

► Bien que l'âge moyen des cancéreux atteigne 70 ans, les principaux spécialistes mondiaux en oncogériatrie affirment que les patients les plus âgés sont souvent exclus des essais cliniques importants et qu'ils ne se voient pas proposer une prise en charge optimale comparativement aux patients les plus jeunes [1]. Si l'on a pu penser pendant longtemps que les cancers des patients de plus de 70 ans présentaient des conditions biologiques qui les rendaient moins agressifs, les travaux plus récents suggèrent plutôt que l'agressivité des cancers après 70 ans est en réalité identique à celle des cancers des patients plus jeunes et que les traitements anticancéreux peuvent souvent s'avérer aussi efficaces, bien que leurs bénéfices demeurent incertains [2]. Il n'en reste pas moins que les personnes âgées atteintes de cancer continuent d'être souvent traitées de façon moins intensive. En effet, un âge avancé est non seulement associé à une plus grande vulnérabilité au cancer, mais aussi à des problèmes de santé chroniques liés à un contexte de co-morbidités, qui ont des conséquences importantes sur la décision médicale de l'oncologue et peuvent affecter le pronostic et la survie [3]. La notion de « personne âgée », fixée arbitrairement à 65 ans [4], regroupe dans la même catégorie des patients en très bon état général avec un âge physiologique souvent de 10 ans inférieur à l'âge civil, et des patients dont l'autonomie est réellement diminuée et la dépendance marquée. En dépit des spécificités du cancer dans les populations les plus âgées, celui-ci reste une maladie létale. Son traitement et la prévention de la rechute peuvent améliorer aussi bien la qualité de vie des patients que la survie sans rechute.

Les sciences économiques et sociales se doivent donc, en matière d'oncogériatrie, d'éclairer la question de l'équité inter-générationnelle en matière d'accès aux soins. Doit-on organiser le traitement de tout patient en fonction de sa tumeur et de ses co-morbidités ou doit-on, avant tout, prendre en considération l'âge avec le risque de sous-traiter des patients dont l'espérance de vie dépasse 10 ans, durée de bénéfice reconnue pour la plupart des thérapeu-

tiques curatives ? Pourra-t-on proposer à cette population de plus en plus nombreuse un traitement palliatif et symptomatique, de fait sub-optimal, alors que la durée de travail et de participation à la vie sociale et collective ne cesse de s'allonger ? Quelle est la part des ressources qu'il est souhaitable d'allouer à des programmes de santé (à visée curative et non principalement palliative) concernant spécifiquement cette population ? Devant la place grandissante que la prise en charge du sujet âgé représente en termes de santé publique, il semble nécessaire d'avoir une information sur la valeur accordée par la population générale à des programmes de santé dédiés aux patients les plus âgés et aussi de la comparer à la valeur accordée par des patients concernés [5].

Dès lors que l'on constate, comme cela est bien établi dans le cancer du sein [6], et comme cela a été plusieurs fois rappelé dans le séminaire de Marseille dont ce numéro de *Médecine/Sciences* se fait l'écho, que certains traitements adjuvants de chimiothérapie et de radiothérapie sont fréquemment omis chez le sujet âgé, il faut s'interroger sur les raisons d'une telle disparité en fonction de limites d'âge fixées *a priori*. Cette variabilité peut-elle s'expliquer avant tout par des contraintes biomédicales « objectives » de pronostic ou bien reflète-t-elle plutôt les préférences des médecins, la possibilité de transferts de coûts, l'estimation de la toxicité des traitements ou de la nature et de la sévérité des problèmes de santé co-morbides ?

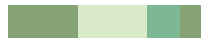
Cependant, il demeurera toujours dans le choix thérapeutique des paramètres que le patient est le mieux à même de définir : « son arbitrage entre le risque de rechute et le risque de complications associées au traitement, et celui entre son espérance de survie et sa qualité de vie ». Pourquoi les patients les plus âgés devraient-ils être exclus du processus de décision médicale alors que des études ont montré qu'ils paraissent, comme d'autres groupes, demandeurs de participation à la décision thérapeutique qui les concerne, et que certains des patients de plus de 60 ans atteints d'un cancer présentent un bien-être mental et un



état de santé psychologique meilleur, si l'on en croit les échelles psychométriques, que des patients plus jeunes [7] ?

Sur tous ces sujets, dont la dimension éthique est indissociable, il faut nouer un dialogue étroit entre cliniciens, biologistes, chercheurs en sciences sociales et représentants des patients eux-mêmes. Le séminaire de Marseille en a très certainement été l'esquisse et un moment fort. ♦

Geriatric oncology: the necessary dialogue with the social and economic sciences



C. Protière

Inserm U379, Institut Paoli Calmettes, Marseille, France.

J.P. Moatti

Professeur à la Faculté des Sciences Économiques et de Gestion de l'Université de la Méditerranée depuis janvier 1994.

Directeur de l'Unité Inserm 379 (Épidémiologie et Sciences Sociales Appliquées à l'Innovation Médicale) depuis janvier 2004.

Directeur de l'IFR 134 (Sciences Humaines Économiques et Sociales de la Santé d'Aix-Marseille) depuis janvier 2004, Marseille, France.

Inserme U379, Institut Paoli Calmettes
232, boulevard Sainte-Marguerite, BP 156,
13273 Marseille Cedex 9, France.

U379@marseille.inserm.fr

Université de la Méditerranée,
UFR de Sciences Économiques et Gestion,
14, rue Puvis de Chavannes,
13231 Marseille Cedex 01, France.

moatti@marseille.inserm.fr

RÉFÉRENCES

1. Balducci L, Lyman GH. Cancer in the elderly. Epidemiologic and clinical implications. *Clin Geriatr Med* 1997 ; 13 : 1-14.
2. Braud AC. *Management of breast cancer in older patients: changes in decisions and treatment. Report from 179 patients treated in a single institution.* Nice, 27th ESMO Congress, 2002.
3. Yancik R, Wesley MN, Ries LA, et al. Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. *JAMA* 2001 ; 285 : 885-92.
4. Evans JG. Introduction. In : Evans JG, Williams TF, Beattie BL, Michel JP, Wilcock GK, eds. *Oxford textbook of geriatric medicine*, 2nd ed. Oxford : Oxford University Press, 2000.
5. Johannesson M, Johansson PO. Quality of life and the WTP for an increased life expectancy at an advanced age. *J Public Economics* 1997 ; 65 : 219-28.
6. Gajdos C, Tartter PI, Bleiweiss IJ, et al. The consequence of undertreating breast cancer in the elderly. *J Am Coll Surg* 2001 ; 192 : 698-707.
7. Cassileth BR, Chou JN. Psychosocial issues in the older patient with cancer. In: Balducci L, Lyman GH, Ershler WB, eds. *Supportive care and family issues, geriatric oncology*. Philadelphia : Lippincott, 1992 : 311-3.

TIRÉS À PART

J.-P. Moatti

L'Institut National du Cancer

Une agence de moyens et d'expertise

Institution publique autonome créée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'Institut National du Cancer a une vocation d'Agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie. Il est chargé d'impulser et de coordonner la lutte contre le cancer en France, de mettre en œuvre une politique de recherche sur le cancer et de garantir aux malades l'égalité d'accès aux soins. Il est financé par ses deux ministères de tutelle, le ministère de la Santé et le ministère de la Recherche.

UN OBJECTIF : DIMINUER LA MORTALITÉ PAR CANCER EN FRANCE

L'Institut National du Cancer est une agence d'objectifs et de moyens.

Depuis sa création, l'Institut National du Cancer s'attache en liaison avec tous ses partenaires publics et privés à combler les retards de la France en matière de lutte contre le cancer et à assurer un continuum entre les soins et la recherche.

Par son action d'intégrateur et de créateur de valeur ajoutée, l'Institut National du Cancer agit pour :

- Coordonner la prévention, le diagnostic précoce et impulser une dynamique sur le dépistage.
- Accompagner l'évolution du système de soins pour répondre aux enjeux de la prise en charge du cancer : permettre à chaque patient un égal accès à des soins de qualité sur tout le territoire
- Stimuler une recherche en cancérologie innovante et compétitive et accélérer le transfert entre la connaissance et la pratique de soins

UNE VOCATION : L'EXPERTISE ET L'IMPULSION

La principale vocation de l'Institut National du Cancer est l'expertise en cancérologie, à travers l'anticipation des problématiques, l'évaluation, le suivi, la diffusion, la gestion et l'animation de projets.

L'Institut agit avec et à travers les opérateurs via des partenariats, appels à projets compétitifs, financement de projets, actions incitatives, accompagnement des expérimentations

8 MISSIONS PRINCIPALES

Son action s'inscrit en complémentarité de l'action des organismes déjà existants. Elle favorise la transversalité et la continuité entre la recherche, les soins et la prise en charge sociale de la maladie.

Les missions de l'Institut, définies par la loi sont :

- Observer et évaluer le dispositif de lutte contre le cancer ;
- Définir les référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie et les critères d'agrément des établissements et des professionnels pratiquant la cancérologie ;
- Informer les professionnels de santé et le public ;
- Participer à la mise en place et à la validation d'actions de formation continue des médecins et paramédicaux ;
- Mettre en œuvre, financer et coordonner les actions de recherche en liaison avec les organismes publics et les associations caritatives concernées ;
- Développer et suivre des actions public/privé dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation ;
- Participer au développement d'actions européennes et internationales ;
- Réaliser, à la demande des ministres concernés, toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer.