



**PROPOSITIONS SUR LES PERSPECTIVES
D'ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES
PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE CANCER
EN FRANCE.**

Pr E.DORVAL

nov 2018

Propositions sur les perspectives d'évolution de la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer en France.

Pr E Dorval

Introduction

Plus de 30% des cancers surviennent chez les sujets de 75 ans et plus ; leur incidence moyenne augmente et leur pronostic reste médiocre alors que celui des sujets plus jeunes s'améliore. Dans cette population jugée fragile, parfois *a priori*, un diagnostic plus tardif, des traitements sub-optimaux, la sur-toxicité des traitements, un accès moindre à l'innovation et une moindre participation aux essais thérapeutiques sont fréquents et associés à ce pronostic plus défavorable.

Depuis plusieurs années, sous l'impulsion de l'Institut National du Cancer (**INCa**), la prise en charge des sujets de 75 ans et plus atteints de cancer en France, a fait l'objet d'un état des lieux puis de mesures spécifiques inscrites dans les plans Cancer 2009-2013 puis 2014-2019. Des recommandations de dépistage de la fragilité et d'évaluation gériatrique personnalisée (**EGP**) ont été ajoutées aux recommandations de prise en charge des cancers de l'adulte. Parallèlement, des unités de coordination oncologique et gériatrique (**UCOG**) ont été créées et financées ; elles couvrent, depuis 2013, l'ensemble du territoire français. La mission des UCOG est régionale et centrée sur la coordination de l'organisation des soins, de la formation et information et de la recherche. L'ensemble de ces mesures concourt à définir et améliorer les modalités d'une prise en charge adaptée et spécifique de ces sujets.

Le présent travail, réalisé en 2018 par E Dorval à la demande de l'**INCa** (Dr J Viguiet et Pr N Ifrah), a pour objectif de présenter des **propositions d'évolution de la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer en France**. Il s'appuie sur :

- une analyse de la littérature et des travaux réalisés par l'**INCa**,
- les enquêtes nationales réalisées par la commission UCOG de la Société Francophone d'OncoGériatrie (**SoFOG**) en 2016 et 2017 auprès des professionnels concernés
- et spécifiquement, dans le cadre de ce travail, sur
 - o un [comité expert](#), pour coordonner et participer à ce travail.
 - o un questionnaire national réalisé auprès des professionnels de santé impliqués en oncogériatrie en 2018 (**QN18**).
 - o des avis [d'experts sollicités](#) dans leur domaine de compétence

Le questionnaire 2018 (**QN18**) ainsi que les avis d'experts sont consultables *in extenso* en annexe de ce travail.

Références

Etat des lieux et perspectives en OncoGériatrie. Collection rapports et synthèse. Institut National du cancer. Mai 2009. www.e-cancer.fr
 Plan Cancer 2014-2019 : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
 Plan Cancer 2014-2019 : 4ème rapport au président de la République. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-cancer-2014-2019-Selection-des-realizations-2017-fevrier-2018>
 Suivi du dispositif de prise en charge et de recherche clinique en oncogériatrie / État des lieux au 1er janvier 2015, appui à la décision, INCa, mars 2015. www.e-cancer.fr
 6^{ème} rapport de l'observatoire sociétal des cancers de la Ligue contre le cancer. <https://www.ligue-cancer.net/print/article/41438> [6eme-rapport-de-observatoire-societal-des-cancers](#)

Remerciements

E Dorval tient à remercier très chaleureusement le comité expert pour son soutien et sa participation aux travaux et à leur coordination ainsi que les experts qui ont accepté de rédiger des notes en réponse aux questions posées dans leur domaine de compétence. Ces notes d'expert sont consultables *in extenso* en annexe de ce rapport.

Le comité expert :

Pierre SOUBEYRAN, oncologue, président de la SoFOG,
 Laure De DECKER, gériatre, vice-présidente de la SoFOG,
 Eléna PAILLAUD, gériatre, past-présidente de la SoFOG,
 Carine SAUGER, chargée de missions, AOG Centre Val de Loire,
 Gilles ALBRAND, gériatre, coordinateur médical, UCOG Rhône Alpes,
 Loïc MOUREY, oncologue, coordinateur médical, UCOG Midi Pyrénées,
 Véronique BOURCY, chef de projet, coordinatrice non médicale, UCOG Pays de la Loire.

Les experts sollicités spécifiquement pour ce travail :

ALBRAND Gilles, Gériatre, Groupement Hospitalier Sud des Hospices Civils de Lyon
 BENAMOZIG Robert, hépatogastroentérologue, AP-HP
 BONNET Guillaume, Infirmier, IDE
 BOULAHSSASS Rabia, Gériatre, UCOG PACA Est
 BOURCY Véronique, Chef de projets, UCOG Pays de Loire
 BOUVIER Anne-Marie, INSERM, registre des cancers digestifs Dijon
 CATTENOZ Catherine, Gériatre, CHU de Rennes
 CORRE Romain, pneumologue, CHU de Rennes
 DARDAINE-GIRAUD Véronique, gériatre, CHRU de Tours
 DE DECKER Laure, Gériatre, CHU de Nantes
 DENIS Fabrice, Radiothérapeute, Centre Jean Bernard Le Mans
 EMPEREUR Fabienne, Présidente, ACORESCA
 FALANDRY Claire, Gériatre, CHU de Lyon
 FAROUX Roger, Président de la SNFGE
 FERRAT Émilie, MCU-PH de Médecine générale, Université Paris-Est Créteil
 FOUGERE Bertrand, Gériatre, CHRU de Tours
 FOURRIER-REGLAT Annie, MCU-PH, Dpt de Pharmacologie médicale, Univ Bordeaux Inserm U1219
 GOLDWASSER François, oncologue médical, APHP
 GUÉRIN Olivier, gériatre, CHU de Nice
 HAGUENOER Ken, coordonnateur, Centre de Coordination de Dépistage des Cancers 37
 HENRY Laurent, pilote PRS volet cancérologie, ARS Grand Est
 LAURENT-PUIG Pierre, PU-PH, HEGP
 MANFREDI Sylvain, hépato-gastroentérologue, CHU Dijon
 PAILLAUD Éléna, Gériatre, APHP
 PÉRON Jean-Marie, secrétaire général de la SNFGE
 RAINFRAY Muriel, gériatre, CHU de Bordeaux
 ROUGÉ-BUGAT Marie-Eve, Professeur des Universités de Médecine Générale, Univ. Toulouse III
 SCHOUER Corinne, référent cancer, direction de l'offre sanitaire, ARS Grand Est
 TARTOUR Éric, professeur en Immunologie, Faculté de médecine Paris Descartes
 VALÉRO Simon, Gériatre, CHU de Poitiers

Epidémiologie des cancers en France chez le sujet âgé.

La **prévalence** des cancers, chez les 75 ans et plus, est environ 5 fois plus élevée que dans la population générale (données 2008). **L'incidence** de la plupart des cancers augmente avec l'âge. En 2017 le nombre de nouveaux patients de 75 ans et plus, atteints de cancer a été estimé à environ 99700, soit respectivement 31.9% et 38.1% des 288000 hommes et femmes nouvellement atteints de cancer. Alors que l'incidence de certains cancers diminue régulièrement depuis les années 80 (T. ORL, Œsophage et Estomac), les autres localisations ont vu leur incidence augmenter, résultant, en 2012, en une **augmentation de l'incidence moyenne** des cancers de 107 % chez l'homme et 111.4% chez la femme dont 33.7% et 22.5%, respectivement, sont attribuables au vieillissement de la population (**AMB**).

Les projections de population par grands groupes d'âge montrent d'autre part que le vieillissement de la population française se poursuit : les 75 ans et plus représenteront 9.4% (6.2 M) de la population en 2020, 10.9% (7.3 M) en 2025 et 12.3% (8.4 M) en 2030 suggérant que la part attribuable à l'âge dans l'incidence des cancers augmente et pourrait en constituer la 1^{ère} cause.

Alors que la survie nette à 5 et 10 ans des patients atteints de cancer a augmenté régulièrement depuis 30 ans, celle des sujets âgés de 75 ans et plus est très inférieure à celle des sujets plus jeunes, et n'a que peu ou pas progressé (période 1989-2013, tumeurs du côlon et du sein (**AMB**)) résultant en une **aggravation progressive avec le temps du sur-risque de mortalité par cancer lié à l'âge**.

Les notes d'expert sont en annexe de ce travail

AMB : Anne-Marie Bouvier.

Références

Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, Delafosse P, Remontet L, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 80 p.

Projections de population en France. TEF, édition 2016 - Insee Références p26-27. www.insee.fr

Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. Rev Epidemiol Sante Publique 2014;62:95-108.

Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Tumeurs solides. Saint Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2013. 122p

Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard AV, Voirin N, Monnereau A, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013. Partie 1 Tumeurs solides. Sanitaire IdV, editor. Saint Maurice (France)2016. 274 p.

Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Voirin N, Guizard AV, Tretarre B, Bouvier AM, Colonna M, Bossard N, Woronoff AS, Grosclaude P. Survival of solid cancer patients in France, 1989-2013: a population-based study. Eur J Cancer Prev.2017;26(6):461-8.

Colonna M, Mitton N, Bossard N, Belot A, Grosclaude P, French Network of Cancer R. Total and partial cancer prevalence in the adult French population in 2008. BMC Cancer. 2015;15:153. (Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008. Etude à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM, Boulogne Billancourt, juillet 2014)

Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum /Étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau Francim, France 2018. www.e-cancer.fr

Objectif en OncoGériatrie.

L'objectif de l'oncogériatrie est de réduire le sur-risque de mortalité par cancer chez les 75 ans et plus et d'assurer et maintenir la meilleure qualité de vie. Ceci suppose d'agir notamment sur les **points de rupture dans le parcours patient** que sont :

- **l'absence de dépistage organisé** des cancers (sein et colorectal) après 74 ans,
- **le diagnostic tardif**,
- **le sous traitement**,
- **la sur-toxicité** des traitements
- et le **moindre accès à l'innovation et aux essais thérapeutiques**.

Ces points de rupture ont en commun **la fragilité, réelle ou supposée** du sujet âgé atteint de cancer, face aux enjeux de l'efficacité du dépistage, du diagnostic précoce et du traitement des cancers.

Dans ce travail nous abordons ces différents points pour émettre des **propositions** visant à améliorer la survie et/ou la qualité de vie des 75 ans et plus atteints de cancer en France. Dans le respect des termes de la saisine de l'INCa, les chapitres successifs abordés sont les suivants :

- I- Modalités du [dépistage de la fragilité](#) et de [l'Évaluation Gériatrique Personnalisée](#) (EGP).
- II- Modalités de la [coordination des soins](#) en oncogériatrie
- III- [Dépistage organisé des cancers](#) colorectal et du sein après 75 ans.
- IV- Rôle du [médecin généraliste et des aidants](#) dans le parcours de soins en oncogériatrie
- V- Déploiement de la [médecine connectée](#) en oncogériatrie
- VI- [Recommandations de pratique et accès à l'innovation](#) en oncogériatrie

Références

Etat des lieux et perspectives en OncoGériatrie. Collection rapports et synthèse. Institut National du cancer. Mai 2009. www.e.cancer.fr

Balducci L, Stanta G. CANCER IN THE FRAIL PATIENT: A Coming Epidemic. Hem/Oncol Clin of North America 2000,14(1):235-50.

J. Faivre, V.E.P.P. Lemmens, V. Quipourt, A.M. Bouvier. Management and survival of colorectal cancer in the elderly in population-based studies. Eur J Cancer 2007;43:2279-84.

I- Modalités du dépistage de la fragilité et de l'Évaluation Gériatrique Personnalisée (EGP)

La fragilité est un enjeu majeur dans le parcours des patients de 75 ans et plus atteints de cancer. Elle est fréquente, hétérogène et variable d'un sujet à l'autre. Son dépistage conduit, le cas échéant, à une évaluation gériatrique personnalisée (EGP) pour une prise en compte spécifique, et adapter si besoin le traitement oncologique. La fragilité, son dépistage et sa prise en compte symbolisent la spécificité oncogériatrique du parcours patient âgé atteint d'un cancer que les UCOG ont pour mission de coordonner à l'échelon régional

1. Le dépistage de la fragilité.

Le dépistage de la fragilité chez les 75 ans et plus atteints de cancer repose sur le **test G8** qui est un test simple en 8 questions, validé en population en France et possédant également une valeur pronostique. Son utilisation est recommandée par l'INCa et la SoFOG. Il est également utilisé à l'étranger et dans la littérature internationale en oncogériatrie.

A côté du G8, le **G8 modifié** plus spécifique et récemment validé pourrait être également utilisé.

D'autres tests de dépistage de la fragilité sont également proposés dans la littérature. Parfois plus complexes ou de caractéristiques métrologiques moins évaluées, leur utilisation en routine est moindre.

Un score G8 inférieur ou égal à 14 suggère l'existence d'une fragilité qui doit alerter et conduire, pour les situations et/ou les traitements complexes à une EGP et un suivi spécifique au-delà des mesures générales de support communes à tous les patients atteints de cancer (nutrition, activité physique ou prise en charge psychologique par exemple).

L'**enquête déclarative 2016** de la commission des UCOG de la SoFOG auprès des coordonnateurs des UCOG a montré un **déploiement** du G8 dans la **quasi-totalité** des 23/28 UCOG ayant accepté de participer à l'enquête. La **traçabilité** dans le dossier communiquant en cancérologie (**DCC**) est effective **pour les ¾ d'entre elles** mais le taux de remplissage est hétérogène, variable et **très inférieur à 50%**.

Dans le **questionnaire national 2018 (QN18)** réalisé auprès des professionnels impliqués en oncogériatrie, la **fragilité** -supposée ou réelle- est reconnue de façon quasi unanime comme le facteur essentiel d'une prise en charge non optimale des cancers chez les personnes âgées. Son **dépistage** apparaît comme **indispensable** pour améliorer cette prise en charge et doit reposer sur le test simple et objectif qu'est le **G8 (ou le G8 modifié)**. Le test est réalisé en présence du patient, par l'oncologue ou le gériatre mais une large place devrait également être laissée à l'IDE (coordination ou annonce) et au médecin traitant (voir aussi Chapitre IV). Le G8 est un **indicateur de qualité** de la prise en charge des patients âgés avec cancer qui doit donc être **systématique et tracé** dans le dossier du patient et/ou le DCC. Dans ce contexte il devrait être **opposable** à l'autorisation au traitement des cancers des établissements de santé.

Propositions

Le dépistage de la fragilité des 75 ans et plus atteints de cancer est indispensable. Systématique et tracé dans le DCC, il repose sur le test G8, ou le G8 modifié, réalisé en présence du patient, par l'oncologue ou le médecin traitant, un autre médecin spécialiste ou le personnel paramédical. Sa pratique doit être opposable à l'autorisation de traitement des cancers des établissements de santé.

Références

Bellera CA, Artaud F, Rainfray M, Soubeyran PL, Mathoulin-Pélissier S. Modeling individual and relative accuracy of screening tools in geriatric oncology. Ann Oncol. 2017 May 1;28(5):1152-1157.

Petit-Monéger A, Rainfray M, Soubeyran P, Bellera CA, Mathoulin-Pélissier S. Detection of frailty in elderly cancer patients: Improvement of the G8 screening test. J Geriatr Oncol. 2016 Mar;7(2):99-107

Martinez-Tapia C, Canoui-Poitaine F, Bastuji-Garin S, Soubeyran P, Mathoulin-Pelissier S, Tournigand C, Paillaud E, Laurent M, Audureau E; ELCAPA Study Group. Optimizing the G8 Screening Tool for Older Patients With Cancer: Diagnostic Performance and Validation of a Six-Item Version. *Oncologist*. 2016 Feb;21(2):188-95.

Bellera C, Soubeyran P. How to identify frailty in older patients with cancer? Available tools. *Cancer Radiother*. 2015 Oct;19(6-7):382-5.

Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H, Albrand G, Servent V, Jean OS, van Praagh I, Kurtz JE, Périn S, Verhaeghe JL, Terret C, Desauw C, Girre V, Mertens C, Mathoulin-Pélissier S, Rainfray M. Screening for vulnerability in older cancer patients: the ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. *PLoS One*. 2014 Dec 11;9(12):e115060

2. L'évaluation gériatrique personnalisée (EGP) et le suivi spécifique.

L'objectif de l'EGP et du suivi est de concourir à réduire la mortalité par cancer et de maintenir la qualité de vie des sujets âgés fragiles, par une prise en charge gériatrique et oncologique adaptées. L'essai national multicentrique « **PREPARE** », actuellement en cours et coordonné par P Soubeyran et M Rainfray, doit permettre de mesurer de façon factuelle le degré de réalisation de cet objectif.

L'EGP comporte des échelles et grilles et une consultation gériatrique par un gériatre formé à l'OncoGériatrie. C'est une consultation longue requérant des compétences spécifiques aujourd'hui non valorisées.

L'EGP permet la classification des sujets âgés atteints de cancer en 3 groupes (robustes, vulnérables et fragiles selon Balducci). Cette classification, jugée aujourd'hui à dire d'expert, trop schématique et réductrice, a permis de proposer un cadre pour la prise en charge des patients selon leurs co-morbidités, les syndromes gériatriques et leur statut fonctionnel et non selon leur âge.

Les sujets « robustes » ($G8 > 14$) n'ont, *a priori*, pas besoin d'EGP et reçoivent le traitement oncologique standard.

A l'opposé, parmi les sujets « non robustes » ($G8 \leq 14$) certains sont très fragiles (groupe 3 de Balducci) et inéligibles à des traitements complexes ; ils reçoivent des traitements symptomatiques et de confort et l'EGP est peu ou pas utile pour eux. Les autres, « vulnérables » (groupe 2 de Balducci), sont éligibles à des soins gériatriques spécifiques pour prendre en charge et réduire si possible les éléments de fragilité et adapter le traitement oncologique à ces fragilités.

L'enquête déclarative 2016 de la commission des UCOG de la SoFOG auprès des UCOG a montré que le nombre d'EGP réalisées chaque année en France est hétérogène et variable d'une UCOG à l'autre : moins de 500 par an pour 6 UCOG sur 17 répondants, de 500 à 1000/an pour 5/17 UCOG et plus de 1000 pour 6/17 UCOG.

L'enquête déclarative 2017 de la commission des UCOG de la SoFOG, coordonnée par G Albrand en 2017, a recensé 248 sites de **structures d'évaluation Onco-Gériatriques (SC-OG)** dont 246 dans 79 des 96 départements de la France métropolitaine, 1 en Martinique et 1 en Guyane ; 17 départements de métropole et certains départements d'outre-mer en sont encore dépourvus fin 2017. Les SC-OG sont situées dans le secteur public pour 78 % d'entre elles, dans une structure privée pour 14 % et pour 8 % dans des structures privées à but non lucratif ; 178 SC-OG réalisent leur activité d'évaluation sur la base d'une consultation simple, 98 en hôpital de jour et 68 sur la base d'une équipe mobile (**GA**).

Dans le **QN18**, l'EGP apparaît très majoritairement comme relevant de la **compétence d'un gériatre formé**. Elle devrait être tracée (dossier et/ou DCC) et comporter des échelles et des grilles (avec un **contenu minimal consensuel au plan national**), une consultation approfondie et une conclusion avec des recommandations motivées répondant notamment à la question posée et/ou au traitement proposé par l'oncologue. L'EGP apparaît également de façon majoritaire comme un élément clé du recours à une plateforme territoriale d'appui (**PTA**) ou un établissement de soins de suite et réadaptation (**SSR**) pour faciliter le cas échéant la mise en œuvre et le suivi du traitement oncologique et gériatrique.

En France il a été montré qu'environ 70 à 80% des sujets de 75 ans et plus atteints de cancer ont un $G8 \leq 14$. Dans le QN18, une large majorité des répondants considère que certaines fragilités fréquentes peuvent conduire à des soins de support sans recours au gériatre (diététique et nutrition, APA, soutien psychologique). Tous les patients ne relèvent donc pas d'une EGP qui devrait être réservée en priorité aux patients « vulnérables » avec fragilités complexes ou multiples ou relevant de stratégies oncologiques

complexes ou lourdes. Il serait donc utile de mieux identifier les besoins réels en EGP et en suivi et d'évaluer le nombre moyen d'EGP nécessaire pour 100000 personnes âgées/an **(GA)**.

Le gériatre est indispensable dans l'EGP mais la plupart des tests peut être réalisée par une IDE formée (IDEC, IPA), le gériatre restant indispensable pour la synthèse, la proposition de plans d'intervention et répondre à la question posée par l'oncologue. Outre la prédiction d'évènements indésirables au cours des traitements anticancéreux chez ces personnes âgées, l'EGP permet de proposer des interventions ciblées sur les anomalies dépistées qui feront l'objet d'un suivi gériatrique au long du traitement du cancer **(MR)**.

L'IDE (IDE Clinicienne IDEC, l'infirmière de pratiques avancées IPA), formée à la détection de la fragilité par le G8 mais aussi à l'EGP en lien avec le gériatre, devrait avoir ce rôle d'évaluation initiale mais aussi un rôle de coordination ville-hôpital notamment dans le suivi et l'éducation thérapeutique en lien avec le médecin traitant et les réseaux de soins. Ce rôle doit faciliter un parcours de soins volontiers considéré comme complexe et difficilement compréhensible. Le recours à la même IDE pour l'ensemble de ces missions apparaît ici hautement souhaitable pour éviter la multiplication des acteurs de soins auprès de la personne âgée **(GB, MR)**. Sa place dans le déploiement de **la médecine connectée** doit être également évaluée (voir à ce sujet le chapitre V).

Propositions

L'EGP, à la demande le plus souvent de l'oncologue, relève de la compétence d'un gériatre formé et de l'aide de personnels paramédicaux formés (IDE, IDEC, IPA spécialisées...). L'EGP et le suivi ne sont pas systématiques chez les 75 ans et plus atteints de cancer mais à discuter en fonction du résultat du G8 et d'autres paramètres en lien avec le siège et le stade de la tumeur ainsi que le type de projet thérapeutique envisagé.

En pratique l'EGP et le suivi gériatrique concernent les patients de 75 ans et plus avec cancer, (dépistés) fragiles et chez lesquels la situation et/ou le projet thérapeutique envisagé est (ou sont) complexe(s). Elle peut être réalisée, selon les cas, en consultation externe ou par téléconsultation, en hôpital de jour ou au cours d'une hospitalisation par une équipe mobile de gériatrie.

Le déploiement de l'EGP doit se poursuivre pour permettre son accès à toutes les personnes âgées avec cancer qui le nécessitent. Dans ce contexte il convient de favoriser :

- la formation initiale universitaire en oncogériatrie des gériatres, des oncologues et des professionnels de santé (ex M2 pour les IPA)
- la formation post-universitaire (type DIU, DU ou MOOC) de l'ensemble des professionnels de santé (médecins, IDE, IPA, paramédicaux) concernés par l'EGP, le suivi et la coordination ville-hôpital
- le recours à la téléconsultation (en lien avec le médecin traitant ou un professionnel de santé formé) pour les structures ne disposant pas de l'évaluation oncogériatrique sur place ou à distance raisonnable
- l'inscription de l'EGP dans la CCAM et sa valorisation spécifique. L'EGP est en effet une consultation particulièrement longue et technique qui requiert des compétences spécifiques. L'absence de valorisation est un frein à son développement alors qu'elle est réalisée majoritairement en consultation externe. La description précise par les sociétés savantes (SoFOG) de l'EGP (indication et question posée, grilles et échelles minimales utiles, synthèse et propositions, suivi éventuel requis) et de ses conditions (compétence du gériatre, place des IDE, IDEC ou IPA formés, traçabilité dans le DCC) doit être réalisée **(EP)** ; elle autoriserait la demande d'inscription de l'EGP dans la CCAM et sa valorisation adaptée.

Au total, il devrait être inscrit dans le cahier des charges des autorisations pour le traitement des cancers que l'établissement de santé met en œuvre une prise en charge adaptée des patients de 75 ans et plus atteints de cancer et que, à ce titre, 2 critères lui sont opposables :

1. assurer la détection systématique de la fragilité par un questionnaire approprié (G8 ou G8 modifié) et tracé dans le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC).
2. assurer autant que de besoin, dans le parcours de soins oncologiques des patients âgés fragiles, l'accès, sur place ou par convention, à une EGP tracée dans le DCC et au suivi gériatrique recommandé.

Les notes d'experts sont en annexe de ce travail

GA : Gilles Albrand.

GB : Guillaume Bonnet.

MR : Muriel Rainfray.

EP : Eléna Paillaud.

Références :

Soubeyran P, Terret C, Bellera C, Bonnetain F, Jean OS, Galvin A, Chakiba C, Zwolakowski MD, Mathoulin-Pélissier S, Rainfray M. Role of geriatric intervention in the treatment of older patients with cancer: rationale and design of a phase III multicenter trial. *BMC Cancer*. 2016 Dec 1;16(1):932

Liuu E, Caillet P, Curé H, Anfasi N, De Decker L, Pamoukdjian F, Canoui-Poitrine F, Soubeyran P, Paillaud E; sous l'égide de la Société francophone d'oncogériatrie (SoFOG). Comprehensive geriatric assessment (CGA) in elderly with cancer: For whom?. *Rev Med Interne*. 2016 Jul;37(7):480-8.

Ressources Nationales des Structures de Consultations en Onco-Gériatrie en 2017. Albrand Gilles, Poulet-Carel Marion, Dorval Etienne, Bourcy Véronique, Mourey Loïc. Soumis JOG 2018.

Kenis C, Decoster L, Flamaing J, et al. Adherence to geriatric assessment-based recommendations in older patients with cancer: a multicenter prospective cohort study in Belgium *Ann Oncol*. 2018 Jun 14. doi: 10.1093/annonc/mdy210.

Balducci L, Extermann M. Management of Cancer in the Older Person: A Practical Approach. *The Oncologist* 2000;5:224-237

M Extermann, J Overcash, G H. Lyman, J Parr, L Balducci. Comorbidity and Functional Status Are Independent in Older Cancer Patients. *J Clin Oncol* 1998;16:1582-96.

Emilie Ferrat, Elena Paillaud, Philippe Caillet, Marie Laurent, Christophe Tournigand, Jean-Léon Lagrange, Jean-Pierre Droz, Lodovico Balducci, Etienne Audureau, Florence Canoui-Poitrine, and Sylvie Bastuji-Garin. Performance of Four Frailty Classifications in Older Patients With Cancer: Prospective Elderly Cancer Patients Cohort Study. *J Clin Oncol* 2017;35:766-77.

Balducci L. Studying Cancer Treatment in the Elderly Patient Population *Cancer Control* 2014;21(3):215-20.

Albrand G et al. Ressources nationales des structures de consultation en oncogériatrie en 2017. *JOG J Oncogeriatr* 2018;9(2):45-51.

Soto Perez de Celis E et al. Functional versus chronological age : geriatric assessments to guide decision making in older patients with cancer. *Lancet Oncol* 2018 ;19(6) :e305-16.

II-Modalités de coordination des soins en oncogériatrie.

Les UCOG ont la mission de coordination territoriale des soins, de la formation/information et de la recherche en OG et l'INCa a clairement indiqué son souhait du rapprochement des UCOG et des réseaux régionaux de cancérologie (RRC).

Dans le **QN18** il apparaît que gériatres et oncologues sont majoritairement en faveur du rôle de coordination exclusive des UCOG alors que les autres médecins et les non médecins répondants sont plus souvent sans opinion ou favorables à une double mission de soins et de coordination. Les 18% d'opposants à ce rôle exclusif représentent 25% des gériatres, 11% des oncologues et 16% des autres médecins et des non médecins.

Il existe d'autre part un accord très majoritaire pour considérer que le rôle de coordination de l'UCOG en fait **l'interlocuteur privilégié** des tutelles, des professionnels de santé et des sociétés savantes et qu'elle est une **structure d'évaluation des pratiques** centrée sur l'égalité d'accès et la qualité des soins pour les sujets âgés atteints de cancer.

1. Liens avec les RRC

Des liens entre Réseaux Régionaux de Cancérologie et les UCOG sont apparus indispensables en particulier au recensement et à la coordination des acteurs régionaux, à la promotion des bonnes pratiques, à l'information de la population et au recueil des indicateurs d'activité en oncogériatrie. L'intégration des UCOG au sein des RRC est souhaitable pour la cohérence des projets, la facilitation du déploiement de la culture oncogériatrique et sa lisibilité (**FE, RB, CS, LH**).

L'enquête déclarative 2016 de la commission UCOG de la SoFOG a montré que des liens hétérogènes s'étaient déjà noués dans certaines UCOG avec les RRC : 21 des 22 UCOG ayant répondu ont développé des liens de façon informelle (7/22) ou plus souvent formelle (14/22 dont 2 sous forme d'une charte). Le site Internet, les locaux, la logistique et l'informatique sont souvent mutualisés et les travaux en commun les plus cités concernent le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) et la formation et, à un moindre degré, les recommandations de pratique et la recherche.

Dans le QN18, le rapprochement des **UCOG et des réseaux régionaux de cancérologie** (dans les régions où ils sont actifs) est considéré comme une aide (potentielle) pour les UCOG et AOG dans les domaines logistiques, pour l'Internet, le DCC, la coordination et le parcours de soins, les liens avec les réseaux territoriaux et les PTA, la gestion des bases de données, la formation et l'information, la recherche et l'innovation. En revanche la gestion des budgets et leur fongibilité dans l'enveloppe des réseaux n'obtiennent pas d'accord majoritaire et près de 18% d'opposition (gériatres essentiellement).

Propositions

Les UCOG ont comme mission principale la coordination du déploiement des soins, de la formation /information et de la recherche en oncogériatrie. Pour des raisons de cohérence, de lisibilité et de légitimité, elles sont adossées aux RRC pour l'ensemble de ces missions y compris pour le déploiement et le recueil des indicateurs d'activité et de qualité du volet oncogériatrique (G8, EGP et suivi) dans le DCC. En revanche elles conservent la libre gestion de leur budget.

Les notes d'experts sont en annexe de ce travail

FB : Fabienne Empereur

RB : Rabia Boulhassass

CS : Corinne Schouler

LH : Laurent Henry

2. Liens ville-Hôpital :

Dans le QN18, les répondants souhaitent très majoritairement que les réseaux territoriaux et les plateformes territoriales d'appui (PTA) aient une **compétence affichée en oncogériatrie** et des liens étroits avec les gériatres, les établissements de santé autorisés (ES), les médecins traitants d'une part et les UCOG d'autre part. Les rôles (potentiels) des médecins traitants sont nettement (ré)affirmés pour qu'ils soient au **centre de la prise en soins des patients âgés atteints de cancer** et qu'ils soient des **interlocuteurs des UCOG** (voir aussi chapitre IV).

Les réseaux de gérontologie, dans les régions où ils existent, peuvent avoir un rôle actif dans la mise en œuvre et le suivi post EGP pour les situations complexes. En lien avec les équipes réalisant les EGP, ils peuvent proposer aux acteurs de terrain le programme personnalisé de soins (PPS) suivant les propositions de l'EGP et assurer si nécessaire le suivi post EGP à intervalles réguliers **(SV)**.

Dans les EHPAD, mais aussi les SSIAD, des actions de sensibilisation, mises en œuvre par les UCOG et centrées sur les spécificités de la prise en soins des cancers chez le sujet âgé doivent se développer. Le financement des consultations spécialisées comme l'EGP devrait être intégré dans le forfait de soins des EHPAD **(VB, LdD, LH, CS)**.

Dans les SSR, l'individualisation de lits d'oncogériatrie pourrait permettre la prise en soins des sujets âgés fragiles avec des situations ou des traitements complexes et/lourds impossibles à mettre en œuvre à domicile. Cette prise en soins s'entend hors traitements du cancer et requiert d'une part des liens étroits avec l'équipe oncologique qui met en œuvre le traitement du cancer et d'autre part une équipe SSR formée et renforcée **(VD)**.

Dans les **réseaux territoriaux** et les **PTA** les liens avec les RRC et les UCOG doivent permettre d'impulser une dynamique essentielle pour diffuser la culture oncogériatrique et fluidifier le parcours patient âgé atteint de cancer. Le rôle des équipes mobiles gériatriques et des paramédicaux formés en particulier IDE, IDEC, IPA doit être précisé **(LH, CS)**.

Propositions

Les liens des UCOG avec les structures et les réseaux territoriaux (EHPAD, SSR, RRC, PTA, réseau de gérontologie) doivent se développer. Les UCOG devraient, d'une part, assurer ou coordonner **la formation et l'information** des professionnels de ces structures et des médecins traitants (voir aussi Chapitre IV rôle du médecin traitant) et, d'autre part, **coordonner les parcours de soins** à l'interface entre établissements de santé, structures d'accueil et médecins traitants. Les SSR pourraient, sous réserve de leur compétence, individualiser des lits d'oncogériatrie en lien avec l'équipe oncologique.

Les notes d'experts sont en annexe de ce travail :

SV : Simon Valéro,

VB : Véronique Bourcy,

LdD : Laure de Decker,

VD : Véronique Dardaine,

LH : Laurent Henry

CS : Corinne Schouler

III-Dépistage organisé (DO) du cancer colorectal et du cancer du sein chez les 75 ans et plus.

Le DO des cancers colorectal (test immunologique de recherche de sang dans les selles tous les 2 ans) et du sein (mammographie de dépistage tous les 2 ans) s'adresse aux sujets à risque moyen non symptomatiques âgés de 50 à 74 ans. Hors de cette tranche d'âge le DO n'est pas effectué et le dépistage laissé à l'appréciation de chacun. Dans une enquête déclarative réalisée en Bretagne en 2018 auprès de professionnels de santé (**VB, CC**), il apparaît que l'arrêt du DO après 74 ans peut donner à la population une image négative, un sentiment d'incompréhension et de désintérêt.

Pour le Collège National des médecins Généralistes Enseignants (CNGE), l'extension potentielle du DO au-delà de 75 ans concerne au premier chef les MT qui sont en attente de recommandations claires dans cette tranche d'âge (**EF, MERB**).

Dans le **QN18**, l'absence de dépistage organisé après 75 ans est clairement reconnu par les répondants comme l'un des facteurs associés à la **surmortalité spécifique** par cancer des personnes âgées. S'agissant du **dépistage organisé des cancers colorectal et du sein** après 75 ans, les répondants ne questionnent pas le rapport cout/efficacité et sont très majoritairement d'accord pour qu'il soit évalué et ciblé chez les sujets âgés non fragiles ; ils considèrent que ce dépistage est du domaine du médecin traitant et du gériatre et que des actions ciblées doivent être faites par l'INCa et les sociétés savantes envers les médecins traitants.

Cancer colorectal (CCR)

Le Collège National Professionnel en Hépato-Gastro-Entérologie se dit notamment favorable à une évaluation d'un DO du CCR après 75 ans adapté à l'augmentation de l'espérance de vie et/ou sur avis du médecin traitant (**RB**). La Société Nationale Française de Gastroentérologie est, elle aussi, favorable au test immunologique après 75 ans sur avis du médecin traitant (**RF, JMP**).

Pour un responsable de centre départemental de DO une extension du DO du CCR après 75 ans apparaît souhaitable dans une approche personnalisée selon l'espérance de vie du sujet et le risque potentiel de complications liées au dépistage (**KH**).

L'analyse, en cours de publication, d'une cohorte de patients de plus de 75 ans qui ont poursuivi le DO semble montrer le maintien des résultats favorables dans cette population (**SM**) et une simulation médico économique réalisée par l'INCa, également en cours de publication, semble enfin montrer que la poursuite du DO au delà de 75 ans serait coût-efficace.

Aux USA les nouvelles recommandations publiées en 2018 proposent d'étendre le dépistage du cancer colorectal jusqu'à 85 ans tenant compte de l'accord du sujet et de sa compliance antérieure au DO. La recommandation indique de tenir compte également d'une espérance de vie supérieure à 10 ans ce qui n'a cependant pas nécessairement l'accord des personnes âgées. L'association de patients **France Colon** soutient ces nouvelles recommandations

Cancer du sein

Aux USA, les nouvelles recommandations suggèrent la poursuite du dépistage du cancer du sein si l'espérance de vie dépasse 10 ans.

En France, contrairement au DO du CCR, la poursuite du DO du sein après 75 ans n'est probablement pas une priorité compte tenu des débats qui existent dans la tranche d'âge actuelle concernant le sur-diagnostic, le sur-traitement ou encore les risques de cancers induits (**KH**). En revanche aucune recommandation claire n'existe sur le dépistage individuel ou le diagnostic précoce après 75 ans (**MD**).

Propositions

La poursuite du DO du CCR au-delà de 75 ans devrait être envisagée pour les sujets non fragiles sur avis du médecin traitant. Une formation/information spécifique de cette extension du DO et de ses conditions devra être mise en place par les tutelles avec les sociétés savantes et les structures de DO auprès de la population et des MT. L'évaluation spécifique de ce dispositif devra en conforter la pertinence.

Dans le cancer du sein, l'arrêt du DO par mammographie après 75 ans, sa poursuite à titre individuel ou encore des conseils d'autopalpation ou d'examen systématique par le MT sont les options actuelles qui méritent d'être clarifiées et de donner lieu à des recommandations précises à destination de la population, des structures de DO et des médecins traitants.

Les notes d'experts sont en annexe de ce travail

EF : Emilie Ferrat

MERB : Marie Eve Rougé Bugat

SM : Sylvain Manfredi

KH : Ken Haguenauer

MD : Marc Debled

SV : Simon Valero

VB : Véronique Bourcy,

CC : Catherine Cattenoz

RB : Robert Benamouzig

RF : Roger Faroux

JMP : Jean Marie Peron

Références

<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Strategies-de-depistage#toc-les-programmes-de-d-pistage>

sbarre@institutcancer.fr : évaluation médico économique de la réduction du risque de CCR et de décès par la participation aux programmes de dépistage.

Louis-Marie Ecomard. Modalités diagnostiques du cancer du sein chez la femme, à partir de 75 ans, en Gironde : rôle du médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2013. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01001030>

Écomard LM, Malingret N, Asad-Syed M, Dilhuydy MH, Madranges N, Payet C, Debled M. Diagnostic du cancer du sein après 74 ans : information donnée par les structures de gestion du dépistage organisé à la sortie de la tranche d'âge concernée. *Bull Cancer* 2013 ; 100 : 671-8.

Wolf A. et Al. Colorectal Cancer Screening for Average-Risk Adults: 2018 Guideline Update From the American Cancer Society. *CA CancerJ Clin* 2018.

Smith RA et Al.. Cancer Screening in the United States, 2018: A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Current Issues in Cancer Screening. *CA CancerJ Clin* 2018

IV-Rôle du médecin généraliste et des aidants dans le parcours de soins en oncogériatrie

Pour le CNGE il existe une attente forte des MT d'une amélioration de la communication avec les spécialistes oncologues et gériatres. Les MT ont un rôle important dans le dépistage et le diagnostic précoce et tout au long du traitement du cancer. La structuration des équipes de 1^{er} recours est probablement un atout dans la problématique oncogériatrique et le rôle du MT peut s'étendre, sous réserve **d'une évaluation de sa faisabilité en routine, au dépistage de la fragilité (G8)** et à l'indication et la préparation de l'EGP en amont de celle-ci en lien avec les paramédicaux formés. La transmission d'informations ciblées entre l'équipe oncogériatrique et le MT est ici particulièrement nécessaire (**EF, MERB, BF**).

Les MT sont à **l'initiative du dépistage organisé** (voir chapitre III) et au **centre de la prise en soins des patients atteints de cancer**. Dans le **QN18** ces rôles sont nettement affirmés et les répondants considèrent majoritairement qu'ils doivent être des **interlocuteurs des UCOG** et les acteurs du **dépistage organisé** et du **diagnostic plus précoce** des cancers chez les personnes âgées ce qui requiert des actions ciblées de l'INCa et des sociétés savantes.

En matière de **diagnostic précoce**, il existe un manque d'information de la population sur les signes qui doivent alerter. Il en est de même dans les EHPAD ou il n'existe pas de formation spécifique au dépistage ou au diagnostic précoce, plus généralement un manque d'information sur les recommandations de prise en charge des sujets âgés atteints de cancer et parfois une réticence des médecins traitants à indiquer des explorations jugées invasives suggérant que la prise en charge du cancer ou sa prévention ne sont plus justifiés en raison de l'âge (**SV, VB, CC, CS, LH**).

Il est enfin connu que, chez 20% des sujets âgés atteints de cancer, il existe un délai de près d'un an avant qu'ils ne consultent pour des symptômes pourtant clairs et plus généralement un retard au diagnostic de cancer, marqué par un pourcentage plus élevé de formes avancées.

En 2017-18, V Bourcy a piloté pour la commission des UCOG un groupe de travail dont l'objectif a été de **communiquer vers les MT** et la population au moyen d'une affiche à apposer dans les cabinets médicaux, les pharmacies, les ES et les EHPAD. Les messages de cette affiche rappellent qu'il n'y a pas d'âge pour se faire soigner du cancer, que les symptômes ne doivent pas être négligés et qu'il convient d'en parler au MT. Cette première communication nationale des UCOG envers les MT et la population doit être suivie d'une campagne d'information autour des signes d'alarme devant conduire à consulter pour améliorer le diagnostic précoce. Cette sensibilisation concerne bien entendu les MT, les personnes âgées, et plus largement les personnels de santé, les établissements pour personnes âgées, et la population générale. L'appui des tutelles et des CPAM apparaît ici particulièrement important (**SV**).

Les **aidants naturels** représentent 80% de l'aide hors institution. En l'absence de statut juridique propre (qui serait peut-être à discuter), ils peuvent bénéficier dans certains cas d'une fraction de l'APA ou ailleurs être salariés de l'aidé (**LdD**). Si le **rôle des aidants** est reconnu par les répondants du QN18, ils sont 37% seulement à être favorables à ce qu'ils puissent recevoir une contribution financière calquée sur celle des professionnels de santé, 38% à être sans opinion sur cette question et 25% à y être opposés.

Propositions

Le médecin traitant a un rôle essentiel dans le parcours de soins des sujets atteints de cancer. Acteur principal du dépistage, du diagnostic et de l'orientation des patients avec cancer, il intervient également tout au long de la prise en soins des patients.

Dans ce contexte il doit être un interlocuteur privilégié des UCOG et des sociétés savantes ainsi que des structures de DO et des équipes d'oncogériatrie pour le déploiement du volet cancer chez les sujets âgés (dépistage organisé et diagnostic précoce après 75 ans, dépistage de la fragilité par le G8,

indication/préparation à l'EGP, suivi post EGP notamment). Des actions de sensibilisation et des recommandations claires devraient être réalisées par les sociétés savantes et les UCOG avec l'appui des tutelles et une évaluation de ce déploiement en routine réalisée.

Les aidants naturels doivent être confortés dans leur aide aux patients (âgés) atteints de cancer. Certaines aides mises en place chez le sujet âgé avant la découverte du cancer sont à adapter avec celui-ci alors qu'ailleurs elles seront à initier.

Les notes d'experts sont en annexe de ce travail

LdD : Laure de Decker

EF : Emilie Ferrat

MERB : Marie Eve Rougé-Bugat

BF : Bertrand Fougère

SV : Simon Valéro

LH : Laurent Henry

CS : Corinne Schouler

BF : Bertrand Fougère

VB : véronique Bourcy

CC : Catherine Cattenoz

Références

6^{ème} rapport de l'observatoire sociétal des cancers de la Ligue contre le cancer. https://www.ligue-cancer.net/print/article/41438_6eme-rapport-de-observatoire-societal-des-cancers

V-Déploiement de la médecine connectée en oncogériatrie

Le plan e-santé 2020 du gouvernement a, entre autres objectifs, ceux de faciliter l'accès aux soins par la télémédecine, former les professionnels de santé, soutenir ceux qui s'engagent dans l'innovation et déployer un cadre d'interopérabilité pour intégrer les innovations dans les services numériques, la continuité des soins ville-hôpital ou les interactions médicamenteuses.

La **téléconsultation** est depuis peu prise en charge par l'assurance maladie.

Il existe d'autre part de très nombreuses **applications connectées en e-santé** mais très peu ont fait l'objet d'une évaluation contrôlée démontrant leur bénéfice en cancérologie. Parmi ces dernières on peut citer, à titre d'exemple, les applications de type PRO (patient reported outcome) comportant des questionnaires consacrés au recueil des symptômes évocateurs d'une rechute (appli MOOVOCARE®) ou de toxicité des traitements (appli Ana Health). Ces applications requièrent un accès Internet fixe ou mobile et une interface hospitalière de surveillance des alertes prédéfinies. Elles permettent de mieux gérer les symptômes, éviter les hospitalisations urgentes et les transports vers les établissements de santé et améliorer la survie des patients atteints de cancer par un suivi continu *versus* intermittent en consultation qui permet un ajustement rapide en cas d'événement (**FD, CT, FG**).

En oncogériatrie, l'utilisation de la téléconsultation en présence d'un professionnel de santé formé (IDE, IDEC, IPA) permettrait un accès plus équitable à l'EGP pour les patients les plus fragiles ou les plus éloignés d'une structure d'évaluation oncogériatrique. Les applications connectées en e-santé seraient également intéressantes chez les personnes âgées atteintes de cancer et facteur d'équité dans l'accès aux soins des plus fragiles ou ceux hospitalisés en EHPAD (**OG, LH, CS**).

Dans le **QN18** le déploiement de la **médecine connectée** en oncogériatrie apparaît comme potentiellement utile en particulier pour la surveillance des traitements anticancéreux mais aussi pour l'auto-déclaration des symptômes et la téléconsultation gériatrique et à un moindre degré pour l'auto-déclaration de la fragilité.

Le déploiement de la médecine connectée en oncogériatrie peut s'entendre dans plusieurs domaines (**OG, FB, AFR, LH, CS**) :

- les auto-questionnaires en amont de la consultation d'EGP
- la téléconsultation/télé-expertise pour l'EGP, le suivi gériatrique et l'ETP notamment pour les anticancéreux oraux
- l'auto déclaration de symptômes ciblés (par ex récurrence, toxicité, qualité de vie, évolution de déficits initiaux connus etc.)
- le suivi des traitements notamment oraux (observance, suivi, interactions médicamenteuses)
- la télésurveillance (avec seuils d'alerte prédéfinis)
- la réalisation des essais cliniques.

En revanche le dépistage de la fragilité par le patient lui-même par auto déclaration a fait l'objet d'une expérimentation récente (non publiée) plutôt négative.

Une publication française récente montre que, si les patients suivis pour cancer en ambulatoire ont un net intérêt pour les applications connectées, celui-ci est moins évident pour les sujets les plus âgés ou peu expérimentés ou avec troubles cognitifs. Le déploiement d'outils connectés dans cette population suppose donc l'implication du médecin traitant et d'un aidant formé (IDE, IDEC ou IPA) auprès du patient en lien avec l'établissement de santé (**LH, CS**). Il justifie la réalisation et l'accompagnement d'essais de faisabilité de chacune des solutions proposées avant de les déployer plus largement (**AFR**).

Propositions

Le déploiement de la médecine connectée et celui de la téléconsultation sont une opportunité pour les patients atteints de cancer pour développer et améliorer leur suivi en ambulatoire et faciliter les liens ville hôpital. Ce déploiement ne doit pas exclure les patients âgés chez lesquels il permettrait en outre une meilleure équité dans l'accès aux soins notamment pour les zones non couvertes en EGP et pour les patients les plus fragiles. Il nécessite cependant une évaluation précise de ses modalités spécifiques incluant le rôle des aidants professionnels formés pour sa mise en œuvre. Des expérimentations doivent être encouragées et évaluées par les sociétés savantes, les UCOG et les tutelles dans ce domaine.

Les notes d'experts sont en annexe de ce travail

OG : Olivier Guérin

AFR : Annie Fourrier-Réglat

CT : Christophe Tournigand

FD : Fabrice Denis

FG : François Goldwasser

LH : Laurent Henry

CS : Corinne Schouler

Références

Stratégie nationale e-santé 2020 . <https://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-e-sante-2020>

Télémédecine face au risque d'ubérisation des prestations médicales. Rappel des positions du conseil de l'ordre des médecins. <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2596>

Kempf E et Al. Les patients ambulatoires atteints de cancer sont-ils prêts pour la télémédecine ? J Bull Can 2016 [http : //dx.doi.org/102016/J.bulcan.2016.06.004](http://dx.doi.org/102016/J.bulcan.2016.06.004)

VI-Recommandations de pratique et accès à l'innovation en oncogériatrie

En l'absence de recommandations factuelles de traitement des cancers chez le sujet âgé, **une analyse des pratiques** réalisée dans le QN18 portait sur les modalités d'administration de la chimiothérapie chez les personnes âgées. Elle montre que l'administration est hétérogène, majoritairement à dose initialement réduite (en règle de 20%) et ensuite parfois augmentée selon la tolérance. Plus généralement, la majorité des répondants considère qu'il convient que les stratégies de traitement médical, chirurgical et par radiothérapie fassent l'objet d'une évaluation des pratiques, d'essais spécifiques, et de recommandations nationales de la part des sociétés savantes concernées labellisées par les tutelles (INCa et HAS).

1. Accès à l'innovation

Les sujets âgés sont sous-représentés dans les essais thérapeutiques. Ceux inclus sont, le plus souvent, peu âgés et avec un vieillissement harmonieux (sujets « Fit », Groupe I de Balducci). Les essais spécifiques chez le sujet âgé atteint de cancer sont par ailleurs rares. Il n'existe donc que peu de données factuelles de traitement chez les patients âgés, notamment fragiles et très fragiles, atteints de cancer.

Dans le **QN18** les répondants confirment la nécessité de développer des essais, spécifiques ou non des personnes âgées, mais stratifiés selon leurs fragilités. Ces essais devraient être facilement réalisables dans tous les ES autorisés pour le traitement des cancers et une priorité du Plan Cancer. Le volet étude chez le sujet âgé devrait être une obligation opposable dans le développement et l'enregistrement des innovations en cancérologie de l'adulte.

Au delà de la recherche fondamentale et translationnelle en OG représentée notamment dans le FHU OncoAge ou dans le dispositif BRIO (Bordeaux), la priorisation de la thématique oncogériatrie dans les programmes PHRC successifs a certainement favorisé l'éclosion d'essais spécifiques mais à un niveau qui reste encore insuffisant par rapport aux besoins et à l'urgence de répondre à quelques questions majeures. La labellisation par l'INCa d'un groupe coopérateur en oncogériatrie (DIALOG) a renforcé la structuration de la recherche clinique dans ce domaine et, aujourd'hui, les structures nationales de recherche clinique en oncogériatrie (SoFOG, Groupe Gerico et DIALOG) et la plateforme PACAN sont à même de soutenir la recherche clinique et d'assurer l'expertise des projets, le schéma des essais, les critères de jugement (survie, qualité de vie, critères composites...) etc. **(LM)**.

Le G-code, récemment développé et publié par une équipe française, est un outil d'EGP minimale adapté à la recherche clinique ; il devrait être systématiquement utilisé en recherche clinique chez les sujets âgés atteints de cancer.

Le champ des essais doit couvrir l'ensemble des stratégies et des traitements médicaux, la chirurgie, l'imagerie interventionnelle et la radiothérapie chez le sujet fragile de 75 ans et plus, atteint de cancer.

Parmi tous ces thèmes, certains apparaissent aujourd'hui particulièrement d'intérêt et on pense notamment à des études portant sur :

- **le maniement des anticancéreux oraux** chez le sujet âgé. La diminution de la masse maigre et les interactions médicamenteuses sont facteurs de surexposition à ces traitements et à leur toxicité. Des études de pharmacocinétique avec monitoring systématique en début de traitement ou lors de la progression tumorale seraient, ici, particulièrement utiles. Des études sur l'efficacité, la toxicité, l'observance et la sécurité de ces médicaments dans cette population fragile ou avec des co-morbidités apparaissent également utiles **(FG, AFR)**.
- **l'immunothérapie anticancéreuse** chez le sujet âgé. Après 75 ans les résultats de ces traitements sont discordants selon les localisations. Les essais concernent peu de patients âgés et le plus souvent sans

fragilité. Des études chez les PA incluant une EGP type G-Code, le développement de biomarqueurs de l'immunosénescence, la prise en compte de la sarcopénie, la durée optimale du traitement et la gestion des effets secondaires toxiques par la corticothérapie elle-même délétère chez les personnes âgées sont quelques-unes des questions auxquelles il conviendrait de répondre (**RC, ET**).

- **la caractérisation moléculaire des cancers** chez le sujet âgé. La caractérisation moléculaire des cancers est devenue indispensable en raison de ses aspects pronostiques et parfois prédictifs. Certaines altérations moléculaires sont plus fréquentes chez les personnes âgées et il serait intéressant de pouvoir les caractériser dans de larges cohortes prospectives et vérifier si leur impact prédictif et/ou pronostique se confirme (**PLP**).
- **la pré- et ré- habilitation** chez le sujet âgé qui fait déjà l'objet de plusieurs essais financés par l'INCa et la DGOS (**CF**).

Propositions

Les essais thérapeutiques, les études de cohorte et les observatoires post-essais doivent être développés chez les sujets âgés atteints de cancer et stratifiés selon leur fragilité (G-code). Un engagement fort des tutelles est nécessaire pour conforter la nécessité d'avancées rapides en oncogériatrie :

- en finançant des essais promus par les sociétés savantes et les groupes coopérateurs concernés en lien avec les UCOG et réalisables facilement dans tous les ES autorisés
- en lançant un appel à projets spécifique ciblé exclusivement sur l'oncogériatrie, précisant éventuellement les thématiques prioritaires et suggérant fortement un soutien méthodologique par les plateformes
- en imposant un volet étude chez les sujets âgés dans le développement et l'enregistrement par l'industrie pharmaceutique des innovations en cancérologie de l'adulte.

Les notes d'experts sont en annexe de ce travail

LM : Loïc Mourey

FG : François Goldwasser

AFR : Annie Fourier-Reglat

RC : Romain Corre

ET : Eric Tartour

PLP : Pierre Laurent-Puig.

CF : Claire Falandry

Références

Paillaud E et al. Multidisciplinary development of the geriatric core dataset for clinical research in older patients with cancer : a french initiative with international survey. Eur J Cancer 2018 ;103:61-68.

2. Recommandations de pratique en oncogériatrie

La prise en soins des patients âgés atteints de cancer a des spécificités propres telles le dépistage organisé ou individuel, le diagnostic précoce, ou la fragilité largement évoquées dans les chapitres précédents ; elle est également multidisciplinaire (oncologue et gériatre) et avec une multiplicité de structures (**EP**).

Les spécificités de l'oncogériatrie rendent nécessaires l'établissement de recommandations adaptées ou l'adaptation de recommandations par les sociétés savantes, qu'il s'agisse du dépistage et du diagnostic précoce, de l'annonce en particulier en cas de troubles cognitifs (**LdD**), de l'éducation thérapeutique en particulier pour les traitements oraux en ambulatoire, des stratégies de chimiothérapie, de chirurgie, de radiothérapie et de soins palliatifs chez les patients âgés atteints de cancer (**EP**).

S'agissant des pré- et ré-habilitations multimodales, leurs niveaux de preuve d'efficacité sont variables : élevés pour la nutrition, plus hétérogènes pour l'activité physique adaptée. L'éducation thérapeutique et la conciliation médicamenteuse sont également utiles pour la transition hôpital-ville. Un recensement des stratégies en place et leur évaluation par les sociétés savantes et les UCOG pourraient permettre d'éviter des pratiques hétérogènes et contribuer, avec les essais publiés, à l'élaboration de recommandations qui permettraient le financement des pré et ré-habilitations dans le système de soins **(CF)**.

Propositions

Des recommandations de pratique, spécifiques des sujets âgés ou adaptées de recommandations existantes chez l'adulte atteint de cancer doivent être développées pour l'oncogériatrie en s'appuyant sur l'évaluation des pratiques des centres experts et les données scientifiques. Les sociétés savantes et les UCOG ont un rôle majeur dans leur réalisation et leur mise à jour régulière. Leur financement par les tutelles est le garant de leur indépendance et du respect des règles méthodologiques de leur création.

Les notes d'experts sont en annexe de ce travail

CF : Claire Falandry

EP : Elena Paillaud

LdD : Laure de Decker

Références

M Extermann; I Boler; R. Reich; G H. Lyman; R H. Brown; J DeFelice; R Levine; E T. Lubiner; P Reyes; F J. Schreiber III; L Balducci. Predicting the Risk of Chemotherapy Toxicity in Older Patients: The Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) Score. *Cancer* 2012;118:3377-86.

Ambuj Kumar, Heloisa P. Soares, Lodovico Balducci, and Benjamin Djulbegovic. Treatment Tolerance and Efficacy in Geriatric Oncology: A Systematic Review of Phase III Randomized Trials Conducted by Five National Cancer Institute Sponsored Cooperative Groups. *J Clin Oncol* 2007;25:1272-76.

Mohile et al. Practical assessment and management of vulnerabilities in older patients receiving chemotherapy : ASCO guidelines for geriatric oncology. *J Clin Oncol* 2018 ;36:2326-47.

Levit AL et al. Expanding the evidence base in geriatric oncology : action items from an FDA-ASCO workshop. *JNCI* <https://doi.org/10.1093/JNCI/DJY169> .