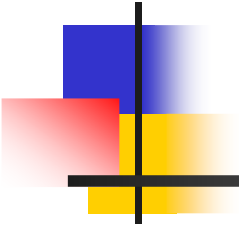


Le sujet âgé atteint de cancer : Quels enjeux ?



Dr Olivier Guillem

**Centre hospitalier intercommunal des alpes du sud - Gap
Ancelle ORPHEM
22 Mars 2012**



Quelques données

- La population française vieillit : on comptait en 2005 environ 5 millions de personnes âgées de plus de 75 ans, on en comptera trois fois plus en 2050.
- L'incidence du cancer augmente avec l'âge et devient de plus en plus une pathologie du sujet âgé. En 2009, 37% des cancers diagnostiqués concernaient des personnes âgées de plus de 75 ans et que 7% concernaient les plus de 85 ans.
- D'après les modèles de projection de l'INSEE, 50% de patients atteints de cancer seront, en 2050, âgés de plus de 75 ans. En 2005, le diagnostic de cancer était posé chez plus de 90.000 personnes âgées de plus de 75 ans ; en 2025, il le sera chez plus de 130.000 personnes.
- La proportion de patient de 75 ans ou plus est de 25% pour le sein, 45% pour le colon-rectum et de 30% pour l'ovaire (Réseau français des registres du cancer).



Approche médico-économique

Si le cancer chez le sujet âgé représente numériquement un poids important en terme de morbidité, il est nécessaire de pouvoir en estimer les pertes d'une part et les coûts d'autre part.

Plan cancer 2003 - Pertes APVP (années potentielles de vie perdues) 65 ans (age de référence / un décès survenant après ne génère aucune perte pour la société)

- Nombre annuel d'APVP par cancer avant 65 ans = 463 000 (30% des APVP toutes causes)
- Mais décès souvent après 65 ans et majorité après 75 ans = calcul inapproprié
- Si 75 ans comme âge de référence : 1 Millions APVP
- Si calcul à partir de l'espérance de vie à l'âge du décès : 2 Millions



Approche médico-économique

Coût : (Inca 2004)

- Traitement du cancer chez les plus de 65 ans : 6 milliards d'Euros par an
- Hospitalisation 2.5 milliards pour les plus de 65 ans et 1.5 milliards pour 75 ans (source PMSI Inca 2008)
- Chimiothérapie (liste en sus) coût annuel de 1 milliards d'Euros, 500 millions plus de 65 ans, 300 millions plus de 75 ans

Mais coût de traitement d'un cancer du colon : stade 1 (17 000), stade métastatique (36 000)

Pour mesurer l'effet d'un traitement, on considère trois types d'effets :

- l'efficacité (mesurée en situation expérimentale),
- l'impact ou effectivité (mesurée en situation courante)
- l'utilité de l'intervention mesurée sur des critères comme la qualité de vie.



Approche médico-économique

Il existe plusieurs types d'analyse:

- L'analyse coût-efficacité (compare effets constatés et ressources utilisées)
- L'analyse coût-utilité (met en relation l'effet mesuré au-delà du seul effet clinique et les ressources utilisées)
- L'analyse coût-bénéfice (monétarisation du résultat clinique)

La mesure du Qaly (Quality adjusted life years) : nombre d'années de vie gagnées grâce à un traitement corrigé par la qualité de vie). Elle favorise clairement le principe d'utilité pour la société au détriment du principe d'égalité et de soutien aux patients qui nécessitent le plus d'aide.

Pas de consensus mais approche de plus en plus évoquée en oncogériatrie



Du bon usage des molécules onéreuses

- Avis n°17 du 30 septembre 2011 (comité éthique et cancer)
- L'exigence d'une démarche éthique guidant la rationalisation des soins conduit le comité à refuser toute démarche visant à quantifier la valeur d'une année de vie, telle que celle proposée à travers le critère de coût par Qaly
- Le caractère onéreux des molécules de biothérapie tend à entretenir l'idée que parce qu'ils sont chers ces médicaments seraient par définition efficaces pour tout un chacun susceptible d'en avoir besoin.
- Actifs que si la cible moléculaire est présente, il est nécessaire d'en rechercher la présence par un test adéquat.
- Il est alors possible de parvenir à concilier exigences éthiques et considérations financières selon un processus « de médecine personnalisée »



Le sujet âgé

- L'identification de la population à risque de ne pas tolérer le traitement est donc essentiel et requière une expertise gériatrique.
- L'évaluation gériatrique standardisée a prouvé son intérêt en réduisant le taux de mortalité et la mise en institution dans la population âgée générale.
- Pour autant le soin oncogériatrique n'est pas la simple application de protocoles d'adulte à des malades âgés. Le patient âgé cancéreux n'est pas simplement un patient dont la date de naissance est plus ancienne. Même si on trouve des adultes présentant des fragilités liées à des pathologies multiples, celles des malades âgés sont plus systématiques et de nature différente

Comparaison état de santé et statut fonctionnel des patients âgés atteints de cancer

	Patients avec cancer	Patients sans cancer	Patients avec cancer	Patients sans cancer
Patients	138	278	144	682
Age	75,6	79,0	79,1	81,7
ECOG PS 0-1	82%	40%	-	-
ADL indépendant	-	-	43,8%	37%
IADL indépendant	-	-	34%	30%
Comorbidités ?3	29,7%	75,9%	-	+
MMSE	-	-	22,1	19,1

Repetto L *Cancer*, 1998

Retornaz F, *J Gerontol Medical Science*
2007 62(8):917-22



Prévalence des marqueurs de fragilité

- Nutrition:
 - Perte de poids ou perte d'appétit : 62%

 - Mobilité :
 - Timed up and go ou chutes 58%

 - Autonomie (IADL dependent) 42%

 - Cognition (MoCA test anormal) 40%
- Patients détectés > 80%



Évaluation pré thérapeutique

EGS : Temps, nombre d'intervenants et leur formation,
absence de standardisation
Marqueurs de fragilité:

Outils de screening : EGS ou autre outil ?

Nécessité de poursuivre les études avec marqueurs de
fragilité:

1. pour la détection de la vulnérabilité en oncologie
2. Prédire les risques de toxicités et d'évolution défavorable dus aux traitements du cancer

Étude longitudinale en cours....



La prise en charge d'un cancer chez un patient âgé

- Ne se limite pas au strict soin du cancer, avec la simple application de protocoles validés chez l'adulte
- Propose un traitement à ceux qui en tireront un bénéfice de manière la plus rationnelle et adaptée
- Adapte les traitements aux caractéristiques spécifiques de chaque patient
- Structure un parcours de soins dans toutes ses dimensions médicales, psycho-cognitives, sociales
- *« L'oncologie gériatrique commence lorsque l'état de santé du patient interfère, à cause de son âge et des modifications associées, avec les processus décisionnels tels qu'ils auraient été appliqués dans la population générale » M. Aapro*



Challenge multidisciplinaire

- Évaluation pré thérapeutique
- Processus décisionnel (participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire)
- Optimisation du parcours de soins accompagnement / coordination / suivi
- Moyens existants (structure de soins, filière, réseau ...)
- Soutien du conjoint des enfants ...
- Coordination territoriale de l'oncologie gériatrique
- Lien régional (RCP oncologie gériatrique spécifique)



Organisation

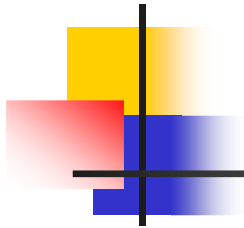
APPEL A PROJET INCA 2005 :

« **Emergence d'unités pilotes de coordination en Oncogériatrie - UPCOG** »

L'organisation de sessions **d'information et de sensibilisation** pour les acteurs (professionnels, patients, décideurs, bénévoles...)

La mise en place de **programmes de formation** en particulier la formation médicale continue, la formation des soignants...

La **recherche en oncogériatrie** quel que soit le domaine (évaluation gériatrique, recherche clinique, épidémiologie...)



Dr F.ROUSSEAU- Dr F. RETORNAZ

**FORMATIONS / INFORMATIONS
RECHERCHE
SOINS**



Organisation

EVOLUTION en 2011 vers un projet régional d'unité de coordination en oncogériatrie PACA Ouest

Objectifs du projet :

1. **Cliniques**

- Mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancers par des décisions conjointes entre gériatres et oncologues
- Promouvoir la prise en charge des patients âgés atteints de cancer et la rendre accessible à tous

2. **Contribuer à la recherche en Oncogériatrie**

3. **Formation**



Mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancers par des décisions conjointes entre gériatres et oncologues : visio-conférence nouvelle formule

La politique de RCP est à l'appréciation de chaque centre.

Pour les cas plus difficiles, la RCP accessible par visio-conférence et fonctionnant actuellement avec Gap et Draguignan et Avignon sera étendue aux structures qui le souhaitent. Elle sera alternée sur l'IPC et le site de l'AP-HM.

Elle associera les médecins concernés et les IDE coordinatrices.
L'UCOG permettra également le lien avec certaines RCP PACA Ouest comme la RCP « thorax » et la RCP « métastases cérébrales ».



Promouvoir la prise en charge des patients âgés atteints de cancer et la rendre accessible à tous : renforcer le maillage existant.

- 1. *Création d'un portail internet d'information dédié à l'oncogériatrie, hébergé sur le site ONCOPACA-CORSE***
Un espace mutualisé : référentiels, échelles et questionnaires disponibles en oncogériatrie, manifestations, liens vers les sites des ES, SOFOG, SIOG ...)
Un espace propre à chaque UCOG : annuaires sur l'offre de soins en oncogériatrie; répertoire des essais thérapeutiques spécifiques sujets âgés disponibles (centres activés et leurs investigateurs); répertoire des formations en oncogériatrie; mise à disposition de documents élaborés par l'UPCOG
- 2. *Création d'un comité de pilotage***
- 3. *Lien avec l'association des équipes mobiles de gériatrie de provence***



Promouvoir la prise en charge des patients âgés atteints de cancer et la rendre accessible à tous : Charte régionale

*Création d'une **charte régionale** de prise en charge oncogériatrique (COG)*

Élaborée par le comité de pilotage.

Elle listera des principes généraux de prise en charge. La réflexion s'orientera autour des items suivants (liste non exhaustive):

Préserver l'autonomie, repérer la fragilité, favoriser l'accès au soin de tous, promouvoir une prise en charge de proximité incluant et informant le médecin généraliste, éviter au maximum les passages aux urgences, anticiper les toxicités et effets secondaires, éviter la iatrogénie médicamenteuse, aider les aidants et les intégrer dans la prise en charge.

Cette charte sera accessible sur le site internet pour les soignants et le public.



Contribuer à la recherche en Oncogériatrie

- ✓ Réponse commune de l'IPC , de l'AP-HM, et des structures régionales à des appels d'offres (PHRC, STIC, etc.)
 - ✓ Poursuite de la collaboration avec INSERM 912 dans le domaine des sciences humaines et sociales.
 - ✓ Recherche sur la biologie du vieillissement des patients cancéreux (Unité INSERM U600, CIC AP-HM INSERM 9502).
 - ✓ Autres axes : polymédication, aidants naturels, exploitation de la base de données régionale ONCOPACA-CORSE (Fiches RCP)
- 2 réunions sur quatre par an du Comité de Pilotage consacrées à l'état des lieux des protocoles en cours, l'état des inclusions et la promotion des appels d'offre commun



Contribuer à la formation en Oncogériatrie

Médecins

- La formation du 2ème cycle : participation à la formation à l'évaluation gériatologique standardisée des étudiants de DCEMI (Module V « vieillissement »)
- Enseignements post-universitaires médicaux. 3 à 4 réunions annuelles seront organisées suivant un programme élaboré avec le comité de pilotage. Ces formations pourront être mutualisées avec l'UCOG de Nice.
- poursuite du DU d'oncogériatrie. Initié en 2010 par l'université de la Méditerranée
- Poursuite des enseignements sur l'oncogériatrie dans le cadre de la capacité de gériatrie et du DU de Gériatrie Sanitaire et Sociale

Pharmaciens

- Organisation d'actions de formation spécifiques en direction des pharmaciens



Contribuer à la formation en Oncogériatrie

Soignants

- Intégration de l'oncogériatrie dans la formation sur le « dispositif d'annonce du cancer » destinée aux soignants de toute la région. Cette formation est dispensée par l'AP-HM et par l'IPC
- intégration de l'oncogériatrie dans la formation des Masters en Sciences cliniques infirmières
- formation et information des équipes mobiles de gériatrie à l'Oncologie par l'AEMG Provence.
- Le module de formation « onco-gériatrie » IDE créé et mis en place par l'UPCOG (2 jours) qui assure 2 formations par an depuis 2007 ainsi que le module IDE « douleur et sujet âgé » sera mis à disposition de l'ensemble des acteurs de l'onco-gériatrie.



Un challenge démographique

- 40 à 50% des cancers surviennent chez des personnes de plus de 75 ans
 - Population encore sous-traitée, ou trop tard
 - Inadéquation de prise en charge due à une mauvaise estimation du potentiel physique et psychique
 - Précipitation dans une spirale d'évènements dramatiques
- ⇒ Quel est l'objectif individuel, pour quel bénéfice ?



Questions ouvertes....

- Techniques :
 - peu d'études spécifiques
- Éthiques :
 - Quelle qualité d'information doit-on délivrer au patient, à son entourage ?
 - Comment passer du paternalisme infantilisant « les vieux vieux » à l'alliance thérapeutique pour les traitements lourds
 - Quel est la mesure du bénéfice individuel, le seul critère de survie n'est pas suffisant ?

- Et pourtant : bénéfice à travailler ensemble pour une meilleure prise en charge.