



## Repenser la prise en charge des sujets âgés atteints d'un cancer : propositions du groupe Priorités Âge Cancer

Angéline Galvin<sup>1</sup>, Nicolas Bertrand<sup>2</sup>, Rabia Boulahssass<sup>3</sup>, Laure De Decker<sup>4</sup>, Étienne Dorval<sup>5</sup>, Béatrice Clairaz<sup>6</sup>, Monique Castaignède<sup>7</sup>, Loïc Mourey<sup>8</sup>, Capucine Baldini<sup>9</sup>, Eric Bauvin<sup>10</sup>, Béatrice Jacques<sup>11</sup>, Isabelle Mallon<sup>12</sup>, Isabelle Durand-Zaleski<sup>13</sup>, Olivier Guérin<sup>14</sup>, Sadek Krouri<sup>15</sup>, Pierre Soubeyran<sup>16</sup>

Reçu le 25 janvier 2022  
Accepté le 15 mars 2022

1. Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health, UMR 1219, équipe Epicene, Inserm, 33000 Bordeaux, France
2. Université de Lille, CHU de Lille, ULR 2694 Metrics, 59000 Lille, France
3. University of Nice-Sophia Antipolis, CHU de NICE, PACA Est, FHU ONCOAGE, unité de coordination en oncogériatrie, Nice, France
4. CHU de Nantes, département de gériatrie, pôle hospitalo-universitaire de gérontologie clinique, EA 1156-12, Nantes, France
5. CHU de Tours, OncoCentre, Tours, France
6. Société francophone des sciences pharmaceutiques officinales (SFSPO), 91570 Bièvres, France
7. Patiente-experte, France
8. Institut universitaire du cancer de Toulouse – Oncopole, Toulouse, France
9. Gustave-Roussy, DITEP – département de développement des médicaments, Villejuif, France
10. Réseau Onco-Occitanie, CERPOP UMR 1295, Toulouse, France
11. Université de Bordeaux, centre Emile-Durkheim, CNRS, UMR 5116, 33000 Bordeaux, France
12. Université Lumière Lyon 2, centre Max-Weber UMR 5283, Lyon, France
13. AP-HP, hôpital de l'Hôtel Dieu, université Paris Est Créteil, URCEco, Inserm UMR 1153, Paris, France
14. Université Côte d'Azur, CHU de Nice, institut de recherche sur le cancer et le vieillissement Nice (IRCAN), CNRS UMR 7284, faculté de médecine, service de médecine gériatrique et thérapeutique, Inserm U108, Nice, France
15. Direction des affaires publiques et gouvernementales, Sanofi France, 94550 Gentilly, France
16. Université de Bordeaux, institut Bergonié, Inserm UMR11312, 33000 Bordeaux, France

### Correspondance :

Nicolas Bertrand, Université de Lille, CHU de Lille, ULR 2694 Metrics, 59000 Lille, France.  
[nicolas.bertrand@chu-lille.fr](mailto:nicolas.bertrand@chu-lille.fr)

### Mots clés

Oncogériatrie  
Parcours de soins  
Système de santé  
Personnes âgées  
Âgisme

### ■ Résumé

Plus de la moitié des cancers sont diagnostiqués chez des sujets âgés, et cette part va croître dans les prochaines années. La prise en charge des patients âgés atteints d'un cancer constitue un défi majeur, qui nécessite de placer le patient au cœur des décisions et de réorganiser le parcours de soins, en repensant la collaboration entre les différents partenaires. Le groupe Priorités Âge Cancer, composé de praticiens, de pharmaciens et de chercheurs en oncogériatrie, a émis plusieurs propositions afin de répondre à ces besoins. Considérant l'hétérogénéité et les spécificités des

sujets âgés, mais également leurs préférences, les décisions thérapeutiques doivent être individualisées. Une gradation coordonnée des soins doit être réalisée en généralisant les outils de repérage de la fragilité. L'implication des patients doit être renforcée afin de développer une meilleure décision partagée. Les patients âgés sont confrontés à un système de soins complexe qui exige un niveau élevé de littératie pour comprendre les traitements et les différentes étapes du parcours de soins. Les aidants participent à la prise en charge de leurs proches, mais peuvent ne pas être préparés à relever les défis, que ce rôle essentiel implique. Il est nécessaire de renforcer l'information des patients, et promouvoir le rôle des patients experts, mais également de soutenir, former et intégrer les aidants au parcours de soins. Il semble également nécessaire d'impliquer de nouveaux partenaires comme les pharmaciens ou les infirmiers formés à la gestion de cas. Le lien ville-hôpital doit être renforcé, notamment avec les acteurs du premier recours.

### Keywords

Elderly  
Geriatric oncology  
Care management

### ■ Summary

#### Rethinking the management of elderly cancer patients : Proposals from the Age Cancer Priorities French Group

*The growing incidence of cancer associated with an aging population implies important health challenges that require questioning on the care management of older adults with cancer. There is a need to rethink the care management of older cancer patients with patient-centered decisions and an adjustment of the care pathway for this population. The Priorities Age Cancer (PAC) French group, made up of physicians, pharmacists and researchers in geriatric oncology, set up proposals to answer this need. First, the heterogeneity and the specificities of older adults as well as their preferences regarding cancer treatment goals, care management decisions must be patient-centered. The frailty screening tools should be generalized in clinical practice to provide geriatric assessment-guided recommendations and help for treatment decisions, and patients' involvement and shared decision should be developed. Second, older adults with cancer confront a complex health care system that demands a high level of health literacy. The caregivers, playing an essential role, may not be prepared for all these challenges. Thus, there is a need to promote health literacy by patient education, and patient-experts should be involved in health pathway. Third, there is a need to deal with dedicated partners and adjust the care pathway. New pathway careers as case-management nurses and specialized pharmacists should be involved in patient care and may play a central role together with other careers. Community-Hospital coordination should also be reinforced.*

### Introduction

D'après l'Institut national du cancer (INCa), l'âge médian au diagnostic de cancer en France est de 68 ans chez l'homme et de 67 ans chez la femme. En 2018, 382 016 cas de cancer ont été diagnostiqués en France. Les cancers, chez les sujets âgés de 65 ans et plus, représentaient près de 60 % de l'ensemble des cancers et plus de 30 % chez les sujets de 75 ans et plus [1]. Les cancers représentent également une des premières causes de mortalité chez les personnes âgées ; ils sont, en France, la première cause de décès chez les 65-84 ans. De plus, en France, en 2018, près des deux tiers des décès par cancer survenaient chez les sujets âgés de 65 ans et plus, et près de la moitié chez les sujets de 75 ans et plus [1]. En raison du vieillissement de la population, mais également des avancées en termes de contrôle des maladies chroniques et de traitements anticancéreux, notamment sur la survie, la proportion de sujets âgés

atteints d'un cancer ou ayant été atteints d'un cancer va continuer à croître [2]. Des projections estiment, d'ailleurs, qu'en 2040, près des trois quarts des survivants de cancers auront plus de 65 ans [3]. Du fait de l'augmentation de la part des sujets âgés atteints de cancer, la prise en charge de cette population devient un défi majeur pour lequel des réponses sont attendues. De nombreuses études ont mis en évidence le fait que l'âge est un facteur limitant l'accès au traitement chez les sujets atteints d'un cancer. Ces études rapportent notamment que, comparés aux patients jeunes, les patients âgés ont une probabilité plus faible d'avoir recours à une chirurgie ou de recevoir un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie [4,5]. Le fait de ne pas proposer certains traitements aux patients âgés a principalement pour objectif d'éviter le sur-traitement, c'est-à-dire le fait de traiter un cancer qui n'aurait pas causé de symptôme dans le temps de vie restant ou de proposer un traitement aux effets

indésirables lourds. Ces disparités se basent notamment sur l'hypothèse que les sujets âgés sont fragiles en raison de comorbidités ou de vulnérabilités liées au vieillissement, ce qui, quand elle n'est pas fondée, constitue une forme d'âgisme [6]. En effet, il est aussi important d'éviter le sous-traitement de cette population de patients qui a, lui aussi, des conséquences [7]. Toutefois, il existe peu de données à disposition des cliniciens sur lesquelles baser leurs décisions thérapeutiques chez les personnes âgées atteintes d'un cancer du fait principalement de leur sous-représentation dans les essais cliniques [3,8]. En effet, les sujets âgés sont souvent exclus des essais soit du fait d'un critère strict d'âge, soit en raison de la présence de comorbidités ou de vulnérabilités qui constituent un critère d'exclusion. Une étude récente, réalisée en France, rapporte, par exemple, que près des trois quarts des patients âgés, atteints d'un cancer colorectal, sont non éligibles à une inclusion dans un essai clinique [9]. Une autre étude a également mis en évidence que la non-inclusion des sujets âgés dans les essais cliniques était principalement liée à la perception du clinicien quant à l'âge et à la tolérance de la toxicité du traitement [10]. Même lorsqu'ils sont inclus dans les essais cliniques, ces sujets âgés ne sont pas représentatifs de la population âgée atteinte d'un cancer [11]. On note, malgré tout, une forme d'amélioration au cours des dernières années. Alors que sur la période 2001-2004, moins de 20 % des essais de phase III réalisaient, a minima, une analyse spécifique de la population âgée incluse, ce taux approchait les 47 % sur la période 2011-2014 [8]. Toutefois, la part des essais dédiés aux sujets âgés reste stable et peu élevée avec près de 5 % des essais de phase III dédiés aux sujets âgés atteints d'un cancer, que ce soit sur la période 2001-2004 ou sur la période 2011-2014 [8]. L'extrapolation des résultats obtenus chez les sujets jeunes ne peut être une solution en raison de différences biologiques, physiques ou neuropsychologiques, mais aussi de l'espérance de vie réduite des sujets âgés par rapport aux sujets jeunes. Davantage d'études dédiées aux sujets âgés sont donc nécessaires, notamment dans le but de guider les décisions thérapeutiques. De plus, l'âge ne peut en aucun cas constituer le facteur principal de décisions chez les sujets âgés qui représentent un groupe très hétérogène. Les décisions thérapeutiques chez les personnes âgées atteintes d'un cancer doivent être individualisées et ne pas se baser uniquement sur l'âge chronologique [12].

Il semble nécessaire de repenser la prise en charge des sujets âgés atteints d'un cancer en introduisant des décisions centrées sur le patient ainsi qu'une réorganisation du parcours de soins et une implication de ses partenaires. Le groupe Priorités Âge Cancer, constitué d'oncologues, de gériatres, de médecins généralistes, de pharmaciens, de chercheurs de santé publique et de sciences humaines, ainsi que de patients, a alors émis plusieurs propositions afin de répondre à ces besoins. Cet article présente ces propositions et leurs argumentaires autour de trois grands axes.

## Tenir compte de la fragilité inhérente aux personnes âgées

Avec l'âge, le risque de survenue d'un certain nombre de maladies augmente, dont les maladies cardiovasculaires et les cancers, mais également de syndromes gériatriques. Les syndromes gériatriques sont des conditions cliniques qui ne se définissent pas comme une maladie et dont l'origine est multifactorielle [13]. La liste des conditions cliniques, pouvant être considérées comme des syndromes gériatriques, n'est pas consensuelle, mais les chutes, l'incontinence, la présence de multiples comorbidités, le déficit cognitif, le déclin fonctionnel, la malnutrition ou encore la dépression sont généralement considérés comme tels. La fragilité est, elle, considérée comme un syndrome gériatrique par certains et comme une conséquence de la survenue de syndromes gériatriques par d'autres. La prévalence des syndromes gériatriques augmente fortement avec l'âge, et une étude américaine a, par ailleurs, mis en évidence une prévalence plus élevée de ces syndromes chez les sujets âgés atteints d'un cancer, comparés à ceux n'ayant pas de cancer [14]. L'évaluation gériatrique approfondie (EGA), développée depuis plusieurs années en gériatrie, est une évaluation systématique et complète de la personne âgée incluant les dimensions médicales, fonctionnelles, cognitives, psychologiques et sociales de celle-ci [15]. L'EGA permet l'identification des vulnérabilités des sujets âgés et prédit également les risques post-opératoires, la toxicité des traitements anticancéreux ainsi que la mortalité [16-18]. Par son évaluation globale de la personne âgée, l'EGA permet d'établir des propositions thérapeutiques adaptées et ciblées en guidant les interventions et le choix du traitement proposé. Une étude française a d'ailleurs montré que plusieurs éléments de l'EGA contribuaient à un changement de traitement, notamment le statut fonctionnel et l'état nutritionnel du patient [19]. L'EGA est recommandée chez tous les patients âgés atteints d'un cancer par plusieurs sociétés internationales telles que la Société internationale d'oncogériatrie (SIOG), l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC) et la Société américaine d'oncologie clinique (ASCO). Toutefois, l'EGA est une évaluation longue qui fait appel à un examen clinique et à plusieurs tests et échelles validés, ce qui rend compliquée son implémentation à tous les sujets âgés atteints d'un cancer. De plus, cette évaluation s'avère inutile chez les patients présentant peu ou pas de vulnérabilités et pour lesquels les traitements dits standards peuvent être administrés avec une tolérance et une efficacité équivalente à celles observées chez les patients plus jeunes. Par conséquent, il semble essentiel de pouvoir dépister la présence d'une fragilité afin de proposer une EGA aux sujets fragiles et donc des interventions et traitements adaptés. À cet effet, plusieurs outils ont été développés ces dernières années, parmi eux les plus utilisés en cancérologie sont le VES-13 [20] et le G8 [21]. Le VES-13 est un questionnaire auto-administré comprenant quatre groupes de questions relatives à l'âge, la

santé perçue, les difficultés à réaliser six activités spécifiques et les difficultés à réaliser des activités de la vie quotidienne en raison de problèmes de santé. Les sujets avec un score supérieur ou égal à 3 (score de 0 à 10) sont considérés comme présentant un déficit. Le G8 est, lui, un questionnaire complété par une infirmière, un attaché de recherche clinique ou un praticien, composé de huit items que sont l'âge et sept items issus du *Mini Nutritional Assessment* (perte d'appétit, perte de poids, mobilité, problèmes neuropsychologiques, indice de masse corporelle, polymédication, santé perçue). Les individus présentant un score inférieur ou égal à 14 (score de 0 à 17) sont considérés comme à risque de fragilité. En France, le G8 est recommandé par l'INCa pour être réalisé de façon systématique par les oncologues et connu par une grande majorité de praticiens et équipes de soins prenant en charge des personnes âgées atteintes d'un cancer. Toutefois, sa pratique est loin d'être systématique. Au vu des capacités prédictives de l'EGA, il y a un intérêt à dépister de façon systématique les patients âgés atteints d'un cancer qui nécessitent une évaluation globale afin de prendre en compte les vulnérabilités de chaque patient âgé dans la décision thérapeutique. Les patients présentant un test de dépistage de la fragilité anormal devront être orientés pour bénéficier d'une évaluation gériatrique, ce qui permettra de conduire à une gradation de la prise en charge et des parcours de soins. Le groupe Priorités Âge Cancer propose donc d'assurer une gradation coordonnée des soins en fonction du patient en généralisant les outils de repérage de la fragilité tels que le G8. Au-delà de la prise en compte des vulnérabilités des sujets âgés dans la décision thérapeutique, il semble également essentiel de considérer les choix et préférences des patients âgés vis-à-vis de leur traitement. En effet, les objectifs de traitement chez les sujets âgés ne sont pas toujours les mêmes que chez les plus jeunes et il serait erroné de considérer qu'un traitement qui bénéficie à un patient plus jeune soit également le meilleur choix pour un patient âgé. Les objectifs de traitement chez les sujets âgés sont davantage centrés sur la qualité que sur le gain d'années de vie [22]. Comparés aux sujets jeunes, les patients âgés sont majoritairement moins enclins à échanger quelques années de vie supplémentaires contre un impact négatif en termes de qualité de vie, de dépendance fonctionnelle ou de fonctions cognitives [22]. La peur des effets indésirables représente d'ailleurs une des principales causes de refus de traitement dans cette population, comme le souligne une revue de la littérature [23]. Il semble donc nécessaire d'individualiser le choix de traitement pour chaque sujet âgé en considérant ses vulnérabilités, mais également ses préférences [12]. Afin de respecter celles-ci, la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance (Loi Claeys Léonetti) sont indispensables chez les personnes âgées atteintes de cancer. Ces démarches doivent être encouragées par l'équipe médicale, et réévaluées au long du parcours de soins. Le groupe Priorités Âge Cancer propose alors de renforcer l'information et

la transparence à l'égard des patients âgés atteints d'un cancer et de développer l'implication des patients dans la décision thérapeutique et la décision partagée entre le praticien et ses patients.

## Améliorer la participation des patients et de leurs aidants au système de santé

Dans le cadre d'une médecine personnalisée, participative et prédictive, les patients sont au cœur du système de santé, et toujours plus acteurs de leur prise en charge globale. La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, consacrant le consentement libre et éclairé, et le droit à l'information, puis la loi Hôpital Patient Santé et Territoire de 2009, posant les cadres de l'éducation thérapeutique, ont permis d'ancrer le patient au cœur du système de santé français.

Les personnes âgées atteintes de cancer sont, néanmoins, confrontées à un système de soins de santé complexe qui exige un niveau élevé de littératie en matière de santé pour comprendre les traitements et les différentes étapes du parcours de soins. De façon générale, des difficultés à comprendre les informations médicales affectent la capacité des patients à participer de manière optimale aux soins de santé. Peu d'études ont été menées sur les personnes âgées atteintes d'un cancer, mais un faible niveau de littératie en santé, en particulier en matière de littératie numérique, a été rapporté chez les patients âgés par rapport aux patients plus jeunes dans une étude américaine [24]. Une faible littératie en santé, qu'elle soit numérique ou non, peut constituer une perte de chance en matière de santé [25]. En effet, plusieurs revues de la littérature ont rapporté une association entre un faible niveau de littératie en santé et différents événements : augmentation des hospitalisations, recours accru aux soins d'urgence, participation plus faible à des activités de prévention, augmentation d'une prise inappropriée des traitements médicaux, faible compréhension des prescriptions et des messages relatifs à la santé, baisse de la qualité de vie, augmentation de la mortalité [26,27]. Compte tenu de ses conséquences en termes de santé, de qualité de vie, mais aussi de mortalité, la littératie en santé représente un élément déterminant de la santé publique sur lequel il est possible d'agir. En effet, tenir compte de la littératie en santé améliorerait l'engagement du patient, la prise de décisions éclairées et l'impact final sur la santé. Il semble alors nécessaire de créer un environnement de soins de santé adapté au patient vieillissant diagnostiqué avec un cancer. Ainsi, le groupe Priorités Âge Cancer propose de promouvoir la littératie en santé par le renforcement de l'information et la mise en place d'une pédagogie adaptée au niveau de connaissances du patient. La plupart des patients âgés atteints de cancer sont aidés par un membre de la famille, principalement le conjoint ou l'enfant, qui peut ne pas toujours être préparé à relever les différents défis qui l'attendent [28]. Lorsqu'il s'agit du conjoint, celui-ci est généralement âgé et peut lui aussi se trouver en situation de

vulnérabilité. Lorsqu'il s'agit de l'enfant, il peut également avoir à faire face à un deuxième parent vulnérable ou malade. Quoi qu'il en soit, ces aidants jouent un rôle essentiel notamment dans le retour ou le maintien à domicile. Cependant, plusieurs études ont fait état de la charge physique, émotionnelle et financière que représente la prise en charge d'un proche âgé atteint de cancer [29]. Un rapport de l'observatoire sociétal des cancers, publié en 2016 et dédié à la thématique des aidants, soulignait que plus d'un tiers des aidants estiment que l'aide qu'ils apportent à leur proche atteint d'un cancer a un impact important sur leur vie. Cette proportion atteignait près de 50 % lorsque le répondant était l'aidant unique. La pratique clinique et le système de santé actuels ne sont pas adaptés pour répondre aux besoins des aidants [29]. Cependant, des études ont mis en évidence des effets positifs d'une intervention interdisciplinaire ciblant les aidants ou les binômes aidants-patients [30,31]. Ces bénéfices concernaient plusieurs aspects de la qualité de vie : physique, psychologique et sociale [30]. Les besoins des aidants familiaux doivent être pris en compte et il est important de se soucier de leur qualité de vie. La loi de 2020, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, reconnaissant l'action du proche aidant en tant que personne venant en aide de manière régulière, à titre non professionnel, pour accomplir une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne d'une personne âgée en perte d'autonomie, est à ce titre une avancée. Toutefois, bien que des dispositifs légaux existent, notamment afin de prendre des congés pour aider un proche malade, ils sont largement méconnus et s'avèrent insuffisants. Ainsi, le groupe Priorités Âge Cancer propose de soutenir, former et intégrer les aidants dans le parcours de soins afin de faciliter le maintien à domicile.

Au-delà des aidants, les patients eux-mêmes doivent devenir acteurs du système de santé. Les patients-experts ont un rôle à jouer à tous les niveaux, de la recherche à la prise en charge médicale et sociale, sans oublier l'accompagnement des malades dans leur parcours de santé et leur trajectoire de vie. On appelle ainsi le patient, qui a acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps, grâce notamment à l'éducation thérapeutique. Les patients experts ne remplacent pas les soignants, mais ils favorisent le dialogue entre les équipes médicales et les malades, facilitent l'expression des autres patients et contribuent à améliorer la compréhension du discours des équipes soignantes [32]. Afin de prendre en compte leurs attentes, mais également de lutter contre l'âgisme, la voix des patients âgés atteints de cancer, notamment des plus fragiles, doit être portée. Pour ce faire, il est évident que des obstacles liés à l'espérance de vie ou à la fragilité des patients sont à surmonter. En effet, suite à la maladie, les patients âgés présentent une survie plus faible que les patients plus jeunes et font face à la survenue de multiples vulnérabilités qui ne favorisent pas leur implication en tant que patients-experts. Toutefois, des efforts sont à mener dans le domaine. Des associations,

collectifs et organismes ont été créés ces dernières années afin de promouvoir et soutenir ce rôle. De même, plusieurs formations diplômantes sont aujourd'hui disponibles en France (diplômes universitaires, certificats universitaires, etc.) à destination des patients comme, par exemple, à l'université Patients-Sorbonne, à l'université de Marseille ou à l'université de Bordeaux. Enfin, du fait de leur rôle majeur dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer, l'intervention d'aidants-experts pourrait être également pertinente [33]. Ainsi, le groupe Priorités Âge Cancer propose de promouvoir la création de postes de patients et aidants experts pour accompagner les patients dans leur parcours de santé, et les médecins dans la prise en charge médicale, mais aussi pour influencer les politiques publiques, notamment dans le cadre de la recherche.

### Identifier de nouveaux partenaires et adapter le système de santé français

La pertinence de l'EGA a été démontrée dans plusieurs études récentes. Ainsi, les études américaines GAP 70 et GAIN ont mis en évidence les effets positifs d'interventions basées sur l'EGA sur la toxicité des traitements sans altérer la survie [34,35].

L'étude française PREPARE, en cours d'inclusion, vise également à démontrer l'intérêt des interventions gériatriques en termes de survie et de qualité de vie chez les sujets âgés atteints d'un cancer [36]. Proposer une EGA, à tous les patients qui le requièrent, apparaît cependant comme illusoire, en France notamment, en raison de la faible démographie médicale en gériatrie. La formation en oncogériatrie des Infirmiers diplômés d'État (IDE) et Infirmiers de pratique avancée (IPA) est aujourd'hui réalisée grâce aux DU dispensés dans plusieurs régions et, plus récemment, par la création d'un MOOC en oncogériatrie dont le succès confirme les immenses besoins dans ce domaine. La formation des IDE/IPA à la gestion de cas permettrait également d'améliorer la prise en charge. Quelques essais cliniques ont d'ailleurs été mis en place chez des personnes âgées atteintes de cancer afin d'évaluer les avantages de la gestion de cas. À ce jour, peu d'études ont été réalisées, mais les résultats d'études européennes et américaines rapportent moins de douleur [32], une meilleure qualité de vie [33], une humeur moins dépressive [33] ainsi qu'une meilleure survie [34] chez les patients recevant une gestion de cas par rapport à ceux recevant des soins standards. Le groupe Priorités Âge Cancer propose donc de développer de nouveaux métiers du parcours de soins tels que des IDE/IPA gestionnaires de cas.

Outre le rôle majeur du binôme IDE/gérialtre, et dans le cadre d'une démarche pluriprofessionnelle, la participation de pharmaciens cliniciens à l'EGA apparaît pertinente. En effet, de plus en plus de patients âgés reçoivent des médicaments anticancéreux, notamment oraux [37]. L'optimisation de la gestion des médicaments chez les patients atteints de cancer peut souvent être négligée en raison de sa complexité. De plus, la iatrogénie est l'un des principaux facteurs d'hospitalisation chez les

patients âgés [38]. Il a, par ailleurs, été démontré que la conciliation médicamenteuse est un service essentiel qui permet de prévenir les erreurs de médication, et d'assurer la sécurité des médicaments chez les patients atteints de cancer [39]. Elle permet, en effet, d'optimiser la prise en charge du patient en identifiant les interactions médicamenteuses, en ajustant les doses de chimiothérapie et en initiant la déprescription [39]. La participation des pharmaciens cliniciens à l'EGA pourrait alors être bénéfique pour le système de santé et la société en améliorant le bon usage de médicaments, pourvoyeurs de toxicités sévères, et souvent coûteux. Le groupe Priorité Âge Cancer propose donc de promouvoir les entretiens pharmaceutiques pour améliorer l'observance et la coordination.

L'EGA est le plus souvent réalisée en milieu hospitalier. Afin d'améliorer les soins tout au long du parcours du malade, la coordination entre ville et hôpital est primordiale, avec un rôle central du médecin traitant. L'une des missions des 28 Unités de coordination en onco-gériatrie (UCOG) (dont 4 antennes) mises en place par l'INCA en 2012, est de promouvoir la prise en charge onco-gériatrique des patients, en région, afin de la rendre accessible à tous. À ce titre, les UCOG favorisent la coordination entre les différents acteurs, du secteur médical et médico-social, de ville ou hospitaliers, afin de garantir, territoire par territoire, une qualité de prise en charge pour chaque patient. Il persiste, néanmoins, d'importantes disparités territoriales, et des difficultés liées à la multiplicité des intervenants. La mise en place des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), fusionnant notamment les réseaux de soins gérontologiques avec d'autres structures comme les Plateformes territoriales d'appui, traduit une volonté de meilleure articulation entre les différents acteurs [40]. Le groupe Priorité Âge Cancer propose de s'appuyer davantage sur le maillage territorial existant pour assurer la coopération entre la ville et l'hôpital.

## Conclusion

Face à la nécessité de repenser la prise en charge des sujets âgés atteints d'un cancer, le groupe Priorités Âge Cancer a émis

plusieurs propositions en introduisant des décisions centrées sur le patient ainsi qu'une réorganisation du parcours de soins et de ses partenaires. Ces propositions organisées en trois axes se résument comme telles:

- Afin de tenir compte de la fragilité inhérente aux personnes âgées, le groupe Priorités Âge Cancer propose :
- d'assurer une gradation coordonnée des soins en fonction du patient en généralisant les outils de repérage de la fragilité tels que le G8 ;
- de renforcer l'information et la transparence à l'égard des patients âgés atteints d'un cancer et de développer l'implication des patients dans la décision thérapeutique et la décision partagée entre le praticien et ses patients.

Afin d'améliorer la participation des patients et de leurs aidants au système de santé, le groupe Priorités Âge Cancer propose :

- de promouvoir la littératie en santé par le renforcement de l'information et la mise en place d'une pédagogie adaptée au niveau de connaissances du patient ;
- de soutenir, former et intégrer les aidants dans le parcours de soins ;
- de promouvoir la création de postes de patients et d'aidants experts.

Enfin, afin d'adapter le système de santé français, le groupe Priorités Âge Cancer propose :

- de développer de nouveaux métiers du parcours de soins tels que des IDE/IPA gestionnaires de cas ;
- de promouvoir les entretiens pharmaceutiques ;
- de s'appuyer davantage sur le maillage territorial existant pour assurer la coopération entre la ville et l'hôpital.

**Déclaration de liens d'intérêts :** PS a déclaré des liens d'intérêt avec Celgene, TEVA, GSK (conférences avec honoraires), TEVA, Sandoz, BMS et EISAI (*Advisory Board Member*).

CB a déclaré des liens d'intérêt avec Bicycle therapeutics, Rising Tide Foundation, GSK et BMS.

RB a déclaré des liens d'intérêt avec TEVA, Sanof, BMS, EISA (*Advisory Board Member*), Hospira, Nutricia, Novartis, Pierre Fabre, Roche, Takeda, Amgen et Lilly.

ID a déclaré des liens d'intérêt avec Amgen, BMS, MSD, Pfizer et Takeda (expertises et formations).

Les autres auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra): Santé Publique France; 2019372.
- [2] Rowland JH, Bellizzi KM. Cancer survivors and survivorship research: a reflection on today's successes and tomorrow's challenges. *Hematol Oncol Clin North Am* 2008;22(2):181-200.
- [3] Sedrak MS, Freedman RA, Cohen HJ, Muss HB, Jatoi A, Klepin HD, et al. Older adult participation in cancer clinical trials: a systematic review of barriers and interventions. *CA Cancer J Clin* 2021;71(1):78-92.
- [4] Craigs CL, Bennett MI, Hurlow A, West RM, Ziegler LE. Older age is associated with less cancer treatment: a longitudinal study of English cancer patients. *Age Ageing* 2018;47(6):833-40.
- [5] Bradley CJ, Dahman B, Given CW. Treatment and survival differences in older Medicare patients with lung cancer as compared with those who are dually eligible for Medicare and Medicaid. *J Clin Oncol* 2008;26(31):5067-73.
- [6] Masse M, Meire P. Is ageism a relevant concept for health care practice in the elderly? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Viellissement* 2012;10(3):333-41.
- [7] Swaminathan D, Swaminathan V. Geriatric oncology: problems with under-treatment within this population. *Cancer Biol Med* 2015;12(4):275-83.
- [8] Le Saux O, Falandry C, Gan HK, You B, Freyer G, Péron J. Inclusion of elderly patients in oncology clinical trials. *Ann Oncol* 2016;27(9):1799-804.
- [9] Canoui-Poitrine F, Lièvre A, Dayde F, Lopez-Trabada-Ataz D, Baumgaertner I, Dubreuil O, et al. Inclusion of older patients with cancer in clinical trials: the SAGE prospective multicenter cohort survey. *Oncologist* 2019;24(12):e1351-59.
- [10] Kemeny MM, Peterson BL, Kornblith AB, Muss HB, Wheeler J, Levine E, et al. Barriers to clinical trial participation by older women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2003;21(12):2268-75.
- [11] Bertagnoli MM, Singh H. Treatment of older adults with cancer – Addressing gaps in evidence. *N Engl J Med* 2021;385(12):1062-5.
- [12] Bagegni NA, Peterson LL. Age-related disparities in older women with breast cancer. In: *Advances in cancer research* [Internet]. Elsevier; 2020p. 23-56 [cité 18 nov 2021. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0065230X20300038>].
- [13] Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(5):780-91.
- [14] Mohile SG, Fan L, Reeve E, Jean-Pierre P, Mustian K, Peppone L, et al. Association of cancer with geriatric syndromes in older medicare beneficiaries. *J Clin Oncol* 2011;29(11):1458-64.
- [15] Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen MLG, Extermann M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol* 2014;32(24):2595-603.
- [16] Hamaker ME, Wildes TM, Rostoft S. Time to stop saying geriatric assessment is too time consuming. *J Clin Oncol* 2017;35(25):2871-4.
- [17] Ferrat E, Paillaud E, Laurent M, Le Thuaut A, Caillet P, Tournigand C, et al. Predictors of 1-year mortality in a prospective cohort of elderly patients with cancer. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2015;70(9):1148-55.
- [18] Ørum M, Jensen K, Gregersen M, Meldgaard P, Damsgaard EM. Impact of comprehensive geriatric assessment on short-term mortality in older patients with cancer – a follow-up study. *Eur J Cancer* 2019;116:27-34.
- [19] Caillet P, Canoui-Poitrine F, Vouriot J, Berle M, Reinald N, Krypciak S, et al. Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA study. *J Clin Oncol* 2011;29(27):3636-42.
- [20] 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(12):1691-9.
- [21] Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H, et al. Screening for vulnerability in older cancer patients: the ONCODAGE prospective multicenter cohort study. *PLoS One* 2014;9(12):e115060.
- [22] Shrestha A, Martin C, Burton M, Walters S, Collins K, Wyld L. Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: a systematic literature review. *Psychooncology* 2019;28(7):1367-80.
- [23] Puts MTE, Tapscott B, Fitch M, Howell D, Monette J, Wan-Chow-Wah D, et al. A systematic review of factors influencing older adults' decision to accept or decline cancer treatment. *Cancer Treat Rev* 2015;41(2):197-215.
- [24] Hoogland AI, Mansfield J, Lafranchise EA, Bulls HW, Johnstone PA, Jim HSL. eHealth literacy in older adults with cancer. *J Geriatr Oncol* 2020;11(6):1020-2.
- [25] Chesser AK, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults: a systematic review. *Gerontol Geriatr Med* 2016;2 [233372141663049].
- [26] Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155(2):97.
- [27] Liu XB, Ayatollahi Y, Yamashita T, Jaradat M, Shen JJ, Kim SJ, et al. Health literacy and mortality in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Res Gerontol Nurs* 2019;12(2):99-108.
- [28] Sun V, Puts M, Haase K, Pilleron S, Hannan M, Sattar S, et al. The role of family caregivers in the care of older adults with cancer. *Semin Oncol Nurs* 2021;37(6):151232.
- [29] Huang L, Smith AK, Wong ML. Who will care for the caregivers? Increased needs when caring for frail older adults with cancer. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(5):873-6.
- [30] Badr H, Krebs P. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer: couples meta-analysis. *Psychooncology* 2013;22(8):1688-704.
- [31] Northouse L, Williams A, Given B, McCorkle R. Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012;30(11):1227-34.
- [32] Fønhus MS, Dalsbø TK, Johansen M, Fretheim A, Skirbekk H, Flottorp SA. Patient-mediated interventions to improve professional practice. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;9:CD012472.
- [33] Åkerman S, Nyqvist F, Coll-Planas L, Wentjärvi A. The expert caregiver intervention targeting former caregivers in Finland: a co-design and feasibility study using mixed methods. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(19):10133.
- [34] Mohile SG, Mohamed MR, Xu H, Culakova E, Loh KP, Magnuson A, et al. Evaluation of geriatric assessment and management on the toxic effects of cancer treatment (GAP70+): a cluster-randomised study. *Lancet Lond Engl* 2021;398(10314):1894-904.
- [35] Li D, Sun C-L, Kim H, Soto-Perez-de-Celis E, Chung V, Koczywas M, et al. Geriatric Assessment – Driven Intervention (GAIN) on chemotherapy-related toxic effects in older adults with cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol* 2021;7(11):e214158.
- [36] Soubeyran P, Terret C, Bellera C, Bonnetain F, Jean OS, Galvin A, et al. Role of geriatric intervention in the treatment of older patients with cancer: rationale and design of a phase III multicenter trial. *BMC Cancer* 2016;16(1):932.
- [37] Herledan C, Baudouin A, Larbre V, Gahbiche A, Dufay E, Alquier I, et al. Clinical and economic impact of medication reconciliation in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer* 2020;28(8):3557-69.

- [38] Lu-Yao G, Nightingale G, Nikita N, Keith S, Gandhi K, Swartz K, et al. Relationship between polypharmacy and inpatient hospitalization among older adults with cancer treated with intravenous chemotherapy. *J Geriatr Oncol* 2020;11(4):579-85.
- [39] Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien J-AE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2016;6(2):e010003.
- [40] Emery S, Mariut I, de Saint-Martin M, Hervé C. Precariousness, access to care and home support, a coordination support system. *Soins Gerontol* 2020;25(141):24-7.