

# Développement de l'oncogériatrie dans le cadre du Plan Cancer

Marie-Hélène Rodde Dunet, Anne Vitoux

L'incidence du cancer augmente régulièrement au cours de la vie, 60 % des cancers seront diagnostiqués après 60 ans en 2020 [1]. Parallèlement la population vieillit et l'espérance de vie s'accroît [2]. Aujourd'hui, pour une personne de 70 ans l'espérance de vie est estimée à 14 ans chez les hommes et à 17 ans chez les femmes. Force est de constater que du fait de l'allongement de l'espérance de vie, un nombre croissant de sujets âgés va se trouver exposé au risque de développer un cancer. Si l'on ajoute à ces données démographiques et épidémiologiques les données de mortalité, on observe que 70 % des décès par cancer surviennent après 70 ans. Il est donc nécessaire de s'interroger sur la prise en charge de cette population [3].

Actuellement, on constate un retard dans la prise en charge du cancer chez les personnes âgées, un diagnostic réalisé à un stade plus tardif que chez les patients plus jeunes et un pronostic plus péjoratif. Les personnes les plus âgées présentent des formes cliniques souvent trompeuses, sont l'objet d'investigations moins complètes et de thérapeutiques moins intenses alors qu'elles seraient désireuses de traitements adaptés [4]. Lorsque le cancer est diagnostiqué, la prise en charge thérapeutique des personnes âgées n'est pas optimale. De plus, cette population est encore trop souvent exclue du champ d'investigation de la recherche clinique, la plupart des protocoles de recherche imposant une limite d'âge inférieure à 65 ans. Il existe encore trop peu d'essais spécifiques à cette classe d'âge [5, 6].

De ce fait, la cancérologie du sujet âgé est devenue une priorité.

Le Plan Cancer a prévu un effort spécifique pour les personnes âgées atteintes de cancer traduit dans la « mesure 38 » qui préconise de :

- mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées ;
- identifier au sein de l'Institut National du Cancer (INCa) une mission d'oncogériatrie chargée de la promotion et de la coordination de travaux en épidémiologie, prévention, adaptation des traitements et essais cliniques sur la population âgée ;



M.H. Rodde Dunet :  
Responsable  
de la mission oncogériatrie  
à l'Institut national du cancer.  
A. Vitoux : Chargée de mission  
à l'Institut national du cancer.  
52, avenue André Morizet,  
92513 Boulogne-Billancourt  
Cedex, France.

- la spécificité des problèmes posés par la prise en charge des personnes âgées fera l'objet de référentiels particuliers.

En 2004, lors des États généraux de la Ligue contre le cancer, 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 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 de territoire. »

## Qu'est-ce qu'une personne âgée ?

Tous les individus ne vieillissent pas de la même façon, ni à la même vitesse. Il ne faut pas méconnaître les très impressionnants progrès dans leur état de santé qu'ont connus les sujets âgés ces dernières décennies. Rien n'autorise à penser que le rythme de ces progrès va se ralentir. Les malades de gériatrie aujourd'hui ressemblent à ceux que nous soignons il y a 20 ans, à ceci près qu'ils ont un âge civil de 10 ans supérieur. Les progrès d'espérance de vie, de maintien de l'autonomie, d'amélioration de l'état de santé sont tels que l'état « typique » de la gériatrie, c'est-à-dire la polypathologie et la dépendance, survient de plus en plus tard.

Ces données tiennent compte de l'observation épidémiologique et sociologique, mais aussi d'une meilleure



compréhension des processus explicatifs de l'état de santé des sujets âgés. Et sûrement d'une meilleure compréhension du vieillissement pour une prise en charge plus pertinente lors de l'apparition de problèmes de santé, autorisant un meilleur pronostic vital et fonctionnel et une qualité de vie mieux préservée. Cela a été démontré dans certaines pathologies des malades âgés, principalement les affections neurodégénératives. Cela doit aussi être le cas dans la nouvelle « épidémie gériatrique » celle du cancer.

Vieillesse physiologique et vieillissement pathologique conduisent à une grande hétérogénéité de la population âgée. Au-delà du consensus établi par le *National Cancer Institute* (NCI) selon lequel un sujet est âgé à partir de 75 ans [7], il convient d'admettre que l'âge chronologique ne peut pas être retenu comme seul critère décisionnel pertinent.

### Qu'est-ce que le cancer chez la personne âgée ?

Incidence	82 800 cas en 2003
Mortalité	70824 décès en 2003
Survie relative à 1 an	Hommes : 53 % Femmes : 65 %
Survie relative à 5 ans	Hommes : 31 % Femmes : 45 %

**Tableau 1. Caractéristiques des cancers chez les patients âgés de 75 ans et plus.**

En 2000, les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient près d'un tiers des cas de cancers diagnostiqués tant chez les hommes que chez les femmes. Les patients de plus de 85 ans représentaient 6 % des cas de cancer diagnostiqués chez les hommes et 10 % chez les femmes (Tableau 1).

La survie de personnes âgées, malgré l'élimination dans son estimation des décès liés à d'autres causes que le cancer, est toujours plus mauvaise que celle des adultes plus jeunes. Ce mauvais pronostic pour les personnes âgées est souvent associé, et parfois totalement dû, à une forte mortalité initiale. Très fréquemment, les différences associées à l'âge s'atténuent ou même disparaissent lorsqu'on s'éloigne de la date du diagnostic de la maladie.

Ce fait est évidemment la résultante de plusieurs phénomènes qui s'intriquent : une plus grande fragilité des sujets âgés, un stade plus évolué lors du diagnostic, une thérapeutique moins agressive et aussi moins efficace, mais aussi parfois le fait que la nature des tumeurs diffère en fonction de l'âge. Les investigations à visée diagnostique, les prescriptions thérapeutiques et leur suivi doivent tenir compte des caractéristiques de chaque individu. L'analyse de ces particularités individuelles, qui englobent le désir du patient et la qualité de son environnement, fait l'objet de l'évaluation gériatrique qui, chez la personne âgée atteinte de cancer, vient nécessairement en complément de l'évaluation cancérologique.

### Qu'est-ce que l'oncogériatrie ?

L'oncogériatrie peut être définie comme une approche multidimensionnelle et pluridisciplinaire des moyens éthiquement les plus appropriés de prise en charge du sujet âgé atteint de cancer aux différentes étapes de sa maladie [8].

En pratique, l'oncogériatrie a pour ambition d'élaborer, mais aussi d'adapter, le programme personnalisé de soins (PPS) du malade âgé cancéreux.

Cela nécessite non seulement la collaboration active des oncologues et des gériatres, mais d'une façon plus générale celle de tous les acteurs du soin auprès du malade âgé et celle du patient lui-même et des aidants.

La décision de traiter une personne âgée qui présente un cancer dépend du type et du stade évolutif du cancer, ce qui correspond au domaine de compétences de l'oncologue.

Le savoir-faire du gériatre permet de prendre en charge les aspects médicaux, psychologiques et sociaux. Le gériatre réévalue régulièrement le rapport bénéfice/risque des examens paracliniques, des traitements proposés, tout en veillant à ce que l'âge ne soit pas une excuse pour priver un individu d'un examen ou d'un traitement susceptible de lui apporter un bénéfice réel. Les bénéfices d'une prise en charge et d'un suivi gériatrique spécialisés ont été clairement établis dans plusieurs études randomisées [9, 10]. Un véritable projet oncogériatrique se doit donc d'aborder la problématique de la prise en charge du sujet âgé dans toutes ses dimensions, à la fois médicale et scientifique mais aussi sociale, culturelle, la personne âgée ne devant pas être considérée comme un ultime objet d'investigation mais plutôt comme un sujet, qui même s'il est parfois diminué, a des attentes et des besoins particuliers qu'il nous appartient de connaître pour les prendre en compte au mieux.

### La mise en place d'une oncogériatrie performante est une priorité bien comprise. C'est tout le sens du programme oncogériatrique du Plan Cancer

La mission oncogériatrie mise en place dès 2005 à l'Institut national du cancer s'est notamment fixé comme objectifs :

- d'obtenir que tous les patients atteints de cancer âgés de plus de 75 ans bénéficient d'une évaluation gériatrique préalable à la prise de décision thérapeutique ;
- de produire des recommandations de bonnes pratiques spécifiques à la prise en charge des personnes âgées.

Pour implémenter l'oncogériatrie sur l'ensemble du territoire et notamment obtenir une meilleure coordination des soins entre oncologues et gériatres, l'Institut a lancé en 2005 puis en 2006, un appel à projets afin de faire émerger des unités pilotes de coordination en oncogériatrie (UPCOG) (Figure 1).

Pour cela, ces unités ont dû définir des programmes opérationnels de prise en charge de personnes âgées atteintes de cancer et développer une expérience pilote reproductible et applicable à un plus grand nombre de patients. Les projets proposés devaient contribuer à la définition d'outils et de démarches innovantes ; à la connaissance des pratiques en oncogériatrie ; à la mutualisation et au partage de l'information entre tous les acteurs.

Ils devaient aborder nécessairement les domaines suivants :

- l'organisation de sessions d'information et de formation pour les acteurs (professionnels, patients, proches, bénévoles, grand public...).

Les conditions de diagnostic d'un cancer chez un sujet âgé sont plus difficiles que chez le sujet jeune. Les personnes âgées reculent souvent le moment de consulter devant un symptôme évoquant le cancer [11]. Par ailleurs, les sujets de plus de 75 ans sont souvent exclus des actions de dépistage systématique. De plus, un certain nombre d'idées reçues circulent dans la population générale, et parfois dans la population médicale. Parmi celles-ci : « Tous les cancers du sujet âgé

évoluent lentement » ou bien « tous les sujets âgés sont fragiles », ou « les personnes âgées ne souhaitent pas être traitées ». Or, une étude américaine reproduite en France a mis en évidence le souhait des patients âgés atteints de cancer de bénéficier comme les autres de traitements curatifs ou palliatifs [11, 12]. La nécessité d'informer aussi bien le grand public, les patients et les professionnels de santé est donc prioritaire.

- la recherche en oncogériatrie quel que soit le domaine (évaluation gériatrique, recherche clinique, épidémiologie...). Les populations âgées sont encore plus souvent exclues que les plus jeunes du champ d'investigation clinique thérapeutique [13, 14]. La plupart des protocoles imposent une limite d'âge inférieure à 70 ans. Les personnes âgées sont sous-représentées dans les essais cliniques et la connaissance en pharmacocinétique est imparfaite [15, 16]. À l'heure actuelle on constate qu'il existe peu d'études randomisées chez la personne âgée en cancérologie, ce qui induit une méconnaissance des bonnes pratiques cliniques et une stratégie thérapeutique difficile à définir. Cela peut en partie expliquer la réticence à traiter, que ce soit de la part du médecin, de la personne âgée ou de son entourage.

Au-delà des missions d'information, de formation et de recherche, l'objectif d'ensemble de la démarche portée par les UPCOG est de créer les conditions d'une prise en charge optimale des personnes âgées atteintes de cancer dans le cadre d'une collaboration effective entre oncologues et gériatres.

La finalité n'est pas de faire émerger une nouvelle discipline mais de promouvoir le travail en coordination de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge. Plus de cinquante dossiers ont été reçus en réponse aux deux appels à projets, ce qui témoigne d'une forte motivation des équipes pour promouvoir une amélioration de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer.

Au total, à la suite du deuxième appel à projets en 2006, 14 UPCOG réparties dans 11 régions ont été financées par l'Institut et vont contribuer au développement de l'oncogériatrie. Parmi celles-ci, 10 CHU, 10 CLCC, 9 CH et 8 établissements privés sont impliqués dans ces projets (Figure 1).

La coordination de ces projets repose aussi bien sur des oncologues que sur des gériatres. Cela témoigne du dynamisme de ces deux spécialités pour mettre en place l'oncogériatrie.

### Qu'est-il nécessaire de savoir du cancer du patient pour le traiter ?

Le diagnostic anatomopathologique reste la règle fondamentale du diagnostic de cancer. L'examen doit



Figure 1. Répartition géographique des 14 unités pilotes de coordination en oncogériatrie en 2006. CLCC : Centres de Lutte Contre le Cancer ; CH : Centre hospitalier ; CHU : Centre hospitalier universitaire.

être réalisé chez la personne âgée, même si le stade de la maladie est avancé et si le diagnostic paraît évident. L'étude de l'extension et la classification pronostique de la tumeur doivent être établies. Les décisions sont prises en réunion de concertation multidisciplinaire, c'est-à-dire avec les différentes spécialités médicales, les radiothérapeutes, les chirurgiens, les oncologues médicaux, les radiologues et les anatomopathologistes, comme cela est prescrit par le Plan Cancer. Dans l'état actuel des connaissances, on est en général conduit à se fonder sur les connaissances dont on dispose chez l'adulte jeune et à les pondérer sur des confrontations d'opinions. Pourtant, on dispose d'un certain nombre de données sur les techniques de traitement et leurs résultats.

La chirurgie est clairement le traitement curatif le plus important et il est rare qu'il ne puisse pas être proposé chez la personne âgée. Peu de données sont disponibles sur la tolérance de la radiothérapie. Il s'agit toutefois d'une technique largement utilisée. Pour ce qui concerne les traitements médicaux, et en premier lieu la chimiothérapie, un petit nombre d'études seulement a été publié. Beaucoup de situations ne sont pas encore étudiées, notamment sur l'utilisation des thérapeutiques ciblées chez les personnes âgées. On a pu établir qu'il ne semblait pas y avoir de différence d'effet de la chimiothérapie chez les personnes âgées par rapport aux adultes jeunes [17]. On dispose de traitements de support (exemple : facteurs de croissance hématopoïétiques) pour améliorer la tolérance à la chimiothérapie.

Un domaine encore méconnu est la pharmacocinétique/pharmacodynamie des médicaments anticancéreux, et tout particulièrement les interactions liées aux polymédications [18].

### **Qu'est-il nécessaire de savoir sur le patient pour pouvoir traiter son cancer ?**

Il est indispensable, face à un patient âgé atteint de cancer de connaître les caractéristiques de la tumeur mais aussi celles de son hôte avant d'élaborer le programme de prise en charge du malade atteint de cancer. En l'absence de tests de laboratoires simples et fiables permettant de déterminer l'âge physiologique d'un individu, la méthode d'évaluation la mieux validée de l'état de santé d'une personne âgée reste l'évaluation gériatrique approfondie (EGA) ou *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA) des Anglo-Saxons.

Même si des questions subsistent à propos de l'impact de l'EGA sur la prise en charge du malade âgé atteint de cancer, il s'agit de la première des recommandations du *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) américain [19] qui estime que : le vieillissement étant très individuel, le meilleur guide de traitement du patient âgé atteint de cancer est fourni par l'évaluation gériatrique approfondie qui passe en revue différents champs tels que l'état fonctionnel, la comorbidité, les conditions socio-économiques, l'état nutritionnel, la polymédication et la présence ou l'absence de syndromes gériatriques. Le vieillissement s'accompagne en outre de modifications importantes pharmacologiques incluant la pharmacodynamie, la pharmacocinétique et le profil de toxicité des médicaments. Ces modifications augmentent le risque de complications en partie du fait des particularités

évolutives des pathologies chez le sujet âgé et en partie du fait d'une diminution de la tolérance au traitement chez certains patients âgés.

La finalité de cette évaluation est de définir notamment :

- les conditions socio-environnementales du patient, afin d'anticiper les mesures qui seront à prévoir puis à prendre dans ce domaine au cours du traitement et à l'issue de celui-ci ;
- la nature et les modalités de prise en charge des différentes pathologies répertoriées associées au cancer ;
- un suivi aussi régulier que possible de la qualité de vie qui représente la finalité de toute la prise en charge.

### **Conclusion**

Les UPCOG, qui fonctionnent selon des modes d'organisation variés, permettent d'expérimenter des modes de prise en charge différents, qui pourront être reproduits et étendus à tout type de structures.

La mise en commun des ressources des UPCOG induira une synergie des équipes pour développer et valider des procédés et des outils dans tous les domaines et permettra de créer une « masse critique » potentielle de patients âgés susceptibles d'être inclus dans des essais cliniques. Ainsi les recommandations spécifiques à la prise en charge des patients âgés atteints de cancer pourront être élaborées et diffusées.

Les différentes équipes s'accordent pour considérer que l'oncogériatrie ne peut pas se développer de façon exclusive en milieu oncologique ou en milieu gériatrique. Ce développement ne peut résulter que de la mise en commun des compétences et des moyens dont disposent respectivement ces deux spécialités. En effet, nul n'est mieux placé que l'oncologue et son équipe pour l'évaluation et la prise en charge de la maladie cancéreuse. Nul n'est mieux à même que le gériatre et son équipe d'apporter sa contribution à la décision de traitement en réalisant une évaluation gériatrique.

La nécessité conjointe des évaluations cancérologique et gériatrique doit être précisée avant de mettre en place des stratégies interventionnelles. Tous les sujets âgés atteints de cancer ne relèvent pas d'une évaluation gériatrique approfondie, laquelle mobilise une équipe pluridisciplinaire complexe et consomme du temps d'hospitalisation en service de court séjour gériatrique. La prise en charge d'un patient âgé atteint d'un cancer passe, en dehors de son évaluation oncologique, par une étape de dépistage des problèmes gériatriques et des co-morbidités. L'évaluation gériatrique peut jouer un rôle majeur dans le développement de l'oncogériatrie.

En 2007, c'est l'un des *challenges* de la mission oncogériatrie de l'Institut d'étudier la pertinence des items qui permettront d'identifier les patients nécessitant ou non une évaluation gériatrique, avant la proposition de prise en charge oncologique.

À moyen terme, l'autre enjeu de la mission oncogériatrie est l'élaboration d'un rapport d'expertise en oncogériatrie, afin d'aborder la problématique de la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer dans toutes ses dimensions, à la fois médicale et scientifique mais aussi sociale, économique éthique et culturelle. Ce rapport a pour vocation d'être un véritable outil d'aide à la décision en présentant une analyse sur la situation de l'oncogériatrie qui doit déboucher sur des propositions opérationnelles. ♦

### Development of geriatric oncology within the framework of the Cancer Plan

#### RÉFÉRENCES

1. Remontet L, Esteve J. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Rev Epidemiol Sante Publ* 2003 ; 51 : 3-30.
2. Vallin J, Mesle F. Vivre au-delà de 100 ans. *Population et Sociétés (INED)* février 2001, n° 399.
3. Pison G. 60 millions d'habitants en France Métropolitaine. *Population et Sociétés (INED)* mars 2004, n° 399.
4. Extermann M, Albrand G, Chen H, et al. Are older French patients as willing as older American patients to undertake chemotherapy? *J Clin Oncol* 2003 ; 21 : 3214-9.
5. Exterman M, Balducci L. Optimizing cancer care in the elderly: progress in geriatric oncology. *Cancer Control* 2003 ; 10 : 440-1.
6. Zulian GB. Geriatric medical oncology in the care of elderly cancer patients. *Crit Rev Onco Hematol* 2002 ; 41 : 343-7.
7. Yancik R, Ries LG. Cancer in the aged: an epidemiologic perspective on treatment issues. *Cancer* 1991 ; 68 : 2502-10.
8. Courpron P, Droz JP. *How to teach geriatric oncology. The 6<sup>th</sup> International Conference on Geriatric Oncology*. Second meeting of SIOG (International Society for Geriatric Oncology). Lyon, France, 14-15 septembre 2001.
9. Auclerc G, Spano JP, Brunet A, et al. Oncogériatrie: le quotidien de demain. *Rev Gériatrie* 2001 ; 4 : 271-82.
10. Stuck A, Siu A, Wieland G, et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993 342 : 1032-6.
11. Retornaz F, Braud AC. L'oncogériatrie : du concept à la pratique. *Rev Med interne* 2003 ; 24 : 763-5.
12. Terret C, Zulian G, Droz JP. Statements on the interdependence between the oncologist and the geriatrician in geriatric oncology. *Crit Rev Onco Hematol* 2004 ; 52 : 127-33.
13. Droz JP, Courpron P. Réflexions sur l'organisation de l'oncogériatrie et rôle des réseaux. *Oncologie* 2006 ; 8 : HS62-6.
14. Fentiman IS, Tirelli U, Monfardini S, Schneider M, Festen J, Cognetti F, Aapro MS. Cancer in the elderly: why so badly treated? *Lancet* 1990 ; 335 : 1020-2.
15. Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ, Coltman CA, Albain KS. Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer treatment trials. *N Engl J Med* 1999 ; 341 : 2061-7.
16. Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given BA. Utilization of services among elderly cancer patients-relationship to age, symptoms, physical functioning, comorbidity, and survival status. *Ethn Dis* 2005 ; 15 (suppl 2) : S17-22.
17. Tirelli U, Errante D, Van Glabbeke M, et al. CHOP is the standard regimen in patients ≥ 70 years of age with intermediate-grade and high-grade non-Hodgkin's lymphoma: results of a randomized study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Lymphoma Cooperative Study Group. *J Clin Oncol* 1998 ; 16 : 27-34.
18. Freyer G, Maire P, Ardiet C, et al. Chimiothérapie cytotoxique chez le sujet âgé : présent et futur. *Bull Cancer* 1995 ; 82 : 531-40.
19. Balducci L, Yates J. General guidelines for the management of older patients with cancer. *Oncology* 2000 ; 14 : 221-7.

#### TIRÉS À PART

M.H. Rodde Dunet

