIQUES DE SANTÉ

Les projections du Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC : <a href="www.iarc.fr">www.iarc.fr</a>) estiment que d'ici à 2025, le nombre de nouveaux cancers continuera d'augmenter pour atteindre 19,3 millions par an principalement en raison du vieillissement de la population mondiale. Pour faire face à cette problématique annoncée, des organisations ont été mises en place au niveau mondial qui ont conduit à la naissance de l'oncogériatrie dans le but de produire des recommandations et des référentiels.

Dans la suite, nous nous focalisons sur la Société Internationale d'Oncogériatrie(SIOG) ainsi que sa branche francophone (SoFOG) ainsi que le Plan Cancer qui met en œuvre les recommandations de politique de santé sur le plan national.

#### 3.1. La SIOG

La SIOG (Société Internationale d'Oncogériatrie) est une association à but non lucratif créée en 2000. La SIOG se propose de promouvoir la recherche et la formation en oncogériatrie. Elle est le fruit des premières expériences de mise en commun des pratiques respectives des oncologues médicaux et des gériatres. La SIOG assure le lien entre les différentes sociétés savantes, les Ligues contre le Cancer, les Universitaires, l'industrie pharmaceutique et les professionnels de santé. À l'initiative du Pr Martine Extermann, président de la SIOG entre 2009 et 2011, une brochure présentant les dix priorités de la SIOG fut publiée en 2011.

Ces dix priorités concernent trois domaines principaux :

- 1. Éducation : sensibiliser le public sur l'épidémie du cancer du sujet âgé dans le monde, intégrer l'oncogériatrie dans les programmes d'enseignement médicaux et des infirmières.
- 2. Clinique : développer les cliniques interdisciplinaires en oncologie gériatrique, intégrer l'évaluation gériatrique dans les décisions et les directives en oncologie ; traiter les questions d'accès aux soins, y compris les besoins en aides-soignants.
- 3. **Recherche** : développer, tester et diffuser des outils simples de dépistage ; élaborer une définition claire et opérationnelle de la vulnérabilité/fragilité applicable à l'oncologie ; améliorer la pertinence des essais cliniques pour les personnes âgées ; promouvoir une recherche multidisciplinaire de base et translationnelle sur interactions du vieillissement et du cancer.

La SIOG organise une conférence annuelle, dispose d'outils de communication, d'un site internet (www.siog.org) et d'une revue : the Critical Review in Oncology and hematology) dans laquelle sont régulièrement publiés des travaux spécifiques en oncologie. La SIOG a également mis en place des groupes de réflexion appelés Task Forces, sur la chirurgie, la radiothérapie, la pharmacologie des cytotoxiques, ainsi que sur les questions d'éthique.

#### 3.2. La Société Francophone d'Oncogériatrie

La Société Francophone d'Oncogériatrie (SoFOG) est la branche française de la SIOG. Créée officiellement en avril 2011, elle est l'héritière du GEPOG (Groupe d'Échange de

Pratiques en Oncogériatrie) qui regroupait des oncologues médecins ou chirurgiens ainsi que des gériatres. Le but du GEPOG était de promouvoir une réflexion multidisciplinaire. Des rencontres annuelles étaient organisées depuis 2005.

La SoFOG a pour priorité de former l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des cancers de la personne âgée (médecins, soignants, diététiciennes, assistantes sociales...). Elle plaide pour un accès facilité pour les personnes âgées aux innovations thérapeutiques et travaille sur le parcours de soins spécifique du sujet âgé cancéreux.

### 3.3. Le volet oncogériatrie du Plan Cancer

En France, les projections démographiques prévoient le doublement de la population des plus de 75 ans et des plus de 85 ans entre 2000 et 2030, pour atteindre respectivement 8,3 millions et 2,45 millions de personnes (Institut National de Statistique et des Études Économiques. Espérance de vie à la naissance. www.insee.fr). Or, il est établi que plus de 45 % des cancers surviennent après 75 ans. Des mesures politiques de santé s'imposent donc avec la formation des personnels de santé qualifiés pour une meilleure prise en charge des malades âgés cancéreux.

#### 3.3.1. L'Institut national du Cancer

L'Institut national du Cancer (INCa) a été créé en 2004 dans le cadre du Plan Cancer 2003-2007 avec la mission de fédérer et coordonner la cancérologie. Son rôle est d'initier et soutenir la politique nationale en cancérologie.

# 3.3.2. Les plans Cancer

Lancé le 24 mars 2003, le **Plan cancer 2003-2007** a impulsé une dynamique dans la lutte contre le cancer en France et dans la prise en charge des patients.

Plus précisément, lors des États Généraux de la Ligue nationale contre le cancer le 28 octobre 2004, le président de la République a rappelé que : « parce qu'elles sont souvent exclues des études cliniques, les personnes âgées sont privées du bénéfice immédiat des innovations qui en découlent. L'Institut National du Cancer (INCa) devra identifier rapidement des établissements hospitaliers de référence qui auront pour mission d'adapter la prise en charge des personnes âgées et de contribuer à la formation des personnels soignants sur l'ensemble du territoire ». Cette recommandation se concrétise par la mesure 38 du Plan Cancer du 28 octobre 2004.

Pour cela, l'INCa a mis en place en janvier 2005 une mission d'oncogériatrie au sein de la Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette mission a pour objectif d'implémenter des actions dont le but est de faire bénéficier toutes les personnes âgées atteintes de cancer d'un traitement de qualité (incluant l'accès aux innovations thérapeutiques) les maintenant dans leur cadre de vie sans retentissement négatif sur leur autonomie. Pour cela, il est nécessaire de favoriser un diagnostic précoce des cancers des personnes âgées, d'assurer un égal accès à des soins de qualité de même qu'une prise en charge sociale, d'améliorer la connaissance des besoins en oncogériatrie et enfin de dynamiser la recherche clinique en s'appuyant sur les recommandations cliniques en oncogériatrie validées scientifiquement.

Le **plan cancer 2009-2013** [38] annoncé le 2 novembre 2009 s'inscrit dans la continuité du précédent. Construit à partir du rapport du Professeur Jean-Pierre Grünfeld, il s'engage sur de nouvelles voies faisant face ainsi à trois défis :

- 1. Meilleure prise en compte des inégalités de santé assurant ainsi l'équité et efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre le cancer ;
- 2. Analyse et prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour une prise en charge avant, pendant et après le cancer;
- 3. Renforcement du rôle du médecin traitant permettant une meilleure qualité de vie pendant et après la maladie.

Ce plan est construit autour de 5 axes : recherche, observation, prévention-dépistage, soins et vivre pendant et après le cancer. Il comprend 30 mesures correspondant à 118 actions concrètes pour un budget global de 750 millions d'euros.

Parmi ces trente mesures, certaines concernent plus particulièrement le sujet âgé :

- La mesure 1 prévoit le renforcement des moyens de la recherche pluridisciplinaire notamment de renforcer de 50 % la participation des malades aux essais cliniques. L'effort porte en priorité sur les populations vulnérables et par conséquent les personnes âgées avec l'objectif d'atteindre un taux d'inclusion de 5 % chez les personnes âgées de plus de 75 ans en cinq ans. L'oncogériatrie doit bénéficier de projets de recherche spécifiques notamment sur les stratégies de traitement et l'usage des nouveaux médicaments. Il s'agit donc de permettre l'accès aux innovations et à la recherche aux personnes âgées. De la même façon, l'étude des mécanismes biologiques communs au vieillissement et à la cancérogenèse doit être stimulée.
- La mesure 23 (action 23.4) insiste sur la nécessité de développer des prises en charge spécifiques pour les personnes âgées atteintes de cancer et d'obtenir une réelle coordination entre oncologues et gériatres. Le but est d'offrir aux patients les meilleures chances de guérison tout en conservant une qualité de vie spécifique des personnes âgées.
- La mesure 18 propose que la prise en charge associe les soins et le suivi social en intégrant le médecin traitant et les professionnels de proximité. Le projet est de faire bénéficier 80 % des patients au moins d'un programme personnalisé de soins.
- La mesure 25 concerne la prise en charge sociale personnalisée et l'accompagnement de l'après-cancer. Le but recherché est de faire bénéficier au moins 50 % des patients d'un programme de l'après-cancer. Ce programme prendra en compte les besoins individuels de surveillance médicale et de soutien psychologique et social.

Le **plan cancer 2014-2019** s'inscrit dans la continuité du précédent notamment avec le renforcement des actions visant à la réduction des inégalités face à la maladie. Il est construit autour des quatre axes :

- Accroître des chances de guérisons en surmontant les inégalités sociales et territoriales,

- Préserver la continuité et la qualité de vie,
- Investir la prévention et la recherche,
- Optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre le cancer.

# 3.4. Émergence des UCOG

Deux appels à projets ont été lancés par l'INCa permettant l'émergence des Unités Pilotes de Coordination en Oncogériatrie (UPCOG). À partir des résultats des travaux des UPCOG, l'INCa a lancé en mars 2011 un appel à projets afin de poursuivre le développement de l'oncogériatrie avec le déploiement sur le territoire national d'Unités de Coordination en Oncogériatrie (UCOG).

L'appel à projet de l'INCa de mars 2011 précise le fonctionnement attendu de chaque UCOG. Chaque UCOG est pilotée conjointement par un oncologue et un gériatre et portée par le pôle régional de cancérologie. Elle doit travailler en collaboration avec les établissements autorisés pour le traitement du cancer et s'appuyer sur la filière gériatrique et le Réseau Régional de Cancérologie (RRC).

Par exemple, en Haute-Normandie, sept filières de soins gériatriques sont identifiées et centrées sur le CHU, le CHI Elbeuf-Louviers, le CH de Dieppe, le CH de Fécamp, le GH du Havre, le CHI Évreux-Vernon et le CH de Gisors.

Les UCOG ont également comme objectifs de contribuer au développement de la recherche en oncogériatrique et de soutenir la formation commune aux soignants en cancérologie et en gériatrie. Un comité de pilotage réunit les différents acteurs concernés. Pour pallier l'absence d'UCOG de certaines régions, l'INCA et la Direction Générale d'Offre de Soins (DGOS) ont décidé de créer des Antennes d'OncoGériatrie (AOG) afin de réduire les inégalités de soins et de permettre à toute personne âgée de bénéficier d'une prise en charge d'oncogériatrie. Les AOG sont coordonnées par un oncologue et un gériatre. La structuration oncogériatrique régionale s'appuie donc sur la territorialisation des équipes d'oncogériatrique.

#### 3.5. Les réseaux régionaux en cancérologie (RRC)

Parallèlement aux UCOG, le plan cancer 2003–2007 définit les **réseaux régionaux en cancérologie**. Ces organisations répondent à une mission d'amélioration continue de la qualité des soins en cancérologie, couvrant les activités de traitement et de suivi nécessaires à la prise en charge globale des patients atteints de cancer. Ces réseaux s'inscrivent dans une logique de coordination des différents acteurs de santé de la région. Ils visent l'amélioration des pratiques en cancérologie et la réduction de la morbi-mortalité.

## Ils ont pour missions:

- Promotion et amélioration de la qualité de soins en diffusant à ses adhérents les recommandations nationales et les référentiels ;
- Promotion d'outils de communication au sein de la région (dossier communicant en cancérologie, site internet, outils de visioconférence);
- Soutien à la formation continue des professionnels de santé ;

- Information des professionnels, des patients et du public ;
- Évaluation des membres et des pratiques au sein du Réseau ;
- Promotion de la prévention et du dépistage.

L'objectif est d'améliorer la prise en charge aux différentes phases de la maladie cancéreuse et de garantir des soins de proximité et de qualité.

# 3.6. Situation de l'oncogériatrie en Normandie

En Haute-Normandie, l'AOG est donc reliée à l'UCOG de Basse-Normandie. Elle est coordonnée par un oncologue et un gériatre.

En Haute-Normandie, le Réseau Onco-Normand (RON) créé en 2001 apporte son soutien à l'AOG. Il est coordonné par le Dr Cheru sur Sotteville-les-Rouen.

Le réseau de Basse-Normandie a été créé en 2012.

#### 4. LES SYSTÈMES D'ÉVALUATION

#### 4.1. L'évaluation oncologique

L'évaluation oncologique n'est pas spécifique chez la personne âgée. Elle reste basée sur l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires, qui devront toutefois être adaptés chez le sujet âgé en fonction de leurs effets secondaires.

Les arbres décisionnels thérapeutiques élaborés pour les adultes de moins de 70 ans doivent être adaptés à la fragilité gériatrique. De multiples tests de dépistage de la vulnérabilité gériatrique sont utilisés en oncologie [48][40][35] et incitent l'oncologue à orienter le patient vers le gériatre.

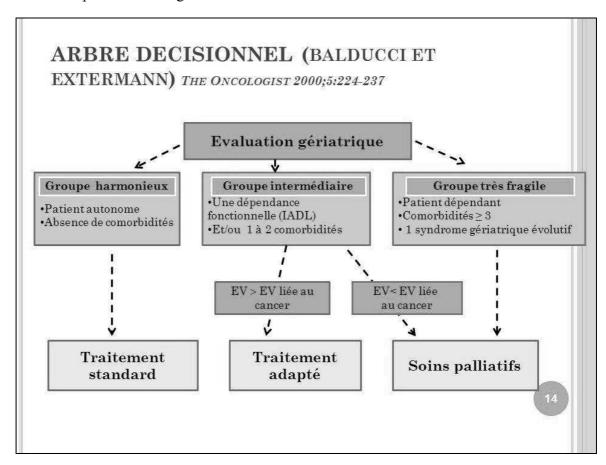


Figure 4-1 Arbre décisionnel de Balducci et Extermann

#### 4.1.1. L'évaluation des comorbidités

L'évaluation des comorbidités doit être rigoureuse car elle constitue un facteur pronostic indépendant du cancer. Les comorbidités peuvent être à l'origine de complications au cours du traitement du cancer [12] voire être des contre-indications au traitement ou encore être sources de mauvaise tolérance thérapeutique avec altération de la qualité de vie [20].

L'analyse de comorbidités peut être faite au moyen de nombreuses échelles [13] [36]. Les plus utilisées sont : Le CIRS (*Cumulative Illness Rating*) et l'échelle de *Charlson*.

#### 4.1.1.1. le CIRS

Le CIRS et sa version gériatrique, le CIRS.G fournissent un degré de la sévérité des maladies organiques dans quatorze systèmes cotés de 0 (pas de problème) à 4 (défaillance d'organe pouvant mettre en jeu le pronostic vital) (Tableau 4).

Système	Pas de problème	Inconfort ou incapacité légère	Incapacité modérée	Incapacité significative chronique	Incapacité grave ou extrêmement grave
	Û	Û	Û	Û	Û
	0	1	2	3	4
Cardiaque					
Vasculaire					
Hématopoïétique					
Respiratoire					
Ophtalmologique et ORL					
Gastro-intestinal supérieur					
Gastro-intestinal inférieur					
Hépatique					
Rénal					
Génito-urinaire					
Ostéomusculaire et cutanée					
Neurologique					
Endocrinien et métabolique					
psychiatrique					

Tableau 4 Mode d'évaluation des 14 morbidités compétitives prises en compte dans le calcul du CIRS.G [35]

# 4.1.1.2. L'échelle de Charlson

L'échelle de Charlson permet de prédire le risque de décès secondaire à une comorbidité dans l'année suivant le diagnostic de cancer en fonction de l'âge. C'est l'outil de morbidité le plus utilisé en cancérologie pour la survie à long terme. C'est un score variant de 0 à 21 établis selon la présence ou l'absence de 16 maladies clairement identifiées et de l'âge du patient (Tableau 5).

Score	Comorbidité
	50-60 ans
	Infarctus du myocarde
	Insuffisance cardiaque
	Maladie vasculaire périphérique
	Maladie cérébrovasculaire
1	Démence
	Maladie pulmonaire chronique
	Connectivite
	Maladie ulcéreuse
	Maladie hépatique modérée
	Diabète
	61-70 ans
	Hémiplégie
	Maladie rénale modérée ou sévère
2	Diabète avec retentissement organique
	Autres tumeurs
	Leucémie
	Lymphome
3	71-80 ans
	Maladie hépatique modérée à sévère
4	81-90 ans
5	Plus de 90 ans
6	Tumeur solide métastasée
U	Sida

Tableau 5 Échelle de comorbidités de Charlson [35]

L'index de comorbidité dépend du score selon le tableau suivant :

Charlson ≤ 3	Faible comorbidité
$4 \le Charlson \le 5$	Comorbidité modérée
$6 \le \text{ Charlson } \le 7$	Comorbidité élevée
Charlson ≥ 8	Comorbidité très élevée

Les seuils pronostics au-delà desquels les patients atteints de cancer ont un risque de mortalité significativement augmenté sont de 4 pour le CIRS.G et de 2 pour le Charlson.

# 4.1.2. L'évaluation fonctionnelle

Les deux échelles les plus utilisées pour l'évaluation fonctionnelle en oncologie sont : le *Performance Status* et le score de Karnofsky. Ces deux outils ne sont pas spécifiques de la personne âgée.

# 4.1.2.1. Le Performance Status

Le *Performance Status* (PS) est un outil d'évaluation fonctionnelle préconisé par l'OMS en oncologie (Tableau 6). Notons qu'il ne prend pas en compte les perturbations fonctionnelles, nutritionnelles ou cognitives du patient.

Activité	Score
Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie	0
Activité physique diminuée, mais ambulatoire et capable de mener un travail	1
Ambulatoire et capable de prendre soin de soi-même. Incapable de travailler et alité moins de 50 % du temps	2
Capable seulement de quelques activités. Alité ou en chaise plus de 50 % du temps	3
Incapable de prendre soin de soi-même Alité ou en chaise en permanence	4

Tableau 6 Performance Status de l'OMS (www.antalvite.fr)

4.1.2.2. Le score de Karnofsky

Le score de Karnofsky [28] est établi en utilisant le tableau suivant :

Description simplifiée	Score	État global	Critère
Peut mener une	100 %	asymptomatique	État général normal sans symptômes ou signes de la maladie
activité normale sans prise en charge	90 %	Symptômes mineurs	Activités normales, mais signes ou symptômes mineurs de la maladie
particulière	80 %	Légèrement limité	Activités normales, mais avec des efforts
	70 %	Assure ses besoins personnels	Peut s'occuper de lui-même, mais incapable de mener une activité normale ou de travailler
Incapable de travailler, mais reste autonome	60 %	Besoin d'assistance ponctuelle	Nécessite une aide occasionnelle, mais peut assurer la plupart de ses soins personnels
et le séjour au domicile est possible	50 %	Besoin d'assistance constante	Nécessite une aide occasionnelle avec des soins médicaux fréquents
	40 %	Handicapé	Semi-autonome, nécessite une assistance médicale constante. Confiné au lit plus de 50 % du temps de veille
Incapable de	30 %	Sévèrement handicapé	Hospitalisation indiquée bien que le décès ne soit pas imminent
s'occuper de lui-même	20 %	Très handicapé	Hospitalisation permanente nécessaire avec besoin d'un soutien intensif
État terminal	10 %	Moribond	Processus fatal progressant rapidement
Ltat tol illilal	0 %	Décès	

Tableau 7 Score ou indice de Karnofsky

## 4.1.3. Le score de Lee

Lee et coll. [29] ont développé et validé un questionnaire en 12 items (Tableau 8) conduisant à un score qui intègre des paramètres de l'évaluation gériatrique standardisée, des comorbidités compétitives et de mesure de la fragilité.

Item	Score
Âge	60-64 : 1 65-69 : 2 70-74 : 3 75-79 : 4 80-84 : 5 85 et + : 7
Sexe	H:2F:0
BMI	BMI < 25 : 1 BMI > 25 : 0
Diabète	non : 0 oui : 1
Cancer (hors cancer cutané)	non : 0 oui : 1
Insuffisance respiratoire	non : 0 oui : 2
Insuffisance cardiaque	non : 0 oui : 2
Tabac	non : 0 oui : 2
Difficultés pour se laver	non : 0 oui : 2
Difficultés pour gérer l'argent	non : 0 oui : 2
Difficultés pour marcher (500 m)	non : 0 oui : 2
Difficultés pour tirer ou pousser des objets lourds (comme un fauteuil)	non : 0 oui : 1

Tableau 8 Le score de Lee

Ce score a une valeur pronostique de la mortalité à 4 ans chez un adulte de plus de 50 ans (Tableau 9).

Score	% de décès à 4 ans
0 - 5	< 4 %
6 - 9	15 %
10 - 13	42 %
≥ 14	64 %

Tableau 9 Estimation du risque de mortalité par le score de Lee

Extermann et coll. [18] ont démontré qu'il n'y a pas de corrélation entre le stade du cancer, les comorbidités compétitives et le niveau d'activité du patient. Il existe une bonne corrélation entre les deux échelles de comorbidité (CIRS.G et CHARLSON) et d'index de dépendance (ADL) et entre le PS et l'ADL et l'IADL.

Il est donc nécessaire de tenir compte des comorbidités et du statut fonctionnel dans la décision thérapeutique.

# 4.2. Dépistage de la fragilité gériatrique

Les outils cités plus haut ne sont donc pas spécifiques de la complexité de la prise en charge de la personne âgée cancéreuse. En effet, il est nécessaire d'ajouter aux critères précédents la recherche de critères psycho-médico-sociaux pour dépister la fragilité gériatrique puis orienter le patient vers la consultation gériatrique.

La fragilité gériatrique correspond à la perte des réserves exposant le patient à un risque de pathologies en cascade en cas de stress. Elle permet de prédire la dépendance et la mortalité.

Un patient âgé est dit fragile s'il présente au moins trois des cinq critères de Fried [22] :

- 1. Sédentarité,
- 2. Perte récente de poids (> 4,5 kg en 1 an),
- 3. Épuisement ou fatigabilité ressentis par le patient,
- 4. Baisse de la force musculaire : mesurée en kilogramme par un dynamomètre hydraulique de main et les résultats sont interprétés par un logiciel en fonction de l'IMC et du sexe,
- 5. Vitesse de marche lente (<0,6 m/s).

Il est dit préfragile si au moins un des critères est présent.

La fragilité gériatrique est un état potentiellement réversible. Les réserves fonctionnelles peuvent ainsi être entretenues ou améliorées. Pour évaluer cette fragilité gériatrique, l'oncologue dispose des trois outils suivants : l'ABCDEF, le VES 13, et le G8. Le premier est un outil de repérage des caractéristiques gériatriques non spécifique à la cancérologie.

# 4.2.1. L'ABCDEF

L'outil ABCDEF [3] développé par le Pr Philippe Chassagne du Service de Médecine Gériatrique du CHU ROUEN a pour objectif de repérer simplement et rapidement six caractéristiques majeures reconnues péjoratives chez le sujet âgé en terme de santé : Autonomie, BMI, Comorbidité, Drugs (ou médicament), Équilibre et Fonctions cognitives.

Il permet de repérer les syndromes gériatriques. Un point est attribué à chaque item s'il est présent (le score maximum est donc de six).

- A Autonomie: *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL, voir Figure 4-2) sur 4 items: utilisation du téléphone, des moyens de transport, gestion du traitement médicamenteux et des dépenses. Un score égal ou inférieur à 3 est synonyme d'une perte d'autonomie débutante. Plus le score est diminué, plus la perte d'autonomie est donc prononcée.
- **B** BMI : ce critère est considéré comme altéré s'il existe :
  - Un amaigrissement involontaire supérieur à 10% du poids au cours des six derniers mois

ou

- Un BMI  $\leq 18.5 \text{ kg/m}^2$
- C Comorbidité: Six comorbidités listées comme les principaux pourvoyeurs de dépendance et de fragilité sont recherchées: Insuffisances cardiaque, respiratoire et rénale (MDRD < 30 ml/min), diabète, syndrome anxiodépressif et antécédent de deux hospitalisations non programmées au cours des six derniers mois.
- **D** Drugs : prescription de 10 médicaments pas jour.
- **E** Équilibre-marche-fracture : ce critère est considéré comme altéré si l'un des trois items suivants est retrouvé :
  - Une chute au cours des six derniers mois.
  - Vitesse de marche inférieure à 0,65 m/s,
  - Fracture ostéoporotique (bassin, fémur, poignet, rachis)
- Fonctions cognitives: Les troubles cognitifs préexistants ou diagnostiqués lors de la consultation par un *Mini cog* (score pathologique < 3)

# Outil ABCDEF

Autonomie diminuée : score ≤ 3 OUI NON

- Justification: une baisse d'au moins une de ces 4 fonctions traduit une perte d'autonomie c'est à dire l'incapacité pour un sujet de planifier une action.
- Cotation : noter 1 point si réalisation possible et 0 si impossible
- Score ≤3 = perte d'autonomie débutante

### INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL)

Téléphone		
Se sert normalement du téléphone	1	
Ou compose quelques numéros très connus	1	
Ou répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
Ou incapable d'utiliser le téléphone	0	
Moyens de transport		
Utilise les moyens de transport public de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	
Ou organise un déplacement en taxi mais autrement n'utilise aucun transport public	1	
Ou utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1	
Déplacements <u>limités</u> en taxi ou en voiture avec l'aide ou l'accompagnement de quelqu'un	0	
Traitement		
Responsable de la prise de son traitement (dose et rythme)	1	
Est responsable de son traitement si doses préparées à l'avance	0	
Ou est incapable de prendre seul ses médicaments même si préparés à l'avance	0	
Argent		
Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	NA	
Gère ses finances de facon autonome	1	
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants		
Incapable de manipuler l'argent	0	
	/ 4	

Figure 4-2 L'IADL pour l'outil ABCDEF [4]

# 4.2.2. Le VES 13, repérage de la vulnérabilité

Le VES 13 (*Vulnerable Elderly Survey*) est un auto-questionnaire composé de 13 items [Tableau 10]. Les patients doivent y reporter leur âge, leurs capacités à effectuer 5 activités physiques, 5 activités fonctionnelles et apprécier leur état de santé. Le score final varie entre 0 et 10 (10 correspondant au risque maximal). L'étude de validité a démontré qu'un score  $\geq$  3 était associé à un risque de mortalité 4 fois supérieur ou de déclin fonctionnel à 2 ans.

	Score
Âge	
75-84	1
≥ 85	3
État de santé autoévaluée	
Bon ou excellent	0
Médiocre ou mauvais	1
Activités basales et instrumentales de la vie quotidienne Aide nécessaire pour	
Faire les courses	1
Gérer son budget	1
Faire les activités ménagères	1
Se lever d'un fauteuil	1
Se laver	1
Aide pour les activités	
Se pencher, se baisser, s'agenouiller	1
Tirer ou porter une charge (5kg)	1
Écrire/tenir des objets petits	1
Étendre ses bras à hauteurs des épaules	1
Marcher 500m	1

Tableau 10 VES 13 : Score de détection du sujet âgé vulnérable adaptation française d'après Saliba et coll.

### 4.2.3. Le G8

En 2007, l'INCa a lancé le projet ONCODAGE dont le but était de valider un outil de dépistage de la fragilité gériatrique.

Le G8 est un questionnaire, comportant 8 items (Tableau 11). Il peut être rempli par une I.D.E. ou un médecin. Il nécessite peu de temps et collige les données nutritionnelles, le « ressenti » cognitif (sans réelle évaluation), l'âge et l'autonomie locomotrice du patient. Le résultat est compris entre 0 à 17. Un score  $\leq$  14 est le reflet d'une vulnérabilité ou d'une fragilité gériatrique et permet d'orienter le patient vers une consultation gériatrique.

Le G8 a été comparé en aveugle à l'EGA (Évaluation Gériatrique Approfondie), considérée comme le Gold Standard de l'évaluation gériatrique : globalement la sensibilité du G8 est de 76,5 % avec une spécificité de 64,4 %.

L'INCa incite à l'utilisation quotidienne du G8 et encourage la formation des thérapeutes (oncologues, chirurgiens, radiothérapeutes, spécialistes...).

Items	Réponses possibles (score)	
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ?	0 : anorexie sévère	
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs,	1 : anorexie modérée	
difficultés de mastication ou de déglutition ?	2 : pas d'anorexie	
	0 : perte de poids > 3 kg	
Parta rácenta de neida (<2 mais)	1 : ne sait pas	
Perte récente de poids (<3 mois).	2 : perte de poids entre 1 et 3 kg	
	3 : pas de perte de poids	
	0 : du lit au fauteuil	
Motricité	1 : autonome à l'intérieur	
	2 : sort du domicile	
	0 : démence ou dépression sévère	
Problèmes neuropsychologiques	1 : démence ou dépression modérée	
	2 : pas de problème psychologique	
	0: IMC < 18,5	
Indice de masse corporelle	1: IMC = 18,5  à  IMC < 21	
muice de masse corporene	2 : IMC = 21 à IMC < 23	
	3: IMC = 23  et > 23	
Prend plus de 3 médicaments	0 : oui	
Frend plus de 3 medicaments	1 : non	
	0 : moins bonne	
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de	0,5 : ne sait pas	
son âge	1 : aussi bonne	
	2 : meilleure	
	0:>85	
Âge	1:80-85	
	2:<80	
SCORE TOTAL	0-17	

Tableau 11 Les huit items de l'outil G8

# 4.3. L'Évaluation oncogériatrique

Ludovico Balducci et Martine Exterman [19] ont défini trois typologies de malades et les modalités de PEC d'un cancer pour chaque catégorie :

- Vieillesse réussie : justifiant une PEC optimale
- Situation évidente de cancer évolué et/ou métastasé chez un patient polypathologique : PEC palliative (soins de confort)

- Usuels : les plus fréquents avec nécessité d'évaluation pour leur proposer un traitement adapté à leur état de santé et à leur maladie cancéreuse.

L'intervention du gériatre peut se faire en pré-thérapeutique ou au cours du traitement. Il est sollicité par l'oncologue en tant que consultant dès lors qu'une fragilité gériatrique est suspectée.

En pré-thérapeutique, l'oncologue évalue l'état de santé de la personne âgée tant sur le plan oncologique que général pour statuer sur la faisabilité du traitement notamment. Il peut ensuite orienter la personne âgée vers le gériatre en fonction des résultats des différents tests de vulnérabilité gériatrique. Le gériatre a alors un rôle de concertation et apporte son aide dans la décision thérapeutique de l'oncologue.

Le gériatre peut être sollicité en préopératoire d'une tumeur primitive ou en postopératoire avant une décision de chimiothérapie ou d'une radiothérapie.

En post-thérapeutique, le gériatre intervient dans le suivi du patient âgé cancéreux dans le but de maintenir sa qualité de vie et d'organiser son devenir.

La prise en charge du sujet âgé cancéreux nécessite d'avoir une vision globale de son état médicosocial.

L'évaluation oncogériatrique comprend un examen clinique complet, utilise des outils standardisés, validés et reconnus au niveau international [6][8][11] ou des questionnaires de détection.

Elle se définit comme une approche globale de l'état de santé du sujet âgé atteint de cancer sur le plan multidimensionnel et interdisciplinaire [46][47].

L'évaluation oncogériatrique permet d'adopter un langage commun entre les différents intervenants, d'estimer l'espérance de vie de la personne âgée, de prévoir la tolérance au traitement du cancer et d'identifier les différents facteurs pouvant interférer avec le traitement carcinologique [45] (dépression, dénutrition, anémie, neutropénie [7]).

L'évaluation oncogériatrique permet un meilleur diagnostic des comorbidités, une amélioration de l'état fonctionnel et cognitif, une diminution des traitements [43]. Son objectif principal est de limiter la dépendance et d'aider à l'établissement du programme médicosocial personnalisé de soin du sujet âgé cancéreux.

Cependant, il n'existe aucune preuve que l'évaluation oncogériatrique améliore le pronostic en termes de morbi-mortalité et les données de la littérature sont contradictoires à ce sujet [32][43][50] [51].

### 4.3.1. L'état nutritionnel

L'évaluation nutritionnelle comprend des mesures anthropométriques (P, T, IMC) et la réalisation d'un test *Mini Nutritional Assessment (MNA*: Figure 4-3). Elle est complétée par des examens biologiques simples (albuminémie, préalbuminémie) et par l'évaluation de la déglutition, de l'état buccal et de la mastication.

La dénutrition est diagnostiquée si l'un ou plusieurs des critères suivants sont trouvés (définition de la Haute Autorité de Santé [24]) :

- Perte de poids  $\geq 5$  % en un mois ou  $\geq 10$  % en six mois
- IMC  $\leq 21$
- Albuminémie  $\leq 35 \text{ g/l}$
- MNA global < 17 %

On parle de dénutrition sévère lorsque l'un ou plusieurs des critères suivants sont vérifiés :

- Perte de poids  $\geq 10$  % en un mois ou  $\geq 15$  % en six mois
- IMC < 18
- Albuminémie < 30 g/l

La dénutrition majore le risque de morbidité et de mortalité, augmente la toxicité de la chimiothérapie [7] et de la radiothérapie ainsi que la fréquence des infections nosocomiales [26]. De plus, elle est responsable de la diminution de la qualité de vie (fonte musculaire et diminution de la motricité). C'est donc un temps essentiel de l'examen clinique. En effet une perte de poids dépassant 15 % est constamment associée à une altération du pronostic indépendamment de la maladie cancéreuse. La prévalence globale de la dénutrition tous cancers confondus est de l'ordre de 40 %.

La sarcopénie a un retentissement sur les performances fonctionnelles musculaires avec comme conséquence une augmentation du risque de chutes et donc de fractures, de dépendance et de mortalité [25].

La cachexie en cancérologie est d'origine multifactorielle [5] : anorexie psychogène, liée à la tumeur maligne, liée à la sécrétion par l'hôte de substances cachectisantes ou secondaire au traitement du cancer (hypercatabolisme, périodes de jeûne, réduction des apports alimentaires).

#### EVALUATION de l'ETAT NUTRITIONNEL Mini Nutritional Assessment MNA DEPISTAGE 1) Le patient présente-t-il une perte 5. Consomme-t-il? d'appétit? -1 fois/J au - des produits laitiers ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque oui d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de -1 ou 2 fois/semaine des œufs ou des mastication ou de déglutition légumineuses? o- anorexie sévère oui 1 - anorexie modérée -chaque jour de la viande, du poisson ou de 2 - pas d'anorexie la volaille? oui 2) Perte récente de poids (< 3 kg)? 0 - si 0 ou 1 oui o - perte de poids > à 3 kg 0.5 - si 2 oui 1 - ne sait pas 1 - si 3 oui 2 - perte de poids entre 1 et 3 kg 3 - pas de perte de poids Consomme-t-il 2 fois/J au - des fruits ou des légumes? 3) Motricité? 0 - non 1 - oui o - du lit au fauteuil 1 – autonome à l'intérieur 7. Combien de verres de boisson consomme-t-il/J? 2 - sort du domicile П Eau, jus, café, thé, lait, vin, bière... - moins de 3 verres 4) Maladie aiguë ou stress 0.5 - de 3 à 5 verres psychologique lors des 3 derniers 0 - + de 5 verres mois? o - oui 2 - non 8. Manière de se nourrir ? 0 - nécessite une assistance 5) Problèmes neuro-psychologiques 1 - se nourrit seul avec difficulté o - démence ou dépression sévère 2 - se nourrit seul sans difficulté 1 - démence ou dépression modérée 2 - pas de problème psychologique [ 9. Le patient se considère-il bien nourri (problèmes nutritionnels)? 6) Indice de masse corporelle (IMC: 0 - malnutrition sévère poids/(taille)2 en kg/m2) 1 - ne sait pas ou malnutrition modérée o - IMC<19 2 - pas de problème de nutrition 1 - 19 ≤ IMC < 21 $2 - 21 \le IMC < 23$ 10. Le patient se sent-il en meilleure ou en moins $3 - IMC \ge 23$ bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0 - CB < 21 SCORE de DEPISTAGE (sur 14 points) 0.5 - 21 ≤ CB ≤ 22 12 points ou + : normal pas besoin de continuer l'évalutation 1 - C > 22 11 points ou - : possibilité de malnutrition 11. Circonférence brachiale (CB en cm)? continuez l'évaluation\_ 0 - CB < 21 0.5 - 21 ≤ CB ≤ 22 **EVALUATION GLOBALE** 1 - CB > 22 1. Le patient vit-il de façon indépendante 12. Circonférence / mollet (CM en cm)? à domicile? 0 - CM <31 1 - CM≥31 0 - non1 - oui**EVALUATION GLOBALE** 2. Prend-il plus de 3 médicaments? (sur 16 points max.) 1 - non Score de dépistage 3. Escarres ou plaies cutanées ? Score total (30 points max.) o - oui APPRECIATION de l'ETAT UTRITIONNEL Combien de véritables repas le patient prend-il de 17 à 23.5 : RISQUE DE MALNUTRITION par jour?

Figure 4-3 Questionnaire du MNA

0 - 1 repas

2 - 3 repas

1 - 2 repas

- de 17: MAUVAIS ETAT NUTRITIONNEL

# 4.3.2. L'évaluation physique

L'évaluation physique comporte un examen clinique neurologique, ostéo-articulaire, ophtalmologique, vasculaire... Le gériatre recherche des antécédents de chutes et fait pratiquer différents tests de motricité à la personne âgée [45].

Outre le risque de mortalité, les chutes chez le sujet âgé comportent des risques de traumatisme et de fractures, de station prolongée au sol (rhabdomyolyse, hypothermie, escarres, pneumopathie d'inhalation...) compromettant le maintien de l'autonomie.

Chez le sujet âgé, le risque de chute est majoré en cas de cancer: anémie, fatigue, dénutrition, déconditionnement physique, réduction des activités, effets indésirables des traitements. De plus, les conséquences des chutes sont potentiellement graves :

- risque de fracture (métastases osseuses, carences en vitamine D, dénutrition) ;
- risque hémorragique en cas de thrombopénie sous chimiothérapie ;
- risque de la perte de l'indépendance pour les activités de la vie quotidienne.

Les tests pratiqués pour l'évaluation physique sont la vitesse de marche et le GET UP and Go Test (Figure 4-4). Le *Tinetti* (épreuve de mouvement et de posture) est un outil de recherche non utilisé en oncogériatrie.

# Évaluation de la vitesse de marche

Elle est mesurée sur une courte distance (4 à 5 mètres). Elle doit être ajustée en fonction de l'âge, du sexe et de la taille [9].

Sexe	Taille	Critère de fragilité
Н	≤ 173 cm	≥ 7 secondes
П	> 173 cm	≥ 6 secondes
F	≤ 159 cm	≥ 7 secondes
F	> 159 cm	≥ 6 secondes

Tableau 12 Critères de la fragilité évaluée par le temps de marche nécessaire pour parcourir 4,5 mètres en fonction du sexe et de la taille [35]

La mesure de la vitesse de marche prend peu de temps. À moindre coût, c'est un indice fiable de l'évaluation fonctionnelle du sujet âgé. Elle permet de dépister les risques d'une perte d'autonomie, d'une entrée en institution et de chute [1][37]. De plus, cette mesure permet d'estimer l'espérance de vie du sujet âgé [44].

# **GET UP and GO TEST**

EVALUATION de l'EQUILIBRE DYNAMIQUE et de la MARCHE (en 30 -60 sec.)

MOBILISATION	SCORE
- Equilibre assis sur une chaise à dossier	
Pas d'instabilité	1
Lenteur d'exécution	2
Hésitations	3
Marche ébrieuse ou trébuchante ou mise en jeu de mouvement des bras et du tronc	4
Risque permanent de chute	5
2 - Transfert assis <> debout	
Pas d'instabilité	1
Lenteur d'exécution	2
Hésitations	3
Marche ébrieuse ou trébuchante ou mise en jeu de mouvement des bras et du tronc	4
Risque permanent de chute	5
- Equilibre debout avant la marche	
Pas d'instabilité	1
Lenteur d'exécution	2
Hésitations	3
Marche ébrieuse ou trébuchante ou mise en jeu de mouvement des bras et du tronc	4
Risque permanent de chute	5
4 - Equilibre lors de la marche	
Pas d'instabilité	1
Lenteur d'exécution	2
Hésitations	3
Marche ébrieuse ou trébuchante ou mise en jeu de mouvement des bras et du tronc	4
Risque permanent de chute	5
5 - Equilibre lors d'un demi-tour	
Pas d'instabilité	1
Lenteur d'exécution	2
Hésitations	- 3
Marche ébrieuse ou trébuchante ou mise en jeu de mouvement des bras et du tronc	4
Risque permanent de chute	5
6 - Marche en direction d'une chaise	
Pas d'instabilité	1
Lenteur d'exécution	2
Hésitations	3
Marche ébrieuse ou trébuchante ou mise en jeu de mouvement des bras et du tronc	4
Risque permanent de chute	5
7 - Tour de la chaise	
Pas d'instabilité	1
Lenteur d'exécution	2
Hésitations	3
Marche ébrieuse ou trébuchante ou mise en jeu de mouvement des bras et du tronc	4
Risque permanent de chute	5
Fransfert debout <> assis	
Pas d'instabilité	1
Lenteur d'exécution	2
Hésitations	3
Marche ébrieuse ou trébuchante ou mise en jeu de mouvement des bras et du tronc	4
Risque permanent de chute	5
TOTAL (meilleur score 8)	

Figure 4-4 Get up and go test

# 4.3.3. L'évaluation des fonctions sphinctériennes

Elle comprend l'examen du pelvis, les touchers et la recherche d'une incontinence.

# 4.3.4. L'évaluation cognitive et de l'humeur

La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquent en oncologie et en gériatrie. Les critères diagnostiques sont les mêmes que le sujet jeune, mais la présentation clinique chez le sujet âgé est souvent atypique : les plaintes somatiques sont au premier plan et peuvent être confondues avec la symptomatologie cancéreuse. La dépression diminue la qualité de vie, la compliance au traitement et le statut fonctionnel. De plus, elle augmente le risque de mortalité et de suicide [15].

L'évaluation thymique fait appel à un test de détection tel que le *Geriatric Depression Scale* (Figure 4-5), le mini GDS plus réduit et plus simple à réaliser (Tableau 13).

# QUESTIONNAIRE GDS15 (Geriatric Depression Scale)

Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur votre vision de la vie et sur votre moral. Merci de répondre par OUI ou par NON à chaque question. Si vous avez un doute : merci de précisez s'il tend plutôt vers un oui ou vers un non (ou : y a-t-il plus de bons jours ou de mauvais jours ?).

1.	Etes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez?	Oui = 0 Non = 1 $\square_{o_1}$
2.	Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts?	Oui = 1 Non = 0 $\square_{02}$
3.	Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie?	Oui = 1 Non = 0 $\square_{03}$
4.	Vous ennuyez-vous souvent?	Oui = 1 Non = 0 $\square_{04}$
5.	Avez-vous la plupart du temps un bon moral?	Oui = 0 Non = 1 $\square_{o_5}$
6.	Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave?	Oui = 1 Non = 0 $\square_{66}$
7.	Etes-vous heureux(se) la plupart du temps?	Oui = 0 Non = 1 $\square_{07}$
8.	Eprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance?	Oui = 1 Non = 0 $\square_{08}$
9.	Préférez-vous rester chez vous au lieu de sortir pour faire de nouvelles activités?	Oui = 1 Non = 0 $\square_{09}$
10	. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens?	Oui = 1 Non = 0 $\square_{10}$
11	. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle?	Oui = 0 Non = 1 $\square_{11}$
12	2. Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel?	Oui = 1 Non = 0 $\square_{12}$
13	3. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie?	Oui = 0 Non = 1 $\square_{13}$
12	1. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?	Oui = 1 Non = 0 $\square_{14}$
1:	5. Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous?	Oui = 1 Non = 0 $\square_{15}$
7	TOTAL	16

Figure 4-5 Geriatric Depression Scale

# Mini GDS (score normal: 0)

- 1. Vous sentez-vous souvent découragé et triste ?
- 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?
- 3. Êtes-vous heureux la plupart du temps?
- 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?

Tableau 13 Mini GDS

Les troubles cognitifs sont recherchés par un interrogatoire minutieux et par la réalisation de tests comme le *Mini Mental State Examination* (Figure 4-6), complété éventuellement du test de l'horloge (Tableau 14) réalisant alors une évaluation appelée Mini Cog (Tableau 15) et du test de Dubois (On présente une liste de cinq mots et on demande de les lire à haute voix et de les retenir).

# **Test de l'horloge** (score normal : 7/7)

- 1. Les chiffres de 1 à 12 sont présents
- 2. Les chiffres sont placés dans le bon ordre
- 3. Les chiffres sont bien positionnés
- 4. Les deux aiguilles sont dessinées
- 5. L'aiguille indiquant l'heure est bien positionnée
- 6. L'aiguille indiquant les minutes est bien positionnée
- 7. Les tailles différentes des deux aiguilles sont respectées et exactes

Tableau 14 Test de l'horloge

# Mini Cog

Il combine le rappel de 3 mots (citron, clé, ballon / cigare, fleur, porte) et le test de l'horloge. Il a été étudié sur des populations ambulatoires sur lesquelles il a une bonne sensibilité et spécificité. Il n'est pas un test diagnostic. Son indépendance par rapport au niveau éducatif du patient a été démontrée.

# **Réalisation** (moins de 5 mn):

- Rappel libre des mots (non coté)
- Test de l'horloge : 2 consignes successives :
  - 1. Sur un cercle de 10cm de diamètre, placer tous les chiffres des heures
  - 2. Dessiner 2 aiguilles en indiquant une heure sur deux quadrants opposés (ex : 4 heures moins le quart)
- Rappel différé des 3 mots éventuellement avec indice

**Cotation**: score global: 5 points

- 1 point par mots rappelés
- 2 points pour le test de l'horloge réussi

Valeur seuil < 3 points

Tableau 15 Mini Cog [30]

Dépression et démence sont négligées une fois sur deux, mais sont pourtant présentes dans 30 % des cas après 80 ans. Or lorsqu'elles sont négligées, elles exposent le patient à une perte d'autonomie et à des difficultés thérapeutiques dans la conduite du traitement anticancéreux. La démence ne doit pas être une raison suffisante à l'abstention thérapeutique. En cas de syndrome démentiel, le problème d'obtenir le consentement éclairé du patient se pose. Le risque de confusion est majeur lié au terrain et aux traitements associés à une éventuelle chimiothérapie (anticholinergiques, corticothérapie, inhibiteur de la 5' aromatase).

L'évaluation du sommeil et la recherche d'une somnolence diurne complètent cette évaluation.

Si la réponse	TION	/1
1 Consulta	ate complète d'aujourd'hui ? est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :	
	année sommes-nous ?	
<ol><li>En quelle</li><li>En quel m</li></ol>	ois?	
<ol> <li>Quel jour</li> <li>Quel jour</li> </ol>	du mois ? de la semaine ?	
Je vais vous p	oser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.	L
<ol><li>Quel est le</li></ol>	nom de l'hôpital où nous sommes ? e ville se trouve-t-il ?	
8. Quel est le	nom du département dans lequel est située cette ville ?	
9. Dans quel 10. A quel ét	e province ou région est située ce département ? age sommes-nous ?	
V40-22-22-22-22-22-22-22-22-22-22-22-22-22	CEI	
APPRENT		/3
Je vais vous di redemanderai i	re trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les out à l'heure.	
11. Cigare	ou Citron ou Fauteuil	
<ol> <li>Fleur ou</li> <li>Ballon</li> </ol>	Clé ou Tulipe ou Canard	
Répéter les 3 n	ots.	7
7965	N et CALCUL	15
Voulez-vous co 14. 93	mpter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?	
15. 86 16. 79		
17. 72		
18. 65		Ĭ
	ets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : eler le mot MONDE à l'envers ?	
	00000000 1 MARCO 201000 41 (5000 MC000000000000000000000000000000000	
RAPPEL		/3
Pouvez-vous m	e dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ? Citron ou Fauteuil	Proof.
12. Fleur ou	Clé ou Tulipe	
13. Porte ou	Ballon ou Canard	
LANGAGE		/8
	On. 22. Quel est le nom de cet objet ?	
	iontre. 23. Quel est le nom de cet objet ? et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »	
Poser une feuil	e de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :	(500)
<ol> <li>Prenez cette</li> <li>Pliez-la en de</li> </ol>	euille de papier avec votre main droite,	
27. Et jetez-la pa	terre, »	
1 endre au sujet 28. « Faites ce qu	une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet : i est écrit ».	
Tendre au sujet	une feuille de papier et un stylo, en disant :	
zy. « Voulez-vou	s m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »	
	CONSTRUCTIVES	/1
	une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »	
		_
TOTAL /	30	
I GAMAI 1		1
	Section was	
	DESSINEZ MOI	
	_	

Figure 4-6 Mini Mental State Examination

### 4.3.5. L'évaluation de l'environnement social

Elle évalue les conditions de logement, l'aide humaine (famille, voisins, aide professionnelle), le niveau d'études, la profession, les revenus (plus ou moins recours à l'assistante sociale), le niveau de protection sociale et enfin l'étude de la tolérance physique et psychologique des aidants naturels.

# 4.3.6. L'évaluation fonctionnelle

L'évaluation de l'état de santé du patient en oncologie doit être complétée par la mesure du niveau d'activité du patient (aptitude de la personne âgée à s'insérer dans la société). Elle regroupe le test des activités de base de la vie quotidienne (AVQ ou ADL pour *Activities of Daily Living* – Figure 4-7) et le test des activités instrumentales de la vie quotidienne (ou IADL pour *Instrumental Activities of Daily Living* – Figure 4-8).

# QUESTIONNAIRE ADL

# (Activities of Daily Living)

aucho hain ou dougha)		
lavabo, bain ou douche)	1	
besoin d'aucune aide. besoin d'aide pour une partie du corps (dos ou jambes).	1/2	
besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible.	0	
besoil traine pour la tollette de plusieurs parties du corps, ou tollette impossible.		
Habillage :		
prend ses vêtements dans l'armoire ou les tiroirs, sous-vêtements et vêtements d'extérieur		
compris ; utilise boutons et fermeture éclair.)		
besoin d'aucune aide.	1	
besoin d'une aide uniquement pour lacer ses chaussures.	1/2	
besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou rester partiellement ou complètement déshabillé(e).	0	
Aller aux W.C.:		
(pour uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)		
besoin d'aucune aide (aide possible pour se rendre aux W.C. : canne, fauteuil roulant,		
utilise lui-même le bassin).	1	
besoin d'une aide.	1/2	
Ne va pas aux W.C. ou n'utilise pas le bassin.	0	
Locomotion:  besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).	1	
besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut	1 1/2	
besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).		
besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).  besoin d'une aide.  Ne quitte pas le lit.	1/2	
besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).  besoin d'une aide.  Ne quitte pas le lit.	1/2	
besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).  besoin d'une aide.  Ne quitte pas le lit.  Continence:	½ 0	
besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).  besoin d'une aide.  Ne quitte pas le lit.  Continence:  contrôle complet des urines et des selles.	1/ <sub>2</sub> 0	
besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur). besoin d'une aide. Ne quitte pas le lit.  Continence: contrôle complet des urines et des selles. Accidents occasionnels. Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.	1/ <sub>2</sub> 0	
besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).  besoin d'une aide.  Ne quitte pas le lit.  Continence:  contrôle complet des urines et des selles.  Accidents occasionnels.  Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.  Alimentation:	1/ <sub>2</sub> 0	
besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).  besoin d'une aide.  Ne quitte pas le lit.  Continence:  contrôle complet des urines et des selles.  Accidents occasionnels.  Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.  Alimentation:  besoin d'aucune aide.	1/2 0 1 1/2 0	
besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).  besoin d'une aide.  Ne quitte pas le lit.  Continence:  contrôle complet des urines et des selles.  Accidents occasionnels.  Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.  Alimentation:  besoin d'aucune aide.  besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain.	1/2 0 1 1/2 0	
utiliser un support comme une canne ou un déambulateur). besoin d'une aide. Ne quitte pas le lit.  Continence: contrôle complet des urines et des selles. Accidents occasionnels. Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.  Alimentation: besoin d'aucune aide.	1 1/2 0 1 1 1/2 1 1/2 1 1/2	

Figure 4-7 Activities of Daily Living

### QUESTIONNAIRE IADL (Instrumental Activities of Daily Living) A. Capacité à utiliser le téléphone : Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros etc.... 1 Je compose un petit nombre de numéros bien connus. 1 Je réponds au téléphone mais n'appelle pas. 1 Je suis incapable d'utiliser le téléphone. 0 B. Faire les courses : Je fais toutes mes courses de façon indépendante. 1 Je fais seulement les petits achats tout(e) seul(e). 0 J'ai besoin d'être accompagné(e), quelle que soit la course. 0 Je suis totalement incapable de faire les courses. 0 C. Préparation des repas : Je prévois, prépare et sers des repas de façon indépendante. 1 Je les prépare si on me fournit les ingrédients. 0 Je suis capable de réchauffer des plats déjà préparés. 0 J'ai besoin qu'on me prépare et serve les repas. 0 D. Entretien de la maison : J'entretiens la maison seul(e) ou avec une aide occasionnelle, par exemple pour les gros Je ne fais que les petits travaux d'entretien quotidiens (vaisselle, lit, petit bricolage...) 1 Je fais les petits travaux, mais sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant. 1 J'ai besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien de la maison. 1 Je ne peux pas participer du tout à l'entretien de la maison. 0 E. Lessive: Je fais toute ma lessive personnelle ou la porte moi-même au pressing. 1 Je lave les petites affaires. 1 Toute la lessive doit être faite par d'autres. 0 F. Moven de transport : Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture) 1 Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus. 1 Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e). 1 Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e). 0 Je ne me déplace pas du tout. 0 G. Responsabilité pour la prise des médicaments : Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire . 1 Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance. 0 Je suis incapable de les prendre de moi-même. 0 H. Capacité à gérer son budget : Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures ...). Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses). Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour. 0 TOTAL /8

Figure 4-8 Instrumental Activities of Daily Living

Comme signalé dans [14], il est intéressant de noter qu'une dépendance pour les activités de base de la vie quotidienne (ADL) est corrélée à une réduction de l'espérance de vie tandis qu'une dépendance pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) est corrélée à une réduction de la tolérance de la chimiothérapie.

# 4.3.7. L'évaluation des comorbidités

L'évaluation des comorbidités a été décrite précédemment au chapitre 4.1.1. page 30

# 4.3.8. L'évaluation des médications

L'objectif est de repérer la polymédication, d'effectuer un tri et de repérer les risques d'interférences entre les différents traitements.

# 5. ÉLABORATION ET MISE EN PLACE DU PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS

Lorsque que le cancer est diagnostiqué chez le sujet âgé et fragile, la démarche oncogériatrique permet une prise en charge optimale alliant une évaluation gériatrique approfondie, l'expertise cancérologique et l'élaboration d'un PPS, respectant toutes les caractéristiques du malade âgé, de la tumeur et de l'environnement du patient.

La mesure 32 du plan cancer oblige tout établissement prenant en charge des patients atteints de cancer à être rattaché à une cellule qualité particulière appelée le 3C (CCC : Centre de Coordination en Cancérologie).

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des patients confirme un certain nombre de droits détaillés dans le plan cancer 1 :

- Droit d'être informé sur sa maladie complètement (avec un minimum de précaution et d'humanité). C'est le dispositif d'annonce.
- Droit d'être traité selon les normes scientifiques actuelles (les référentiels), or les sujets âgés étaient souvent exclus des essais thérapeutiques [21], la recherche clinique doit donc se développer.
- Droit d'avoir son cas discuté par plusieurs spécialistes pour un traitement mieux adapté (RCP).
- Droit de connaître le programme et les détails de la prise en charge (PPS).
- Droit d'avoir un dossier unique circulant entre les différents médecins s'occupant du patient (dossier communicant).
- Droit d'être pris en charge non comme « porteur » d'une tumeur mais comme individu souffrant ayant des difficultés au quotidien (les soins de support).
- Droit de disposer d'informations générales sur le cancer, sur les traitements, sur leurs conséquences.

La prise en charge thérapeutique oncogériatrique est réellement différente de la pratique cancérologique habituelle, essentiellement axée sur le traitement de la tumeur. Les stratégies thérapeutiques des personnes âgées sont difficilement superposables aux pratiques validées chez le sujet plus jeune. Cependant, les personnes âgées souhaitent souvent le même traitement que les plus jeunes et sont prêtes à accepter des traitements lourds avec des inconvénients [17]. Toutefois, si ces traitements sont envisageables par l'oncologue, la problématique consiste alors de les adapter à l'âge et à l'état de santé [45].

Dès lors qu'une fragilité gériatrique est suspectée par le médecin spécialiste, le patient devrait être orienté vers l'oncogériatre pour dépister les éventuels critères de fragilité susceptibles de décompenser au cours du traitement carcinologique. L'oncogériatre a un rôle de consultant mais la décision thérapeutique revient toujours au médecin spécialiste et à la RCP (réunion de coordinations pluridisciplinaires).

Il existe peu de recommandations concernant spécifiquement le malade âgé. Toutefois des recommandations obtenues par un consensus d'experts dans le cadre de la SIOG sont disponibles sur le site de l'*International Society of Geriatric Oncology*. Il convient d'être vigilant quant aux risques accrus de neutropénie, d'anémie, de cardiomyopathie et de neuropathie induits par la chimiothérapie chez le sujet âgé [7]. La chimiothérapie doit être adaptée aux variations physiologiques du vieillissement [14].

Le protocole de la radiothérapie peut être adapté chez le sujet âgé : la technique d'hypofractionnement des doses permet de réduire le nombre de trajets domicile-hôpital, source de fatigue [27]. Cette technique délivre des doses par séance plus importantes qu'en mode conventionnel et permet de réduire le nombre de séances. Cette technique a la même efficacité et une toxicité immédiate similaire mais comporte une toxicité accrue à long terme avec des risques de sclérose de la zone irradiée.

L'évaluation oncogériatrique permet de repérer l'utilité de l'éventuel recours aux soins de supports : prise en charge nutritionnelle en cas de dénutrition ou de risque de dénutrition [23], kinésithérapie en cas de chutes, d'amaigrissement ou d'amyotrophie. L'utilisation de GCSF (*granulocyte colony stimulating factor*) réduit de 50 à 75 % le risque de myélosuppression. L'anémie peut être corrigée par des transfusions ou le recours à l'EPO. L'objectif est de maintenir un taux d'hémoglobine supérieur à 12 g/dl. Le problème est donc d'anticiper ce qui adviendra si on traite ou non la pathologie cancéreuse tant en terme de durée que de qualité de vie.

L'organisation du parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile repose sur un partenariat structuré et formalisé de tous les acteurs. La structuration de l'oncogériatrie repose sur la base des filières oncologiques et gériatriques existantes (Tableau 16). En alliant les compétences sanitaires et sociales, le rapprochement entre les structures hospitalières, médico-sociales et sociales favorise le maintien à domicile des personnes âgées fragiles dans des conditions optimales.

Établissements de santé	Hébergement en établissements médico-sociaux	Maintien à domicile
Préve	e la santé	
<ul> <li>Filière de soins gériatrique :</li> <li>Service de court séjour gériatrique</li> <li>Équipe mobile de gériatrie adossée</li> <li>Unités de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique (mémoire, gériatrie, évaluation gérontologique, gérontopsychiatrie)</li> <li>SSR gériatrique et polyvalents, unités cogitos comportementaux</li> <li>USLD</li> <li>Gérorontopsychiatrie, psychiatrie</li> </ul>	EHPAD PASA, UHR	<ul> <li>Professionnels de santé libéraux, pôles de santé libéraux</li> <li>SSIAD</li> <li>Équipes spécialisées Alzheimer en SSIAD</li> <li>Services d'aides à domicile</li> <li>Réseaux de santé</li> <li>HAD</li> <li>Gérontopsychiatrie, psychiatrie</li> <li>Accueils de jour, hébergement séquentiel</li> <li>Plateformes de répit et d'accompagnement</li> <li>CLIC - Centres locaux d'information et de coordination gérontologique</li> <li>MAIA - Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer</li> <li>CCAS - Centre Communal d'Action Sociale</li> <li>Transports</li> </ul>

Tableau 16 Acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux constitutifs du parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (source : Réseau Convergence Cancer)

# 6. DONNÉES DE LA CONSULTATION D'ONCOGÉRIATRIE DU CHIELVR

Suivant les recommandations de la mesure 23 du plan Cancer 2009-2012, le Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf Louviers Val-de-Reuil (CHIELVR) a ouvert, en 2012, une consultation assurée par un gériatre titulaire du DU d'oncogériatrie de l'université de Paris-Descartes.

L'institut National du Cancer (INCa) a déployé sur tout le territoire français des Unités de Coordination en OncoGériatrie (UCOG) auxquelles sont associées des Antennes d'OncoGériatrie (AOG).

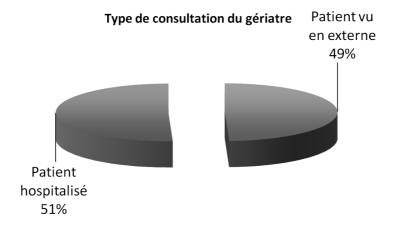
La consultation du CHIELVR s'intègre à ce dispositif. Elle participe également aux travaux du Réseau Onco Normand.

### 6.1. Mode d'entrée dans la consultation.

Quatre disciplines principales, urologie, gastro-entérologie, pneumologie et gynécologie sollicitent l'avis de l'oncogériatre afin de réaliser une évaluation gérontologique pré thérapeutique.

La consultation se déroule une fois le diagnostic posé et le bilan d'extension réalisé. Dans sa question au gériatre, le spécialiste peut évoquer le plan thérapeutique envisagé.

Un créneau de consultation hebdomadaire est prévu, mais le spécialiste d'organe peut solliciter le gériatre directement pour une consultation dans les 48 à 72 heures, en externe ou au cours de l'hospitalisation du patient dès que le diagnostic est posé.

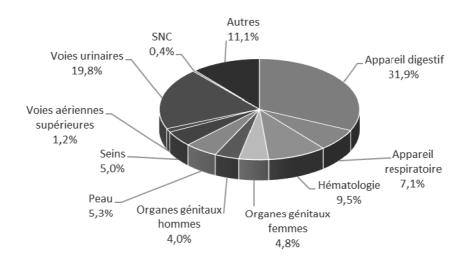


Le spécialiste dispose ainsi de l'avis du gériatre pour la RCP.

# 6.2. Le profil démographique des patients

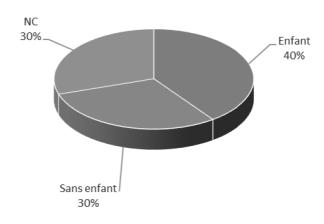
La figure suivante présente la répartition des 505 séjours hospitaliers des patients âgés pour cancers : données du PMSI ((Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) du CHIELVR)

Séjours hospitaliers 2013-2014 dus à un cancer chez les plus de 75 ans

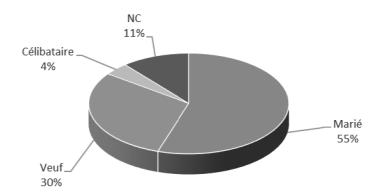


Pour la période 2013-2014, sur une file active du CHI Elbeuf Louviers de 505 patients de plus de 75 ans, nouvellement diagnostiqués de cancer, 81 patients ont bénéficié d'une consultation d'oncogériatrie soit 48 hommes (59 %) contre 33 femmes (41%). L'âge moyen et l'âge médian sont de 83 ans avec des âges extrêmes de 63 et 97 ans.

Situation familiale



# Situation familiale

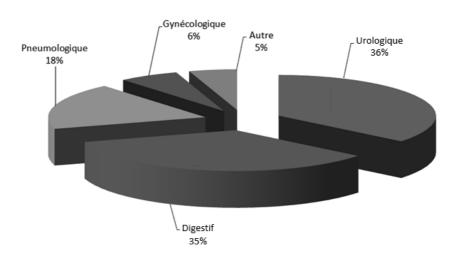


# 6.3. Le profil carcinologique des patients

Les cancers se répartissent en quatre principales sphères d'organes :

- Poumon et plèvre
- Tube digestif
- Voies urinaires
- Seins et ovaires

### Localisation des cancers

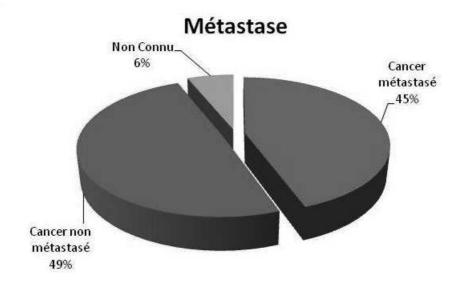


Uro	Effectif	Pourcentage
Rein	10	34,5%
Urothélial	15	51,7%
Prostate	4	13,8%
Total	29	100,0%

Digestif	Effectif	Pourcentage
Colon/Rectum	18	64,3%
Estomac	6	21,4%
Foie	2	7,1%
Pancréas	1	3,6%
Œsophage	1	3,6%
Total	28	100,0%

Gynéco	Effectif	Pourcentage
Ovaire	2	40,0%
Sein	3	60,0%
Total	5	100,0%

Près de la moitié des cancers sont déjà métastasés quand les patients sont diagnostiqués et adressés au gériatre.

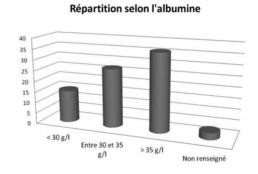


#### 6.4. Le profil gériatrique des patients

Globalement les patients n'étaient pas dénutris : IMC entre 20 et 25 et albumine moyenne à 34,9 g/l.

Répartition selon l'IMC 25 15 ≤ 20 Entre 20 Entre 25 > 30 et 25 et 30 renseigné

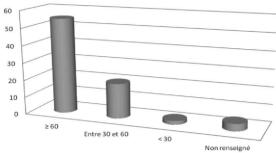
IMC moyen: 24,3



Albumine moyenne: 34,9 g/l

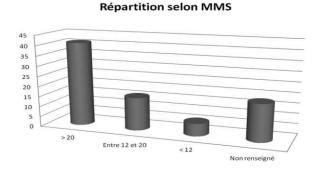
La fonction rénale des patients suivis en oncogériatrie était en moyenne (MDRD) de 78,4 ml/min chez les 77 patients ayant bénéficié de cet examen. Chez 71,4 %, le MDRD est supérieur à 60 ml/min et dans 26 % des cas, il est compris en 30 et 60 ml/min. Dans 2,6 % des cas, les patients présentent une insuffisance rénale avec un MDRD inférieur à 30 ml/min.

Répartition selon clearance (MDRD)



Fonction rénale moyenne : 78,4 ml/min en MDRD

Globalement, les fonctions cognitives des 63 patients ayant bénéficié d'une évaluation sont préservées (65% des sujets ont un MMS supérieur à 20). La moyenne du MMS est de 21,6.



MMSE moyen: 21,6

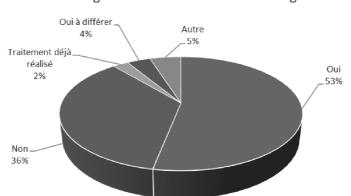
# 6.5. Traitement choisi en RCP

Autres 7% Soins palliatifs 10% Chirurgical 40%

Combiné 9% Chimiothérapie 28%

Radiothérapie externe 6%

# 6.6. L'avis du gériatre sur le traitement envisagé



Avis du gériatre sur le traitement envisagé

# 6.7. L'avis du gériatre est-il suivi?

15 patients ont été perdus de vue et 2 ont refusé le traitement. Parmi les 64 patients restants, l'avis du gériatre a été suivi à 83 % pour la période 2013-2014.

Suivi de l'avis du gériatre

Autre 8% 9% Oui 83%

63

# 7. CONCLUSION

La consultation oncogériatrique aide l'oncologue à l'élaboration du plan personnalisé de soins grâce à l'évaluation rigoureuse de la situation médicale et des comorbidités ainsi qu'aux évaluations cognitive, fonctionnelle et sociale, L'objectif associé est de préserver au mieux l'avenir fonctionnel du patient. L'oncogériatrie participe à la coordination autour du patient avec le médecin traitant.

L'oncogériatrie est une approche multidisciplinaire et interdisciplinaire réunissant les compétences des acteurs impliqués dans la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer. En particulier, la consultation d'oncogériatrie permet d'apporter des éléments de réponses aux questions fondamentales que se pose l'oncologue face au patient âgé atteint de cancer : quelle est son espérance de vie en dehors de la pathologie cancéreuse ? Le traitement envisagé ne risque-t-il pas de compromettre son état fonctionnel et sa qualité de vie ? Son état cognitif permet-il d'obtenir un consentement éclairé et l'adhésion au projet de soins ?

Cependant, même si des progrès ont été réalisés dans la prise en charge des patients âgés cancéreux, il conviendrait d'augmenter le pourcentage d'inclusion des patients âgés dans les études afin d'obtenir des référentiels adaptés à la fragilité gériatrique. Ces avancées ne pourront se faire que grâce à une coordination forte entre oncologues et gériatres en respectant les deux principes de la bienfaisance et de la non-maléficience.

L'analyse des deux dernières années de consultation d'oncogériatrique au CHI Elbeuf Louviers fait ressortir les points suivants :

- La répartition selon la localisation des cancers est conforme aux données épidémiologiques nationales. Les trois localisations les plus fréquentes chez les patients de plus de 75 ans, se retrouvent dans nos données : cancers urologiques (36 %), cancers digestifs (35 %) et cancers pneumologiques (18 %).
- 16 % des patients de plus 75 ans nouvellement diagnostiqué de cancer, ont bénéficié d'une consultation d'oncogériatrie.
- Les patients adressés en consultation d'oncogériatrique présentent globalement un profil gériatrique correct (nutrition, fonctions rénales et cognitives). Cependant, les données concernant l'autonomie ne sont pas chiffrées et sont donc difficilement exploitables.
- L'avis du gériatre est suivi à 83%.
- Les données recueillies ne permettent pas d'apprécier l'impact de l'évaluation oncogériatrique sur l'amélioration de la survie et la qualité de vie des patients. Cela peut être la base d'un travail ultérieur.

### ANNEXE: PROJECTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ 8. PAR CANCER EN FRANCE EN 2011 ET 2012

Annexe 2 Décès estimés et part dans la mortalité des cancers par localisation et par tranches d'âge, tous sexes confondus, en France en 2011

ocalisations	Åge en années															
	Effectif <sup>(*)</sup>	%	0-14	%	15-49	%	50-64	%	65-74	%	75-84	%	85 et +	%	65 et +	
rostate	8 700	5,9	0	0,0	10	0,1	561	6,4	1 474	16,9	3 520	40,5	3 120	35,9	8 114	93,
Sein	11 500	7,8	0	0,0	1 055	9,2	2 987	26,0	2 138	18,6	2 757	24,0	2 421	21,1	7 316	63,
Côlon-rectum	17 500	11,9	0	0,0	417	2,4	2 795	16,0	3 396	19,4	5 948	34,0	4 970	28,4	14 314	81,
Poumon	29 100	19,9	0	0,0	1 447	5,0	10 431	35,8	7 583	26,1	7 107	24,4	2 745	9,4	17 435	59,
èvre, cavité orale, pharynx	3 270	2,2	0	0,0	260	8,0	1 481	45,3	697	21,3	559	17,1	268	8,2	1 524	46,
ymphome malin non nodgkinien	3 670	2,5	6	0,2	142	3,9	541	14,7	740	20,2	1 317	35,9	929	25,3	2 986	81,
/essie	4 670	3,2	0	0,0	66	1,4	657	14,1	934	20,0	1 657	35,5	1 360	29,1	3 951	84,
Rein	3 840	2,6	7	0,2	137	3,6	753	19,6	845	22,0	1 269	33,0	830	21,6	2 944	76,
Thyroïde	370	0,3	0	0,0	14	3,8	61	16,5	72	19,5	128	34,6	100	27,0	300	81,
Mélanome de la peau	1 620	1,1	0	0,0	219	13,5	393	24,3	319	19,7	408	25,2	279	17,2	1 006	62,
Corps de l'utérus	2 080	1,4	0	0,0	25	1,2	361	17,4	481	23,1	698	33,6	510	24,5	1 689	81,
Estomac	4 430	3,0	0	0,0	239	5,4	860	19,4	900	20,3	1 397	31,5	1 037	23,4	3 334	75,
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	3 050	2,1	0	0,0	38	1,2	387	12,7	640	21,0	1 165	38,2	813	26,7	2 618	85,8
Système nerveux central	3 000	2,0	89	3,0	427	14,2	939	31,3	709	23,6	605	20,2	229	7,6	1 543	51,
Ovaire	3 150	2,2	0	0,0	139	4,4	681	21,6	701	22,3	975	31,0	658	20,9	2 334	74,
Œsophage	3 440	2,3	0	0,0	123	3,6	1 179	34,3	846	24,6	884	25,7	412	12,0	2 142	62,3
Leucémie aiguë	3 220	2,2	51	1,6	266	8,3	472	14,7	653	20,3	1 100	34,2	672	20,9	2 425	75,3
Leucémie lymphoide chronique	1 060	0,7	0	0,0	6	0,6	88	8,3	177	16,7	400	37,7	386	36,4	963	90,8
Larynx	960	0,7	0	0,0	45	4,7	385	40,1	227	23,6	210	21,9	87	9,1	524	54,6
Col de l'utérus	1 000	0,7	0	0,0	219	21,9	315	31,5	123	12,3	161	16,1	180	18,0	464	46,4
Testicule	90	0,1	0	0,0	46	51,1	16	17,8	8	8,9	9	10,0	7	7,8	24	26,7
Maladie de Hodgkin	290	0,2	0	0,0	74	25,5	59	20,3	48	16,6	73	25,2	40	13,8	161	55,5
Tous cancers	147 500	100,0	199	0,1	6 895	4,7	34 440	23,3	31 930	21,6	44 051	29,9	30 320	20,6	106 301	72,1

<sup>(\*) :</sup> Effectif total arrondi

Source : Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011 (Hospices civils de Lyon, InVs, INCa, Francim, Inserm). Traitement : INCa 2011

Figure 8-1 Décès estimés et part dans la mortalité des cancers par localisation et par tranche d'âge, tous sexes confondus en France en 2011

Nombre de cas et de décès et taux pour 100 000 personnes-années de cancers en 2012

		Incidence		Mortalité
Localisations	Effectif	Contribution à l'ensemble des cancers	Effectif	Contribution à l'ensemble des cancers
Prostate*	53 465	19,0	8 876	7,5
Sein	48 763	16,3	11 886	10,1
Côlon-rectum	42 152	14,1	17 722	15,0
Poumon	39 495	13,2	29 949	25,3
Vessie	11 965	4,0	4 772	4,0
Pancréas	11 662	3,9	nd	-
Rein	11 573	3,9	3 957	3,3
Lèvre, cavité orale, pharynx	11 316	3,8	3 192	2,7
Mélanome de la peau	11 176	3,7	1 672	1,4
Foie	8 723	2,9	nd	-
Thyroïde	8 211	2,7	375	0,3
Corps de l'utérus	7 275	2,4	2 025	1,7
Estomac	6 556	2,2	4 411	3,7
Système nerveux central	4 999	1,7	3 052	2,6
Ovaire	4 620	1,3	3 150	2,1
Œsophage	4 615	1,5	3 140	2,7
Larynx	3 322	1,1	906	0,8
Col de l'utérus	3 028	1,0	1 102	0,9
Testicule	2 317	0,8	85	0,1
Tous cancers**	355 354	100,0	148 378	100,0

<sup>\*</sup>compte tenu des fluctuations récentes de l'incidence du cancer de la prostate les résultats postérieurs à la dernière année observée par les registres (2009) ne sont pas présentées.

Source: Francim / Hospices civils de Lyon / INCa / Inserm / InVs 2013

Traitement: INCa 2013

Figure 8-2 Classement des cancers par incidence et mortalité, tous sexes confondus en France en 2012

<sup>\*\*</sup>somme des estimations par localisation en supposant une stabilité des taux d'incidence pour la prostate entre 2009 et 2012 et en ajoutant les estimations pour les hémopathies malignes et la localisation Autres cancers

Incidence et mortalité estimées des principaux cancers en France métropolitaine chez l'homme en 2012

Localisation	Effectif-Nouveaux cas	Contribution à l'ensemble des cancers	Effectif-décès	Contribution à l'ensemble des décès par cancers
PROSTATE*	53 465	26.7	8 876	10.4
Colon-rectum	23 226	11.6	9 275	10.9
Poumon	28 211	14.1	21 326	25.0
Vessie	9 549	4.8	3 574	4.2
Pancréas	5 963	3.0	nd	nd
Rein	7 781	3.9	2 651	3.1
Lèvre-bouche- pharynx	8 033	4.0	2 465	2.9
Mélanome cutané	5 429	2.7	954	1.1
Foie	6 867	3.4	nd	nd
Thyroïde	2 324	1.2	145	0.2
Estomac	4 308	2.2	2 834	3.3
Système nerveux central	2 814	1.4	1 761	2.1
Oesophage	3 503	1.7	2 653	3.1
Larynx	2 821	1.4	783	0.9
Testicules	2 317	1.2	85	0.1
Tous cancers**	200 350	100.0	85 255	100.0

<sup>\*:</sup> compte tenu des fluctuations récentes de l'incidence du cancer de la prostate les résultats postérieurs à la dernière année observée par les registres (2009) ne sont pas présentées.

Traitement: INCa 2013

Figure 8-3 Classement des cancers par incidence et mortalité, chez l'homme en France en 2012

<sup>\*\* :</sup> somme des estimations par localisation en supposant une stabilité des taux d'incidence pour la prostate entre 2009 et 2012 et en ajoutant les estimations pour les hémopathies malignes et la localisation Autres cancers

nd : non déterminé; Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité des ces données par rapport aux autres localisations

Sources : Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides

Incidence et mortalité estimées des cancers en France métropolitaine chez la femme en 2012

Localisation	Effectif-Nouveaux cas	Contribution à l'ensemble des cancers	Effectif-décès	Contribution à l'ensemble des décès par cancers
Sein	48 763	31.5	11 886	18.8
Colon-rectum	18 926	12.2	8 447	13.4
Poumon	11 284	7.3	8 623	13.7
Vessie	2 416	1.6	1 198	1.9
Pancréas	5 699	3.7	nd	nd
Rein	3 792	2.4	1 306	2.1
Lèvre-bouche- pharynx	3 283	2.1	727	1.2
Mélanome cutané	5 747	3.7	718	1.1
Foie	1 856	1.2	nd	nd
Thyroïde	5 887	3.8	230	0.4
Corps de l'utérus	7 275	4.7	2 025	3.2
Estomac	2 248	1.5	1 577	2.5
Système nerveux central	2 185	1.4	1 291	2.0
Oesophage	1 129	0.7	791	1.3
Ovaire	4 615	3.0	3 140	5.0
Larynx	501	0.3	123	0.2
Col de l'utérus	3 028	2.0	1 102	1.7
Tous cancers**	155 004	100.0	63 123	100.0

<sup>\*:</sup> compte tenu des fluctuations récentes de l'incidence du cancer de la prostate les résultats postérieurs à la dernière année observée par les registres (2009) ne sont pas présentées.

Traitement: INCa 2013

Figure 8-4 Classement des cancers par incidence et mortalité, chez la femme en France en 2012

<sup>\*\*:</sup> somme des estimations par localisation en supposant une stabilité des taux d'incidence pour la prostate entre 2009 et 2012 et en ajoutant les estimations pour les hémopathies malignes et la localisation Autres cancers

nd : non déterminé; Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité des ces données par rapport aux autres localisations

Sources : Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides

Localisations	Harris Control							Âge en a	nnées							
	Effectif <sup>(*)</sup>	%	0-14	%	15-49	%	50-64	%	65-74	%	75-84	%	85 et +		65 et +	
Prostate	71 000	19,4	3	0,0	402	0,6	21 419	30.2	26 832	37,8	17 961	25,3	4 603	6.5	49 396	BA SHOW
Sein	53 000	14,6	0	0,0	10 401	19.4	20 891	39.0	10 859	20,3	7 546	14.1	3 344	6,3	21 749	69
Côlon-rectum	40 500	11,1	5	0,0	1948	4,8	9 879	24,4	10 130	25.0	12 268	30,3	6 290	15,5	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	40
Poumon	39 500	10,8	7	0,0	2 937	7,4	16 079	40.7	10 715	27.1	7 801	19,7	2 074	Contract of the last	28 688	70
Lèvre, cavité orale, pharynx	10 700	2,9	12	0,1	1 318	12,3	5 193	48,5	2 147	20,1	1 461	13,7	601	5,3	20 590	52
Lymphome malin non hodgkinien	11 700	3,2	141	1,2	1 614	13,8	3 167	27,1	2 620	22.4	2 882	24.6	1 207		4 209	39
Vessie	10 980	3,0	3	0,0	213	1,9	2 371	21,6	2 877	26,2	3 658	33,3	1 834	10,3	6 709	57
Rein	11 080	3,0	108	1,0	966	8,7	3 536	31.9	2 977	26.9	2 685	24.2	820	16,7	8 369	76
Pancréas	9 040	2,5	2	0.0	429	4.7	2 292	25,4	2 414	26.7	2 659	29.4		7,4	6 482	58
Thyroide	6 600	1,8	33	0,5	2 674	40.5	2 553	38,7	836	12,7	409	6,2	1 242	13,7	6 315	69
Mélanome de la peau	9 780	2,7	26	0,3	2 648	27,1	2 820	28,8	1 789	18,3	1 680	17,2	95 821	1,4	1 340	20,
Fole	8 230	2,3	21	0,3	329	4.0	2 368	28,8	2 655	32,3	2 211	26,9	622	8,4	4 290	43,
Corps de l'utérus	6 800	1,9	0	0,0	327	4,8	2 458	36,1	1 893	27,8	1 527	22,5	554	7,6	5 488	66,
Estomac	6 440	1,8	0	0,0	398	6,2	1 378	21,4	1 531	23,8	1 992	30,9		8,1	3 974	58,
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	5 930	1,6	0	0,0	220	3,7	1 381	23,3	1 548	26,1	1 897	32,0	1 139	17,7	4 662	72,
Système nerveux central	4 770	1,3	224	4,7	996	20,9	1 485	31,1	1 057	22,2	768	16,1	239	14,9	4 329	73,
Ovaire	4 620	1,3	9	0,0	612	13,2	1 525	33,0	1 054	22.8	999	21,6	418	5,0	2 064	43,
Œsophage	4 280	1,0	0	0,0	215	5,0	1 597	37,3	1 055	24,6	1 002	23,4	407	9,0	2 471	53,
Leucémie aiguë	3 780	1,0	508	13,4	676	17,9	729	19,3	680	18,0	797	21,1	387	9,5	2 464	57,6
Leucémie lymphoïde chronique	3 790	1,0	0	0,0	106	2,8	923	24.4	1 065	28,1	1 161	30,6	543	14,3	1 864 2 769	49,3
Larynx	3 230	0,9	0	0,0	308	9,5	1 507	46,7	771	23.9	503	15,6	142	4,4	1 416	73,1
Col de l'utérus	2 810	0,8	0	0,0	1 366	48,6	800	28,5	259	9,2	243	8.6	142	5,1	644	22,9
Testicule	2 320	0,6	18	0,8	1 980	85,3	259	11,2	39	1,7	20	0,9	8	0,3	67	2.9
Maladie de Hodgkin	1 840	0,5	57	3,1	1 183	64,3	284	15,4	140	7,6	133	7,2	42	2,3	318	17,1
Tous cancers	365 500	100,0	1 781	0,5	37 641	10.3	114 228	31,3	94 758	25,9	83 264	22,8	33 721	9.2	211 743	57,9

Figure 8-5 Cas incidents estimés et part dans l'incidence des cancers par localisation et par tranches d'âge, tous sexes confondus en France en 201

# 9. LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

# **Tableaux**

Tableau 1 incidence des cancers en fonction de l'age en France en 2008 (extrait de [16])	21
Tableau 2 Estimation de l'incidence des cancers par localisation en fonction de l'âge et du sexe e France – année 2008 [16]	
Tableau 3 Survie à 1 an et à 5 ans selon l'âge et le sexe	24
Tableau 4 Mode d'évaluation des 14 morbidités compétitives prises en compte dans le calcul d CIRS.G [35]	
Tableau 5 Échelle de comorbidités de Charlson [35]	32
Tableau 6 Performance Status de l'OMS (www.antalvite.fr)	33
Tableau 7 Score ou indice de Karnofsky	34
Tableau 8 Le score de Lee	35
Tableau 9 Estimation du risque de mortalité par le score de Lee	35
Tableau 10 VES 13 : Score de détection du sujet âgé vulnérable adaptation française d'aprè Saliba et coll	
Tableau 11 Les huit items de l'outil G8	łC
Tableau 12 Critères de la fragilité évaluée par le temps de marche nécessaire pour parcourir 4 mètres en fonction du sexe et de la taille [35]4	
Tableau 13 Mini GDS4	18
Tableau 14 Test de l'horloge	18
Tableau 15 Mini Cog [30]4	16
Tableau 16 Acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux constitutifs du parcours de vie et de santé de la personne âgée fragile (source : Réseau Convergence Cancer)	
Figures	
Figure 4-1 Arbre décisionnel de Balducci et Extermann	30
Figure 4-2 L'IADL pour l'outil ABCDEF [4]	38
Figure 4-3 Questionnaire du MNA4	13
Figure 4-4 Get up and go test	15
Figure 4-5 Geriatric Depression Scale	17
Figure 4-6 Mini Mental State Examination5	50
Figure 4-7 Activities of Daily Living5	52
Figure 4-8 Instrumental Activities of Daily Living5	53
Figure 8-1 Décès estimés et part dans la mortalité des cancers par localisation et par tranch d'âge, tous sexes confondus en France en 2011	
Figure 8-2 Classement des cancers par incidence et mortalité, tous sexes confondus en France et 2012	

Figure 8-3	Classement des cancers par incidence et mortalité, chez l'homme en France en 2012 67
Figure 8-4	Classement des cancers par incidence et mortalité, chez la femme en France en 2012
Figure 8-	5 Cas incidents estimés et part dans l'incidence des cancers par localisation et par tranches d'âge, tous sexes confondus en France en 201

# 10. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Abellan van Kan G, Rolland Y, Andrieu S, Bauer J, Beauchet O, Bonnefoy M et al. Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force . J Nutr Health Aging. 2009; 13:881
- [2] Albrand G. L'évaluation gériatrique en cancérologie chez le sujet âgé. Progrès en urologie (2009) 19 Suppl . 3, 571-574
- [3] Amalou L, Langlois R., Bahri O., Druesne L., Simon T et Chassagne P.: Repérage d'une fragilité en consultation: Outil " ABCDEF, 34èmes journées annuelles de la société française de gériatrie et gérontologie novembre 2014 P6.17 Fragilité
- [4] Amalou Laëtitia. Validation d'un outil de repérage de la fragilité gériatrique dans une population communautaire ambulatoire de sujets âges Thèse pour le doctorat en médecine sous la direction du Pr Philippe Chassagne Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, octobre 2013
- [5] Argilés JM. Cancer-associated malnutrition. Eur J Oncol Nurs. 2005;9 Suppl 2:S39-50.
- [6] Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. Oncologist. 2000;5(3):224-37.
- [7] Balducci L. New paradigms for treating elderly patients with cancer: the comprehensive geriatric assessment and guidelines for supportive care. J Support Oncol. 2003 Nov-Dec;1(4 Suppl 2):30-7.
- [8] Bernabei R, Venturiero V, Tarsitani P, Gambassi G. The comprehensive geriatric assessment: when, where, how. Crit Rev Oncol Hematol. 2000 Jan;33(1):45-56.
- [9] Bohannon R. W. Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 years: reference values and determinants. Age Ageing (1997) 26 (1): 15-19
- [10] Carola E, Mabro M. Wærth F. Les outils de l'évaluation gériatrique multidimensionnelle La lettre du cancérologue n°4, juillet-août 2001 (<a href="http://www.edimark.fr/publications/articles/les-outils-de-l-evaluation-geriatrique-multidimensionnelle/2190">http://www.edimark.fr/publications/articles/les-outils-de-l-evaluation-geriatrique-multidimensionnelle/2190</a>)
- [11] Chen CC, Kenefick AL, Tang ST, McCorkle R. Utilization of comprehensive geriatric assessment in cancer patients. Crit Rev Oncol Hematol. 2004 Jan;49(1):53-67.
- [12] De Decker L, Abadie-Lacourtoisie S, Berrut G, Bourbouloux E. Évaluation des comorbidités, une étape indispensable lors de la prise en charge carcinologique. JOG Vol.3 N°6 2012 ;3 :313-315
- [13] de Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM How to measure comorbidity. A critical review of available methods. J Clin Epidemiol. 2003 Mar;56(3):221-9
- [14] Delbado C, Caillet P, Pouessel D, Paillaud E, Culine S. Spécificités de la prise en charge par chimiothérapie chez le sujet âgé - Progrès en urologie (2009) 19 Suppl . 3, S100-S105
- [15] Duc S, Soubeyran P, Mertens C., Rainfray M. Mise au point : La dépression chez le sujet âgé atteint de cancer. JOG 2011 ; vol 2 :213-217
- [16] État des lieux et perspectives en oncogériatrie la direction du Pr Dominique Maraninchi L'Institut National du Cancer Sous mai 2009 (disponible sur

- http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc\_download/2339-etat-des-lieux-et-perspectives-oncogeriatrie-170709)
- [17] Extermann M, Albran G, Chen H, Zenetta S, Schonwetter R, Zulian GB, et coll. Are older french patients as willing as older american patients to undertake chemotherapy? J. Clim Oncol 2003, 21: 3214
- [18] Extermann M, Overcash J, Lyman GH, Parr J, Balducci L. Comorbidity and functional status are independent in older cancer patients. J Clin Oncol 1998;16:1582-7.
- [19] Extermann M. et Balducci L. Management of Cancer in the Older Person: A Practical Approach. The Oncologist. 2000, 5:224-237
- [20] Extermman M. Measuring comorbidity in older cancer patient. European Journal of Cancer (*EJC*) 2000; 36:453-471
- [21] Fentiman I.S., Tirelli U., Monfardini S., Schneider M., Festen J., Cognetti F. et Aapro., M.S. Cancer in the elderly: why so badly treated? The Lancet, Volume 335, Issue 8696, 28 April 1990, Pages 1020-1022
- [22] Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al.. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar;56(3):M146-56.
- [23] Ghisolfi-Marque A. La dénutrition chez le patient âgé porteur d'un cancer urologique. Progrès en urologie (2009) 19 Suppl . 3, S106-S109
- [24] Haute Autorité de Santé Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Avril 2007. http://www.has-sante.fr
- [25] Hébuterne X, Schneider S.M et Zeanandi G. La sarcopénie : un nouveau concept en oncologie. JOG 2010, Vol 1. 271-276
- [26] Hébuterne X. La Nutrition en oncogériatrie : un élément majeur de l'évaluation et de la prise en charge des malades. JOG 2010, Vol 1. 258-261
- [27] Hennequin C, Quero L. Cancers urologiques du sujet âgé : rôle de la radiothérapie. Progrès en urologie (2009) 19 Suppl. 3, S96-S99
- [28] Karnofsky DA, Burchenal JH. (1949). "The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer." In: MacLeod CM (Ed), Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ Press. Page 196.
- [29] Lee et coll. Development and Validation of a Prognostic Index for 4-Year Mortality in Older Adults Journal of American Medical Association. 2006;295:801-808
- [30] Lequeux Y. Repérage et évaluation de la fragilité du patient âgé Dossier documentaire : Groupe qualité de l'URPS-ML Pays de la Loire, septembre 2013
- [31] Litwin MS, Greenfield S, Elkin EP, Lubeck DP, Broering JM Kaplan SH.
  Assessment of prognosis with the total illness burden index for prostate cancer *in* aiding clinicians in treatment choice. Cancer 2007;109:1777-83.
- [32] Liu JJ, Extermann M. Comprehensive geriatric assessment and its clinical impact in oncology. Clin Geriatr Med. 2012 Feb;28(1):19-31. doi: 10.1016/j.cger.2011.10.001. Epub 2011 Dec 6.
- [33] Mazerolles M, Atallah F. Prise en charge anesthésique des personnes âgées en onco-urologie -Progrès en urologie (2009) 19 Suppl. 3, S87-S92
- [34] Mottet N, Lebret T, Patard J.-J, Pfister C, Rigaud J, Salomon L et Soulié M. La chirurgie des cancers des patients âgés présente-t-elle des particularités ? Progrès en urologie (2009) 19 Suppl. 3, S93-S95

- [35] Neuzillet Y, Méjean A et Lebret T. Évaluation oncogériatrique du sujet âgé ayant un cancer urologique métastatique. In Progrès en urologie (2008) 19 suppl. 7. S415-S4256
- [36] Neuzillet Y. L'évaluation des morbidités compétitives et des scores d'évaluation de la morbidité compétitive. In Progrès en urologie (2009) 19 suppl. 3. S80-S86
- [37] Peel N, Kuys S, Klein K. Gait Speed as a Mesure in Geriatric Assessment in Clinical Settings: A Systematic Review. J. Gerontol A Biol Sci Med Sci.2012; 68:39-46.
- [38] Plan cancer 2009-2013 (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\_cancer\_2009-2013.pdf)
- [39] Rapport ONPDS, 2006-2007. Les métiers de la cancérologie.
- [40] Romain D, Valentin C, Geay J.-F, Cudennec T. Quels outils utiliser en consultation d'évaluation oncogériatrique. Le JOG Le Journal d'Oncogériatrie, Vol. 1 n°2 mars/avril 2010.
- [41] Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire : Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique; 2011 (<a href="http://www.invs.sante.fr/content/download/12524/76003/version/1/file/rapport\_mortalite\_ca\_ncer.pdf">http://www.invs.sante.fr/content/download/12524/76003/version/1/file/rapport\_mortalite\_ca\_ncer.pdf</a>).
- [42] Soubeyran P, Tests de Screening en oncogériatrie : ONCODAGE. Le JOG Le Journal d'Oncogériatrie, Vol. 2- n°3/4 mai/juin 2011
- [43] Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet. 1993 Oct 23;342(8878):1032-6.
- [44] Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults . JAMA. 2011; 305:50–8
- [45] Terret C, Droz JP. Définition et présentation de la cancérologie du sujet âgé. Progrès en urologie (2009) 19 Suppl. 3, S75-S79
- [46] Terret C, Zulian G, Droz JP. Statements on the interdependence between the oncologist and the geriatrician in geriatric oncology. Crit Rev Oncol Hematol. 2004 Nov;52(2):127-33.
- [47] Terret C, Zulian GB, Naiem A, Albrand G. Multidisciplinary approach to the geriatric oncology patient. J Clin Oncol. 2007 May 10;25(14):1876-81.
- [48] Terret C. Oncologie gériatrique : évaluation gériatrique su sujet âgé atteint de cancer.Bull Cancer 2008 ; 95 (suppl. FMC) : F16-20
- [49] Terret C., Albrand G. Jeanton M.; Courpron P. et Droz JP.; Quoi de neuf dans l'organisation de l'oncogériatrie? Bulletin du cancer, 2006, vol. 93, no1, pp. 119-123.
- [50] Thomas DR, Brahan R, Haywood BP. Inpatient community-based geriatric assessment reduces subsequent mortality. J Am Geriatr Soc. 1993 Feb;41(2):101-4.
- [51] Tremblay Nguyen L, Marteau C, Noublanche S, Mouzet J.-B, Montecot C. L'évaluation gériatrique standardisée en oncologie : quel retentissement sur l'accès aux traitements et le devenir des patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation ? JOG 2013, vol 4 :89-99