



HAL
open science

Évaluation du patient âge présentant un cancer

P. Mongiat-Artus, E. Paillaud, G. Albrand, P. Caillet, Y. Neuzillet

► **To cite this version:**

P. Mongiat-Artus, E. Paillaud, G. Albrand, P. Caillet, Y. Neuzillet. Évaluation du patient âge présentant un cancer. *Progrès en Urologie*, 2019, 29, pp.807 - 827. 10.1016/j.purol.2019.08.279 . hal-03488955

HAL Id: hal-03488955

<https://hal.science/hal-03488955v1>

Submitted on 21 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

EVALUATION DU PATIENT AGE PRESENTANT UN CANCER

Pierre MONGIAT-ARTUS *

Service d'Urologie et Unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoires
Hôpital Saint-Louis, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris
Université Paris Diderot - Université de Paris
INSERM UMR_S1165

Elena PAILLAUD

Service de Gériatrie – Unité d'Onco-Gériatrie et UCOG - Paris-Ouest
Hôpital Européen Georges Pompidou, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris
Université René Descartes - Université de Paris
EA 7376 Epidémiologie Clinique et Vieillesse

Gilles ALBRAND

Service de Gériatrie et UCOG - IR, AuRA Ouest-Guyane
Centre hospitalier Lyon-Sud, Hospices Civils de Lyon, Pierre Bénite

Philippe CAILLET

Service de Gériatrie
Hôpital Henri Mondor, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Créteil

Yann NEUZILLET

Service d'Urologie, Hôpital Foch, Université de Versailles – Saint Quentin en Yvelines
Suresnes

* Auteur correspondant

Service d'urologie
Hôpital Saint-Louis, 1 avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris
pierre.mongiat-artus@aphp.fr

EVALUATION DU PATIENT AGE PRESENTANT UN CANCER

INTRODUCTION

Une des principales caractéristiques de la population âgée est l'hétérogénéité de son état de santé, avec un éventail extrêmement large, allant de la robustesse à la fragilité. Cette hétérogénéité de l'état de santé qui va croissante avec l'âge est bien traduite par une étude menée au début du 21^{ème} siècle aux USA [1]. La population âgée a été groupée en classes d'âges chronologiques et, pour chaque classe d'âge, séparée en 4 percentiles selon leur état de santé. L'histogramme représentant les années de survie selon la classe d'âge et l'état de santé est reproduit dans le Figure 1 qui montre combien chaque patient est unique **FIGURE 1**.

Il est donc indispensable de procéder à une évaluation de l'état de santé de chaque patient âgé afin de lui fournir des soins adaptés personnalisés. Le principe de cette évaluation a pour objectif d'identifier des fragilités, ce qui impose d'introduire la notion de fragilité.

METHODE

Les données sur la fragilité, l'évaluation gériatrique et l'intégration de celle-ci dans le parcours de soin et la prise de décision médicale chez la personne âgée ont été recherchées dans Medline (www.ncbi.nlm.nih.gov/) et Embase (www.embase.com/), ainsi que sur les sites internet des sociétés savantes de gériatrie, de l'Institut National du Cancer, de la Ligue Contre le Cancer, en utilisant les mots clés MeSH suivants ou une combinaison de ces mots clés : personne âgée, gériatrie, cancer, fragilité, évaluation, décision. Les articles obtenus rédigés en Français et en Anglais ont ensuite été sélectionnés en fonction de leur qualité méthodologique et de leur pertinence par rapport au sujet traité.

RESULTATS

1- Notion de fragilité.

La fragilité se définit comme un syndrome clinique, un processus dynamique et potentiellement réversible, qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve altérant les mécanismes d'adaptation au stress [2]. Celui-ci induira un défaut d'homéostasie et un changement de l'état de santé disproportionné.

L'enjeu de l'identification de la fragilité est d'optimiser la prise en charge médicale de la personne âgée, afin de maintenir son autonomie, voir sa survie. En effet, celles-ci peuvent se trouver compromises par un événement intercurrent ou, même, un projet thérapeutique [3]. **FIGURE 2**

On a pu estimer, grâce à la définition de Fried, que parmi les 2437 participants Nord Américains de la Cardiovascular Health Study, âgés de 74,8 ans +/- 4,8, 9,9% (IC 9,6-10,2) étaient fragile et, surtout, que 44,2% (IC 44,2-44,7) était « pré-fragiles » ; cette prévalence de fragilité augmentant avec l'âge chronologique (4% entre 65 et 69 ans et 26% au delà de 85 ans) [4]. Les causes de l'hétérogénéité entre individus sont à chercher dans les différences génétiques, environnementales et épigénétiques. Le vieillissement est une accumulation de dommages moléculaires et cellulaires. On ne sait pas encore s'il existe un seuil dans l'accumulation de ces

dommages au delà duquel la fragilité apparaîtrait, d'autant que de nombreux organes disposent de réserves fonctionnelles (muscle, rein, foie, ...).

Deux modèles sont aujourd'hui privilégiés pour expliquer la fragilité : le *modèle phénotypique dit de Fried* axé sur la fragilité physique, et le *modèle d'accumulation déficitaire de Rockwood* axé sur la fragilité globale.

Le *modèle phénotypique dit de Fried* est le premier modèle à avoir été décrit [5]. Linda Fried a décrit un phénotype de la fragilité à l'aide de cinq variables : une perte de poids involontaire, une sensation d'épuisement, une activité physique diminuée, une vitesse de marche lente et une force de préhension diminuée. Ces variables ont été étalonnées sur cinq niveaux et jugées anormales pour des valeurs situées dans le niveau le plus bas, le phénotype fragile étant défini par l'identification d'au moins 3 anomalies sur les cinq variables. Ce modèle a eu et a toujours une importance majeure, car, non seulement un tel phénotype fragile est corrélé à la mortalité à 7 ans et aux altérations de l'état de santé, mais encore il peut être détecté chez un individu. Il a pour défaut de ne pas tenir compte de la fragilité cognitive, psychologique et sociale.

Le *modèle de l'accumulation déficitaire* a été décrit la même année que le modèle de Fried [6]. Il s'appuie sur l'analyse de 92 variables cliniques et biologiques dont la normalité et l'anormalité sont chacune définies. L'indice de fragilité est présenté sous la forme d'une fraction : le nombre de variables anormales sur les 92 variables analysées (ce qui explique l'adjectif « cumulatif » du modèle). Ce modèle est cohérent avec le défaut d'homéostasie observé lors du vieillissement. Il présente l'intérêt majeur de graduer la fragilité et de ne pas l'aborder sous forme simplement dichotomique comme le modèle de Fried. Il semble même exister un seuil (67/92) à partir duquel la survenue d'un déficit supplémentaire dans une variable entraînerait le

décès du patient. Des travaux ultérieurs ont permis de diminuer à 30 le nombre de variables analysées sans faire perdre de puissance au modèle [7]. En effet, l'indice de fragilité cumulée est corrélé au risque de décès à 10 ans avec la même puissance que le modèle de Fried et la relation entre l'indice et le risque de mortalité est exponentielle [6].

Ces deux modèles ne s'opposent pas, mais ils sont complémentaires et même convergent. Une re-calibration du modèle de Fried a permis de le rendre moins dichotomique et plus pertinent [4]. Quand au modèle d'accumulation déficitaire, il est dès à présent intéressant pour identifier les patients qui nécessiteraient une intervention spécifique pour améliorer leur état de santé.

L'utilité d'une identification de la fragilité en pratique clinique a donné lieu au développement de plus de 20 questionnaires standardisés, mais aucun n'a reçu de validation ou de consensus [3]. Des outils d'approche clinique simplifiée, comme les tests de marche composites (*Timed Up and Go Test* ou *Short Physical Performance Battery*), la force de préhension, la vitesse de marche, l'échelle d'Edmonton ou le *Resident Assessment Instrument*, n'ont pas reçu de validation en utilisation isolée. C'est le processus dit d'Evaluation Gériatrique Approfondie (EGA) ou *Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)* dans la littérature anglo-saxonne, qui est reconnu comme le maître étalon en la matière. Cette évaluation multidimensionnelle et multidisciplinaire, qui aborde l'individu de façon globale et exhaustive, est consommatrice de ressources en temps et en personnel spécialisé. Cette EGA a pour objectif de découvrir, de décrire et d'expliquer les problèmes de santé d'un individu, de colliger ses ressources et ses forces, d'établir ses besoins et de mettre en place un programme personnalisé de soins.

Le programme personnalisé de soins, en dehors des spécificités du contexte oncologique, a comme objectif premier le maintien de l'indépendance de la personne âgée, et notamment de retarder son institutionnalisation, de diminuer le taux d'hospitalisations, de diminuer les chutes, de maintenir son état fonctionnel et sa mobilité. En population gériatrique générale, un programme de soins calibré sur l'EG permet d'atteindre cet objectif, sauf probablement pour les individus les plus fragiles [8] [9]. Ces programmes doivent, si nécessaire, le contrôle des comorbidités, la lutte contre la iatrogénie, la correction de carences vitaminiques, la mise en place d'aides professionnelles, etc.... Mais ils doivent aussi toujours comporter une promotion de l'activité physique, même modérée (préservation de la force musculaire et préservation de l'équilibre) et le maintien ou l'amélioration du statut nutritionnel [10] [11].

La grande hétérogénéité de la population âgée à l'égard de la fragilité et de la comorbidité a conduit à classer les patients en différentes catégories allant du robuste, passant du pré-fragile au lourdement fragile. Il est indispensable d'établir pour chaque patient âgé son statut du fait du caractère pronostique majeur de celui-ci [12]. Dans un contexte oncologique, la réponse à cette nécessité se fait en deux temps, tout d'abord une détection de la fragilité, puis une EG proprement dite chez les patients dont la détection est positive. Nous allons décrire l'organisation de l'onco-gériatrie en France, le dépistage de la fragilité, puis l'EGA et son rôle dans la prise en charge du cancer chez la personne âgée.

2 – Organisation de l'onco-gériatrie en France.

La France est un des pays en pointe dans la prise en charge du cancer chez la personne âgée. La société savante qui fédère l'onco-gériatrie est la Société Francophone d'Onco-Gériatrie (SoFOG) [13]. Elle est en étroite collaboration avec la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) [14]. Elle est en toute aussi étroite collaboration avec la Société Internationale d'Onco-Gériatrie (SIOG) [15].

La SoFOG est chargée au travers l'action 2.16 du plan cancer 2014-2019 d'animer les Unités de Coordination en Onco-Gériatrie (UCOG). Celles-ci sont été créées à la suite des appels à projets INCa/DGOS lancés depuis 2009, elles sont au nombre de 24 (plus 4 antennes d' Oncogériatrie) réparties sur le territoire Français qu'elles maillent [16] [17] **FIGURE 3** et **TABLEAU 1**. Leur mission est régionale et centrée sur la coordination de l'organisation des soins, de la formation et l'information, et de la recherche. Les quatre principales actions sont donc : de mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gérialtres, de promouvoir la prise en charge de ces patients dans la région afin de la rendre accessible à tous, de contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie, notamment en impulsant des collaborations interrégionales ; de soutenir la formation et l'information en oncogériatrie. Les UCOG sont financées par l'Institut National du Cancer (INCa) et chacune d'entre elles est coordonnée par un comité de pilotage constitué d'un gérialtre et d'un oncologue médical. Leur mode d'organisation est variable. Il s'appuie essentiellement sur un service d'oncologie et un service de gérialtrie référent dans lequel peuvent avoir lieu des évaluations gérialtriques approfondies en consultation ou en hôpital de jour, mais

également par les équipes mobiles gériatriques constituées d'un médecin gériatre et d'une infirmière spécialisée, celle-ci ayant une grande autonomie dans l'exercice de ses fonctions. Les UCOG ont comme priorité de favoriser la coordination et de développer la communication avec les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) en cancérologie, les travailleurs sociaux et les réseaux de soins.

L'onco-gériatrie s'appuie aussi sur les réseaux de soins. Les réseaux de soins en oncologie sont connus, mais il existe aussi des réseaux de soins en gériatrie et en soins palliatifs qu'il est nécessaire d'identifier. Les réseaux de soins en gériatrie ont pour objet la coordination régionale des ressources sanitaires, sociales et administratives, mais aussi souvent l'évaluation des patients et l'accompagnement des parcours personnalisés de soins.

3 – Détection des fragilités.

Une détection des fragilités nécessite un outil adapté. La SIOG a publié des recommandations sur les outils de détection [18]. Un tel outil doit permettre, à l'issue d'une évaluation brève d'identifier les patients nécessitant une EG. Certains d'entre eux ont une valeur pronostique, mais ce n'est pas leur valeur principale. Dix sept outils de dépistage ont été publiés, mais c'est historiquement le *Vulnerable Elders Survey-13* qui fut le premier à susciter un consensus d'utilisation, avant que le *G8* Français ne vienne le devancer.

Le *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13) a été destiné à une population ambulatoire [19]. Il consiste en un auto-questionnaire de 13 questions, un score supérieur ou égal à 3 est jugé anormal et pose l'indication d'une EG. Le temps de remplissage est de 5 minutes, mais plusieurs études ont rapporté des difficultés de

remplissage sans l'aide d'un professionnel de santé dans plus d'un tiers des cas. A partir de 11 études ayant inclus 2776 patients, la sensibilité a été établie entre 39 et 88% (seules 2 études avaient une sensibilité supérieure à 80%) et la spécificité entre 62 et 100%.

Le G8 est un outil issu de l'étude ONCODAGE [20] [21]. C'est l'outil recommandé en France par l'INCa pour la détection des fragilités des patients âgés atteints d'un cancer. Il s'agit d'un auto-questionnaire de 8 questions, un score inférieur ou égal à 14 est jugé anormal et pose l'indication d'une EG **FIGURE 4** [16]. Le G8 est accessible en ligne sur le site de la SoFOG [13]. Il est rempli en moins de 5 minutes. A partir de 8 études ayant inclus 3816 patients, la sensibilité a été établie entre 65 et 92% (6 études sur 8 retrouvaient une sensibilité supérieure à 80%) et la spécificité entre 3 et 75% (4 études sur 8 retrouvaient une spécificité supérieure à 60%). On peut être étonné par l'importance accordée à la nutrition, puisque 3 des 8 items y sont consacrés, mais cela tient à la façon dont cet outil a été construit. Des travaux récents se sont attachés à optimiser le G8 en utilisant une cohorte prospective Française, la cohorte ELCAPA, comprenant 1056 patients âgés de 80 ans (76 à 86 ans) ayant un diagnostic de cancer, dont 16% de tumeurs urothéliales et 13% de cancers de la prostate [22]. Seuls 6 questions ont été retenues : perte de poids involontaire (absente, 1 à 3 kilogrammes, supérieure à 3 kilogrammes), la présence d'une démence ou d'une dépression, la prise 6 médicaments ou plus, un état de santé auto-estimée inférieure à la moyenne, un ECOG-PS (0, 1 ou supérieur à 1) et la présence d'une insuffisance cardiaque ou pathologie coronarienne. Ce « G6 » est considéré anormal lorsque le score est égal ou supérieur à 6. Ce nouvel outil semble particulièrement performant puisque toutes ses caractéristiques sont rapportées supérieures à celles du G8 : sensibilité 89,2% (IC 86,5-91 ,5), spécificité

79% (IC 69,4-86,6), Valeur Prédicative Négative 96,5% (IC 94,7-97,9) et Valeur Prédicative Positive 52,8% (IC 44,3-61,3). L'amélioration de la prédiction (aire sous la courbe) par rapport au G8 était, pour les tumeurs urothéliales, de plus 13% (96,2%) et, pour le cancer de la prostate, de plus 4,5% (87,3%).

Nous avons vu que les outils de détection sont indispensables pour ne pas saturer les capacités d'EG avec des patients chez qui le risque d'identification d'anomalie est « faible ». Cependant, tous les outils, G8 compris, souffrent d'une Valeur Prédicative Négative faible. En effet, un test dont la Valeur Prédicative Négative serait de 40,9% (comme le G8 sur la cohorte ELCAPA) considèrerait de façon injustifiée que 59,1% des patients n'auraient pas de fragilité détectée par une EG. De plus, la performance des outils de détection est très dépendante de l'EG effectuée pour les valider. En effet, en l'absence d'un consensus sur une définition opérationnelle de la fragilité, les outils de détection en oncogériatrie ont défini la fragilité par le nombre de domaines gériatriques altérés de l'EG (F Pamoukdjian et al American Journal of Clinical Oncology Fev 2019). Or, comme nous le verrons, le contenu des EG a pu être très variable et ne fait l'objet d'une recommandation par la SIOG que depuis 2014 (et d'un consensus basé sur la méthode Delphi en 2015) ; et encore ces recommandations sont très peu contraignantes [23] [24]. Quant à l'EG à des fins de recherche clinique, elle n'a fait l'objet de recommandations que depuis 2018 [25]. De plus, outre les éléments qui la constituent, les EG peuvent varier par le seuil d'anomalie déterminé par domaine. La définition de la fragilité retenue, souvent variable d'une étude à l'autre, conditionne la prévalence de celle-ci dans la population considérée. Enfin, la population elle-même peut présenter des prévalences de fragilité variables, selon le pays, la région et le type de cancer, faisant varier les performances de l'outil [26]. Malgré les précautions qui s'imposent,

le questionnaire G8 doit être administré à tout patient de plus de 75 ans atteint d'un cancer avant la mise en place d'un traitement et sa valeur doit figurer sur dossier et la fiche de RCP. L'anomalie du G8, c'est à dire un score de 14 ou moins doit conduire à évaluer l'état de santé du patient au moyen d'une EG.

4 – Evaluation gériatrique.

Adresser un patient âgé atteint d'un cancer pour une EG est une démarche intégrée qui nécessite quatre préalables. Premièrement, il faut évaluer les ressources de son centre. Deuxièmement, il faut définir clairement les rôles respectifs de chaque acteur. Troisièmement, il faut établir une communication efficace entre les différents acteurs et entre les acteurs et le patient. Quatrièmement, il faut définir les critères de recours à une EG. Ce dernier point n'est pas aussi intuitif qu'il paraît. En effet, l'adressage de tous les patients et des seuls patients ayant un test de détection anormal n'aurait aucune pertinence. L'EG doit s'intégrer dans une démarche de soins ; s'il n'y a pas de décision de soins à prendre, l'EG n'a pas lieu d'être. A l'opposé, certaines thérapeutiques particulièrement stressants d'un point de vue physiologique justifient une EG préalable, quand bien même le détection serait négatif. La médecine gériatrique est avant tout de la bonne médecine qui s'appuie sur le bon sens.

Contacté l'UCOG référente est la première action du clinicien. Le patient pourra alors être convoqué dans un des services de gériatrie du territoire coordonné par l'UCOG, en consultation ou au besoin en hospitalisation de jour. Le patient pourra aussi être évalué dans le centre de soins du clinicien sollicitant l'EG en

consultation délocalisée ou par une équipe mobile de gériatrie rattachée à l'UCOG. La procédure doit être simple et fluide.

L'objectif de l'EG est d'identifier des altérations de l'état de santé ou des risques d'altérations de celui-ci qui ne sont pas identifiés par la procédure diagnostique classique. Les altérations les plus pertinentes sont celles qui pourraient modifier la probabilité de survie du patient, qui pourraient être prédictives d'une évolution défavorable au sein du projet thérapeutique standard et, enfin, qui pourraient faire l'objet d'actions correctrices [23]. Nous avons vu que l'EG de référence est l'EGA ou « *Comprehensive Geriatric Assessment* », car elle a apporté un bénéfice en survie et en maintien d'autonomie en gériatrie générale [27]. Cependant, nous avons aussi vu que l'EGA est très consommatrice de ressources en temps et en personnel spécialisé. L'onco-gériatrie a développé une EG dite « systématique » (EGS), version simplifiée de l'EGA [28]. L'EGS permet essentiellement d'économiser un temps précieux dans un contexte oncologique, car elle se focalise sur les altérations les plus pertinentes [29]. Contrairement à l'EGA, l'EGS ne permet pas le diagnostic de maladies spécifiques, mais elle permet une appréciation globale de l'état de santé de l'individu et l'identification de vulnérabilités au sein de celui-ci. L'EGS permet d'identifier les vulnérabilités même chez les individus dont l'état fonctionnel est satisfaisant, préservé, les classiques et redoutés « faux-beaux vieux » [30] [31]. Une revue de littérature a permis d'établir que l'EGS diagnostique des altérations de l'autonomie dans 25 à 75% des cas, des troubles de la marche ou de l'équilibre dans 35 à 55% des cas, une dénutrition jusqu'à 80% des cas, des troubles cognitifs jusqu'à 40% des cas, des troubles de l'humeur jusqu'à 65% des cas, un déficit de prise en charge sociale jusqu'à 40% des cas et une comorbidité dans 3 domaines ou plus jusque dans 80% des cas [32]. L'information

importante ne tient pas dans la somme des altérations et de leur fréquence, mais dans le fait que l'oncologue ayant adressé le patient en EGS ignore ces anomalies dans plus de la moitié des cas [33].

L'EGS est effectuée par des infirmières spécialisées, des travailleurs sociaux et un médecin gériatre. Peuvent être adjoints à cette équipe un pharmacien clinicien, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un nutritionniste. Idéalement, le local où est effectuée l'EGS est dédié. Elle embrasse de nombreux aspects de l'état de santé du patient et s'aide d'outils spécifiques **TABLEAU 2**.

a/ Etat fonctionnel

Modalités.

Les échelles classiquement utilisées en cancérologie, comme l'Indice de Karnofsky et l'ECOG-PS, sont nécessaires, mais insuffisantes, car ils ne décrivent pas les capacités fonctionnelles des personnes âgées.

Deux auto-questionnaires sont spécifiques de la personne âgée, l'indice de Katz des activités de la vie quotidienne (ADL) et l'indice de Lawton des activités instrumentales de la vie quotidiennes (IADL). Les ADL évaluent les capacités d'indépendance au domicile (aller aux toilettes, être continent, se laver, se nourrir, s'habiller, sortir du lit et du fauteuil) [34]. Les IADL évaluent l'autonomie sociale (utiliser le téléphone, faire ses courses, préparer à manger, faire le ménage, faire la lessive, prendre ses médicaments, gérer ses finances, prendre les moyens de transport) [35]. Une version abrégée des IADL, comprenant 4 des 8 items (utilisation du téléphone, utilisation des moyens de transport, gestion des médicaments et gestion des finances) et appelée 4-IADL, a été validée et c'est elle qui est

recommandée actuellement (utilisation du téléphone, utilisation des moyens de transport, gestion des médicaments et gestion des finances) [36].

La force musculaire est appréciée par la mesure de la force de préhension et par des tests de marche composites analysant les transferts assis, debout, la marche et les changements de directions du patient (exemple : *Get Up and Go test*). Une version plus complète du test a été validée ultérieurement, elle consiste à chronométrer le patient pendant qu'il se lève, marche 3 mètres, fait demi-tour, retourne au siège et se rassied (*Timed Up and Go test*) [37].

L'appréciation de l'équilibre est important par l'information sur le risque de chute qu'elle fournit. En effet, la survenue de chute est fréquente (une fois par an chez les personnes de plus de 65 ans et une fois sur deux de façon répétée avec blessure grave 1 fois sur 10) [38]. La Haute Autorité de Santé a édité un document pour l'évaluation du risque de chute chez la personne âgée [39].

Mais c'est certainement la vitesse de marche qui est le meilleur reflet de l'état fonctionnel d'un individu [40]. En effet, la vitesse de marche d'un individu est un moyen d'apprécier l'ensemble de l'état de santé, sachant que chaque individu a sa propre vitesse de marche [41]. La modalité de mesure a été standardisée (marche sur 4 mètres) [42].

Utilité.

Le statut fonctionnel est étroitement corrélé à la survie globale et aux risques de complication des traitements anti-cancéreux [43]. En particulier, la vitesse de marche médiane a été établie à 0,8 mètre par seconde par une méta-analyse de 9 essais [41]. La survie globale des individus peut ainsi être appréciée selon le sexe à 5 et 10 ans avec des paliers pronostiques tous les 0,1 mètre par seconde. Douze études

prospectives ont trouvé que la vitesse de marche est un facteur indépendant de survie [40]. Sur 6 études prospectives, 5 ont trouvé que la vitesse de marche est un facteur indépendant de perte d'autonomie et 10 études prospectives, 9 ont trouvé que la vitesse de marche est un facteur indépendant et puissant de perte fonctionnelle, une revue systématique en faisant même le facteur le plus puissant [44]. Le seuil d'1 mètre par seconde semble avoir une signification clinique. Malgré son attrait considérable, il faut préciser que la vitesse de marche a été peu étudiée spécifiquement chez des personnes âgées atteintes de cancer.

b/ Comorbidité

Modalités.

La comorbidité est plus fréquente dans la population de personnes âgées atteintes d'un cancer que dans la population générale de personnes âgées. Dans plus d'un cas sur deux, cette comorbidité peut interférer avec le traitement du cancer envisagé [45]. Les outils d'évaluation de la comorbidité sont nombreux et aucune recommandation méthodologique n'a été émise à leur sujet. Outre le recueil des comorbidités et de leur sévérité, des échelles ont été développées. On distingue deux grands types d'échelles de comorbidité : *les échelles pondérées* et *les échelles d'impact*.

Les échelles pondérées attribuent une signification, un poids, distinct à chaque morbidité. La plus célèbre est l'index de comorbidité de Charlson [46]. Elle considère 19 morbidités cotées chacune de 1 à 6, le score final correspondant à la somme des comorbidités séparé en 4 groupes de valeurs. Cet outil est

particulièrement intéressant, car il permet d'utiliser des données administratives pour l'établir et, donc, de le faire éventuellement à postériori.

Les échelles d'impact attribuent un niveau de sévérité à chaque comorbidité, reflétant le niveau correspondant de détérioration de l'organe ou du système en question. Contrairement aux échelles pondérées, elles supposent que toutes les comorbidités ont la même signification, le même poids. La plus célèbre de ces échelles est la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) [47]. Elle attribue à 14 comorbidités un indice de 0 à 4 selon la sévérité de l'atteinte (0 pas de comorbidité, 1 comorbidité mineure, 2 comorbidité nécessitant un traitement quotidien, 3 comorbidité nécessitant un traitement de seconde ligne, 4 comorbidité irréversible).

Il est cependant nécessaire d'envisager un niveau supérieur de sophistication pour les scores de comorbidité, car certaines comorbidités sont particulièrement associées aux cancers dont elles partagent les facteurs de risque (comme l'insuffisance respiratoire chronique et les tumeurs urothéliales qui surviennent chez des tabagiques). Certains outils spécifiques de certaines localisations cancéreuses ont été développés à cette fin [45].

Utilité.

L'utilité du recueil des comorbidités et de leur sévérité chez les patients est indiscutable. La comorbidité est corrélée à la survie globale des patients [48]. Cette corrélation est retrouvée essentiellement pour les cancers localisés et d'agressivité « intermédiaire », car la comorbidité influe peu sur la mortalité globale en cas de cancer agressif. De plus, il existe une corrélation entre comorbidité et cancer qu'on peut qualifier de réciproque. Si la comorbidité des patients âgés atteints de cancers est plus élevée que celle de la population gériatrique générale, le fait de présenter

une comorbidité conduit plus souvent aux explorations qui amènent au diagnostic « fortuit » de cancer. On a cependant essayé d'attribuer une signification pronostique directement aux scores et aux échelles de comorbidité. L'exemple classique est celui de la détermination de la survie à l'aide de l'index de Charlson. Or cette tentative est vouée à l'échec pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ces échelles ont été élaborées en vue d'identifier des groupes homogènes de patients au pronostic vital semblable dans un objectif de recherche clinique [49]. Aucune échelle n'a été établie en vue d'aider à la prise d'une décision clinique. Ensuite, chaque échelle comporte des biais propres et, surtout, la population sur laquelle elles ont été établies est régulièrement distincte de celle sur laquelle on souhaite l'utiliser. On peut rappeler que la population de construction de l'index de Charlson était hospitalisée dans les années 80 aux USA, les patients de cette population ne ressemblent que très peu à ceux que nous prenons en charges au 21^{ème} siècle en Europe ! Enfin, ces échelles souffrent toutes d'une obsolescence constitutive si on veut les utiliser pour une prédiction de survie chiffrée. Par définition, les patients sur lesquels l'échelle est construite sont suivis pendant un temps variable qui permet d'établir leur survie (1, 5 ou 10 ans souvent). Or, les progrès médicaux sont si importants que le pronostic de tels patients se sera amélioré durant l'intervalle du temps d'observation. Les échelles ne peuvent donc que surestimer la mortalité. Une illustration de ce fait provient de l'actualisation de l'index de Charlson qui a été réalisée en ne retenant que 12 comorbidités et en modifiant la pondération de 6 d'entre elles [50]. En revanche, la comorbidité prédit correctement le risque de complication thérapeutique, essentiellement la chimiothérapie, la comorbidité étant un facteur prédictif de complication de celle-ci plus puissant que l'âge chronologique [45]. En revanche, si la comorbidité prédit le risque de ne pas recevoir la totalité d'une chimiothérapie. Il

n'a pas été possible d'établir si cela était dû à une augmentation de la toxicité ou à une moindre adhérence au traitement. La comorbidité perd sa significativité prédictive pour les complications de grade 3 et 4 lorsqu'elle est ajustée sur l'état fonctionnel des patients [51].

c/ Nutrition.

Modalités.

La dénutrition est fréquente chez personnes âgées et elle est corrélée à leur perte d'autonomie (4-10% si vie au domicile, 15-38% si institutionnalisation et 30-70% si hospitalisation) [52]. L'appréciation de l'état nutritionnel est essentielle. L'état nutritionnel est avant tout traduit par la courbe de poids. Une perte de poids involontaire de 5 kilogramme en un mois ou de 10 kilogrammes en 6 mois. Il faut être attentif à la perte de poids car elle peut être rapidement significative et passer inaperçue en particulier chez des patients obèses ou en surpoids. L'évaluation nutritionnelle nécessite un dosage de l'albuminémie. La détection d'un trouble nutritionnel se fait par différentes approches : la variation de poids, l'indice de masse corporelle, ou à l'aide d'un score composite validé chez la personne âgée le Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) avec une sensibilité de 96%, une spécificité de 98% et une valeur prédictive positive de 97% [53]. Plus récemment, l'évaluation des ingesta par une échelle visuelle analogique a également été proposée.

Utilité

Une dénutrition est un facteur de risque indépendant de mortalité et de complication des traitements du cancer très puissant [54]. Cela est particulièrement vrai concernant le risque de complications chez les patients âgés recevant une chimiothérapie [51] [55]. Mais en contexte urologique, la dénutrition est un facteur de risque majeur de complication post-opératoire [56]. Rappelons l'importance que prend l'évaluation de la nutrition dans le score de détection G8. L'évaluation nutritionnelle n'est pas uniquement utile lors de l'évaluation initiale, mais doit être répétée au cours des traitements.

d/ Cognition.

Modalités.

La prévalence de la démence est largement sous-estimée (6% après 65 ans et 30% après 90 ans), le syndrome confusionnel étant encore moins souvent diagnostiqué [57]. Le sous-diagnostic et le sur-diagnostic des troubles cognitifs a été évalué à 21% et 20% dans la population générale, ce qui illustre les difficultés diagnostiques [57]. La maladie d'Alzheimer est largement majoritaire (60 à 80%), mais d'autres syndromes démentiels existent (démence vasculaire, démence à corps de LEWY, ...). Le déficit cognitif léger est une entité relativement récente dont la prévalence dans la population âgée est de 3 à 19% et qui comporte un risque ultérieur de démence de 11 à 33% [58]. Une méta-analyse a évalué les outils de détection des troubles cognitifs [59]. Le mini Mental State de Folstein (MMSE) et le test de l'horloge sont les plus souvent utilisés, mais le MMSE est relativement long à faire passer [60]. Une évaluation simplifiée appelée Mini-Cog a montré une performance de détection identique à celle du MMSE, elle combine un rappel de 3 mots et un test de l'horloge

(sensibilité de 76% et spécificité de 89%)[61]. Un mini-Cog identifie correctement une détérioration cognitive dans 24 à 38% des EG [62]. Une évaluation neuropsychologique complète n'a pas systématiquement d'utilité dans une EG en dehors de situations particulières comme une altération cognitive attestée, une maladie neurologique ou le besoin d'évaluer les capacités décisionnelles du patient. Les diagnostics différentiels classiques d'une démence sont la dépression et le syndrome confusionnel. Le syndrome confusionnel est lui même très difficile à diagnostiquer du fait des formes sous lesquelles il peut survenir et de son caractère parfois fugace et, enfin, de l'absence d'attention et de formation des soignants à son égard. Le diagnostic de syndrome confusionnel peut s'établir à l'aide des critères du DMS et, surtout, grâce à la *Confusion Assessment Method* [63]. Mais c'est l'identification des facteurs de risque qui est l'élément le plus important, ouvrant à la possibilité à une prévention [64]. Les 5 facteurs de risque majeurs sont une altération chronique de la cognition, une déficience visuelle ou auditive, la gravité de la pathologie prise en charge et une déshydratation (ou un risque de déshydratation), le risque est intermédiaire en cas de score égal à 1 ou à 2, mais élevé au-delà de 2 [63]. On a aussi identifié des facteurs de risque mineurs que sont la polymédication, le sondage vésical, la contention physique et tout évènement iatrogène, médicamenteux ou interventionnel [65]. Le diagnostic des troubles cognitifs soulève des questions éthiques très particulières. En effet, en absence de possibilités thérapeutiques « significatives », certains patients refusent d'être informés (jusqu'à 48% à 67% refusent les explorations complémentaires en cas de détection positive) [66]. Il est donc indispensable de demander au patient son accord avant de le tester et avant de lui fournir le résultat du test ; comme pour tout examen en fait.

Utilité.

Il faut savoir que la survie globale des individus atteints de démence est plus brève que celle de la population générale de même âge chronologique [67]. Il existe de plus une corrélation entre trouble cognitif et diagnostic plus tardif du cancer, et ce, particulièrement chez la personne âgée [68]. L'identification d'une altération cognitive en contexte de cancérologie expose le patient à un défaut de compréhension, non seulement du diagnostic, mais aussi du projet thérapeutique, et à un défaut de compréhension des instructions d'alerte et d'expression des complications du cancer et de ses traitements. Les patients ayant un trouble cognitif sont exposés à un risque plus élevé de complications thérapeutiques [69]. En revanche, les personnes atteintes d'un trouble cognitif ont rarement une altération majeure des capacités décisionnelles, ce qui impose de les informer comme tous les patients. Leurs capacités sont fluctuantes et dépendantes de la complexité de la tâche à accomplir (et du stress), il est donc recommandé de s'assurer à plusieurs reprises de la stabilité des décisions prises et de leur consentement aux soins [70]. Le syndrome confusionnel est d'une gravité exceptionnelle et généralement sous-évaluée, à l'image de son diagnostic. Il expose à un risque spécifique immédiat (au cours de l'hospitalisation en cas de chirurgie) de mortalité, de morbidité et un risque de déclin fonctionnel et de déclin cognitif dans les mois et années qui suivent [64]. Sa prévention est possible dans environ un tiers des cas grâce à l'Elder Life Program (qui n'a cependant pas été formellement validé dans une population de patients souffrant de cancer) [64]. Les actions à mener sont très simples : orienter le patient régulièrement, le mobiliser de façon précoce, diminuer les traitements psychotropes, optimiser le sommeil, l'hydratation et la nutrition et compenser dès que possible (en salle de réveil) les déficits visuels et auditifs.

e/ Etat psychiatrique.

Modalités.

Le trouble psychiatrique le plus fréquent est l'angoisse. On a estimé que jusqu'à 20% des patients âgés atteints de cancers souffraient d'angoisse pathologique et qu'ils étaient plus de 40% à présenter un état de détresse psychologique [71] [72]. Mais c'est la dépression qui est le second trouble en fréquence avec près d'un tiers des patients atteints [71] [62]. Les formes sont volontiers atypiques [73]. C'est la *Mini Geriatric Depression Scale* qui est l'outil de détection utilisé, son anomalie conduit à rechercher les critères diagnostiques de dépression (DSM-IV-TR ou ICD-10) lors d'un entretien semi-structuré ou à d'utiliser d'autres échelles validées pour le diagnostic [74].

Utilité.

La dépression non-traitée est un facteur indépendant de mortalité et de complications des traitements du cancer, ainsi qu'un facteur d'isolement social et de perte d'autonomie [71].

f/ La prescription médicamenteuse (hors cancer)

Modalités.

La polymédication répond à plus de 20 définitions et revêt de nombreux aspects [75]. Aux USA, jusqu'à plus de 40% des patients âgés auraient plus de 10 médicaments avant de débuter le traitement anti-cancéreux, alors qu'en France les

patients de plus de 80 ans prennent 5 médicaments en moyenne (1 à 20) avec des interactions potentielles dans 7% des cas et des contre-indications d'association dans 30% des cas [76] [77]. On estime que le seuil de 5 médicaments est significatif (association aux chutes, déclin fonctionnel, fragilité) [78]. Plusieurs outils sont disponibles pour évaluer les prescriptions inappropriées, dont les critères de Beers, mis à jour en 2015, et l'échelle STOPP par exemple [79] [80]. Ces traitements inappropriés ont été retrouvés chez les patients âgés ayant un cancer dans 40% (échelle de Beers) et 41% (échelle STOPP) des cas [76]. Malgré ces outils, une évaluation exhaustive de l'ordonnance consistant à mettre en regard de chaque comorbidité les traitements correspondants (ou sensés correspondre) est indispensable au minimum annuellement et lors de toute modification de l'état de santé notamment chez les personnes âgées polymédicamenteuses. Des grilles d'aide à l'évaluation de la prescription médicamenteuse ont été proposées par HAS [81]. Une attention particulière est portée chez la personne âgée traitée par des médicaments à propriété anti-cholinergique, porteurs d'un risque spécifique d'altération cognitive ; on parle de « charge anti-cholinergique ».

Utilité.

La polymédication est associée au risque de mortalité, d'interactions médicamenteuses, de déclin cognitif et de confusion, de déclin fonctionnel, de fragilité, d'hospitalisations et de chute [75]. Le nombre de médicaments prédit le risque de chute, pour 5 médicaments avec une sensibilité de 75,7% et une spécificité de 44,5% et pour 10 médicaments avec une sensibilité de 24,3% et une spécificité de 85,5% [78]. La polymédication et les traitements inappropriés sont spécifiquement associés à un risque de toxicité de la chimiothérapie et d'hospitalisation chez les

patients âgés sous chimiothérapie [82]. On doit cependant déplorer le peu d'études ayant été conduites spécifiquement dans les populations de patients âgés ayant un cancer.

g/ Soutien social.

Modalités.

L'âge chronologique est un facteur de risque d'isolement et de fragilité sociaux. L'INCa propose une fiche de repérage de la fragilité sociale des patients et la HAS une méthodologie pour cela [83] [84]. Cependant, l'enquête est menée par une assistante ou un assistant social.

Utilité.

L'isolement social et le défaut de soutien social sont des facteurs de risque de mortalité en cas de cancer [85]. Ils représentent aussi des facteurs de risque de mauvaise tolérance des anti-cancéreux [86].

h/ Déficits sensoriels.

Modalités.

Les deux sens particulièrement détériorés sont la vue et l'audition, cette dernière étant pourvoyeuse de l' handicap le plus lourd. On apprécie la vue en faisant lire le journal par le patient équipé de ses lunettes. L'audition est évaluée au moyen de la voie chuchotée (sensibilité 100%).

Utilité.

La préservation des sens est cruciale, non seulement pour la qualité de vie du patient, mais aussi pour la prévention du syndrome confusionnel et la compréhension du traitement [63]. La surdité est un des critères de risque composant le score prédictif de la chimiotoxicité proposé par Hurria A et al [86].

i/ Préférences du patient.

Modalités.

Le dialogue avec le patient sur ses objectifs de vie clôt souvent l'EG. Devant une maladie chronique, les patients âgés plus souvent que les adultes privilégient à la survie, la qualité de vie, la préservation de leur état fonctionnel et de leur état cognitif [87]. Cela tranche avec la construction des études pivotales d'enregistrement des médicaments dont l'objectif principal est la survie globale ou un succédané et dont le maintien de l'état fonctionnel et de l'autonomie apparaît, au mieux, comme critère secondaire [88] [89]. Rappelons que les patients présentant un trouble cognitif doivent bénéficier du recueil de leurs souhaits et que leurs capacités décisionnelles, si elles sont fluctuantes, ne sont que rarement abolies et doivent être respectées. Il est raisonnable et même nécessaire de réévaluer régulièrement les objectifs de tous les patients durant leur parcours thérapeutique. Il n'y a cependant aucune méthodologie recommandée pour conduire cette démarche et peu de données sont disponibles. Nous ne pouvons que déplorer la pauvreté des données scientifiques sur l'appréciation des processus décisionnels individuels et des préférences de

chaque patient, en particulier de son aversion au risque ; cela n'est malheureusement pas spécifique des patients âgés.

Utilité.

Les objectifs thérapeutiques du patient sont la référence à partir de laquelle va être établi les rapports risques-bénéfices des différentes options thérapeutiques. Il est indispensable de tenir compte du de l'évolution des priorités des patients dans le temps [90].

i/ Standardisation de l'évaluation.

Si la définition de l'EG est consensuelle, nous avons vu que le panel de tests et les outils à utiliser, de même que les définitions et seuils de normalité et d'anomalie ne sont, eux, en rien consensuels [91]. Les conséquences de cette diversité en pratique clinique n'ont pas été évaluées. Mais les conséquences en matière de recherche clinique sont néfastes et contre-productives, comme l'impossibilité, aujourd'hui, de comparer les études et les populations entre elles, et comme le défaut d'implémentation de l'EG dans les essais cliniques. La recommandation de l'EORTC d'utiliser un panel minimal (G8, IADL-Lawson, index de Charlson et situation sociale) est insuffisante et a donné lieu à un travail français conduit par la SoFOG et le GERICO-Unicancer. L'objectif de ce travail est d'établir par consensus d'experts nationaux et internationaux (méthode Delphi), un minimum de paramètres gériatriques permettant de décrire la population âgée atteinte de cancer et d'uniformiser le recueil de données gériatriques dans les essais thérapeutiques [92] [25]. L'EG minimale consensuelle pour décrire les patients âgés

en recherche clinique, appelée *Geriatric Core Data Set* (G-CODE) explore 7 domaines à l'aide de 10 outils et son temps de réalisation est très bref, il a été estimé à 8,05 minutes (6,22 - 9,07 minutes) sur 50 patients d'âge médian 81 ans **TABLEAU**

3. Bien que l'utilisation de cet outil ne doive pas être dévoyée, il donne une bonne idée des éléments indispensables pour décrire une personne âgée présentant un cancer.

5. Utilisation de l'évaluation gériatrique.

L'EG a deux objectifs essentiels, établir le rapport risque-bénéfice des options thérapeutiques du cancer et optimiser l'état de santé du patient. L'établissement du rapport risque-bénéfice nécessite de répondre à plusieurs questions : quels sont les objectifs du patient, ses préférences et ses valeurs, quelle est sa durée de vie restante, quels est la faisabilité des traitements, c'est à dire quels sont leurs risques de complication, leurs effets prévisibles sur l'état fonctionnel, l'autonomie et la qualité de vie.

La durée de vie restante est corrélée à l'EG et à nombreux de ses domaines. La vitesse de marche est probablement l'outil le mieux validé. Cependant, le recours à un score est fréquemment publié. On rappelle la grande prudence nécessaire à leur interprétation et leur caractère essentiellement indicatif. Les outils les mieux validés sont ceux qui permettent une estimation à brève échéance (comme ceux de Gagne, Walter et Bouhahssass), ont un intérêt relativement limité en urologie, alors que ceux qui se projettent à moyen terme et qui sont le plus souvent utilisés (comme ceux de Carey et surtout Lee) sont ceux dont les résultats sont les plus aléatoires [93] [1] [94] [95] [96]. Le site de la SoFOG donne accès à l'essentiel de ces outils, de même qu'un site dédié de l'Université de San Francisco [13] [97].

Le risque de complications post-opératoires peut être évalué par l'outil PACE, inspiré de l'EG, qui fournit un pourcentage de morbi-mortalité à 30 jours et de durée d'hospitalisation, mais, il a été construit sur des données Nord Américaines déjà anciennes, et il n'a pas reçu de validation en Europe [98]. PACE permet une appréciation très approximative, mais qui peut permettre aux patients de se faire un ordre d'idée chiffré.

C'est l'identification des patients présentant un risque spécifique de complication sous chimiothérapie qui a été l'objet des travaux les plus importants. Deux outils sont disponibles, CRASH et CARG, mais ils présentent le grand inconvénient de ne pas prendre en compte les spécificités des différentes chimiothérapies et d'avoir une faible capacité prédictive individuelle [51] [86]. Ils peuvent cependant aider le clinicien à repérer les patients qui mériteraient la plus grande prudence. C'est EG dans son ensemble qui permet d'identifier les patients qui pourraient recevoir l'intégralité d'une cure de chimiothérapie sans complication significative [99]. Une revue récente illustre bien ce fait, retrouvant comme facteurs de risque de toxicité de la chimiothérapie la survenue de plus d'une chute dans les 6 mois, des difficultés de mobilisation, un mauvais état fonctionnel et une comorbidité sévère, tous ces facteurs ont été identifiés par l'EG [100].

L'EG influence les décisions thérapeutiques dans 21 à 60% des cas (médiane 39%) comme cela a été montré en France pour la première fois [62] [101] [102] [103]. Les domaines les plus impactant sur la décision étant l'état fonctionnel et l'état nutritionnel [104]. On se trouve cependant devant une situation paradoxale. On sait que l'EG est recommandée avec un grade fort par toutes les sociétés savantes en cancérologie, que son objectif est de guider un traitement anti-cancéreux individualisé, qu'elle permet d'identifier des anomalies de l'état de santé non connues et qu'elle s'est montrée bénéfique en population générale [32] [8]. En revanche, l'intérêt de l'EG ne bénéficie pas encore d'un niveau de preuve élevé, puisqu'elle repose sur une seule étude randomisée. Celle-ci a consisté, chez patients souffrant de cancer du poumon non-à petites cellules, dans un groupe à déterminer le traitement en fonction de l'EG et dans un autre groupe à leur attribuer un traitement sans tenir compte de l'EG [105]. La survie des deux groupes a été

identique, mais le groupe dont le traitement a été déterminé par le résultat de l'EG a connu moins de toxicité (86% contre 93%) et moins d'arrêt prématuré (5% contre 12%) du traitement. On doit garder à l'esprit que la médecine fondée sur les preuves ne détient cependant pas seule la vérité et que l'utilisation d'une ligature artérielle à la place d'une cautérisation thermique ne repose que sur un niveau de preuve 5, le plus bas, alors qu'elle bénéficie du niveau de recommandation le plus élevée depuis Ambroise Paré au 16^{ième} siècle. Enfin, ne nous illusionnons pas, les préconisations des gériatres après EG sont loin d'être systématiquement suivies par les oncologues et, lorsqu'elles le sont, ils ne modifient pas leur prise en charge selon des recommandations solides, mais à l'appui de leur bon sens clinique [43].

Ludovico Balducci a proposé au début du 21^{ième} siècle une classification de l'état de santé des patients en 3 groupes : les patients robustes, justifiant d'un traitement standard du cancer, les patients fragiles, justifiant d'un traitement palliatif, et, entre ces deux extrêmes, les patients vulnérables, justifiant d'un traitement « adapté » [106]. Ce principe de classification a été une avancée majeure en oncogériatrie. Rapidement, cette classification, trop simpliste a été remplacée par une classification plus élaborée qui fait entrer dans le jeu l'intervention gériatrique ; on passe d'une EG purement descriptive à une EG ouvrant vers des possibilités d'interventions thérapeutiques visant à corriger ou compenser les vulnérabilités ou les fragilités identifiées. La plus célèbre de ces classifications « dynamiques » en urologie est celle proposée par Jean-Pierre Droz et Gilles Albrand pour le cancer de la prostate [107]. Les deux groupes extrêmes sont maintenus (patients robustes avec traitement standard et patients grabataires avec traitement palliatif), mais le groupe intermédiaire est scindé en deux sous-groupes selon l'efficacité de l'intervention gériatrique : un sous-groupe vulnérable dont une partie peut être « reversée » vers le

groupe robuste après intervention gériatrique et dont l'autre partie est « reversée » vers le dernier groupe, le groupe de patients fragiles, recevant un traitement adapté. La notion d'intervention gériatrique est absolument cruciale, car elle permet de ne plus considérer le gériatre comme un simple « portier » situé au début du parcours thérapeutique du sujet âgé, mais elle le positionne très justement comme un partenaire actif de l'oncologue tout au long du parcours thérapeutique.

6 – Place du gériatre

Nous avons vu que gériatre doit être sollicité initialement par les médecins oncologues, dont les urologues font partie, soit avant d'envisager une procédure de détection ou de diagnostic précoce, soit lors du diagnostic de cancer. Le rôle du gériatre dans cette première phase est d'évaluer le patient comme cela a été décrit. Ensuite, pour les patients le nécessitant, le gériatre va instituer une intervention correctrice ou palliative des vulnérabilités ou fragilités identifiées. Cette intervention généralement multimodale peut permettre de préparer le patient au traitement anti-cancéreux, dans tous les cas elle constituera le socle des actions d'accompagnement du patient durant son parcours thérapeutique, qu'il soit curatif ou palliatif. On peut reconnaître quelques spécificités à ces intervention et accompagnement gériatriques.

L'optimisation de l'état fonctionnel repose sur une action simple : la réalisation d'exercices physiques quotidiens. L'exercice de référence est la marche, mais parfois il convient d'accompagner celle-ci ou de la faire précéder d'une prise en charge par kinésithérapie de renforcement musculaire et de renforcement de l'équilibre. Cette intensification des activités physique n'est efficace qu'accompagnée

d'une optimisation de l'état nutritionnel. L'intervention d'une ou d'un nutritionniste ou diététicienne est souvent précieuse. L'intervention d'une ou d'un ergothérapeute au domicile ou au lieu de vie du patient peut aider à la prévention du risque de chute par adaptation de celui-ci. Enfin, une prise en charge des fréquents troubles du sommeil est utile.

L'optimisation de la prise en charge des comorbidités n'a pas réellement de spécificité, si ce n'est celle de devoir coordonner les traitements en cas de pathologie multiples, situation que nous avons vu fréquente chez les patients âgés souffrant de cancer. La meilleure illustration de cet impératif de coordination est ce qu'on appelle communément le « nettoyage de l'ordonnance », c'est à dire la limitation de la polymédication. Cela se fait en positionnant en regard de chaque comorbidité les traitements correspondants et d'éliminer tous ceux qui ne sont pas indispensables en veillant au respect des contre-indications d'associations et d'interactions médicamenteuses (et en limitant la « charge anticholinergique »). Le bénéfice d'un arrêt des traitements n'a pas été rigoureusement prouvé en cancérologie, mais cet arrêt s'avère très sûr si on respecte un arrêt progressif et une surveillance serrée concernant les médicaments cardiovasculaires et psychotropes [108] [109].

L'optimisation de l'état cognitif est très limitée car elle reste largement tributaire de traitements encore peu efficaces. L'essentiel de ce domaine d'action consiste à prévenir une détérioration, principalement en veillant à prévenir tout syndrome confusionnel lors de chaque hospitalisation.

L'optimisation sensorielle consiste à adapter les prothèses des patients, voir à les en équiper.

L'optimisation sociale, comme toutes les mesures d'intervention, doit être régulièrement adaptée à l'évolution de l'état de santé du patient **ENCADRE 1** [110].

L'orientation pertinente des patients vers les soins palliatifs souffre de l'assimilation encore trop souvent présente des soins palliatifs et soins terminaux de la fin de vie. Ceci est malheureusement vrai quel que soit l'âge des patients, mais plus les patients ont un âge chronologique élevé, moins ils ont de chance d'être orientés vers les soins palliatifs et de décéder à leur domicile [111] [112]. Or, le recours aux soins palliatifs doit être basé sur les besoins du patient et de ses aidants et non sur son pronostic [113]. La notion de soins de fin de vie introduit celle des directives anticipées. Plus on avance en âge, plus l'établissement de directives anticipées se justifie, en dehors même de toute pathologie intercurrente. Une conférence de consensus (méthode Delphi) menée en Europe et aux USA a récemment permis de recueillir un agrément fort de 68 à 100% sur plus de 40 recommandations [114]. Il a été montré que les hospitalisations inappropriées des patients âgés pourraient être évitées au moyen d'une meilleure communication et que des décisions médicales doivent être prises dans 40% des cas lors des derniers jours de vie, alors que plus de 70% des patients n'ont plus alors les capacités de prendre une décision [115]. Or, l'établissement de directives anticipées améliore la qualité de vie en fin de vie [116]. Le gériatre n'est certainement pas le seul intervenant qui doivent conseiller au patient la rédaction de ces directives, mais c'est malheureusement souvent lui qui en a l'initiative, probablement du fait de sa culture médicale particulière. La HAS a édité des documents pour aider la rédaction des directives anticipées qui sont valables 3 ans et révocables à tout moment [117].

L'accompagnement des patients âgés présentant un cancer ne se résume cependant pas à l'anticipation de leur décès. L'anticipation de la survie au cancer est tout aussi essentielle. On estime qu'en 2020, 2 survivants d'un cancer sur 3 auront plus de 65 ans [118]. Or, les patients âgés survivants ont plus de limitation des

capacités fonctionnelles, de fatigue, d'altération des fonctions cognitives, de diminution de la densité minérale osseuse et de neuropathie périphérique post-chimiothérapie que les patients de même âge sans antécédent de cancer [119].

CONCLUSION

L'évaluation d'un patient âgé présentant un cancer débute par la détection de fragilités qui se fait au moyen du questionnaire G8, dorénavant obligatoire. Un score G8 anormal ou une suspicion clinique doivent faire orienter le patient vers une équipe gériatrique spécialisée, généralement celle de l'UCOG de la région, qui conduira une évaluation gériatrique multidimensionnelle et multidisciplinaire. Celle-ci servira de socle pour la prise de décisions thérapeutiques pertinentes. Mais elle servira aussi à mieux accompagner le patient dans le parcours de soins choisi, au besoin grâce une intervention gériatrique visant à l'optimisation de l'état de santé physique, psychique et social du patient. Le principe directeur de la prise en charge gériatrique étant de maintenir l'indépendance du patient et, si possible, sa survie.

Il est tout à fait indispensable pour les cliniciens cancérologues, qu'ils soient urologues, radiothérapeutes ou oncologues médicaux, de construire un parcours de soins spécifique aux patients âgés, allant du diagnostic au traitement et passant par l'évaluation. Cela nécessite à chacun d'identifier les structures ressources dans sa région. Mais cette démarche nécessite aussi de nouer des relations étroites de collaboration avec les gériatres afin de construire un partenariat fort qui débutera par une éducation réciproque aux cultures onco-urologiques et gériatriques. Ce travail « extrait » l'urologue du bloc opératoire pour le repositionner dans son métier de médecin afin de respecter l'équilibre médico-chirurgical de la spécialité. Et les progrès issus de cette démarche collaborative bénéficieront à tous les patients, quel que soit leur âge.

LIENS D'INTERET

YN, PMA : aucun lien à déclarer

EP : aucun lien à déclarer

GA : aucun lien à déclarer

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le Docteur Paul Meria pour sa relecture aussi attentive que bienveillante du manuscrit.

FIGURE 1

Population regroupée par classes d'âges chronologiques (abscisse : 70-74 ans, 75-79 ans, 80-84 ans, 85-89 ans, 90-94 ans et 95 ans et plus) et par état de santé selon le percentile : 25^{ième} percentile du meilleur état de santé, patients robustes (bleu), 25^{ième} percentile du plus mauvais état de santé, patients fragile (rouge) et les patients à l'état de santé médian (gris). La survie figure en ordonnées en années. [1]

FIGURE 2

Principe de fragilité et conséquences en cas de survenue d'un stress physiologique. Evolution d'un individu robuste (bleu) : récupération progressive de l'état antérieur. Evolution d'un individu fragile (orange) : trois options possibles, récupération d'un état autonome altéré par rapport à l'état initial (1), perte d'indépendance (2) ou décès (3).

FIGURE 3

Carte des UCOG en FRANCE (2013).
[16]

TABLEAU 1

Annuaire des UCOG en France (2015).
[17]

FIGURE 4

Questionnaire G8.
[13]

TABLEAU 2

Principaux outils de l'Evaluation Gériatrique en cancérologie.

ADL : *activities of daily living*, IADL : *instrumental activities of daily living*, TUG : *timed up and go*, CIRS : *Cumulative Illness Rating Scale*, MNA : *Mini Nutritional Assessment*, MMS : *Mini Mental State*, GDS : *Geriatric Depression Scale*.

TABLEAU 3

Evaluation minimale consensuelle des patients âgés présentant un cancer inclus dans essai clinique dite G-CODE [25].

ADL : *activities of daily living*, IADL : *instrumental activities of daily living*, TUG : *timed up and go*, IMC : indice de masse corporelle, GDS : *geriatric depression scale*.

ENCADRE 1

Prise en charge sociale des patients âgés atteints de cancer [110].

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients a framework for individualized decision making. *J Am Med Assoc* 2001;285:2750–6. doi:10.1001/jama.285.21.2750.
- [2] Y R, A B, A G, J A, F B, M B, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011;9:387–90. doi:10.1684/pnv.2011.0311.
- [3] Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381:752–62. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9.
- [4] Sanders JL, Boudreau RM, Fried LP, Walston JD, Harris TB, Newman AB. Measurement of organ structure and function enhances understanding of the physiological basis of frailty: The Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1581–8. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03557.x.
- [5] Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146–57. doi:10.1093/gerona/56.3.m146.
- [6] Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of Deficits as a Proxy Measure of Aging. *Sci World J* 2005;1:323–36. doi:10.1100/tsw.2001.58.
- [7] Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-Year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit accumulation. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:681–7. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02764.x.
- [8] Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al.

- Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008;371:725–35. doi:10.1016/S0140-6736(08)60342-6.
- [9] Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. *Jama* 2003;287. doi:10.1001/jama.287.8.1022.
- [10] de Vries NM, van Ravensberg CD, Hobbelen JSM, Olde Rikkert MGM, Staal JB, Nijhuis-van der Sanden MWG. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multimorbidity: A meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2012;11:136–49. doi:10.1016/j.arr.2011.11.002.
- [11] Langer G, Knerr A, Kuss O, Behrens J, Gj S. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers (Review). *Cochrane Libr* 2003:1–22. doi:10.1002/14651858.CD003216.pub2.
- [12] K R, X SX, C M, H B, DB H, I M, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489–95. doi:10.1503/cmaj.050051.
- [13] <http://sofog.org/> n.d.
- [14] <http://sfgg.org/> n.d.
- [15] www.siorg.org n.d.
- [16] <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatric> n.d.
- [17] <http://sofog.org/article-liens-partenaires> n.d.
- [18] Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, Wedding U, Basso U, Colloca G, et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric

- assessment in older cancer patients: An update on SIOG recommendations. *Ann Oncol* 2015;26:288–300. doi:10.1093/annonc/mdu210.
- [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. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49281.x.
- [20] Soubeyran P, Mertens C, Mathoulin-Pélissier S, Rainfray M, Bellera C, Goyard J, et al. Screening for vulnerability in older cancer patients: The ONCODAGE prospective multicenter cohort study. *PLoS One* 2014;9. doi:10.1371/journal.pone.0115060.
- [21] Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, Mertens C, Delva F, Fonck M, et al. Screening older cancer patients: First evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol* 2012;23:2166–72. doi:10.1093/annonc/mdr587.
- [22] Martinez-Tapia C, Canoui-Poitrine F, Bastuji-Garin S, Soubeyran P, Mathoulin-Pelissier S, Tournigand C, et al. Optimizing the G8 Screening Tool for Older Patients With Cancer: Diagnostic Performance and Validation of a Six-Item Version. *Oncologist* 2016;21:188–95. doi:10.1634/theoncologist.2015-0326.
- [23] 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;32:2595–603. doi:10.1200/JCO.2013.54.8347.
- [24] SG M, C V, A H, A M, L L, C P, et al. Geriatric Assessment-Guided Care Processes for Older Adults: A Delphi Consensus of Geriatric Oncology Experts. *J Natl Compr Canc Netw* 2015;13:1120–30.
- [25] Paillaud E, Soubeyran P, Caillet P, Cudennec T, Brain E, Terret C, et al.

- Multidisciplinary development of the Geriatric Core Dataset for clinical research in older patients with cancer: A French initiative with international survey. *Eur J Cancer* 2018;103:61–8. doi:10.1016/j.ejca.2018.07.137.
- [26] Mathoulin-Pélissier S, Bellera C, Rainfray M, Soubeyran P. Screening methods for geriatric frailty. *Lancet Oncol* 2013;14:e1–2. doi:10.1016/S1470-2045(12)70554-5.
- [27] Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: Meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011;343:1034. doi:10.1136/bmj.d6553.
- [28] Hamaker ME, Wildes TM, Rostoft S. Time to stop saying geriatric assessment is too time consuming. *J Clin Oncol* 2017;35:2871–4. doi:10.1200/JCO.2017.72.8170.
- [29] Puts MTE, Santos B, Hardt J, Monette J, Girre V, Atenafu EG, et al. An update on a systematic review of the use of geriatric assessment for older adults in oncology. *Ann Oncol* 2014;25:307–15. doi:10.1093/annonc/mdt386.
- [30] L R, L F, RA A, A V, W G, M V, et al. Comprehensive geriatric assessment adds information to Eastern Cooperative Oncology Group performance status in elderly cancer patients: an Italian Group or Geriatric Oncology Study. *J Clin Oncol* 2002;20:494–502. doi:10.1200/JCO.2002.20.2.494.
- [31] Extermann M, J O, GH L, J P, L B. Comorbidity and functional status are independent in older cancer patients. *J Clin Oncol* 1998;16:1582–7. doi:10.1200/JCO.1998.16.4.1582.
- [32] Paillaud E, Caillet P, Laurent M, Bastuji-Garin S, Liuu E, Lagrange jean-L, et al. Optimal management of elderly cancer patients: usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment. *Clin Interv Aging* 2014:1645.

doi:10.2147/cia.s57849.

- [33] Kenis C, Bron D, Libert Y, Decoster L, Van puyvelde K, Scalliet P, et al. Relevance of a systematic geriatric screening and assessment in older patients with cancer: Results of a prospective multicentric study. *Ann Oncol* 2013;24:1306–12. doi:10.1093/annonc/mds619.
- [34] Katz S, Ford A, Moskowitz R, Jackson B, Baffe M. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. *Jama* 1963;185:914–9. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016.
- [35] Lawton M, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179–86.
- [36] Barberger-gateau P, Dartigues JF, Letenneur L. Four instrumental activities of daily living score as a predictor of one-year incident dementia. *Age Ageing* 1993;22:457–63. doi:10.1093/ageing/22.6.457.
- [37] Podsiadlo D, Richardson S. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142–8. doi:10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x.
- [38] Sattar S, Alibhai SMH, Spoelstra SL, Fazelzad R, Puts MTE. Falls in older adults with cancer: a systematic review of prevalence, injurious falls, and impact on cancer treatment. *Support Care Cancer* 2016;24:4459–69. doi:10.1007/s00520-016-3342-8.
- [39] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1525705/fr/avis-de-la-has-concernant-l-evaluation-du-risque-de-chutes-chez-le-sujet-age-autonome-et-sa-prevention
n.d.
- [40] Pamoukdjian F, Paillaud E, Zelek L, Laurent M, Lévy V, Landre T, et al.

- Measurement of gait speed in older adults to identify complications associated with frailty: A systematic review. *J Geriatr Oncol* 2015;6:484–96. doi:10.1016/j.jgo.2015.08.006.
- [41] S. S, S. P, K. P, C. R, K. F, M. I, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA - J Am Med Assoc* 2011;305:50–8.
- [42] Kressing R, Beauchet O, Group EGaitrN. Guidelines for clinical applications of spatio-temporal gait analysis in older adults. *Aging Clin Exp Res* 2006;18:174–6.
- [43] Soto-Perez-de-Celis E, Li D, Yuan Y, Lau YM, Hurria A. Functional versus chronological age: geriatric assessments to guide decision making in older patients with cancer. *Lancet Oncol* 2018;19:e305–16. doi:10.1016/S1470-2045(18)30348-6.
- [44] de Witte LP, van Rossum E, Spreeuwenberg MD, Neyens JC, Vermeulen J. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatr* 2011;11. doi:10.1186/1471-2318-11-33.
- [45] Williams GR, Mackenzie A, Magnuson A, Olin R, Chapman A, Mohile S, et al. Comorbidity in older adults with cancer. *J Geriatr Oncol* 2016;7:249–57. doi:10.1016/j.jgo.2015.12.002.
- [46] Charlson M, Pompei P, Ales K, MacKenzie C. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373–83.
- [47] Linn B, Linn M, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc* 1968;16:622–6.
- [48] W. Thomsen R, Bossen, Nørgaard M, Sogaard M, Henrik Toft Sørensen H.

- The impact of comorbidity on cancer survival: a review. *Clin Epidemiol* 2013;5:3. doi:10.2147/clep.s47150.
- [49] Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: A systematic review. *JAMA - J Am Med Assoc* 2012;307:182–92. doi:10.1001/jama.2011.1966.
- [50] Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, et al. Updating and validating the charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *Am J Epidemiol* 2011;173:676–82. doi:10.1093/aje/kwq433.
- [51] Extermann M, Boler I, Reich RR, Lyman GH, Brown RH, Defelice J, et al. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: The chemotherapy risk assessment scale for high-age patients (CRASH) score. *Cancer* 2012;118:3377–86. doi:10.1002/cncr.26646.
- [52] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf n.d.
- [53] Raynaud-Simon A, Revel-Delhom C, Hebuterne X, Programm FN and H. Clinical practice guidelines from the French Health High Authority: nutritional support strategy in protein-energy malnutrition in the elderly. *Clin Nutr* 2011;30:312–9.
- [54] Fuentes L, Lebenkoff S, White K, Gerds C, Hopkins K, Potter JE, et al. Geriatric assessment with management in cancer care: Current evidence and potential mechanisms for future research. *J Geriatr Oncol* 2016;93:292–7. doi:10.1016/j.contraception.2015.12.017.Women.
- [55] Caillet P, Liuu E, Raynaud-Simon A, Bonnefoy M, Guerin O, Berrut G, et al.

- Association between cachexia, chemotherapy and outcomes in older cancer patients: A systematic review. *Clin Nutr* 2017;36:1473–82.
- [56] Poinas G, Blache J, Kassab-Chahmi D, Evrard P, Mongiat-Artus P, Alfonsi P, et al. Version courte des recommandations de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) pour la cystectomie : mesures techniques. *Prog Urol* 2019;29:63–75.
- [57] Karuturi M, Wong ML, Hsu T, Kimmick GG, Lichtman SM, Holmes HM, et al. Understanding cognition in older patients with cancer. *J Geriatr Oncol* 2016;7:258–69. doi:10.1016/j.jgo.2016.04.004.
- [58] Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, Petersen RC, Ritchie K, Broich K, et al. Mild cognitive impairment. *Lancet* 2006;367:1262–70.
- [59] Tsoi KKF, Chan JYC, Hirai HW, Wong SYS, Kwok TCY. Cognitive Tests to Detect Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Review of Cognitive Tests to Detect Dementia*. *JAMA Intern Med* 2015;175:1450–8. doi:10.1001/jamainternmed.2015.2152.
- [60] Folstein M, Folstein S, McHugh R. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189–98.
- [61] Sample P, Borson S, Scanlan AJM, Chen AP. The Mini-Cog as a Screen for Dementia: Validation in a Population-Based Sample. *October* 2003;51:1451–4.
- [62] Caillet P, Canoui-Poitaine 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;29:3636–42. doi:10.1200/JCO.2010.31.0664.
- [63] Inouye S, Dyck C van, Alessi C, Balkin S, Siegal A, Horwitz R. Clarifying

- confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990;113:941–8.
- [64] Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients. *N Engl J Med* 2002;340:669–76. doi:10.1056/nejm199903043400901.
- [65] Korc-Grodzicki B, Root JC, Alici Y. Prevention of post-operative delirium in older patients with cancer undergoing surgery. *J Geriatr Oncol* 2015;6:60–9. doi:10.1016/j.jgo.2014.10.002.
- [66] Fowler NR, Frame A, Perkins AJ, Gao S, Watson DP, Monahan P, et al. Traits of patients who screen positive for dementia and refuse diagnostic assessment. *Alzheimer's Dement Diagnosis, Assess Dis Monit* 2015;1:236–41. doi:10.1016/j.dadm.2015.01.002.
- [67] Wolfson C, Wolfson D, Asgharian M, M'Lan C, Osbye T, Rockwood K, et al. A Reevaluation of the Duration of Survival After the Onset of Dementia. *N Engl J Med* 2001;344:1111–6.
- [68] Raji MA, Kuo Y-F, Freeman JL, Goodwin JS. Effect of a Dementia Diagnosis on Survival of Older Patients After a Diagnosis of Breast, Colon, or Prostate Cancer: Implications for Cancer Care. *JAMA Intern Med* 2008;168:2033–40. doi:10.1001/archinte.168.18.2033.
- [69] Korc-Grodzicki B, Downey R, Shahrokni A, Kingham T, Patel S, Audisio R. Surgical considerations in older adults with cancer. *J Clin Oncol* 2014;32:2647–53.
- [70] High D. Research with Alzheimer's disease subjects: informed consent and proxy decision making. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:950–7.

- [71] Weiss-Wiesel T, Nelson C, Tew W, Hardt M, Mohile S, Owusu C, et al. The relationship between age, anxiety, and depression in older adults with cancer. *Psychooncology* 2015;24:712–7.
- [72] Hurria A, Li D, Hansen K, Patil S, Gupta R, Nelson C, et al. Distress in older patients with cancer. *J Clin Oncol* 2009;27:4346–51. doi:10.1200/JCO.2008.19.9463.
- [73] Gouraud C, Paillaud E, Martinez-Tapia C, Segaux L, Reinald N, Laurent M, et al. Depressive Symptom Profiles and Survival in Older Patients with Cancer: Latent Class Analysis of the ELCAPA Cohort Study. *Oncologist* 2019;24:e458-66.
- [74] Clement J, Nassif R, Leger J, Marchan F. Développement and contribution à la validation d'une version Française courte de la Yesavage Geriatric Depression Scale. *Encephale* 1997;23:91–9.
- [75] Massey EB, Simpson TW, Ariail JC, Simpson KN, Bushardt RL. Polypharmacy: misleading, but manageable. *Clin Interv Aging* 2008;3:383–9.
- [76] Nightingale G, Hajjar E, Swartz K, Andrel-Sendecki J, Chapman A. Evaluation of a pharmacist-led medication assessment used to identify prevalence of and associations with polypharmacy and potentially inappropriate medication use among ambulatory senior adults with cancer. *J Clin Oncol* 2015;33:1453–9. doi:10.1200/JCO.2014.58.7550.
- [77] Prithviraj G, Koroukian S, Margevicius S, Berger N, Bagai R, Owusu C. Patient Characteristics Associated with Polypharmacy and Inappropriate Prescribing of Medications among Older Adults with Cancer. *J Geriatr Oncol* 2012;3:228–37.
- [78] Turner JP, Jansen KM, Shakib S, Singhal N, Prowse R, Bell JS. Polypharmacy cut-points in older people with cancer: how many medications

- are too many? Support Care Cancer 2016;24:1831–40. doi:10.1007/s00520-015-2970-8.
- [79] Fick DM, Semla TP, Steinman M, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, et al. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2019;67:674–94. doi:10.1111/jgs.15767.
- [80] O'mahony D, O'sullivan D, Byrne S, O'connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. Age Ageing 2015;44:213–8. doi:10.1093/ageing/afu145.
- [81] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/200905/epp_prescriptionmedicamentouse_chez_le_sujet_tres_age_version_deflogos.pdf n.d.
- [82] Sharma M, Loh KP, Nightingale G, Mohile SG, Holmes HM. Polypharmacy and potentially inappropriate medication use in geriatric oncology. J Geriatr Oncol 2016;7:346–53. doi:10.1016/j.jgo.2016.07.010.
- [83] https://www.e-cancer.fr/content/download/59312/539202/file/Fiche_de_detection_fragilite_sociale_2.pdf n.d.
- [84] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires n.d.
- [85] Beasley JM, Newcomb PA, Trentham-Dietz A, Hampton JM, Ceballos RM, Titus-Ernstoff L, et al. Social networks and survival after breast cancer diagnosis. J Cancer Surviv 2010;4:372–80. doi:10.1007/s11764-010-0139-5.
- [86] Hurria A, Togawa K, Mohile SG, Owusu C, Klepin HD, Gross CP, et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: A prospective

- multicenter study. *J Clin Oncol* 2011;29:3457–65. doi:10.1200/JCO.2011.34.7625.
- [87] Fried T, Bradley E, Towle V, Allore H. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med* 2002;346:1061–6.
- [88] Wildiers H, Mauer M, Pallis A, Hurria A, Mohile SG, Luciani A, et al. End points and trial design in geriatric oncology research: A joint European Organisation for Research and Treatment of Cancer-Alliance for clinical trials in oncology-international society of geriatric oncology position article. *J Clin Oncol* 2013;31:3711–8. doi:10.1200/JCO.2013.49.6125.
- [89] Hamaker ME, Stauder R, Van Munster BC. On-going clinical trials for elderly patients with a hematological malignancy: Are we addressing the right end points? *Ann Oncol* 2014;25:675–81. doi:10.1093/annonc/mdt592.
- [90] Carstensen LL. The Influence of a Sense of Time on Human Development. *Science (80-)* 2006;312:1913 LP – 1915. doi:10.1126/science.1127488.
- [91] Liuu E, Caillet P, Curé H, Anfasi N, De Decker L, Pamoukdjian F, et al. Évaluation gériatrique en oncologie : pour quels patients ? *Rev Med Interne* 2016;37:480–8. doi:10.1016/j.revmed.2016.02.004.
- [92] Pallis AG, Ring A, Fortpied C, Penninckx B, van Nes MC, Wedding U, et al. EORTC workshop on clinical trial methodology in older individuals with a diagnosis of solid tumors. *Ann Oncol* 2011;22:1922–6. doi:10.1093/annonc/mdq687.
- [93] Gagne JJ, Glynn RJ, Avorn J, Levin R, Schneeweiss S. A combined comorbidity score predicted mortality in elderly patients better than existing scores. *J Clin Epidemiol* 2011;64:749–59. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.10.004.
- [94] Boulahssass R, Gonfrier S, Ferrero JM, Sanchez M, Mari V, Moranne O, et al.

- Predicting early death in older adults with cancer. *Eur J Cancer* 2018;100:65–74. doi:10.1016/j.ejca.2018.04.013.
- [95] Carey EC, Covinsky KE, Lui LY, Eng C, Sands LP, Walter LC. Prediction of mortality in community-living frail elderly people with long-term care needs. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:68–75. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01496.x.
- [96] Lee S, Lindquist K, Segal M, Covinsky K. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. *JAMA* 2003;295:801–8. doi:10.1046/j.1525-1497.2000.15200-35.x.
- [97] <https://eprognosis.ucsf.edu/> n.d.
- [98] Audisio RA, Pope D, Gennari R, Maffezzini M, Hoekstra HJ, Mobarak D, 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. doi:10.1016/j.critrevonc.2007.11.001.
- [99] Kalsi T, Babic-Illman G, Ross PJ, Maisey NR, Hughes S, Fields P, et al. The impact of comprehensive geriatric assessment interventions on tolerance to chemotherapy in older people. *Br J Cancer* 2015;112:1435–44. doi:10.1038/bjc.2015.120.
- [100] van Abbema DL, van den Akker M, Janssen-Heijnen ML, van den Berkmortel F, Hoeben A, de Vos-Geelen J, et al. Patient- and tumor-related predictors of chemotherapy intolerance in older patients with cancer: A systematic review. *J Geriatr Oncol* 2019;10:31–41. doi:10.1016/j.jgo.2018.04.001.
- [101] 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* 2011;79:302–7. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.08.004.

- [102] Farcet A, De Decker L, Pauly V, Rousseau F, Bergman H, Molines C, et al. Frailty markers and treatment decisions in patients seen in oncogeriatric clinics: Results from the ASRO pilot study. *PLoS One* 2016;11:1–12. doi:10.1371/journal.pone.0149732.
- [103] Hamaker ME, Schiphorst AH, Ten Bokkel Huinink D, Schaar C, Van Munster BC. The effect of a geriatric evaluation on treatment decisions for older cancer patients-a systematic review. *Acta Oncol (Madr)* 2014;53:289–96. doi:10.3109/0284186X.2013.840741.
- [104] Marengo D, Marinello R, Berruti A, Gaspari F, Stasi MF, Rosato R, et al. Multidimensional geriatric assessment in treatment decision in elderly cancer patients: 6-year experience in an outpatient geriatric oncology service. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008;68:157–64. doi:10.1016/j.critrevonc.2008.07.003.
- [105] Corre R, Greillier L, Le Caër H, Audigier-Valette C, Baize N, Bérard H, et al. Use of a comprehensive geriatric assessment for the management of elderly patients with advanced non-small cell lung cancer: The Phase III randomized ESOGIA-GFPC-GECP 08-02 Study. *J Clin Oncol* 2016;34:1476–83. doi:10.1200/JCO.2015.63.5839.
- [106] Balducci L. Management of Cancer in the Older Person: A Practical Approach. *Oncologist* 2000;5:224–37. doi:10.1634/theoncologist.5-3-224.
- [107] Droz J, Aapro M, Balducci L, Boyle H, Broek T van den, Cathcart P, et al. Management of prostate cancer in older patients: updated recommendations of a working group of the International Society of Geriatric Oncology. *Lancet Oncol* 2014;15:e404-14.
- [108] Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of DeprescribingReducing

- Inappropriate Polypharmacy Reducing Inappropriate Polypharmacy. *JAMA Intern Med* 2015;175:827–34. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0324.
- [109] Tyler S, Naganathan V, McLachlan A, Couteur D Le. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review. *Drugs Aging* 2008;25:1021–31.
- [110] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf n.d.
- [111] Kwon J, Hui D, Chrisholm G, Ha C, Yennurajalingam S, Kang J, et al. Clinical characteristics of cancer patients referred early to supportive and palliative care. *J Palliat Med* 2013;16:148–55.
- [112] Lock A, Higginson I. Patterns and predictors of place of cancer death for the oldest old. *BMC Palliat Care* 2005;4:1–8. doi:10.1186/1472-684X-4-6.
- [113] Coleman E, Boult C, Committee AGSHCS. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:556–7.
- [114] Weathers E, O’Caoimh R, Cornally N, Fitzgerald C, Kearns T, Coffey A, et al. Advance care planning: A systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults. *Maturitas* 2016;91:101–9. doi:10.1016/j.maturitas.2016.06.016.
- [115] Silveira M, Kim S, Langa K. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med* 2010;362:1211–8.
- [116] Bischoff KE, Sudore R, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Advance care planning and the quality of end-of-life care in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:209–14. doi:10.1111/jgs.12105.
- [117] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2722363/fr/rediger-ses-directives-anticipees n.d.

- [118] Parry C, Kent EE, Mariotto AB, Alfano CM, Rowland JH. Cancer survivors: A booming population. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011;20:1996–2005. doi:10.1158/1055-9965.EPI-11-0729.
- [119] Hewitt M, Rowland JH, Yancik R. Cancer Survivors in the United States: Age, Health, and Disability. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2003;58:M82–91. doi:10.1093/gerona/58.1.m82.

EVALUATION DU PATIENT AGE PRESENTANT UN CANCER

FIGURE 1

Population regroupée par classes d'âges chronologiques (abscisse : 70-74 ans, 75-79 ans, 80-84 ans, 85-89 ans, 90-94 ans et 95 ans et plus) et par état de santé selon le percentile : 25^{ième} percentile du meilleur état de santé, patients robustes (bleu), 25^{ième} percentile du plus mauvais état de santé, patients fragile (rouge) et les patients à l'état de santé médian (gris). La survie figure en ordonnées en années. [1]

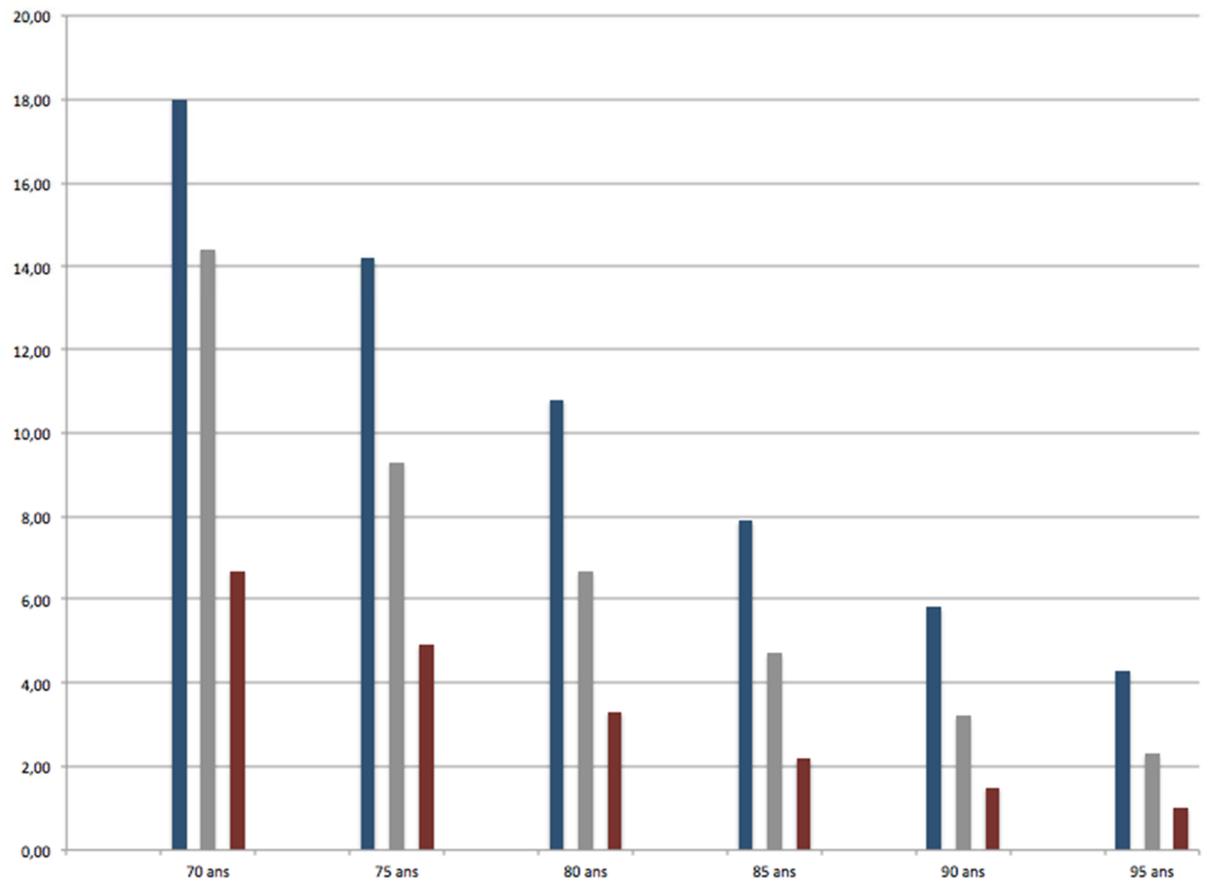
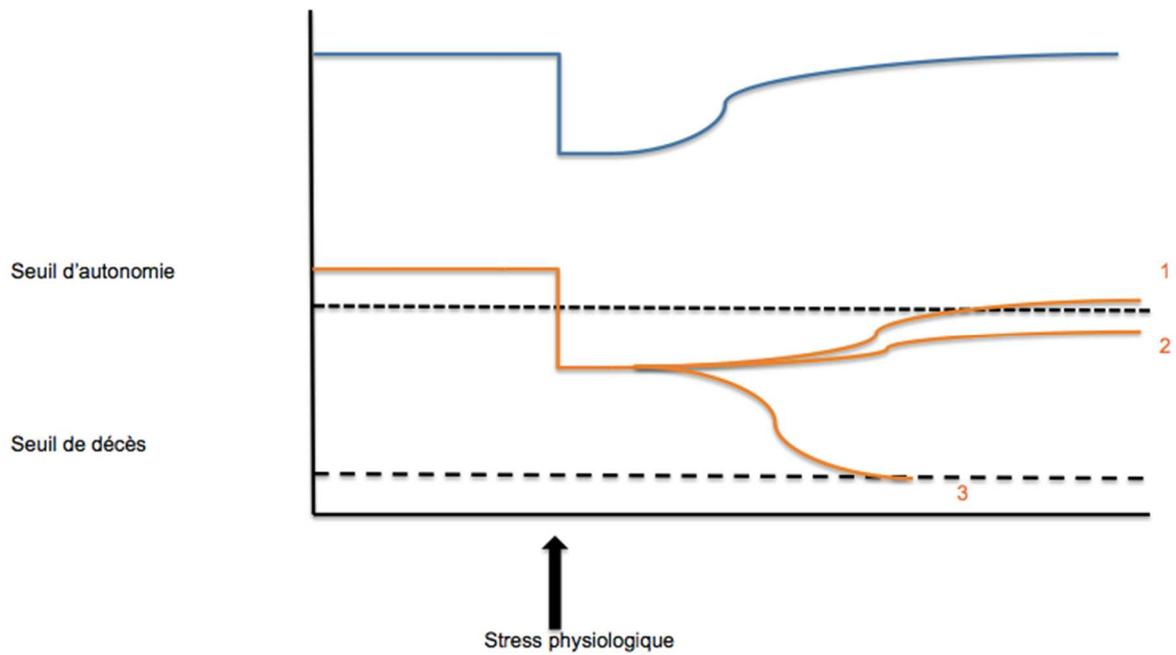


FIGURE 2



Principe de fragilité et conséquences en cas de survenue d'un stress physiologique.
Evolution d'un individu robuste (bleu) : récupération progressive de l'état antérieur.
Evolution d'un individu fragile (orange) : trois options possibles, récupération d'un état autonome altéré par rapport à l'état initial (1), perte d'indépendance (2) ou décès (3).

FIGURE 3

Carte des UCOG en FRANCE (2013). [16]

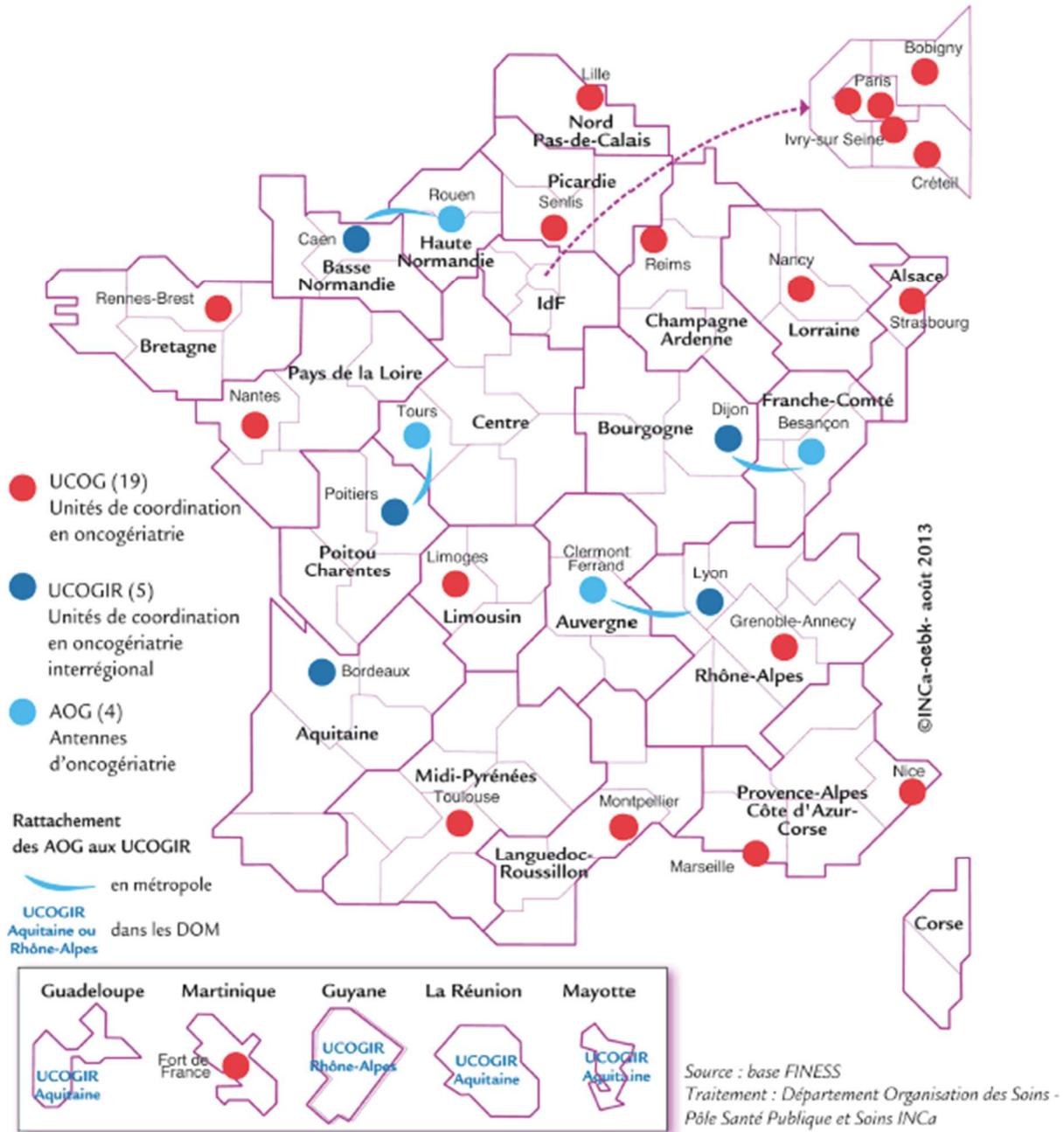


TABLEAU 1

Annuaire des UCOG en France (2015). [17]

Coordonnateurs UCOG Décembre 2015

Région	Ville	Dispositif	Appellation	Coordonnateur (s) onco	Coordonnateur (s) gériatrie
Alsace	Strasbourg	UCOG	UCOG d'Alsace (UCOG: unité de coordination régionale en OG)	Pr Jean-Emmanuel Kurtz Hôpitaux universitaires de Strasbourg	Dr Damien Heitz Hôpitaux universitaires de Strasbourg
Aquitaine	Bordeaux	UCOGR	UCOGR d'Aquitaine	Pr Pierre Soubaryan Institut Bergonié Bordeaux	Pr Martial Bascifray CHU de Bordeaux
Auvergne	Clermont-Ferrand	ADG (UCOGR Rhône-Alpes Lyon)	ADG d'Auvergne	Dr Xavier Durando Centre Jean Perrin Clermont-Ferrand	Dr Marie-Odile Heger CHU de Clermont-Ferrand
Basse Normandie	Caen	UCOGR	UCOGR de Basse Normandie	Dr Nicole Frenkel Centre François Baclesse Caen	Dr Bérengère Beauplet CHU de Caen
Bourgogne	Dijon	UCOGR	UCOGR de Bourgogne	Dr Lélia Benigrine-Lefèvre Centre Georges-François Leclerc Dijon	Dr Sophie Marlier CHRU Dijon
Bretagne	Rennes Brest	UCOG	UCOG de Bretagne	Dr Romain Corre CHU de Rennes	Dr Sandrine Estélin-Kochowski CHRU de Brest
Centre	Tours	ADG (UCOGR Poitou-Charentes)	ADG du Centre	Pr Etienne Dorval CHRU de Tours	Dr Véronique Dardaine-Giraud CHRU de Tours
Champagne-Ardenne	Reims	UCOG	UCOG de Champagne-Ardenne	Pr Yacine Merrouche Institut Jean Godinot	Dr Rachid Mahmoudi CHU de Reims
Franche-Comté	Besançon	ADG (UCOGR Bourgogne)	ADG de Franche-Comté	Dr Laurent Cals CHRU de Besançon	Dr Florent Monnier CHRU de Besançon
Guadeloupe					
Guyane					
Rattachée à UCOGR Aquitaine					
Haute Normandie	Rouen	ADG (UCOGR Basse Normandie)	ADG de Haute Normandie	Dr Olivier Rigal Centre Henri Becquerel Pr Pierre Michel CHU de Rouen	Dr Fathia Idrissi-Kassim CHU de Rouen
Île-de-France	Paris	UCOG	UCOG Paris Ouest (POGOP: Programme oncogériatrique de l'ouest parisien)	Dr Etienne Brain Hôpital René Huguenin - Institut Curie	Pr Olivier Saint-Jean Hôpital Européen Georges Pompidou (AP-HP)
Île-de-France	Créteil	UCOG	UCOG Paris Sud (UCOG Sud-Val de Marne)	Pr Jean-Léon Lagrange Groupe Hospitalier Henri Mondor - Albert Chenevier (AP-HP)	Pr Elena Paillaud Groupe Hospitalier Henri Mondor - Albert Chenevier (AP-HP)
Île-de-France	Bobigny	UCOG	UCOG Paris-Seine-Saint-Denis (UCOG des hôpitaux universitaires de Paris-Seine- Saint-Denis)	Pr Laurent Zalek Hôpital Avicenne (AP-HP)	Dr Georges Sebbane Hôpital René Muret (AP-HP)
Île-de-France	Ivry-sur-Seine	UCOG	UCOG Paris Est	Dr Danièle Asselin Hôpital Tesson (AP-HP)	Dr Pascal Chalbi Hôpital Charles Foix (AP-HP)
Île-de-France	Paris	UCOG	UCOG Paris Nord (UCOG des Hôpitaux Paris-Nord)	Pr Stéphane Culine GH Saint-Louis-Lariboisière-Fernand Widal	Dr Virginie Fossey-Diaz GH Necker-Vai-de-Seine (AP-HP)
Languedoc-Roussillon	Montpellier	UCOG	UCOG de Languedoc-Roussillon	Pr David Azria Centre Val d'Aurelle - Paul Lamarque	Pr Claude Jeandel CHRU de Montpellier
Limousin	Limoges	UCOG	UCOG du Limousin		Pr Thierry Dantoine CHU Limoges
Lorraine	Nancy	UCOG	UCOG de Lorraine (UCOG: unité lorraine de coordination oncogériatrique)	Pr Didier Peiffer Institut de cancérologie de Lorraine Alexis Vautrin	Pr Christine Parret-Guillaume CHRU de Nancy
Martinique	Fort-de-France	UCOG	UCOG de Martinique	Dr Patrick Escarmant CHU de Fort-de-France	Dr Lidvine Godart-Simon CHU de Fort-de-France
Midi-Pyrénées	Toulouse	UCOG	UCOG de Midi-Pyrénées	Dr Loïc Mourry Institut Claudius Regaud	Dr Laurent Balardy CHU Toulouse
Nord-Pas-de-Calais	Lille	UCOG	UCOG du Nord-Pas-de-Calais	Dr Véronique Servent Centre Oscar Lambet	Dr Cédric Gakatte CHRU de Lille
Pays de la Loire	Angers - Nantes	UCOG	UCOG des Pays de la Loire	Dr Sophie Abadie-Lacourtoisie Institut de cancérologie de l'ouest - site Angers (Paul Papin) Dr Emmanuelle Bourbouloux Institut de cancérologie de l'ouest - site Nantes (René Gaudichet)	Dr Laure de Decker CHU de Nantes
Picardie	Creil-Senlis	UCOG	UCOG de Picardie	Dr Elisabeth Garin GH Public du Sud de l'Oise	Dr Florence Woerth GH Public du Sud de l'Oise
Poitou-Charentes	Poitiers	UCOGR	UCOGR de Poitou-Charentes	Pr Jean-Marc Touraill CHU de Poitiers	Dr Simon Valero CHU de Poitiers
Provence-Alpes-Côte d'Azur/Corse	Marseille	UCOG	UCOG PACA Ouest	Dr Frédéric Rousseau Institut Paoli-Calmettes	Dr Elodie Crettel Hôpital de la Timone (AP-HM)
Provence-Alpes-Côte d'Azur/Corse	Nice	UCOG	UCOG PACA Est	Dr Eric François Centre Antoine Lacassagne	Pr Olivier Guerin CHU de Nice
La Réunion Mayotte					
Rattachée à UCOGR Aquitaine					
Rhône-Alpes	Annecy-Grenoble	UCOG	UCOGA/RHÔNE ALPES (UCOG du sillon alpin)		Pr Gaëtan Gavazzi CHU de Grenoble
Rhône-Alpes	Lyon	UCOGR	UCOGR Rhodanienne- RHONE ALPES	Dr Catherine Terret Centre Léon Bérard	Dr Gilles Albrand Hospices Civils de Lyon

UCOG: unité de coordination en oncogériatrie
ADG: association d'oncogériatrie

UCOGR: unité de coordination en oncogériatrie interrégionale
Établissement porteur de la dénomination UCOG

FIGURE 4

Questionnaire G8. [13]

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : <80
	SCORE TOTAL	0 – 17

TABLEAU 2

Principaux outils de l'Evaluation Gériatrique en cancérologie.

Domaine	Outil	Référence
Etat fonctionnel	- ADL	<i>Katz A 1963</i>
	- IADL	<i>Lawton M 1969</i>
	- 4-IADL	<i>Barberger-Gateau P 1993</i>
	- TUG	<i>Podsiadlo D 1991</i>
	- vitesse de marche	<i>Kressig R 2006</i>
Comorbidité	- Index de Charlson	<i>Charlson M 1987</i>
	- CIRS	<i>Linn B 1968</i>
Nutrition	- MNA	
Cognition	- MMS	<i>Folstein M 1975</i>
	- mini-Cog	<i>Borson S 2003</i>
Etat psychologique	- mini GDS	<i>Clement JP 1997</i>

ADL : *activities of daily living*, IADL : *instrumental activities of daily living*, TUG : *timed up and go*, CIRS : *Cumulative Illness Rating Scale*, MNA : *Mini Nutritional Assessment*, MMS : *Mini Mental State*, GDS : *Geriatric Depression Scale*.

TABLEAU 3

Evaluation minimale consensuelle des patients âgés présentant un cancer inclus dans essai clinique dite G-CODE [25].

Domaine	Outil	Référence
Situation sociale	- « Vivez-vous seul ? » - « Avez-vous une personne pour s'occuper de vous ? » - « Avez-vous un soignant pour s'occuper de vous ? »	<i>Paillaud E 2018</i>
Indépendance	- ADL-Katz - 4-IADL	<i>Katz A 1963</i> <i>Barberger-Gateau P 1993</i>
Etat fonctionnel	- TUG	<i>Podsiadlo D 1991</i>
Nutrition	- Perte de poids involontaire sur 6 mois - IMC	
Cognition	- mini-Cog	<i>Borson S 2003</i>
Etat psychologique	- mini-GDS	<i>Clément JP 1997</i>
Comorbidité	- Index de Charlson actualisé	<i>Quan H 2011</i>

ADL : *activities of daily living*, IADL : *instrumental activities of daily living*, TUG : *timed up and go*, IMC : indice de masse corporelle, GDS : *geriatric depression scale*.

ENCADRE 1

Prise en charge sociale des patients âgés atteints de cancer. [110]

Lieux d'information

- *Centre Communal d'Action Sociale (CCAS).*

Pour déposer le dossier de demande d'aide sociale financière (qui sera statué au Conseil Général).

- *Centre Local d'Information et de Coordination.*

Dispense l'aide sociale à trois niveaux : 1. Informer, 2. Evaluer, 3. Assister.

- *Caisse d'Assurance Maladie.*

Au service social sectorisé.

- *Etablissements de soin.*

Au service social.

- Divers : *Caisse d'Allocations Familiales, Caisse de Retraite, Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), Réseaux Régionaux de Cancérologie, Comité Départemental de la Ligue Contre le Cancer.*

Dispositifs d'aide au maintien au domicile

Le *Service d'Aide à Domicile* aide les personnes âgées pour les tâches quotidiennes et pour les soins. Il se positionne en prestataire ou en mandataire (c'est à dire qu'il fournit le personnel qualifié). La personne âgée peut embaucher une aide seule (chèque emploi service universel), soit elle peut se faire aider par sa famille au moyen d'un *congé de solidarité familiale* (pour la fin de vie) ou d'un *congé de soutien familial* (pour accompagner une perte d'autonomie).

Les soins à domicile sont dispensés par le *Service de Soins Infirmiers à Domicile* (SSIAD) sur prescription médicale (soins paramédicaux) ou par l'*Hospitalisation à Domicile* (HAD) après accord du médecin coordinateur et avis favorable du médecin traitant.

Les aides techniques consistent en un portage de repas (par le CCAS), l'équipement par une téléalarme (par le CCAS) et l'aménagement du domicile.

Financement du maintien au domicile

L'*Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA) est destinée aux personnes de plus de 60 ans pour compenser leur perte d'autonomie, la demande est à adresser au Conseil Général.

L'*Aide Sociale à Domicile* (ASD) est destinée aux personnes de plus de 65 ans pour compenser leur perte d'autonomie, la demande est à adresser au CCAS.

Le *Fond National d'Actions Sanitaires et Sociales* (FNASS) est destiné à assister financièrement els personnes en soins palliatifs, la demande est à adresser à la Caisse d'Assurance Maladie.

Hébergement

Les personnes âgées ne pouvant être maintenues à leur domicile peuvent être hébergées dans deux types de structures.

Les *Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes* (EHPAD) sont des lieux de vie assistée, éventuellement médicalisée, et nécessitent un accord du médecin coordinateur de l'établissement.

Les *Unités de Soins de Longue Durée* (USLD) sont des lieux de vie assistée avec une prise en charge médicale continue.

Financement de l'hébergement

L'hébergement comporte trois postes de facturation.

Le poste « soins » est pris en charge par l'Assurance Maladie.

Le poste « hébergement » est à la charge de la personne hébergée qui peut faire une demande d'*Aide Sociale à l'Hébergement* (avec participation à hauteur de 90%, au besoin récupéré sur la succession).

Le poste « dépendance » est à la charge de la personne dépendante qui peut faire une demande d'*Allocation Personnalisée d'Autonomie en Etablissement* (sur le même modèle que l'APA pour le domicile).

Mesures de protection

Les demandes de mesure de protection juridiques sont à déposer auprès du juge des tutelles du tribunal d'instance si la demande est faite par l'entourage de la personne ou auprès du procureur de la République si la demande est faite par un tiers.

Trois mesures sont possibles.

La *sauvegarde de justice* est une protection provisoire d'urgence.

La *curatelle* peut être simple ou renforcée et dure 5 ans renouvelables.

La *tutelle* correspond à une totale incapacité d'agir et dure 5 ans renouvelables.

Depuis 2009, il est possible pour une personne d'anticiper sa perte de capacité grâce à un *mandat de protection future*.