



COLLECTION

# comprendre

# L'oncogériatrie

Âge et cancer

La prévention et le dépistage

Le diagnostic

Les traitements

Les soins de support

Vivre avec le cancer

Les espoirs de la recherche

# Des brochures pour vous informer

## La recherche est essentielle pour faire reculer la maladie.

C'est pourquoi la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer emploie ses ressources, issues exclusivement de la générosité du public, au financement des projets les plus prometteurs.

Parce que la lutte contre la maladie passe aussi par une meilleure compréhension des différents cancers, des moyens de prévention, de dépistage et de traitement, la Fondation ARC édite des brochures d'information médicale et scientifique. Principalement destinées aux malades et à leurs proches, elles sont rédigées avec le concours de professionnels de la cancérologie.



Cette brochure est le fruit de la collaboration entre un éditeur scientifique de renom et une fondation de premier plan pour la recherche sur le cancer.

Ces brochures sont disponibles gratuitement :

- sur le site de la Fondation ARC : [www.arc-cancer.net](http://www.arc-cancer.net)
- sur simple demande par téléphone ou par mail : 01 45 59 59 09 ou [publications@arc-cancer.net](mailto:publications@arc-cancer.net)
- par courrier à l'adresse suivante :  
Fondation ARC pour la recherche sur le cancer  
9 rue Guy Môquet - BP 90003  
94803 Villejuif cedex

# L'oncogériatrie

Qu'est-ce que le cancer ?	4
Âge et cancer	6
La prévention et le dépistage	8
Le diagnostic	10
Les traitements	12
Les soins de support	20
Vivre avec le cancer	22
Les espoirs de la recherche	24
Lexique	26
Contacts utiles	27

*Les mots suivis d'un astérisque\* sont définis en fin de brochure dans le Lexique.*

## Remerciements

Cette brochure a été réalisée avec le concours du Pr Olivier Saint-Jean, chef du service de gériatrie à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (Paris) et responsable de l'unité pilote en oncogériatrie de l'ouest parisien.

# Qu'est-ce que le cancer ?

**Le cancer est une prolifération incontrôlée de cellules se développant anormalement au sein de l'organisme.**

## La cellule cancéreuse

**L**a transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse est la résultante d'altérations génétiques qui vont progressivement dérégler les systèmes de contrôle de la cellule. Les cellules saines, qui sont l'élément de base des tissus, naissent, se divisent et se renouvellent d'une façon ordonnée en suivant un programme précis défini par leur patrimoine génétique. Ce processus permet à l'organisme de conserver son équilibre. Il arrive cependant que certaines cellules perdent leur capacité de croissance contrôlée : elles se divisent trop rapidement et croissent de façon désordonnée, formant une grosseur appelée tumeur.

## La tumeur cancéreuse

Pour autant, toutes les tumeurs ne sont pas cancéreuses. Si la prolifération s'arrête, ce n'est pas un cancer mais un phénomène normal. Toutefois dans un certain nombre de cas, la tumeur peut évoluer vers un carcinome *in situ*, c'est-à-dire un cancer localisé.

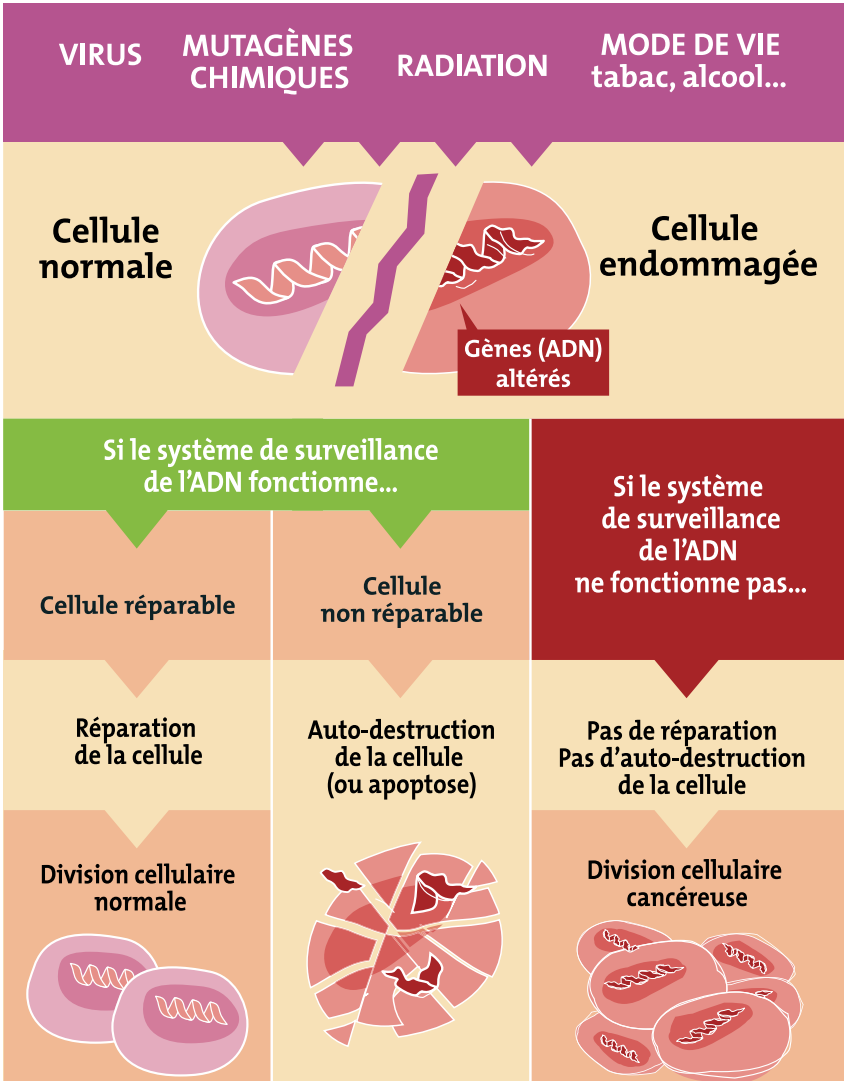
Quand les cellules continuent à se diviser de façon anarchique, la tumeur locale grossit au détriment des tissus et des organes sains avoisinants. Pour se développer davantage la tumeur produit des substances amenant les

vaisseaux sanguins à l'alimenter en énergie. C'est ce qu'on appelle la néo-vascularisation des tumeurs.

## Les métastases

En passant dans le sang ou dans le système lymphatique, les cellules tumorales peuvent diffuser dans d'autres parties de l'organisme pour y former de nouvelles tumeurs. C'est ce qu'on appelle les métastases. Le cancer devient invasif. Ainsi, même si une tumeur cancéreuse initiale a été enlevée, la maladie peut récidiver. Cette capacité de diffusion dans tout l'organisme fait qu'il est essentiel de détecter le plus tôt possible une tumeur et de savoir si elle est bénigne ou maligne.

Dans tous les cas, des traitements efficaces en vue de maîtriser la maladie sont possibles dès que le diagnostic de cancer est posé. ■



© ERIC SAULTY / Fondation ARC

LES RADIATIONS, LE TABAC, L'ALCOOL, CERTAINS PRODUITS CHIMIQUES ET VIRUS PEUVENT PROVOQUER DES ALTÉRATIONS DANS LES GÈNES DE NOS CELLULES. ON DIT QU'ILS SONT MUTAGÈNES. LORSQUE CES DOMMAGES SE PRODUISENT ET SONT DÉTECTÉS, LA CELLULE PEUT RÉAGIR DE DEUX MANIÈRES DIFFÉRENTES : SOIT ELLE SE RÉPARE D'ELLE-MÊME ; SOIT ELLE S'AUTODÉTRUIT AFIN DE PRÉSERVER LES CELLULES VOISINES. MAIS SI LES SYSTÈMES DE DÉTECTION, DE RÉPARATION ET DE CONTRÔLE SONT EUX-MÊMES ALTÉRÉS, LA CELLULE PEUT ALORS SE MULTIPLIER DE FAÇON INCONTRÔLÉE ET FORMER UNE TUMEUR.

# Âge et cancer

**Selon l'Institut de veille sanitaire (InVS), près d'un tiers des nouveaux cas de cancers diagnostiqués chaque année surviennent chez des personnes de plus de 70 ans. Depuis quelques années, l'oncogériatrie est devenue une discipline à part entière. Son objectif est d'organiser et de proposer des parcours de soins adaptés aux malades âgés.**

## La personne âgée

**S**enior, personne âgée, 3<sup>ème</sup>, voire 4<sup>ème</sup> âge... Il n'est pas facile de définir la vieillesse. À partir de quand est-on une personne âgée ?

Grâce aux progrès de la médecine et à l'amélioration de nos conditions de vie, notre espérance de vie est de plus en plus longue. Et comme nous ne sommes pas tous égaux devant la vieillesse, nous ne devenons pas tous vieux au même âge !

Pour le corps médical, les personnes âgées sont celles de plus de 75 ans.

Dans les faits, l'organisme vieillit très progressivement, et ce quasiment dès que la croissance est terminée. C'est en regardant de plus près les fonctions vitales de celui-ci que l'on peut effectivement mesurer le vieillissement. Le cœur, les artères, les reins ou le cerveau subissent les affres du temps et présentent chacun à sa façon des signes d'usure. Lorsqu'on évoque la vieillesse, on fait aussi bien souvent référence à une notion de perte d'autonomie, qu'elle soit physique, matérielle ou psychologique.

D'un point de vue biologique, cancer

et vieillissement sont des phénomènes très liés. Il existe en effet des modifications au sein même des cellules et de leur génome que l'on retrouve dans les deux processus. C'est la raison pour laquelle le cancer est considéré comme une maladie du vieillissement.

## Évolution de la population

Il y a cinquante ans, la France comptait 2 millions de personnes de plus de 75 ans. En 2020, ils seront trois fois plus nombreux. En 2050, plus d'un tiers de la population sera âgé de plus de 60 ans (INSEE 2008). Si le vieillissement n'est pas la seule cause de cancer, il en augmente cependant l'incidence. En effet, pour de nombreux types de cancers, le risque de survenue augmente avec la durée d'exposition à des facteurs de risque comme le tabac ou l'alcool.

Ainsi, le risque de survenue d'un cancer augmente avec l'âge, et c'est d'autant plus vrai avec les cancers les plus fréquents, cancer

du sein chez la femme, cancer de la prostate chez l'homme, cancer colorectal chez les deux sexes.

Par ailleurs, le taux de survie diminue avec l'âge auquel survient le cancer. En effet, d'après les données de l'Institut de veille sanitaire (InVS), sur les plus de 150 000 décès causés

**Ainsi, le risque de survenue d'un cancer augmente avec l'âge, et c'est d'autant plus vrai avec les cancers les plus fréquents (...)**



© GETTY IMAGES/BOB THOMAS

chaque année par le cancer, 40 % surviennent chez des personnes âgées de 65 à 80 ans. Le cancer est d'ailleurs la première cause de mortalité pour cette tranche d'âge, devant les maladies cardiovasculaires.

Devant l'ampleur du cancer chez les personnes âgées, une nouvelle discipline se développe depuis une dizaine d'années seulement : l'oncogériatrie. Elle est pratiquée par des cancérologues qui ont reçu une formation en gérontologie et qui mettent en pratique une approche globale et multidisciplinaire auprès de leurs patients. ■

### **Plan Cancer et oncogériatrie**

Lancé en 2003, le Plan Cancer a permis de créer, au sein de l'Institut national du cancer (INCa), une « mission oncogériatrie » dont l'une des premières actions a été de faire émerger des unités pilotes de coordination en oncogériatrie (UPCOG, mesure 38 du Plan Cancer, voir Les traitements p.18 et Contacts utiles p.27). Ces UPCOG doivent permettre de développer des prises en charge adaptées aux personnes âgées avec des référentiels de qualité, mais aussi de dynamiser la recherche clinique.

On voit aussi de plus en plus se développer des modules de formation en oncogériatrie destinés aux médecins et à l'ensemble des professionnels de santé. Certains sont organisés par les UPCOG, d'autres sont mis en place par les facultés de médecine.

# La prévention et le dépistage

**Mieux connaître les facteurs de risque de cancers, c'est permettre la mise en place d'actions de prévention afin de retarder la survenue d'un cancer et/ou d'en limiter l'étendue. Quant au diagnostic, plus il est précoce, meilleure sera la prise en charge des malades, quel que soit l'âge.**

## Une prévention utile à tout âge

Il existe de nombreuses recommandations quant aux facteurs de risque de cancers. Cela concerne bien sûr des substances comme le tabac et l'alcool ou l'exposition au soleil, mais aussi des recommandations plus larges, notamment sur une alimentation saine et équilibrée et la pratique régulière d'une activité physique. Ainsi, un « Programme national nutrition santé » (PNNS) a été mis en place ces dernières années. Il met en exergue le rôle joué par la nutrition comme facteur de protection ou de risque des pathologies les plus répandues en France (cancer, maladies cardiovasculaires de l'obésité, diabète...). Ces conseils de santé sont utiles à tout âge, et le sont encore plus pour les seniors, dont l'âge à lui seul constitue déjà un facteur de risque important.

En outre, des situations particulières (ménopause chez la femme, conditions de travail pour certains secteurs professionnels) méritent que des mesures spécifiques de prévention soient mises en place. Le médecin traitant est à même de les prodiguer.

## Un dépistage adapté ?

Deux tiers des cancers du sein surviennent après 50 ans. La maladie est



© BSIP/CHASSENET

rare chez la femme de moins de 35 ans et tout à fait exceptionnelle au-dessous de 20 ans.

Le dépistage consiste à rechercher systématiquement chez une personne en bonne santé apparente des signes qui peuvent faire penser à un cancer. Cela permet souvent de détecter un cancer avant que n'apparaissent les premiers symptômes et d'optimiser la prise en charge.

Des programmes de dépistage organisé, conçus par les autorités de santé sur la base d'études scientifiques, sont proposés à certaines populations cibles. Cependant la plupart de ces programmes s'arrêtent après un certain âge. Ainsi le programme de dépistage généralisé du cancer du sein



concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans, les recommandations quant aux frottis (dépistage du cancer du col de l'utérus) s'adressent aux femmes de moins de 60 ans. Chez les hommes, le dépistage du cancer de la prostate est préconisé jusqu'à l'âge de 74 ans, et enfin le dépistage du cancer colorectal, pour lequel un programme généralisé est en cours de mise en place en France, ne concerne que les personnes de 50 à 74 ans.

Passé l'âge de 74 ans, il n'existe donc plus aucune recommandation relative au dépistage des cancers. Il convient alors pour les médecins traitants d'être particulièrement vigilants, et d'adapter leurs pratiques au cas par cas, selon l'état de santé de leurs patients et les éventuels facteurs de risques identifiés. ■



© PHANIE/VOISIN

UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL POUR LES PERSONNES ENTRE 50 ET 74 ANS EST EN COURS DE GÉNÉRALISATION EN FRANCE. CEPENDANT, LES PERSONNES AYANT PLUS DE 74 ANS DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION TOUTE PARTICULIÈRE DE LA PART DE LEUR MÉDECIN TRAITANT.

# Le diagnostic

**Chez les personnes âgées, le diagnostic est souvent porté tardivement. Selon un rapport du ministère de la Santé (Rapport de la commission d'orientation sur le cancer 2003, chap. 8), environ 20 % des patients âgés attendent près d'un an avant de consulter pour des symptômes pourtant clairement définis. En cause, les nombreux facteurs de comorbidité qui brouillent le paysage sanitaire.**

## Difficulté du diagnostic

**B**on nombre de personnes âgées mettent sur le compte du vieillissement leurs soucis de santé, et hésitent à aller consulter leur médecin lorsque surviennent de nouveaux symptômes. Des manifestations telles qu'un amaigrissement, une fatigue persistante ou des troubles de la digestion sont banalisées

alors qu'elles peuvent être des signes d'alerte d'une maladie en plein développement. Les médecins eux-mêmes, lorsqu'ils sont consultés, ont tendance à s'orienter vers d'autres pathologies liées à l'âge.

Le diagnostic des cancers chez les

personnes âgées est d'autant plus difficile que bon nombre des recommandations quant au dépistage s'arrêtent au delà d'un certain âge (voir La prévention et le dépistage, p.8). Il existe donc un certain retard au diagnostic, surtout pour les plus de 74 ans. Il en découle bien souvent une gravité plus importante de la maladie

au moment où elle est diagnostiquée. En outre, ces personnes présentent bien souvent, en plus de leur cancer, des pathologies liées à l'âge comme une maladie cardiovasculaire, de l'arthrose, voire une maladie d'Alzheimer.

## Facteurs de comorbidité

Contrairement à une idée reçue, les cancers ne sont pas forcément moins graves ou moins rapides à évoluer chez les personnes âgées. La caractéristique de l'oncogériatrie est de prendre en charge des malades atteints de cancer dont l'organisme est bien souvent affaibli par d'autres pathologies ce qui en complique donc la prise en charge et en aggrave le pronostic.

Ainsi, les médecins adaptent leurs traitements en fonction de l'état de santé de leurs malades. La présence par exemple d'une insuffisance rénale ou d'une affection cardiovasculaire en plus du cancer amène à reconsidérer la prise en charge du cancer lui-même. C'est pour cette raison que se développe de nos jours des unités d'oncogériatrie, dont le rôle est d'associer la prise en charge générale de l'ensemble des pathologies du patient âgé, et celle spécifique à son cancer.

D'après un rapport du ministère de la Santé, on observe chez les patients âgés cancéreux, une prévalence de 20 à 30 % des pathologies cardiaques, 21 à 36 % des pathologies vasculaires, 14 à 25 % des pathologies pulmonaires, 30 à 40 % des pathologies de l'appareil locomoteur et 25 à 30 % d'altération

**La caractéristique de l'oncogériatrie est de prendre en charge des malades atteints de cancer dont l'organisme est bien souvent affaibli par d'autres pathologies (...)**



© BSIP/MAY

des fonctions cognitives. Ce sont autant de symptômes qui peuvent perturber la lecture des signes

cliniques lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic de cancer chez une personne âgée. ■

### **Les cancers professionnels : un développement tardif**

D'après l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'origine professionnelle des cancers semble fortement suspectée dans 4 à 8,5 % des cas, ce qui représente entre 11 000 et 23 000 nouveaux cas par an dont la moitié sont des cancers mortels. Pour les ouvriers, la part des cancers attribuables aux expositions professionnelles serait de 20 %. De nombreux types de cancers sont concernés, notamment ceux des voies respiratoires, de la plèvre, de la vessie... Ainsi, plus de 15 % des cancers du poumon chez l'homme auraient une origine professionnelle.

Dans la majorité des cas, les cancers d'origine professionnelle se déclenchent plusieurs dizaines d'années après l'exposition à une substance cancérigène, il est donc bien souvent diagnostiqué lorsque le travailleur est à la retraite. Il n'est alors pas toujours évident pour le médecin à l'origine du diagnostic de cancer de faire un lien avec l'activité professionnelle de son patient. Le médecin traitant pourra se procurer auprès de la CPAM une liste des professions et des produits « à risque ».

# Les traitements

**Aujourd'hui, le traitement du cancer est de plus en plus individualisé. Les méthodes, les doses, les plannings sont adaptés en fonction du patient, de sa maladie et de son stade d'avancement. Cette prise en charge repose néanmoins toujours sur la même gamme de traitements.**

## Personne âgée et processus de traitement

**P**endant longtemps, les personnes âgées atteintes d'un cancer étaient traitées en fonction de leur âge et non de leur état de santé général. Les malades étaient alors mal traités, ce qui limitait leurs chances de guérison et leur espérance de survie, ou diminuait leur qualité de vie. En effet, on craint souvent d'utiliser des doses standards de traitements, de peur que les personnes âgées ne supportent pas certains effets secondaires. Il y a ainsi un subtil équilibre à trouver entre les bénéfices attendus et les risques encourus. D'autant que lorsque les fonctions rénales et hépatiques sont diminuées, le corps a plus de mal à supporter les médicaments.

**Il y a ainsi un subtil équilibre à trouver entre les bénéfices attendus et les risques encourus.**

De plus, jusqu'à très récemment, les essais cliniques n'incluaient pas de personnes de plus de 60 ans. Les médecins disposaient dès lors de peu de données quant à l'utilisation de la chimiothérapie ou de la radiothérapie chez les personnes âgées.

Cette situation tend à évoluer : des « Programmes d'action concertée » se mettent en place (voir Les espoirs de la recherche, page 24).

Bien souvent lorsque la personne a plus de 75 ans et qu'elle vit seule, la tendance est à l'hospitalisation systématique. Or ce n'est pas forcément une bonne solution. En effet, pour bon nombre de personnes âgées, l'hospitalisation est un stress important qui signifie une perte d'autonomie irréversible. S'engage alors un long processus de prise en charge par des structures de soins spécialisées. Malheureusement, les centres, notamment les maisons de retraite, sont à ce jour encore trop peu formés à l'accueil de personnes âgées atteintes de cancers.

Comme tout autre malade atteint du cancer, la personne âgée doit être placée au centre du traitement, comme un acteur incontournable de la lutte contre la maladie. Elle doit recevoir les mêmes informations que n'importe quel patient. Si elle n'est pas en mesure de faire des choix, ceux-ci doivent être effectués en accord avec l'entourage.

## L'arsenal thérapeutique

### La chirurgie

Dans le cadre du traitement d'un cancer, une intervention chirurgicale peut avoir pour but soit de prélever quelques cellules d'une anomalie afin de les analyser, on parle alors de biopsie\*, soit d'enlever la tumeur elle-même. Aujourd'hui, la chirurgie est pratiquée ●●●

LA CHIMIOTHÉRAPIE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES EST UN TRAITEMENT DONT LES EFFETS SECONDAIRES SONT À PRENDRE EN COMPTE SELON L'ÉTAT GÉNÉRAL DU PATIENT. L'HOSPITALISATION CLASSIQUE EST LA PLUS RÉPANDUE.



© BSIP/H.RAGUET

- ● ● de la façon la moins mutilante possible, et tente bien souvent de conserver au maximum l'organe concerné.

L'intervention peut avoir lieu en première intention, ou bien n'être décidée qu'après une première phase de traitement à base de chimiothérapie ou de radiothérapie. Pour certains cancers, elle constitue encore aujourd'hui le seul traitement envisageable.

L'âge n'est pas un facteur limitant en lui-même. Aujourd'hui, des personnes de plus de 90 ans sont régulièrement opérées par des oncologues. C'est avant tout l'état de santé général du patient qui détermine si l'on peut ou non pratiquer une chirurgie. En revanche, il existe des effets secondaires dont la fréquence augmente avec l'âge. C'est le cas ainsi du risque de thrombose (formation d'un caillot de sang) ou d'escarre dans les suites de l'opération.

Aussi, le chirurgien doit prendre en compte certains facteurs de risque spécifiques avant d'opérer un malade âgé. Il peut aussi décider d'effectuer des opérations moins lourdes ou d'utiliser des méthodes ne nécessitant pas une anesthésie générale. Ces décisions sont prises au cas par cas, selon le type de cancer et l'état général du patient.

## La chimiothérapie

C'est un traitement qui agit sur l'ensemble du corps car il est administré

par voie générale (par voie sanguine ou par simples comprimés). Il s'agit de substances qui sont toxiques pour les cellules cancéreuses : elles les empêchent de se multiplier, voire les détruisent quand cela est possible.

La chimiothérapie est bien souvent redoutée par les malades en raison de ses effets secondaires (chute de cheveux, fatigue générale, nausées...) qui sont les mêmes quelque soit l'âge du malade mais peuvent varier d'un patient à l'autre pour une même molécule. Les éventuels effets secondaires doivent donc être envisagés en fonction de l'état général du patient mais aussi de ses conditions de vie et de la distance par rapport au centre de traitement. Ainsi, bien qu'une chimiothérapie soit envisageable en hôpital de jour, on préfère bien souvent une hospitalisation classique pour les personnes âgées.

Les molécules utilisées sont les mêmes quel que soit l'âge du patient, mais les dosages et le rythme du traitement peuvent être adaptés en fonction de l'état général du patient et des répercussions des éventuels effets secondaires. Bien souvent, les médecins ont tendance à sous-doser les chimiothérapies pour éviter ces effets secondaires particulièrement invalidants chez les seniors. Cependant cela ne doit pas être fait au détriment des espoirs de guérison du malade.

Tout est donc une question d'équilibre entre les bénéfices et les risques du traitement mis en œuvre.



LA TOMOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE GUIDÉE PAR L'IMAGE, PERMET UNE IRRADIATION PLUS PRÉCISE DE LA TUMEUR ET AINSI UNE PRÉSERVATION DES TISSUS ALENTOURS.



© PHANIE/ALIX

### La radiothérapie

Il s'agit d'un traitement local du cancer réalisé à l'aide d'un appareil qui émet des rayons. Ces rayons, dirigés vers la tumeur, la détruisent, en cassant leur ADN. Les cellules saines avoisinantes sont également touchées mais elles résistent mieux et récupèrent.

Ces rayons peuvent être émis par une source externe (appareil de radiothérapie) ou une source interne (sources radioactives introduites directement dans la tumeur). C'est ce qu'on appelle la curiethérapie, particulièrement développée pour le traitement du cancer de la prostate. Ce traitement se fait dans un service ●●●



© PHANIE/ALIX

- spécialisé de radiothérapie. On parle aussi de rayons ou de séances de rayons. C'est une technique non agressive mais qui n'est pas dénuée d'effets secondaires (mucites\*, alopecie, érythème de la peau...), selon la localisation de la tumeur à traiter.

Pour les malades les plus âgées, la radiothérapie peut être difficile à mettre en œuvre car elle nécessite de fréquents déplacements. En effet, les

séances sont répétées quasi quotidiennement pendant une période plus ou moins longue. Là aussi, il s'agit donc d'établir un planning de traitements adapté au malade et à son état général. De plus, la radiothérapie est parfois très agressive pour la peau : il convient de protéger plus particulièrement les personnes âgées chez qui la peau est très fine et moins protégée contre les agressions extérieures.



Désormais, grâce à de nouvelles techniques comme la tomothérapie, radiothérapie guidée par l'image, il est possible de cibler plus précisément la zone à irradier tout en réduisant les risques d'exposition des tissus sains.

On citera encore la protonthérapie qui utilise les protons (la radiothérapie classique utilisant les photons) et permet une irradiation importante de la tumeur.

## Jusqu'à quel moment traiter ?

La question doit être posée, même si la réponse n'est pas simple et tranchée. Le plus important pour les médecins est d'assurer une certaine continuité dans la prise en charge des malades, sans arrêt brutal des soins, pour que les patients ne se sentent pas subitement abandonnés.

Lorsque l'espérance de vie moyenne d'une personne est supérieure à la durée nécessaire pour un traitement optimal de son cancer, tous les moyens sont mis en œuvre et valent la peine d'être tentés. Mais une question reste en suspend : faut-il absolument traiter au détriment d'une qualité de vie difficile à préserver chez les personnes âgées ? Il s'agit ici de prendre en charge la souffrance du malade en respectant ses souhaits. Certaines unités de cancérologie disposent ainsi de leurs propres lits de soins palliatifs\* et accompagnent les malades dans les meilleures conditions possibles jusqu'à leur fin de vie.

## Vers une meilleure prise en charge

Des structures vouées à améliorer la prise en charge globale de la personne âgée se sont développées depuis le début des années 2000.

### Les équipes mobiles en gériatrie (EMG)

Une circulaire de 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique propose que les établissements disposant d'un service d'accueil des urgences se dotent d'une équipe mobile de gériatrie. Comme leur intitulé l'indique, les équipes de soins de ces unités se déplacent à la demande des services hospitaliers de court séjour, dans les services de médecine et de chirurgie qui accueillent des personnes âgées.

Ces unités sont chargées de concevoir un accompagnement des patients âgés de manière globale (état physique, mental et social), et non pas seulement dans le traitement médical de leur maladie.

### Qui compose ces unités ?

Il s'agit d'une équipe transversale intervenant auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes soignantes. Elle est généralement composée d'un médecin gériatre, d'une infirmière d'évaluation, d'une assistante sociale, d'une secrétaire, d'un cadre de santé voire d'un ergothérapeute\*, d'un psychologue, d'un psychomotricien, d'un diététicien ou d'un thérapeute familial. ●●●

séjour et le passage dans le service des urgences.

## Les unités pilotes en oncogériatrie

Ces unités pilotes réunissent des services de gériatrie et de cancérologie. Elles ont été labellisées au terme d'appel d'offre de l'Institut national du cancer (INCa), sur leur projet de soins, d'enseignement et de recherche et disposent de moyens humains et matériel dédiés à ces missions. Elles sont réparties sur l'ensemble du territoire français (15 à ce jour) et participent à la structuration de l'offre de soins en oncogériatrie en constituant un réseau. Ce modèle est unique au monde et positionne la France en pointe dans l'oncogériatrie. (Voir Contacts utiles, p.27). ■

### ●●● Quels sont leurs rôles ?

Elles ne se substituent pas aux équipes en place mais ont pour mission de dispenser un avis gériatrique et des recommandations quant à la prise en charge de la personne âgée fragilisée, dans tous les services, y compris aux urgences. Elles s'adressent en particulier aux patients âgés à haut risque de perte d'autonomie présentant une certaine fragilité médico-sociale (« chuteurs », troubles cognitifs, isolement, ré-hospitalisation). Leur action se traduit au travers des évaluations des situations gériatriques, de l'aide à l'orientation et de la formation.

Les unités mobiles de gériatrie entretiennent également des liens avec les structures extra-hospitalières pour préparer et sécuriser le retour à domicile des patients : les médecins de ville, les infirmiers et aides-soignants des soins infirmiers à domicile (SIAD), et les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) gérontologiques.

### Quels sont les résultats ?

Il existe en France près d'une centaine d'équipes mobiles. Elles permettent une approche globale du patient dès son admission et lui évitent le classique « parcours du combattant ». Il a été montré que ces structures permettent de réduire la mortalité, la ré-hospitalisation précoce, la durée de

### **Mot d'ordre : pluridisciplinarité**

L'oncologie gériatrique est une discipline médicale émergente dont le développement est généré par l'évolution démographique de notre société. La population âgée requiert une prise en charge adaptée, nécessitant les compétences de deux grandes disciplines médicales : la gériatrie et l'oncologie. L'importance, la diversité et la complexité des enjeux qui y sont liés, tant du point de vue humain, que social et économique, rendent nécessaire la conduite de projets pluridisciplinaires. Ainsi une consultation d'oncogériatrie pourra faire appel aux compétences de médecins cancérologues et gériatres spécialistes de la prise en charge des personnes âgées, qui en assureront la coordination. Mais, selon les besoins, pourront aussi intervenir des psychologues qui accompagneront le patient et son entourage dans l'acceptation de la maladie et du traitement, des assistantes sociales chargées de trouver des réponses aux patients dans le besoin, des diététiciens, des infirmières, des pharmaciens, des rééducateurs, des médecins spécialistes... Cette approche multidisciplinaire permet une prise en charge individualisée des patients.

# Les soins de support

**Pour tous les malades du cancer, et plus particulièrement les personnes âgées, les soins de support sont une aide considérable en matière de qualité de vie. La maladie elle-même mais aussi son traitement peuvent en effet avoir des conséquences très lourdes. Il convient donc de les prendre en charge de diverses manières.**

**L**es soins de support rassemblent toutes les approches, médicamenteuses ou non, qui permettent de garantir la qualité de vie du malade pendant le traitement de son cancer et par la suite. Il vise notamment à réduire ou supprimer les effets secondaires des traitements, et sont donc particulièrement importants chez les personnes âgées

**Les malades traités pour un cancer doivent souvent faire face à l'anxiété, voire à la dépression. Cette dernière est plus particulièrement fréquente chez la personne âgée mais plus difficile à diagnostiquer**

qui sont fragiles. Les soins de support doivent s'articuler en fonction de l'état général du patient, et d'éventuels facteurs de comorbidité. Ils doivent être évalués au fur et à mesure de la mise en place du traitement et adaptés à chaque étape afin de minimiser d'éventuelles complications.

Ils ne peuvent être envisagés que dans une vision globale du patient et non pas uniquement de sa maladie.

La kinésithérapie, la prise en charge de la douleur, la mise en place d'une alimentation adaptée, des consultations avec des psycho-oncologues sont autant d'approches utiles aux malades. Cela doit être envisagé dans la continuité des traitements anti-

cancéreux. Un suivi social peut aussi être envisagé pour les personnes qui en ont besoin. ■

## Un suivi psychologique

Alors que la recherche médicale progresse, l'accompagnement psychologique des patients atteints d'un cancer n'est pas toujours à la hauteur. Pourtant, cette maladie ne s'attaque pas uniquement à l'organisme, les conséquences psychologiques peuvent atteindre la qualité de vie du malade jusqu'à réduire les chances de guérison. Les malades traités pour un cancer doivent souvent faire face à l'anxiété, voire à la dépression. Cette dernière est plus particulièrement fréquente chez la personne âgée mais plus difficile à diagnostiquer car les manifestations peuvent être différentes de chez le jeune adulte (agressivité plutôt que repli sur soi). Il existe des consultations spécialisées dans le suivi psychologique des malades du cancer qui peuvent aussi s'adresser à leur entourage.



© GETTY IMAGES/BURAZIN

**À chaque malade, sa façon de vivre son cancer. Elle dépend bien sûr de la sévérité de la maladie, mais aussi et surtout du mode de vie, de l'isolement ou non de la personne âgée, de sa dépendance et de la distance des équipes médicales. Pour ces patients, le rôle de l'entourage est encore plus important que pour les autres.**

**C**haque personne vit une situation unique face au cancer. Il faut gérer les premiers temps, juste après l'annonce du diagnostic, faire face à de nombreuses émotions puis à de profonds bouleversements dans sa vie quotidienne, dans les relations avec son conjoint, sa famille et son entourage. Il faut prendre des décisions, envisager l'avenir sous un nouveau jour, et ce n'est pas toujours évident.

Les médecins et équipes soignantes sont là pour en parler et envisager avec la personne âgée différentes solutions en fonction de ses besoins. Il existe par ailleurs de nombreuses associations, qui sont là pour soutenir les malades et leurs proches. La douleur, la fatigue, les effets secondaires des traitements mais aussi les répercussions psychologiques de la maladie ne doivent pas être négligés. Et c'est d'autant plus difficile que chez la personne âgée, la manifestation de la douleur ou de certains symptômes psychologiques n'est pas toujours facile à identifier.

Pour les seniors atteints d'un cancer, on cherche le plus souvent à favoriser l'hospitalisation à domicile, afin de ne pas provoquer une rupture trop importante dans la vie du malade. Après

la phase initiale du traitement, il est donc nécessaire de s'interroger sur le retour à domicile pour qu'il s'effectue dans les meilleures conditions possibles. Des modifications au niveau de l'habitat mais aussi de l'organisation de la vie quotidienne doivent alors être envisagées.

D'après le ministère de la Santé, sur le plan fonctionnel, 17 à 22 % des patients âgés atteints d'un cancer sont dépendants pour au moins une des activités de la vie quotidienne. Ce sont donc particulièrement les personnes âgées « fragiles » (polypathologiques, très âgées, ayant des troubles des fonctions supérieures...) qui posent le plus de difficultés dans la prise en charge oncologique. L'isolement social est aussi un facteur très important. On sait ainsi d'après les chiffres de l'INSEE que seulement une femme sur cinq âgées de plus de 75 ans vit en couple alors que c'est le cas pour deux tiers des hommes de cette tranche d'âge. Le faible niveau de ressources et l'isolement familial sont aussi à prendre en compte.

L'émergence de l'oncogériatrie en France depuis une dizaine d'années est un message d'espoir pour les malades les plus âgés. Cela signifie qu'ils vont pouvoir bénéficier d'une meilleure prise en charge, adaptée à leurs conditions physiques, psychologiques et sociales. Cela donne aussi un nouvel élan à la recherche oncologique qui jusque là avait tendance à laisser de côté les malades de plus de 75 ans.

Enfin, cela signifie que de plus en plus, ces patients là seront traités non pas en fonction uniquement de leur âge mais bien de leur maladie, et donc avec de plus grands espoirs en matière de guérison et de maintien de la qualité de vie. ■

### **La perception sociale du cancer chez la personne âgée**

Même si la population des sujets âgés est hétérogène, l'attitude générale envers elle a influencé le traitement des cancers. Malheureusement de nombreux spécialistes associent encore grand âge et pronostic médiocre, espérance de vie diminuée et moindre valeur sociale. C'est pourquoi les personnes âgées bénéficient d'une moins bonne surveillance des cancers, de moins d'investigations, de traitements moins agressifs, voire parfois d'aucun traitement.

D'après le ministère de la Santé, l'existence de limite supérieure d'âge dans les campagnes de dépistage du cancer concourt à semer le doute quant à l'intérêt d'un tel dépistage chez les personnes âgées, alors que cette limite est liée à une diminution de l'incidence et du rapport bénéfices risques du dépistage organisé. De leur côté, les patients âgés ont plus fréquemment l'idée que le cancer est incurable, ayant une mauvaise connaissance des progrès réalisés.

# Les espoirs de la recherche

**La recherche progresse. De nombreuses pistes prometteuses sont identifiées, elles doivent toutefois être adaptées aux seniors.**

**S**i l'incidence des cancers augmente, l'espérance de vie est parallèlement en hausse. Cela n'est pas un hasard. D'importants progrès ont été réalisés ces dernières années dans la prise en charge thérapeutique des cancers, en particulier chez les personnes âgées chez qui surviendront 60 % des cancers dans les années à venir.

## Des traitements personnalisés

L'âge peut influencer un traitement en termes d'efficacité mais également de tolérance.

Les personnes âgées, dont la faiblesse ne permet pas toujours de faire face, par exemple, à des traitements de chimiothérapie souvent agressifs, doivent recevoir dès lors une attention particulière.

Actuellement, de nombreux essais cliniques sont en cours pour améliorer les protocoles existants :

- chirurgie assistée par différentes méthodes d'imagerie ;
- meilleure définition des zones d'irradiation à l'aide de nouveaux appareils de radiothérapie ;
- optimisation des posologies et des associations des anticancéreux, en fonction du profil génétique des tumeurs.

## De nouvelles molécules

De nouvelles molécules aux mécanismes originaux et très spécifiques sont aussi en cours d'études. Il s'agit notamment des médicaments dits

« anti-angiogéniques » dont la spécificité est de bloquer la formation des nouveaux vaisseaux sanguins alimentant la tumeur. « Affamées », les cellules malignes stoppent ainsi leur croissance et ne peuvent plus se disséminer dans le sang (et former des métastases\*). Compte tenu de leur moindre toxicité que les chimiothérapies classiques, ces molécules semblent mieux adaptées aux seniors.

## Des essais cliniques spécifiques

Pendant longtemps, les patients âgés n'étaient pas ou peu intégrés aux essais cliniques. Il en résultait une moins bonne connaissance de la maladie chez ces derniers ainsi qu'une plus mauvaise prise en charge (diagnostic tardif par exemple). Depuis quelques années des programmes spécifiques ont vu le jour. Ainsi, le « Programme d'action concerté » (PAC) dénommé « GERICO », créé en 2002 sous l'égide de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), met en place des essais cliniques spécifiquement orientés vers les seniors. Ce programme se focalise essentiellement sur l'absence d'impact délétère des traitements sur les paramètres d'autonomie, élément clef de la qualité de vie de la population (voir encadré ci-contre).

Sur ces progrès thérapeutiques et ces pratiques innovantes reposent beaucoup d'espoirs pour à la fois augmenter l'efficacité des traitements, mais aussi pour en améliorer la tolérance par les personnes âgées très fragilisées. ■



## **Essais cliniques et oncogériatrie**

En cancérologie, un essai clinique (ou essai thérapeutique ou étude clinique) vise à étudier l'efficacité et la sûreté de nouveaux traitements, de modes d'administrations ou encore de nouvelles méthodes de diagnostics sur le patient atteint d'un cancer.

Les essais cliniques se déroulent en plusieurs phases, de manière à garantir la sécurité des malades et la rigueur de la démarche scientifique.

En phase I : évaluation de la tolérance de l'organisme humain au traitement testé. N'est impliqué qu'un petit nombre de volontaires (10 à 40).

En Phase II : évaluation de l'efficacité du traitement chez 50-100 personnes.

Si les résultats sont concluants, la Phase III peut démarrer : comparaison du nouveau traitement avec celui qui est habituellement utilisé. Cette dernière phase nécessite l'inclusion de plusieurs centaines ou milliers de malades.

Depuis 2002, 6 essais cliniques spécifiquement appliqués aux seniors (PAC GERICO, voir ci-contre) ont ainsi été mis en place. Le dernier en date, démarré en 2006 et clos en 2008, s'intéressait aux effets de l'administration, en termes d'indépendance et de qualité de vie, d'une chimiothérapie adjuvante\* chez les patientes de plus de 70 ans atteintes d'un type de cancer du sein (opéré et non hormonosensible\*). L'essai clinique a montré qu'il était possible d'administrer à la patiente un traitement standard avec une bonne tolérance globale sur le plan général mais surtout sur le plan gériatrique (avec étude de l'impact sur les paramètres cognitifs, émotionnels, nutritionnels...).

## Adjuvant

Se dit d'un traitement qui vient compléter un traitement principal. Par exemple une chimiothérapie qui suit une opération.

## Biopsie

Prélèvement d'un fragment de tissu afin de l'examiner au microscope pour rechercher d'éventuelles cellules cancéreuses et ainsi établir un diagnostic. Le médecin peut réaliser une biopsie avec ou sans anesthésie, la technique dépend de l'emplacement de la tumeur.

## Ergothérapie

Méthode de rééducation et de réadaptation sociale et psychologique par l'activité physique et plus spécifiquement le travail manuel.

## Hormonosensible

Se dit d'une tumeur dont la croissance est stimulée par une hormone (les œstrogènes par exemple dans le cas de certains cancers féminins).

## Métastase

Foyer secondaire formé à la suite de la dissémination de cellules cancéreuses par

voie sanguine ou lymphatique provenant d'un premier foyer (tumeur primaire ou primitive).

## Mucite

Inflammation des muqueuses, notamment au niveau de la bouche, souvent provoquée par la radiothérapie et/ou la chimiothérapie

## Récidive ou rechute

Réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps. Une récidive peut survenir très tôt après la fin des traitements, mais aussi après une longue période de rémission.

## Soins palliatifs

Palliatif se distingue de curatif (guérir). Ensemble des soins et des soutiens destinés à accompagner une personne malade en préservant au mieux sa qualité de vie. Il existe en France des unités de soins palliatifs (USP), lieux où tous les traitements nécessaires sont poursuivis en privilégiant le confort et la prise en charge globale du patient.

# Contacts utiles

Depuis 2006, **15 programmes opérationnels en oncogériatrie**, répartis dans 12 régions de la France, se sont développés grâce au financement de l'Institut national du cancer (INCa) :

## Par région :

### Alsace

- Programme régional de formation et de recherche en oncogériatrie (CHU de Strasbourg et CLCC Paul Strauss)

#### Centre Paul Strauss

3 rue de la Porte de l'Hôpital BP 42  
67065 STRASBOURG cedex  
Tél. : 03 88 25 24 24

### Aquitaine

- Programme d'actions pour le développement de l'oncogériatrie en aquitaine (PRADO) (CHU de Bordeaux et CLCC Institut Bergonié)

#### Hôpital Xavier Arnozan

Avenue du Haut-Lévêque  
33604 PESSAC cedex  
Tél. : 05 57 65 65 53

### Auvergne

- Programme d'évaluation oncogériatrique (CHU de Clermont-Ferrand et CLCC Jean Perrin)

#### Centre Jean Perrin

58, rue Montalembert - B.P. 392  
63011 CLERMONT-FERRAND cedex 01  
Tél. : 04 73 27 80 80

### Bourgogne

- Programme d'unité pilote de coordination en oncogériatrie (CHU de Dijon et au CLCC François-Georges Leclerc)

#### Centre François-Georges Leclerc

1 rue du Pr Marion  
21000 DIJON  
Tél. : 03 80 73 75 00

### Haute-Normandie

- Programme d'unité pilote de stratégie thérapeutique, de formation et de coordination oncogériatrique au sein du pôle régional de cancérologie (CHU de Rouen et CLCC Henri Becquerel)

#### Centre Henri Becquerel

Rue d'Amiens  
76038 ROUEN Cedex 1  
Tél. : 02 32 08 22 22

### Ile-de-France

- Programme pilote en onco-hématogériatrique (CHU Charles Foix et de la Pitié Salpêtrière)

#### Groupe hospitalier Charles-Foix et Jean-Rostand

7, avenue de la république  
94205 IVRY-SUR-SEINE Cedex  
Tél. : 01 49 59 40 00

- Programme oncogériatrique de l'ouest parisien (POGOP) (CHU HE Georges Pompidou et CLCC Institut Curie)

#### Hôpital Européen Georges Pompidou

20, rue Leblanc  
75015 PARIS  
Tél. : 01 56 09 27 09

- Programme d'unité pilote de coordination en oncogériatrie (CHU Henri Mondor)

#### Hôpital Henri-Mondor

51 avenue du maréchal de Lattre de Tassigny  
94000 CRETEIL  
Tél. : 01 49 81 21 11



# Contacts utiles

## ●●● Limousin

- Programme d'évaluation oncogériatrique (CEOG)

### Hôpital Chastaingt

2 rue Henri de Bournazel  
87000 LIMOGES  
Tél. : 05.55.05.69.82

## Midi-Pyrénées

- Programme d'unité pilote de coordination en oncogériatrie (CHU de Toulouse et CLCC Claudius Regaud)

### Institut Claudius Regaud

20-24 rue du Pont Saint-Pierre  
31052 TOULOUSE Cedex  
Tél. : 05 61 42 42 42

## Nord-Pas-de-Calais

- Programme d'unité pilote de coordination en oncogériatrie (CHRU de Lille et CLCC Oscar Lambret)

### Centre Oscar Lambret

3, rue Frédéric Combemale  
59020 LILLE Cedex  
Tél. : 03 20 29 59 59

## Pays de la Loire

- Programme d'unité pilote de coordination en oncogériatrie (CHU de Angers et de Nantes, CH de la Roche sur Yon et les CLCC Paul Papin et René Gauducheau)

## Hôpital Saint-Jacques

Plateau des Ecoles, 5ème étage  
50 route de Saint Sébastien  
44093 NANTES cedex 1  
Tél. : 02 40 84 75 95

## Picardie

- Programme de coordination oncogériatrique (CH de Senlis)

### Centre hospitalier de Senlis

14 avenue Paul Rougé  
60300 SENLIS  
Tel. : 03 44 21 73 01

## Provence-Alpes-Côte-D'azur

- Programme de coordination oncogériatrique : Massilia senior programme

### Institut Paoli Calmette

232 Bvd de Sainte Marguerite B.P 156  
13273 MARSEILLE cedex 9  
Tél. : 04 91 22 33 33

## Rhône-Alpes

- Programme lyonnais d'oncogériatrie (CHU de Lyon et CLCC Léon Bérard)

### Centre Léon-Bérard

28, rue Laennec  
69 373 LYON Cedex 08  
Tél. : 04 78 78 28 28



© ISTOCKPHOTO

# Avec vous, pour vaincre le cancer

**La Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, reconnue d'utilité publique, est la première fondation entièrement dédiée à la recherche sur le cancer à l'échelon national. Son ambition est de permettre que d'ici 10 à 15 ans, deux cancers sur trois soient guéris (au lieu de un sur deux aujourd'hui).**

## **Un acteur incontournable de la recherche en cancérologie**

**P**our permettre des progrès décisifs face au cancer, la Fondation ARC influence en profondeur la trajectoire de la recherche sur les cancers.

Elle donne aux chercheurs les moyens de conduire leurs projets et d'ouvrir de nouvelles voies scientifiques et médicales. Grâce à une politique scientifique ambitieuse, la Fondation ARC entend accélérer la mise à disposition pour les malades des innovations issues de la recherche fondamentale.

Partie prenante du Plan Cancer, la Fondation ARC travaille en partenariat étroit avec les différents organismes publics impliqués dans la lutte contre la maladie. Ces collaborations lui permettent de couvrir l'ensemble des champs de la cancérologie, de la recherche fondamentale à la recherche clinique, tout en développant des disciplines essentielles telles que l'épidémiologie ou les sciences humaines et sociales.

## **Un relais de l'information sur la recherche et la maladie**

La lutte contre la maladie passe aussi par une information de qualité. C'est pourquoi la Fondation ARC propose de nombreuses publications d'information médicale et scientifique réalisées avec le concours d'experts, ainsi qu'un site Internet en prise directe avec l'actualité relative aux avancées de la recherche sur les cancers.

## **Une gestion rigoureuse et transparente**

En toute indépendance, libre de sa politique et de ses choix d'action, la Fondation ARC s'engage dans la durée sur des moyens, des objectifs



© NOAKY / LE BAR FLOREAL / Fondation ARC

et des résultats qu'elle rend publics. Elle garantit au public et à ses donateurs des règles de bonne pratique. Ainsi, la Fondation ARC se soumet chaque année aux contrôles du Comité de la Charte. Les contrôleurs sont indépendants et ont

toute latitude pour s'assurer que les principes suivants sont respectés : fonctionnement conforme aux statuts, gestion rigoureuse et désintéressée, transparence financière et qualité des actions de communication et de collecte de fonds.

## La Fondation ARC en chiffres

- **271 000 donateurs actifs** ;
- environ **80 % de nos dépenses** consacrés au financement de la recherche et à l'information sur les avancées des connaissances ;
- **près de 31 millions d'euros** consacrés à nos missions sociales en 2011 ;
- **422 nouveaux projets de recherche** soutenus en 2011 ;
- **119 experts bénévoles** au sein des Instances scientifiques ;

Source : Rapport d'activité 2011  
de l'Association pour la Recherche sur le Cancer.

Hérédité et cancer  
Le cancer  
L'oncogériatrie



Maquette : Philippe Hofstetter / Studio Goustard

1<sup>er</sup> tirage : janvier 2009 - Réimpression : Centr'Imprim 36100 Issoudun – mars 2013

Ce document participe à la protection de l'environnement. Il est imprimé avec des encres à base d'huiles végétales et sur papier issu de forêts gérées durablement.



La Fondation ARC pour la recherche sur le cancer est agréée depuis 1999 par le Comité de la Charte du don en confiance, organisme d'agrément et de contrôle des organisations faisant appel à la générosité publique. La Fondation ARC s'engage à respecter les principes de transparence financière, de rigueur de gestion et de qualité des actions de communication et de collecte de fonds. Pour plus d'informations : [www.comitecharte.org](http://www.comitecharte.org).



Fondation ARC pour la recherche sur le cancer  
9 rue Guy Môquet - BP 90003 - 94803 Villejuif Cedex  
Tél. : 01 45 59 59 59 - Fax : 09 72 11 94 70 - [www.arc-cancer.net](http://www.arc-cancer.net)