




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



DOSSIER THÉMATIQUE « GÉRIATRIE »

Oncogériatrie : quelle réalité aujourd'hui ?

Oncogeriatrics' reality today



**Claire Falandry^{a,*,b,1}, Marilène Filbet^{b,c},
Marc Magnet^d, Véronique Trillet-Lenoir^{b,e},
Marc Bonnefoy^{a,b}**

^a Service de gériatrie, centre hospitalier Lyon-Sud, hospices civils de Lyon, chemin du Grand-Revoyet, 69490 Pierre-Bénite, France

^b Université Claude-Bernard Lyon 1, domaine Rockefeller, 8, avenue Rockefeller, 69373 Lyon cedex 08, France

^c Service de soins palliatifs, centre hospitalier Lyon-Sud, hospices civils de Lyon, chemin du Grand-Revoyet, 69490 Pierre-Bénite, France

^d Soins et santé, hospitalisation à domicile Lyon, 69140 Rillieux-La Pape, France

^e Service d'oncologie médicale, centre hospitalier Lyon-Sud, hospices civils de Lyon, chemin du Grand-Revoyet, 69490 Pierre-Bénite, France

Reçu le 15 mars 2011 ; accepté le 14 avril 2011

MOTS CLÉS

Oncologie ;
Gériatrie ;
Oncogériatrie ;
Évaluation
gériatrique ;
Soins à domicile

Résumé L'oncogériatrie est née du constat commun, par les professionnels en charge des personnes âgées et de patients atteints de cancer, de difficultés propres à la prise en charge des patients âgés et atteints de cancer : désescalades thérapeutiques empiriques, sous-représentation dans les essais thérapeutiques, excès de toxicités. Ces spécificités ont conduit à la fois à l'acquisition par certains oncologues de compétences particulières et à la formalisation d'une interaction privilégiée entre spécialistes du cancer et gériatres. Si certains domaines de recherche, comme l'évaluation gériatrique et l'élaboration d'essais thérapeutiques spécifiques des patients âgés ont connu un essor considérable, les questions de politique sanitaire et notamment des relations hôpital–domicile restent peu explorées et non résolues, dans un contexte de cancérologie toujours plus ambulatoire et de développement continu des thérapies orales. La réalité de l'oncogériatrie, aujourd'hui, comporte une majorité de patients à domicile, vulnérables à la fois du fait de leur cancer, de leur âge et parfois des difficultés d'étayage. Si cette vulnérabilité peut être mise en évidence grâce à l'évaluation gériatrique et, quand il est nécessaire, prise en charge par un suivi gériatrique, elle nécessite par la suite une adaptation de l'offre de soins, passant par exemple par un partenariat avec les services d'aide à la personne et de soins à domicile et une nécessaire réactivité des unités

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : claire.falandry@chu-lyon.fr (C. Falandry).

¹ Photo.

cliniques face aux situations d'urgence. Enfin, toute prise en charge oncogériatrique doit respecter les quatre principes éthiques fondamentaux : bienfaisance, non malfaisance, équité et autonomie, selon un équilibre fragile compte tenu à la fois des toxicités des traitements oncologiques et des troubles cognitifs fréquents avec l'âge, qui ne doivent pas dispenser d'une communication de qualité.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Oncology;
Geriatrics;
Oncogeriatrics;
Geriatric assessment;
Home care services

Summary Oncogeriatrics was born when both ageing and cancer authorities noted difficulties arising from cancer management in the elderly: under-treatment, under-representation in cancer-treatment trials, excess of toxicities. These specificities led both to the acquisition by some oncologists of specific competences and to a privileged relationship between cancer specialists and geriatricians. Though some research fields, like geriatric assessment and elderly specific trials, made considerable improvements, some other remain little explored and unsolved. Among those, an improved medical policy, particularly in the relationships between hospital and home care services, has to be developed, since treatments of cancer are more and more ambulatory and use increasingly oral drugs. Oncogeriatrics' reality includes a majority of patients at home, vulnerable because of their cancer, their age and sometimes of the defects of family support. If this vulnerability can be revealed thanks to the geriatric assessment and, when necessary, a geriatric follow-up, it requires thereafter an adaptation of care units' offer, for example through a partnership with home care services and more reactivity when facing emergencies. Lastly, every treatment decision should respect the four fundamental ethical principles: benevolence, non-maleficence, equity and autonomy. The fragile balance of this decision must take into account both the toxicities of oncologic treatments and the frequent age-associated cognitive disorders that should not exempt of a communication of quality.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'oncogériatrie correspond à la fois à un besoin, issu de la croissance continue du nombre de patients âgés atteints de cancers et à une demande institutionnelle, formulée en France au travers des deux plans cancer : « Mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées » (Plan Cancer 1, mesure 38) et « Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer » (Plan Cancer 2, mesure 23.4). Elle a connu un essor considérable au cours des deux dernières décennies. Mais l'interprétation de l'interaction entre les spécialités oncologique et gériatrique reste à préciser, l'oncogériatrie ne pouvant être uniquement considérée comme une sous-spécialité de l'oncologie.

Comment définir la, ou les, réalité(s) de l'oncogériatrie aujourd'hui ? Quels sont ses besoins pratiques ? Comment préserver chez le patient âgé atteint de cancer l'équité d'accès aux soins, maintenir le principe de bienveillance dans l'évaluation de la balance bénéfice-risque et l'élaboration du projet de soin ? Comment rester vigilant dans ce contexte de bienveillance au respect de son autonomie décisionnelle, à la préservation de sa capacité à consentir au projet de soins et au lieu de sa réalisation ? Ici dépeinte au travers des regards croisés d'oncologues, de gériatres, des médecins référents d'un centre de soins palliatifs et d'une unité d'hospitalisation à domicile (HAD), cette description de la réalité quotidienne de l'oncogériatrie explore les pistes de développement ultérieures de cette discipline.

Oncogériatrie : pourquoi et comment ?

L'oncogériatrie est née en 1983 des regards croisés du National Cancer Institute et du National Institute on Ageing américains au cours d'un symposium intitulé « Perspectives on prevention and treatment of cancer in the elderly » [1]. Cette réunion inaugurerait l'idée que la prise en charge du patient âgé atteint de cancer est spécifique et justifie des compétences particulières. Au-delà de cette spécificité et de ces compétences, l'oncogériatrie naissante mettait en évidence les difficultés associées à l'âge dans le traitement du cancer : tendance aux traitements sous-optimaux, sous-représentation dans les essais thérapeutiques [2], sur-toxicité des thérapeutiques. La Société internationale d'oncogériatrie (SIOG) a été créée en 2000 et a publié à partir de 2005 des recommandations spécifiques. Dans un premier temps, l'oncogériatrie a rassemblé des oncologues sensibilisés aux problématiques gériatriques au travers de publications, de formations dédiées. Très rapidement cependant s'est faite jour la nécessité de la multi- et de la transdisciplinarité. Ainsi ont été créées les équipes multidisciplinaires pilotes de la Tempa, autour de Ludovico Balducci et Martine Extermann et, en France, différentes approches originales rapprochant oncologues et gériatres autour de patients âgés. Ces approches ont été encouragées grâce au financement, par l'INCa (Institut national du cancer), d'unités pilotes de coordination en oncogériatrie. Cependant, il apparaît de plus en plus évident que, loin de ces équipes pilotes, la majorité des patients âgés est orientée vers une prise en charge classique, vers l'oncologue général ou le spécialiste d'organe, ce qui justifie aussi une

sensibilisation de ces praticiens aux spécificités du patient âgé atteint de cancer. Ainsi, plusieurs sociétés savantes, comme la SIOG mais aussi les recommandations pour la pratique clinique de Nice Saint-Paul-de-Vence ont publié des recommandations relatives à la prise en charge de patients âgés atteints de cancer, générales ou spécifiques d'un organe [3–8]. De plus, si les travaux de recherche et de structuration avancent, les questions restent plus nombreuses que les réponses, laissant dans la pratique quotidienne une large place aux expériences individuelles.

Évaluation gériatrique en oncogériatrie : ce que l'on sait, et ce que l'on aimerait savoir...

En interagissant avec des gériatres, les oncologues ont été rapidement convaincus de l'intérêt de l'un de leurs domaines d'expertise, l'évaluation gériatrique. En effet, la présence de comorbidités, de dépendances fonctionnelles, de troubles psychocognitifs, d'une dénutrition, d'une polymédication, d'un contexte social précaire peuvent interférer avec la prise en charge dite « standard » du cancer. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS), développée par les gériatres, correspond à une évaluation multidisciplinaire destinée à identifier et si possible à expliquer et à résoudre les problèmes potentiels d'une personne âgée (survenue d'incapacités, décompensation de syndromes gériatriques, décompensation des pathologies associées...), par l'intermédiaire d'un plan d'intervention. Différentes formes d'EGS ont été développées, appliquées par exemple en gériatrie d'urgence ou dans le cadre d'interventions chirurgicales. Elles ont montré leur intérêt, lorsqu'elles sont assorties de mesures correctrices [9,10]. En conséquence, plusieurs sociétés savantes ont préconisé l'utilisation systématique de cet outil en oncogériatrie ([11], **Tableau 1**). Cependant, de nombreuses voix s'élèvent pour dénoncer cette approche, trop consommatrice en temps. Elles préconisent pour certaines une évaluation en deux étapes, réservant l'EGS aux patients présentant des critères de vulnérabilité lors d'un dépistage simple, et pour d'autres une évaluation gérontologique oncologique spécialisée spécifiquement adaptée aux patients âgés atteints de cancer et modulée en fonction de la situation carcinologique [12]. Au-delà de ces différents concepts, les experts s'entendent sur la place d'un « questionnaire gériatrique », dont il existe différentes formes, validées dans différentes indications (« ce que l'on sait »), mais aussi sur leurs limites (« ce que l'on aimerait savoir »).

Ce que l'on sait

La naissance de l'oncogériatrie s'est en effet accompagnée de la validation d'outils de « questionnaire gériatrique » :

- Lazzaro Repetto et al. ont été les premiers à démontrer en 2002 qu'une évaluation gériatrique apporte de l'information par rapport au *Performance Status*, seul outil d'évaluation fonctionnelle utilisé en pratique quotidienne en oncologie [13] : parmi les patients présentant un *Performance Status* considéré comme satisfaisant, une

Tableau 1 Composantes de l'évaluation gériatrique. *Components of comprehensive geriatric assessment.*

| Composante | Éléments du diagnostic |
|----------------------------|---|
| Évaluation médicale | Liste des problèmes Co-morbidités et leurs degrés de sévérité Co-médications Statut nutritionnel |
| Évaluation fonctionnelle | Activités quotidiennes de base (échelle ADL) Activités quotidiennes instrumentales (échelle IADL) Activités quotidiennes / exercice physique Démarche et équilibre |
| Évaluation psychologique | Statut cognitif (Mini-Mental Status) État émotionnel |
| Évaluation sociale | Besoins et ressources financiers Prise en charge médicale et sociale |
| Évaluation du cadre de vie | Sûreté du cadre de vie Accès aux soins (transport) et/ou télésurveillance |

Adaptation française d'après Wieland et Hirth [11].

proportion non négligeable présente des perturbations fonctionnelles, nutritionnelles ou cognitives ;

- quand elle est pratiquée, l'évaluation gériatrique modifie la prise en charge : cela a été démontré par deux études dans lesquelles le traitement était modifié ou retardé dans respectivement 39 % et 49 % des cas [14,15] ;
- il est possible d'identifier les patients relevant d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle, sur la base de scores de dépistage [16–19]. L'utilisation de tels scores (aCGA mais surtout *Vulnerable Elderly Survey* [VES] 13) implique le recours à un gériatre lorsque ceux-ci sont perturbés (score VES ≥ 3 notamment, **Tableau 2**) [17,18] ;
- certains éléments de l'évaluation gériatrique ont été identifiés comme des marqueurs pronostiques de survie globale, d'indépendance fonctionnelle ou même de toxicités des traitements, comme cela a été montré au travers de deux échelles [20,21] ;
- de plus, certaines échelles, développées par les gériatres, donnent un aperçu de l'espérance de survie résiduelle hors cancer, comme notamment celle de Lee et al., qui prédit le taux de mortalité à quatre ans [22].

Ce que l'on aimerait savoir

Dans sa pratique quotidienne, l'oncologue souhaiterait disposer de marqueurs pronostiques et prédictifs (toxicité) simples propres à chaque situation clinique, afin de

Tableau 2 Score de détection du sujet âgé vulnérable.
Score Vulnerable Elderly Survey 13 (VES 13).

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

Adaptation française d'après Saliba et al. [19].

simplifier le choix thérapeutique et identifier rapidement la place de l'interaction oncologue–gériatre.

Parcours du patient âgé dans le système de soins

Si la multidisciplinarité est au centre de la réflexion oncogériatrique, elle induit une complexité croissante des processus décisionnels et des traitements. Ce parcours de soins requiert du patient à la fois une conservation de ses capacités fonctionnelles et physiques et une parfaite compréhension de sa prise en charge. Mais la multiplicité des interventions (spécialistes, examens paracliniques) parfois difficilement coordonnées peut conduire à la perception d'une information peu cohérente, diluée et à un sentiment de déresponsabilisation des médecins dans la dispensation de cette information. Le patient peut avoir ainsi la sensation de ne plus avoir de médecin référent au sein de l'hôpital, de ne plus savoir à qui s'adresser. Plus généralement, la coordination des soins entre domicile et hôpital constitue un domaine d'investigation et certaines équipes développent des interventions spécifiques [12]. Elles insistent notamment sur le dépistage des troubles psychocognitifs, sur la recherche d'une polyneuropathie ou d'une hypotension orthostatique avant l'organisation d'examens paracliniques itératifs, sur l'évaluation de l'état nutritionnel et de la motivation du patient à poursuivre le traitement. Concernant cette motivation, les enquêtes auprès de sujets âgés atteints de cancer montrent qu'avec l'âge la demande thérapeutique reste importante, mais s'oriente préférentiellement vers des thérapeutiques adaptées, moins agressives que chez le sujet plus jeune [23]. Une communication de

qualité, relayée par l'intermédiaire du médecin traitant et la connaissance de l'état de santé de l'étayant principal constituent à la fois un trait d'union avec le domicile et une stratégie d'anticipation de ce que sera le lieu de réalisation du projet thérapeutique et les conditions requises pour sa mise en œuvre. Ces liens, souvent initiés tardivement lorsque sont organisés des soins à domicile, devraient s'intégrer très précocement lors de l'élaboration du programme personnalisé de soins.

Place des soins à domicile, le retour au domicile devenu lieu de soins : un choix consenti, une coordination anticipée et continue entre l'hôpital et les professionnels exerçant à domicile

En effet, lorsque ces traits d'union ne sont pas établis et la communication de mauvaise qualité, l'argumentaire basé sur la balance bénéfique/risque laisse parfois au domicile place aux invectives d'ordre émotionnel : « Ils ont osé... Si c'était ma grand-mère... Et notre médecin n'a pas reçu de courrier... ». Le retour à domicile non préparé, non choisi et dont l'analyse de faisabilité n'a pas été conduite est parfois vécu comme un échec, une rupture ou un abandon lorsqu'il est organisé rapidement pour « libérer un lit », ou lorsque la réadmission à l'hôpital intervient après un passage plus ou moins long aux urgences... L'oncogériatrie doit s'adapter à la prise en charge et au suivi de la majorité de ses patients à domicile. Ces patients étant par définition vulnérables, elle doit s'assurer à la fois d'une parfaite communication et coordination entre l'hôpital et les professionnels exerçant à domicile (HAD, soins infirmiers à domicile [SIAD], établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD]) et d'une réactivité de chacun dans les situations d'urgence qu'il faudra également savoir anticiper : savoir prendre le risque du retour à domicile c'est aussi savoir répondre à une situation d'urgence. Il faut également rester attentif aux risques d'épuisement lors de la réalisation du projet de soins à domicile et mener ainsi une évaluation continue et coordonnée avec les professionnels du domicile : le domicile doit rester un lieu de vie. Dans ce contexte, l'identification d'un médecin référent joignable au sein du binôme oncologue–gériatre est indispensable et l'hospitalisation en oncologie et/ou en gériatrie dépend de politiques de sites hospitaliers, l'identification officielle de lits « oncogériatriques » en gériatrie ne restant dans l'immédiat qu'au stade de projet [24]. Si cette amélioration de la réactivité dans les liens domicile–hôpital conditionne le retour à domicile choisi, plus rapide et mieux préparé de certains patients, avec en perspective le maintien de leur autonomie, le cancer s'accompagne souvent de l'apparition plus ou moins prolongée de dépendances. Celles-ci sont souvent mal acceptées, vécues par les patients comme un doublement de la peine et renvoi souvent dos à dos les services hospitaliers et les maisons de retraite médicalisées, les soins de suite et de réadaptation constituant parfois une solution transitoire ou « par défaut ». Avec l'augmentation du nombre et de la vulnérabilité des patients, la modernisation des soins en oncogériatrie doit

passer par une amélioration qualitative, quantitative et concertée des capacités de soins d'aval.

Éthique et bienveillance

Si les principes éthiques peuvent être parfois avancés comme des prétextes au sous-traitement systématique des patients âgés, l'accès aux soins lui-même reste l'un des problèmes éthiques les plus importants chez le sujet âgé. Par l'élaboration de protocoles et d'essais spécifiques des patients âgés, l'oncogériatrie lutte contre leur sous-traitement systématique. Néanmoins les freins restent nombreux, de la part du patient, de sa famille et du médecin lui-même. Cela a été récemment illustré par l'étude GERICO-06, menée en France. Cette étude évaluait la tolérance d'une association de doxorubine liposomale et de cyclophosphamide chez des patientes de plus de 70 ans traitées pour des cancers du sein en situation adjuvante. Une étude annexe a évalué le taux d'échecs à l'inclusion. Sur 70 patientes potentiellement incluables, 60 étaient effectivement évaluables, 12 étaient en réalité inéligibles, 40 seulement se sont vu proposer l'essai et deux l'ont refusé [25]. En oncogériatrie, l'application au quotidien des quatre principes fondamentaux de l'éthique en médecine est un équilibre fragile. En ce qui concerne la justice et l'équité, le sujet âgé fait encore aujourd'hui l'objet d'une discrimination sur son âge à toutes les étapes de sa prise en charge : lors de l'accès au soin, celui-ci étant retardé voire absent, par le choix de l'équipe soignante, les interventions chirurgicales étant plus fréquemment le fait de chirurgiens non oncologues, par le choix du traitement, avec deux excès opposés, le sous-traitement et les traitements excessifs (excès de mastectomies lorsqu'un traitement conservateur du sein est possible par exemple [26–29]). Les limites de la bienfaisance et de la non malfaisance peuvent apparaître ténues compte-tenu de la toxicité de certains traitements. Enfin, l'autonomie du malade face à chaque décision thérapeutique peut être oubliée, notamment lorsque les facultés cognitives déclinent ou que la dispensation d'une information claire et loyale est considérée comme trop consommatrice en temps [12]...

Observance et éducation thérapeutique

À l'ère de la médecine toute ambulatoire et des traitements oraux du cancer, l'oncogériatrie doit s'adapter aux défis de ces thérapeutiques. Pour s'adapter, elle doit d'abord identifier les difficultés : elles sont nombreuses et fréquemment sous-évaluées. Certaines difficultés sont inhérentes à la personne âgée et prévisibles : diminution de l'absorption, modification du volume de dilution des molécules, altération du métabolisme hépatique et diminution de la fonction rénale [30]. Mais certaines difficultés sont indépendantes et trop souvent sous-évaluées : troubles cognitifs du patient ou de l'accompagnant, non-observance, co-médications multiples, malnutrition, identification retardée ou inappropriée des effets secondaires... Ces difficultés justifient à la fois la « toilette de l'ordonnance » préconisée par les gériatres et une politique d'éducation thérapeutique et de suivi des traitements (soins à domicile, interrogatoires téléphoniques)

qui font le plus souvent défaut. Concernant l'observance, certains chercheurs ont mis en évidence à la fois la valeur symbolique du médicament, le rôle de la communication médecin-malade et l'existence de profils de patients particuliers auxquels la communication doit s'adapter : la confiance ou la méfiance vis-à-vis d'une part du système de santé et d'autre part du médicament [31]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) insiste sur l'importance de sensibiliser les acteurs de santé à l'importance de la prise en charge palliative chez la personne âgée. En effet, les personnes âgées sont souvent les oubliées des programmes de soins palliatifs. Lorsqu'il s'agit en particulier de la prise en charge de la douleur, toutes les études montrent une sous estimation et un sous traitement, avec une réticence accrue à utiliser les opioïdes avec l'âge. L'OMS propose d'instauration de soins palliatifs, à domicile ou en maison de retraite [32]. La recherche d'une diminution du nombre de co-médications et/ou la peur d'effets secondaires psychocognitifs ne justifient pas le report des traitements antalgiques mais un recours plus systématique à une prise en charge spécialisée.

Réflexion autour des soins en oncogériatrie en France

Certaines de ces pistes de réflexion constituent les thèmes de travail du Groupe d'échanges pratiques en oncogériatrie, récemment refondé en Société francophone d'oncogériatrie (Sofog). Ces thèmes s'orientent principalement autour :

- de la spécificité des soins en oncogériatrie, avec la place centrale du binôme oncologue-gériatre ;
- de l'organisation des soins, avec la nécessité d'un parcours de soins spécifique ;
- des équipes de soins, qui doivent notamment rester ouvertes sur les différentes personnes ressources (médecins de ville, famille, autres spécialistes hospitaliers, personnes ressources hospitalières) ;
- de la politique sanitaire en oncogériatrie (bienveillance, dépistage organisé, équité dans l'accès aux soins).

Différents groupes coopérateurs développent des essais spécifiques des patients âgés, comme par exemple de GERICO, mais aussi le Groupe d'investigateurs nationaux pour l'étude des cancers de l'ovaire et du sein (Gineco) ou l'Intergroupe francophone de cancérologie thoracique (IFCT). La Société française de gériatrie et de gérontologie participe à la réflexion oncogériatrique, dont certaines caractéristiques sont très proches d'autres domaines de la gériatrie [12]. Enfin, l'appel à projet 2011 de l'Institut national du cancer concernant l'oncogériatrie vise à « déployer sur l'ensemble du territoire national les unités pilotes de coordination en oncogériatrie pour : mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres, promouvoir cette prise en charge dans la région afin de la rendre accessible à terme à tous les patients âgés atteints de cancer, contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie, notamment par des collaborations régionales ou nationales et soutenir la formation et l'information en oncogériatrie » [33].

Conclusion, perspectives

Si l'oncogériatrie a connu un essor considérable au cours des 20 dernières années, l'effort s'est porté principalement sur l'évaluation gériatrique et le recueil de données cliniques au travers d'essais thérapeutiques spécifiques. L'augmentation à la fois du nombre de patients âgés atteints de cancers et de leur accès aux soins nécessite une réorganisation de l'offre de soins elle-même, qui constitue un des défis des unités pilotes de coordination en oncogériatrie. Dans la perspective d'une médecine toujours plus ambulatoire et de l'augmentation constante des thérapies orales, cette réorganisation passe par une meilleure communication hôpital-domicile, avec la prise en compte des personnes ressources et par un meilleur suivi des traitements oraux (éviction des co-médications inutiles, évaluation de l'observance). Enfin, l'entretien d'une réflexion éthique, qui ne doit pas devenir le prétexte à un sous-traitement systématique, reste primordiale, l'équilibre entre bienfaisance, non malfaisance, équité et autonomie étant fragile dans cette population vulnérable.

POINTS ESSENTIELS

- L'âge induit des difficultés dans la prise en charge du cancer : diminution de l'accès aux soins, sous-traitement, excès de toxicités.
- L'oncogériatrie répond à ces difficultés par la formation des oncologues aux spécificités associées à l'âge et par l'interaction oncologue-géronte.
- L'oncogériatrie s'est principalement développée autour de l'évaluation (onco)gériatrique et de l'élaboration d'essais spécifiques des patients âgés.
- Dans le futur, elle devra s'adapter à l'accroissement des traitements ambulatoires et des thérapeutiques orales.
- Dans ce contexte, la communication du médecin avec le patient, sa famille, son médecin traitant, les différents services (service SIAD, maisons de retraite : EPHAD, service HAD) et les personnes ressources à domicile est cruciale.
- Le respect des principes éthiques est un équilibre fragile, du fait à la fois des toxicités des traitements du cancer, qui conditionnent le respect de la bienfaisance et de la non malfaisance, et des troubles cognitifs, qui altèrent l'autonomie du patient face à sa prise en charge.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] National Cancer Institute and National Institute on Aging (U.S.). Perspectives on prevention and treatment of cancer in the elderly. *Ann Intern Med* 1984;100:332.
- [2] Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ, Coltman Jr CA, Albain KS. Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *N Engl J Med* 1999;341:2061–7.
- [3] Audisio RA, Bozzetti F, Gennari R, Jaklitsch MT, Koperna T, Longo WE, et al. The surgical management of elderly cancer patients; recommendations of the SIOG surgical task force. *Eur J Cancer* 2004;40:926–38.
- [4] Le cancer du sein chez la femme âgée (hors situation métastatique). In: Gligorov J, Namer M, editors. *Recommandations pour la pratique clinique de Nice-Saint-Paul-de-Vence 2009*. *Oncologie* 2009;11:533–51.
- [5] PACE participants Audisio RA, Pope D, Ramesh HS, Gennari R, van Leeuwen BL, et al. Shall we operate? Preoperative assessment in elderly cancer patients (PACE) can help. A SIOG surgical task force prospective study. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008;65:156–63.
- [6] Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;55:241–52.
- [7] Lichtman SM, Wildiers H, Chatelut E, Steer C, Budman D, Morrison VA, et al. International Society of Geriatric Oncology Chemotherapy Taskforce: evaluation of chemotherapy in older patients – an analysis of the medical literature. *J Clin Oncol* 2007;25:1832–43.
- [8] Lichtman SM, Wildiers H, Launay-Vacher V, Steer C, Chatelut E, Aapro M. International Society of Geriatric Oncology (SIOG) recommendations for the adjustment of dosing in elderly cancer patients with renal insufficiency. *Eur J Cancer* 2007;43:14–34.
- [9] Mion LC, Palmer RM, Anetzberger GJ, Meldon SW. Establishing a case-finding and referral system for at-risk older individuals in the emergency department setting: the SIGNET model. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1379–86.
- [10] Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984;311:1664–70.
- [11] Wieland D, Hirth V. Comprehensive geriatric assessment. *Cancer Control* 2003;10:454–62.
- [12] Retornaz F, Potard I, Molines C, Rousseau F. Critères de fragilité appliqués en oncogériatrie. *Les cahiers de l'année gériatrique* 2011;1:20–5.
- [13] Repetto L, Fratino L, Audisio RA, Venturino A, Gianni W, Vercelli M, et al. Comprehensive geriatric assessment adds information to Eastern Cooperative Oncology Group performance status in elderly cancer patients: an Italian Group for Geriatric Oncology Study. *J Clin Oncol* 2002;20:494–502.
- [14] Girre V, Falcou MC, Gisselbrecht M, Gridel G, Mosseri V, Bouleuc C, et al. Does a geriatric oncology consultation modify the cancer treatment plan for elderly patients? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63:724–30.
- [15] Chaïbi P, Magné N, Breton S, Chebib A, Watson S, Duron JJ, et al. Influence of geriatric consultation with comprehensive geriatric assessment on final therapeutic decision in elderly cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010, doi:10.1016/j.critrevonc.2010.08.004.
- [16] Hurria A, Gupta S, Zauderer M, Zuckerman EL, Cohen HJ, Muss H, et al. Developing a cancer-specific geriatric assessment: a feasibility study. *Cancer* 2005;104:1998–2005.
- [17] Luciani A, Ascione G, Bertuzzi C, Marussi D, Codecà C, Di Maria G, et al. Detecting disabilities in older patients with cancer: comparison between comprehensive geriatric assessment and vulnerable elders survey-13. *J Clin Oncol* 2010;28:2046–50.
- [18] Molina-Garrido MJ, Guillén-Ponce C. Comparison of two frailty screening tools in older women with early breast cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;79:51–64.

- [19] Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1691–9.
- [20] Hurria A, Togawa K, Mohile SG, Owusu C, Klepin HD, Gross C, et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective 500 patient multicenter study. *J Clin Oncol* 2010;28:9001 [ASCO annual meeting abstract].
- [21] Extermann M, Boler I, Reich R, Lyman GH, Brown RH, DeFelice J, et al. The Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score: design and validation. *J Clin Oncol* 2010;28:9000 [ASCO annual meeting abstract].
- [22] Lee SJ, Lindquist K, Segal MR, Covinsky KE. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. *JAMA* 2006;295:801–8.
- [23] Extermann M, Albrand G, Chen H, Zanetta S, Schonwetter R, Zulian GB, et al. Are older French patients as willing as older American patients to undertake chemotherapy? *J Clin Oncol* 2003;21:3214–9.
- [24] Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P. Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. Paris: La documentation française; 2006. Disponible à l'adresse: <http://www.ladocumentationfrançaise.fr/rapports-publics/064000419/index.shtml> (accès le 01/08/2011).
- [25] Brain EG, Girre V, Rigal O, Abadie-Lacourtoisie S, Uwer L, Boubouloux E, et al. Screening success and inclusion failure rates in a prospective trial of adjuvant chemotherapy for breast cancer in elderly women by the french geriatric oncology group GERICO. *Ann Oncol* 2010;21:viii186 [35th ESMO Congress; abstract 572PD].
- [26] Hightower RD, Nguyen HN, Averette HE, Hoskins W, Harrison T, Steren A. National survey of ovarian carcinoma. IV: patterns of care and related survival for older patients. *Cancer* 1994;73:377–83.
- [27] Diaz-Montes TP, Zahurak ML, Giuntoli RL, 2nd, Gardner GJ, Gordon TA, Armstrong DK, et al. Surgical care of elderly women with ovarian cancer: a population-based perspective. *Gynecol Oncol* 2005;99:352–7 [Epub 2005 Aug 1].
- [28] Bergman L, Dekker G, van Leeuwen FE, Huisman SJ, van Dam FS, van Dongen JA. The effect of age on treatment choice and survival in elderly breast cancer patients. *Cancer* 1991;67:2227–34.
- [29] Bernardi D, Errante D, Galligioni E, Crivellari D, Bianco A, Salvagno L, et al. Treatment of breast cancer in older women. *Acta Oncol* 2008;47:187–98.
- [30] Tranchand B, Laporte S, Glehen O, Freyer G. Pharmacology of cytotoxic agents: a helpful tool for building dose adjustment guidelines in the elderly. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003;48:199–214.
- [31] Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gerontol Soc* 2002;103:141–61.
- [32] World-Health-Organisation-Europe. Better palliative care for older people. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2004. Disponible à l'adresse: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/better-palliative-care-for-older-people>.
- [33] Institut national du cancer. Appel à projets « Déploiement national d'unités de coordination en oncogériatrie ». Boulogne-Billancourt: Institut national du cancer (Inca); 2011. Disponible à l'adresse: http://www.e-cancer.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=6450&Itemid=3185 (accès le 1/8/2011).