



Document cadre Oncogériatrie Île-de-France

V1 – 05.2020



Table des matières

Glossaire	
Groupe de travail	
Experts rédacteurs	
Parties intéressées	
Pilotage	
Dates des réunions du groupe de travail régional	
Introduction	1
Méthode et objectifs	2
Création d'un « Document cadre Oncogériatrie Île-de-France »	2
Création d'un portail web spécifique Oncogériatrie :	2
Annexe n°1 : Les textes de référence	5
Annexe n°2 : Les Plans Cancer	5
Extrait du Pan Cancer 2003-2005 :	5
Extrait du Plan Cancer 2 2009-2013 :	5
Extrait du Plan Cancer 3 2014-2019 :	6
Annexe n°3 : La création des UCOG	6
Annexe n°4 : Les missions des UCOG	7
Annexe n°5 : Présentation des UCOG franciliennes	8
Annexe n°6 : Les consultations d'oncogériatrie en Île-de-France	10
Annexe n°7 : Les outils d'évaluation	10
Annexe n°8 : Les RCP d'oncogériatrie	12
Annexe n°9 : Soins de suite et de Réadaptation	12
Annexe n°10 : Soins de support	14
Annexe n°11 : Education thérapeutique en cancérologie, focus sujet âgé	15
Annexe n°12 : Soins palliatifs	15
Annexe n°13 : Les filières gériatriques et les réseaux	16
Annexe n°14 : Dispositifs d'Appui à la Coordination	17
Annexe n°15 : La recherche en oncogériatrie	18
Annexe n°16 : Sociétés savantes et groupes de réflexion FROG	18
Annexe n°17 : Formations d'oncogériatrie	19
Bibliographie :	20

Glossaire

AFSOS	Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support
ARS	Agence Régionale de Santé
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DIU	Diplôme InterUniversitaire
DU	Diplôme Universitaire
EGA	Evaluation Gériatrique Approfondie
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FROG	FRancilian Oncogeriatric Group
G-CODE	Geriatric COre Data sEt
HAS	Haute Autorité de Santé
INCa	Institut National du Cancer
IPA	Infirmière de Pratiques Avancées
LMSS	Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MAÏA	Méthode d'Action pour l'Intégration d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et de l'Aide à la Contractualisation
ONCORIF	Réseau Régional de Cancérologie Île-de-France
PHRC	Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SoFOG	Société Francophone d'OncoGériatrie
SOS	Soins Oncologiques de Support
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UCOG	Unité de Coordination en OncoGériatrie
UPCOG	Unité Pilote de Coordination en OncoGériatrie
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USP	Unité de Soins Palliatifs

Groupe de travail

Experts rédacteurs

- Dr Philippe Caillet, gériatre, Hôpital Européen Georges Pompidou AP-HP
- Dr Julie Chopart, médecin en unité de soins palliatifs, Hôpital Bretonneau AP-HP
- Dr Eric Dupuydupin, gériatre, Hôpital Henri Mondor AP-HP
- Dr Virginie Fossey-Diaz, gériatre, Hôpital Bretonneau AP-HP
- Dr Djamel Ghebriou, oncogériatre, Hôpital Tenon AP-HP
- Dr Marie Laurent, gériatre, Hôpital Henri-Mondor AP-HP
- Pr Elena Paillaud Laurent Puig, gériatre, HEGP AP-HP
- Dr Frederic Pamoukdjian, gériatre, Hôpital Avicenne AP-HP
- Dr Coralie Prébet, assistante spécialiste en oncologie médicale, référent soins oncologiques de support, Hôpital Tenon AP-HP
- Dr Florence Rollot-Trad, Oncogériatre, Institut Curie
- Dr Chloé Sitbon, médecin en unité de soins palliatifs, Hôpital Bretonneau AP-HP

Parties intéressées

ARS (Agence Régionale de Santé) Île-de-France représentée par :

- Dr Danièle Simon, référente Cancer
- Claire Davy, chef de projet parcours de la personne âgée

Pilotage

ONCORIF, Réseau Régional de Cancérologie Île-de-France, représenté par :

- Pauline Blondeau, chef de projets
- Laurent Borgiès, responsable communication
- Sandra Lefèvre, directrice

Dates des réunions du groupe de travail régional

- 20 décembre 2018
- 5 septembre 2019
- 6 janvier 2020 *reportée*

Introduction

Le cancer : une maladie du patient âgé

Le cancer est une pathologie dont l'incidence augmente avec l'âge. En 2050, un cancer sur deux surviendra chez les personnes de plus de 75 ans (1). L'âge médian au diagnostic est de 68 ans chez l'homme et de 67 ans chez la femme, et l'âge médian au décès est de 73 ans chez l'homme et 77 ans chez la femme (2). En 2017, 62,4% de l'ensemble des cancers touchaient les plus de 65 ans et 11,5% les plus de 85 ans (9,3% parmi les hommes et 14% parmi les femmes) (3) tandis que 75,3% du total des décès par cancers survenaient chez les plus de 65 ans et 24,8% chez les plus de 85 ans (4).

Chez l'homme, les cancers les plus fréquents, en termes de nouveaux cancers, concernent la prostate, le poumon et le colon-rectum. Ils sont responsables de 46,5 % des décès chez les plus de 65 ans. Chez la femme, ce sont les cancers du sein, colorectaux et du poumon qui sont les plus fréquents et responsables de 43,2 % des décès par cancer chez les plus de 65 ans. (3-4)

Un risque de décès plus élevé chez les patients âgés

La mortalité par cancer augmente avec l'âge. Si l'on prend l'exemple du cancer de la prostate, la survie nette (survie que l'on observerait si le cancer était la seule cause du décès) à 10 ans pour un cancer de la prostate est de 61% pour les 75-84 ans et de 32% pour les plus de 85 ans, alors qu'elle est de 83% pour les 55-64 ans et de 79% pour les 65-74 ans. (3) L'augmentation du risque de décès par cancer chez le patient âgé pourrait avoir différentes explications comme : un diagnostic plus tardif que chez les patients plus jeunes, une altération de l'état général liée au cancer plus précoce, un nombre de comorbidités plus importants et/ou un traitement inadapté (1).

Des facteurs gériatriques à prendre en compte avant la décision de traitement

Chez le patient âgé, en plus des facteurs oncologiques, les facteurs gériatriques (comorbidités, baisse des réserves fonctionnelles) doivent être pris en compte pour la décision de traitement. Depuis 2012, l'Institut National du Cancer (INCa) recommande la réalisation d'un test de dépistage de la fragilité ou vulnérabilité chez l'ensemble des patients âgés atteints de cancer, le G8 (5). Ce test est basé sur un score côté de 0 à 17. Si le patient âgé est identifié comme « robuste » ($G8 > 14$) et bien que les méthodes de mesure d'identification d'un patient robuste soient discutées, sa prise en charge pourra être identique à celle d'un patient plus jeune. Si le patient âgé est identifié comme « vulnérable » ou « fragile » par le G8 (≤ 14) celui-ci devra pouvoir bénéficier d'un avis gériatrique avant la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), voire au besoin une évaluation gériatrique approfondie (EGA). L'EGA est une évaluation multi-domaines, créée initialement chez des patients âgés non atteints de cancer et qui comprend une évaluation du contexte social, des états nutritionnel, cognitif, fonctionnel et thymique, de l'autonomie et des comorbidités. Cette EGA effectuée au cours de la consultation de gériatrie ou d'oncogériatrie pourra, ou non, moduler la proposition de plan de traitement. En plus de cette aide à la décision, le gériatre ou l'oncogériatre pourra aussi proposer un plan d'intervention afin de permettre une stabilisation ou une amélioration des différentes comorbidités et/ou syndromes gériatriques du patient.

Faisabilité des traitements chez les patients âgés

Quel que soit le plan de traitement envisagé à l'issue de la RCP, la question de la faisabilité du traitement chez le patient âgé est essentielle. Exposer un patient âgé, comorbide et/ou avec un ou plusieurs syndromes gériatriques à un traitement anticancéreux, c'est prendre le risque de toxicités et de décompensation de la ou des comorbidités et/ou l'aggravation du/des syndromes gériatriques. Les questions : « Est-ce que ce patient va supporter l'intervention chirurgicale ou la chimiothérapie qu'on lui propose ? Va-t-il réussir à aller jusqu'au bout de son traitement ? » sont centrales en oncogériatrie et doivent prendre en compte les facteurs oncologiques mais aussi les caractéristiques gériatriques qui peuvent influencer sur la faisabilité ou pas du traitement.

Méthode et objectifs

Sous l'impulsion de l'INCa et de la DGOS, quinze Unités Pilotes de Coordination en OncoGériatrie ont été mises en place dès 2006 afin de développer des prises en charge adaptées aux personnes âgées atteintes de cancer et d'optimiser les compétences des deux spécialités médicales concernées, celle de cancérologie et celle de gériatrie, par le biais d'une coordination accrue entre ces acteurs. Dans le but de poursuivre le développement de la prise en compte des spécificités liées au vieillissement, l'INCa et la DGOS ont lancé, en 2011, des appels à projets visant à soutenir le déploiement national d'unités de coordination en oncogériatrie (UCOG).

Le réseau régional de cancérologie Île-de-France ONCORIF, soutenu par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France, a mis en place un groupe de travail régional sur la thématique de l'oncogériatrie composé de professionnels intervenant auprès de cette population, afin d'améliorer la visibilité et lisibilité de l'existant en oncogériatrie en Île-de-France.

Création d'un « Document cadre Oncogériatrie Île-de-France »

Les différentes réunions ont permis de conclure à la nécessité de rédiger le présent document regroupant l'ensemble des informations disponibles pour la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer en Île-de-France, téléchargeable sur le site internet d'ONCORIF.

Création d'un portail web spécifique Oncogériatrie :

Pour orienter professionnels et patients vers une prise en charge adaptée, les informations de ce document seront accessibles via un portail web dédié accessible sur le site d'ONCORIF dans la rubrique « Prises en charge spécifiques » sur <https://www.oncorif.fr/prises-en-charge-specifiques/oncogeriatrice/>. Ce portail comportera notamment :

- Les Plans Cancer ;
- Une présentation de l'oncogériatrie ;
- Une présentation des UCOG ;
- L'annuaire des 5 UCOG franciliennes, des oncogéiatres et des consultations en oncogériatrie ;
- Des liens vers le site de l'INCa, du Cancéropôle Île-de-France, de la SoFOG et du FROG ;

Une carte interactive des différentes UCOG et le listing des consultations oncogériatriques identifiées par les UCOG sont également sur le site internet d'Oncorif pour renforcer la visibilité de l'offre en oncogériatrie francilienne.

Annexes

Annexe n°1 : Les textes de référence

- Le point 23.4 du Plan Cancer 2 et l'action 2.16 du Plan Cancer 3 (Annexe 2).
- Circulaire DHOS 22/02/2005 « Organisation des soins en cancérologie » dont le champ d'application repose sur la cancérologie adulte, sans mention des spécificités du sujet âgé
- Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 avec l'inscription de la nécessité de proposer une approche spécifique par population et territoire en positionnant la pertinence comme élément structurant du système, la prise en compte des spécificités liées à l'âge s'inscrivant fortement dans cet axe de pertinence.
- Le Projet Régional de Santé Île-de-France 2018-2022 avec des objectifs de fluidification du parcours de santé de la personne âgée atteinte de cancer.
- La Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016

Annexe n°2 : Les Plans Cancer

Extrait du Plan Cancer 2003-2005 :

Mesure 38 : Mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées.

- Identifier au sein de l'Institut National du Cancer une mission d'oncogériatrie chargée de la promotion et de la coordination de travaux en épidémiologie, adaptation des traitements et essais cliniques sur la population âgée.
- La spécificité des problèmes posés par la prise en charge des personnes âgées fera l'objet de référentiels particuliers.

Extrait du Plan Cancer 2 2009-2013 :

Action 23.4 : Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer.

L'incidence du cancer augmente régulièrement avec l'âge et près d'un tiers des cancers surviennent aujourd'hui après 75 ans. Le premier rapport d'expertise sur l'oncogériatrie, publié par l'INCa en juin 2009, dresse l'état des lieux actuel et pose les perspectives d'évolution de la discipline. Ce rapport met en avant le rôle des 15 Unités Pilotes de Coordination en OncoGériatrie (UPCOG), créées à titre expérimental sous l'impulsion de l'INCa dans 13 régions.

- Évaluer les Unités pilotes de coordination en oncogériatrie et élaborer des recommandations sur le déploiement national de ces unités.
- Finaliser l'étude clinique sur l'outil d'évaluation gériatrique (étude Oncodage) et généraliser son utilisation à compter de 2011.
- Élaborer des recommandations de stratégies de prise en charge adaptées aux personnes âgées pour les cancers ayant la plus grande incidence à partir de 2010.

- Action 2.17 : Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie et dans la formation de cancérologie.

Extrait du Plan Cancer 3 2014-2019 :

« La structuration de la prise en charge des personnes âgées a débuté en 2006. Elle se doit de couvrir l'ensemble du territoire en raison des besoins complexes et de l'incidence de la maladie dans cette tranche d'âge. Il conviendra de faire monter en charge et en responsabilité l'organisation actuelle dédiée aux personnes âgées qui sont confrontées à la maladie cancéreuse dans un contexte de comorbidités fréquentes et de fragilité accrue, nécessitant impérativement un regard pluridisciplinaire.

Action 2.16 : Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.

La prise en charge des personnes âgées, caractérisées par plusieurs éléments de fragilité dans la prise en charge du cancer (polypathologies fréquentes, difficultés de mobilité), est une priorité.

La réponse apportée aux besoins de cette population devra s'ancrer dans l'organisation nationale intégrant les DOM définie par le Plan cancer 2009-2013 et qui a trouvé une concrétisation récente avec le déploiement d'unités et d'antennes de coordination en oncogériatrie (UCOG). Ces unités doivent avoir un rôle de diffusion des bonnes pratiques dans une perspective d'homogénéisation régionale, mais aussi un rôle dans la recherche et la formation des professionnels. Il est nécessaire également d'évaluer les résultats obtenus par ces unités en termes de modifications des pratiques et notamment en termes de diffusion de l'outil « Oncodage » (5).

- Évaluer et ajuster le cas échéant le dispositif des UCOG afin de modifier effectivement les pratiques de prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer, et de répondre aux spécificités des traitements.
- Structurer la recherche clinique en oncogériatrie en s'appuyant sur ce dispositif organisationnel. »

Annexe n°3 : La création des UCOG

Compte tenu de l'augmentation de l'incidence des cancers dans la population gériatrique, la mesure 38 du plan cancer (2003-2005) prévoit de mieux adapter les modes de prise en charge et les traitements aux spécificités des personnes âgées.

En 2006, 15 unités pilotes d'oncogériatrie (UPCOG) réparties dans 13 des 27 régions françaises sont créées. Le financement est assuré par l'INCa, versé sous forme de fonds MIGAC.

Le second plan Cancer (2009-2013) décide de renforcer cette initiative. Un nouvel appel à projet est lancé par l'INCa en 2011. Ainsi, 28 unités de coordination dont 4 antennes en oncogériatrie sont ainsi labellisées (Rouen, Tours, Besançon, Clermont-Ferrand).

L'action 2.16 du plan Cancer 2014-2019 insiste sur la priorité de prendre en charge la population gériatrique et le rôle des UCOG dans la diffusion des bonnes pratiques dans une perspective d'homogénéisation régionale, de recherche et de formation.

Afin de répondre au cahier des charges, chaque UPCOG/UCOG a développé une organisation territoriale dans le respect des structures existantes. Le fonctionnement de chaque UCOG repose toujours sur une collaboration onco-gériatrique : l'oncologue pose le plus souvent le diagnostic de cancer et propose (avec validation lors de la RCP) les thérapeutiques.

Le gériatre diagnostique les pathologies associées, hiérarchise les comorbidités, évalue l'état fonctionnel et l'environnement social, propose une prise en charge afin d'optimiser le traitement et dans l'idéal, assure un suivi du patient.

La réunion de ces deux expertises doit permettre une amélioration de la prise en charge globale : choix du traitement, nécessité et mise en place des soins de support (prise en charge nutritionnelle, kinésithérapie, adaptation du domicile, soutien psychologique...), suivi gériatrique.

En 2014, les agences régionales de santé (ARS) ont sollicité tous les pilotes d'UCOG afin que les centres ayant une activité en cancérologie soient rattachés à une UCOG. Le but étant un partage d'outils et de recommandations pour optimiser la prise en charge du sujet âgé atteint de pathologie cancéreuse.

Annexe n°4 : Les missions des UCOG

Dès la création des UCOG, le cahier des charges formulé par l'INCa stipulait qu'il fallait :

- Améliorer la formation des soignants pour une meilleure prise en charge des patients de plus de 75 ans
- Augmenter le nombre de personnels formés en oncogériatrie
- Permettre aux patients de plus de 75 ans d'avoir une évaluation oncogériatrique avant la prise en charge thérapeutique

Les UPCOG ont alors défini des programmes opérationnels de prise en charge en travaillant sur 3 axes :

- Formation/information,
- Accès aux soins, aux évaluations oncogériatriques et aux suivis des patients,
- Inclusion des personnes âgées dans les protocoles de recherche.

Ces programmes reposaient avant tout sur le développement d'un partenariat entre les services de gériatrie et d'oncologie. Ainsi, chaque UPCOG/UCOG a développé une organisation territoriale dans le respect des structures existantes afin de répondre au mieux à ses missions :

- Pilotage : comités de pilotage avec des comités locaux pour élaborer des projets communs, les évaluer, diffuser les informations, à l'occasion de réunions pluriannuelles ;
- Evaluations et suivis :
 - par le biais de médecins évaluateurs en consultation, au lit du malade, en hôpital de jour et développement des équipes mobiles ;

- participation des gériatres aux RCP d'organes ;
 - utilisation de l'outil G8 (étude Oncodage) (5) et de l'évaluation gériatrique standard, mais également recrutement d'infirmières de coordination qui interviennent dans l'évaluation et dans la coordination du parcours du patient entre la ville et l'hôpital ;
 - développement des liens avec les réseaux de ville de soins de support, de soins palliatifs, ainsi qu'avec les travailleurs sociaux et les centres anti-douleur.
- Formation/Information : création de DIU d'oncogériatrie, de DU d'oncogériatrie ouverts aux médecins et aux paramédicaux, participation aux congrès d'oncogériatrie (SOFOG, SIOG, MAO, Journées Arpège...), organisation de journée sur une thématique cancéreuse, création de site internet présentant l'UCOG, d'annuaires référencant tous les interlocuteurs, etc.
 - Recherche : partage d'outils d'évaluation, PHRC, essais cliniques, recrutement d'attachés de recherche clinique.

Annexe n°5 : Présentation des UCOG franciliennes

Vous trouverez sur les tableaux suivants les coordonnées, contacts et missions des 5 UCOG d'Île-de-France (mise à jour : Septembre 2019).

Une carte interactive de ces UCOG est disponible en ligne sur : <https://www.oncorif.fr/prises-en-charge-specifiques/oncogeriatry/> ainsi qu'un dépliant de présentation :

UCOG PARIS NORD
AP-HP Hôpital Bretonneau, 75018 Paris
AP-HP Hôpital Saint Louis, 75010 Paris
Coordonnateurs :
• Pr Stéphane Culline, oncologue, Hôpital Saint Louis
• Dr Virginie Fossey-Diaz, gériatre, Hôpital Bretonneau
01 53 11 18 02 - 06 25 44 34 29 (IDE)
virginie.fossey@aphp.fr
amelie.arequi@aphp.fr
rachida.qabbal@aphp.fr

UCOG PARIS OUEST
AP-HP Hôpital Européen Georges-Pompidou, 75015 Paris
Coordonnateurs :
• Pr Elena Paillaud, AP-HP HEGP
• Dr Elienne Brain, Institut Curie
01 56 09 33 13 ou 27 09
secretariat.geriatry@egp.aphp.fr
ucog.parisouest@aphp.fr

UCOG 93
AP-HP Hôpital René Muret/Hôpital Avicenne – HUPSSD, 93270 Sevran
Coordonnateurs :
• Dr Frederic Pamoukdjian, gériatre
• Dr Georges Sebbane, gériatre
• Pr Laurent Zilek, oncologue
01 48 95 70 35 (Dr Pamoukdjian)
frederic.pamoukdjian@aphp.fr

UCOG PARIS EST
AP-HP Hôpital Tenon, 75020 Paris
AP-HP Hôpital Charles Foix, 94200 Ivry-sur-Seine
Coordonnateurs :
• Dr Djamel Ghebricou, Hôpital Tenon
• Pr Pascal Chaïbi, Hôpital Charles Foix
01 56 01 77 24
djamel.ghebricou@aphp.fr
pascal.chaibi@aphp.fr
oncogeriatry.paris-est@aphp.fr

UCOG SUD VAL-DE-MARNE
AP-HP Hôpital Henri Mondor, 94000 Créteil
Coordonnateurs :
• Dr Marie Laurent, gériatre
• Pr Christophe Tourmigand, oncologue
01 49 81 24 81 - 01 49 81 47 14 - 01 49 81 30 74
marie.laurent@aphp.fr

PRINCIPALES MISSIONS DES UCOG

- Ajuster les traitements oncologiques des patients âgés, grâce à l'évaluation oncogériatrique. Ces évaluations peuvent avoir lieu lors de consultation mais également lors d'hospitalisation. Le spécialiste d'organe s'aide de l'outil G8 pour repérer les patients les plus fragiles et les orienter vers le gériatre.
- Promouvoir la prise en charge de ces patients dans la région afin de la rendre accessible à tous.
- Soutenir la formation et l'information en oncogériatrie, auprès du grand public et des personnels soignants.
- Contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie, notamment en impulsant des collaborations interrégionales.

Plaquette de présentation des UCOG franciliennes téléchargeable sur : https://www.oncorif.fr/wp-content/uploads/2019/10/depliant_oncogeriatry_impression.pdf

	UCOG 93	UCOG Paris Nord	UCOG Paris Ouest	UCOG Sud Val de Marne	UCOG Paris Est
Adresse	AP-HP Hôpital René Muret/Hôpital Avicenne - HUPSSD, 93270 Sevran	AP-HP Hôpital Bretonneau 75018 Paris AP-HP Hôpital Saint Louis, 75010 Paris	AP-HP Hôpital Européen Georges-Pompidou, 75015 Paris	AP-HP Hôpital Henri Mondor, 94000 Créteil	AP-HP Tenon, 75020 Paris AP-HP Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles Foix, Ivry-sur-Seine
Contact	frederic.pamoukdjian@aphp.fr 01 48 95 70 35	virginie.fossey@aphp.fr amelie.aregui@aphp.fr rachida.gabbal@aphp.fr 01 53 11 18 02, 06 25 44 34 29 (IDE), 01 53 11 17 11 (secrétariat de gériatrie, Hôpital Bretonneau)	secretariat.geriatrie@egp.aphp.fr ucog.parisouest@aphp.fr 01 56 09 33 13 ou 27 09	marie.laurent@aphp.fr 01 49 81 24 81 01 49 81 47 14 01 49 81 30 74	djamel.ghebriou@aphp.fr pascal.chaibi@aphp.fr oncogeriatry.paris-est@aphp.fr 01 56 01 77 24
Coordonnateurs	Dr Frederic Pamoukdjian, gériatre Dr Georges Sebbane, gériatre Pr Laurent Zelek, oncologue	Pr Stéphane Culine, oncologue, AP-HP Saint Louis Dr Virginie Fossey-Diaz, gériatre, AP-HP Bretonneau	Pr Elena Paillaud, AP-HP HEGP Dr Etienne Brain, Institut Curie	Dr Marie Laurent, gériatre Pr Christophe Tournigand, oncologue	Dr Djamel Ghebriou, AP-HP Tenon Dr Pascal Chaibi, AP-HP Charles Foix
Missions principales	Soins : équipe Mobile d'intervention Oncogériatrique (EMOG) réalisant les évaluations gériatriques initiales et de suivi des malades âgés atteints de cancer HDJ Médecine gériatrique à thématique oncogériatrique SSR à thématique oncogériatrique Hospitalisations complètes en gériatrie aiguë RCP oncogériatrique Enseignement : DU « Personne âgée et cancer » (Paris 13) à destination des gériatres, oncologues, pharmaciens et IDE Recherche clinique et translationnelle en oncogériatrie Information (auprès des structures de soins et du public) : Rencontres en oncogériatrie du 93	Évaluations oncogériatriques et suivis Coordination du parcours de soins Recherche Formation Information	Soins : Consultations d'évaluations oncogériatriques ; unité aiguë oncogériatrique Recherche Formation Information	Evaluations oncogériatriques Clinique Structuration de la recherche clinique en oncogériatrie Formation Information	Soins : consultation d'évaluation oncogériatrique, Unité aiguë oncogériatrique et SSR oncogériatrique Recherche Formation Information

Annexe n°6 : Les consultations d'oncogériatrie en Île-de-France

Vous retrouverez les consultations d'oncogériatrie identifiées par les UCOG en Île-de-France directement sur le site internet du Francilian Oncogeriatric Group (FROG) : http://www.frog-oncogeriatric.com/page_standard.asp?codepage=consultations.

Annexe n°7 : Les outils d'évaluation

Les sociétés savantes recommandent de réaliser une évaluation gériatrique approfondie (EGA) (ou *Comprehensive Geriatric Assessment*, CGA) chez les patients âgés atteints de cancer avant de décider du traitement [a], particulièrement lorsqu'il s'agit d'une chimiothérapie [b]. En effet, l'EGA constitue le meilleur moyen d'appréhender de manière objective l'hétérogénéité de la population âgée, notamment en termes de statut fonctionnel, d'état cognitif ou encore de comorbidités.

L'EGA est une procédure diagnostique et interventionnelle, multidimensionnelle et pluridisciplinaire. Elle évalue de manière exhaustive l'état de santé global d'un patient âgé au moyen d'outils validés et reproductibles qui analysent les principales dimensions du sujet âgé : environnement social ; statut fonctionnel physique, cognitif et psychique, nutritionnel ; comorbidités, traitements. L'EGA permet une estimation individuelle du rapport bénéfice-risque des traitements envisagés, dans la mesure où les outils de l'EGA sont corrélés à la toxicité des traitements et à la mortalité [c].

Pour chacun des domaines de l'EGA énoncés ci-dessus, plusieurs « outils », « scores » ou « échelles » peuvent être utilisés en pratique clinique. Le choix d'utiliser un outil plutôt qu'un autre, ou d'associer plusieurs outils pour évaluer un même domaine peut dépendre des habitudes du clinicien, de la complexité de passation du test et/ou de son temps de réalisation, ou encore de la question thérapeutique posée. Pour chacun des domaines à évaluer ci-après, la liste des outils proposés ne prétend pas être exhaustive, mais indicative des outils les plus fréquemment utilisés en pratique clinique lors de l'EGA. Il est possible de retrouver la plupart de ces outils sur le site Internet de la Société Francophone d'Onco-Gériatrie (SoFOG), via le lien suivant : <http://sofog.org/article-outils-evaluation-geriatrique-en-oncologie>.

● Evaluation de l'autonomie physique :

- ECOG-PS (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status)
- Indice de Karnofsky [Karnofsky D. Columbia University Press, New-York 1949 : 191-205],
- Activités de base de la vie quotidienne : scores ADL (Activities of Daily Living) [Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. JAMA 1963; 21: 914-9],
- Activités instrumentales de la vie quotidienne : scores IADL (Instrumental ADL) [Lawton MP, Brody EM. Gerontologist 1969; 9:179-86].

● Evaluation d'un trouble de la marche et/ou d'un risque de chute :

- Nombre de chute dans les 6 derniers mois,
- Vitesse de marche [Clegg A, Rogers L, Young J. Age Ageing 2015; 44(1): 148-52],

- Timed Get Up and Go Test [Mathias S, Nayak USL, Isaacs B. Arch Phys Med Rehabil 1986; 67: 287-389],
- Test d'appui unipodal.

● **Evaluation nutritionnelle :**

- Recherche d'une perte de poids involontaire dans les 3 à 6 mois précédents l'EGA,
- Calcul de l'indice de masse corporelle (IMC),
- Mini Nutritional Assessment (MNA) [Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Nutr Rev 1996;54: S59-S65].

● **Evaluation cognitive :**

- Mini Cog,
- Mini Mental State Examination (MMSE) [Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. J Psychiatr Res 1975; 12:189-198],
- Test de l'horloge [Shulman KI, Gold DP, Cohen CA, et al. Int J Geriatr Psychiatry 1993; 8: 487-496],
- Test des cinq mots de Dubois [Dubois B, Touchon J, Portet F, et al. Presse Med 2002; 31: 1696-9],
- Test de dépistage d'une confusion : Confusion Assessment Method (CAM) [Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Ann Intern Med 1990; 113: 941-8].

● **Evaluation thymique :**

- Geriatric Depression Scale (GDS ; 30 ou 15 items) [Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. J Psychiatric Res 1983; 17: 37-49],
- Mini-GDS (4 items) [Clément JP, Nassif RF, Léger JM, et al. Encephale 1997; 23: 91-99].

● **Evaluation des comorbidités et de la polymédication :**

- Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G) [Miller et al. Illness Rating Scale-Geriatric. Psychiatry Res, 1992 ; 41 : 237-48],
- Index de Charlson actualisé [Quan H, Li B, Couris CM, et al. Am J Epidemiol 2011; 173(6): 676-82],
- Nombre de médicaments (polymédication si ≥ 5).

Il est important de garder à l'esprit qu'une altération d'un ou plusieurs domaines de l'EGA révélée par un score anormal à l'un de ces outils ne signifie pas nécessairement que le traitement n'est pas possible. Il identifie en revanche un problème de santé pour lequel des actions spécifiques sont requises. C'est pourquoi l'EGA est réalisée par un (onco-) gériatre afin de ne pas méconnaître des actions de prise en charge gériatrique spécifique permettant une amélioration de l'état de santé global, et/ou de rendre possible la réalisation d'un traitement qui ne paraissait pas possible de prime abord.

Il existe également des outils pronostiques qui peuvent aider à évaluer le devenir du patient en termes de risque de complications chirurgicales, de mortalité ou de toxicité de la chimiothérapie.

- **Risque de complications postopératoires :** ACS (American College of Surgeons) Surgical Risk calculator [<https://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator/>].

- **Risque de mortalité** [<https://eprognosis.ucsf.edu/>] :

- Risque de décès à 1 an : score de Gagne [Gagne JJ, Glynn RJ, Avorn J, et al. J Clin Epidemiol 2011; 64(7): 749-59]
- Risque de décès à 4 et 10 ans : Index de Lee [Lee SJ, Lindquist K, Segal MR, et al. JAMA 2006; 295(7): 801-8]

● **Risque de toxicité de la chimiothérapie :**

- Score CARG [Hurria A, Togawa K, Mohile SG, et al. J Clin Oncol 2011; 29: 3457-65],
- Score CRASH [Extermann M, Boler I, Reich RR, et al. Cancer 2012; 118: 3377-86].

Enfin, il existe des scores pour évaluer la qualité de vie des patients tels, que le QLQ-C30 et QLQ-ELD14, respectivement sur 30 et 14 items, développé par l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). [<https://www.eortc.org/>]

En situation de recherche clinique en oncogériatrie, on peut recommander la réalisation d'une très courte évaluation gériatrique par le G-CODE (Geriatric COre Data sEt) [Paillaud E, Soubeyran P, Caillet P, et al. Eur J Cancer 2018; 103: 61-68]. Cette courte évaluation ne peut en aucun cas se substituer à l'EGA nécessaire et recommandée en tant qu'élément d'aide à la décision thérapeutique, mais elle permet une description minimale, reproductible et objective des caractéristiques gériatriques de la population incluse dans l'étude.

Annexe n°8 : Les RCP d'oncogériatrie

Chaque UCOG francilienne a développé une expertise de haut niveau dans la prise en charge du cancer du sujet âgé, principalement au sein des établissements supports. Il est possible d'en bénéficier par le biais de consultations ou de discussions en staffs.

Les RCP d'oncogériatrie font l'objet d'une identification par les UCOG, qui rassemble des acteurs exerçant dans plusieurs établissements, qui est véritablement multidisciplinaire (oncologue, gériatre, radiothérapeute, radiologue, médecine nucléaire, ...). Elle est basée à l'Hôpital Tenon (UCOG Île-de-France Paris Est) et accessible physiquement ou en vidéoconférence par l'outil LYNC le vendredi à 16h. Des dossiers peuvent aussi être soumis par le biais de l'outil de télémédecine ORTIF (ACETIAM).

Annexe n°9 : Soins de suite et de Réadaptation

Le séjour dans une unité de réadaptation est une séquence importante dans certains parcours de soins des patients âgés atteints de pathologies cancéreuses.

Selon la nouvelle définition de cette prise en charge, l'activité de soins de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et les limitations d'activité des patients atteints de pathologies chroniques ou dans les suites d'épisodes aigus, que ces conséquences

L'unité de SSR prenant en charge des patients âgés atteints de cancer s'intègre au mieux dans les décisions des RCP ainsi que du PPS (Plan Personnalisé de Soins) et élabore un projet thérapeutique proposé au patient en collaboration, si possible, avec les différents acteurs de la prise en charge (chirurgiens, oncologues, spécialistes d'organes, radiothérapeutes, médecins de ville, ...). Les patients de plus de 70 ans atteints de cancer peuvent intégrer des unités polyvalentes, gériatriques ou spécialisées dans la modalité « cancer » dont il existe deux mentions : la mention « oncologie » et la mention « oncologie et hématologie » (cette dernière supposant la capacité d'assurer la poursuite et le suivi d'un traitement par chimiothérapie). Dans tous les cas, ces unités qui accueillent ces patients répondent, au-delà d'un cahier des charges spécifiques à chacune, à des attentes spécifiques de cette typologie de patients.

Le patient âgé atteint de cancer est d'autant plus fragilisé et à risque de décompensation rapide de pathologies préexistantes ou générées directement ou non par le cancer et/ou son traitement. Ainsi, les locaux et le matériel devront être adaptés à l'accueil des patients à risque de complication de perte d'autonomie (lève-malades, rails de transfert, fauteuils roulants, déambulateur...), de complications de décubitus (matelas "curatifs", ...), de troubles cognitifs et du comportement (espaces calmes et "protégés") et de complications iatrogéniques (médicaments "coûteux" anticancéreux, transfusions, ...).

Concernant le personnel, les équipes des unités accueillantes sont formées aussi bien en gériatrie (troubles cognitifs et du comportement, sarcopénie, chutes, ...) qu'en oncologie (gestions des risques des traitements cancérologiques, surveillances adaptées, maniement de matériel spécifiques (port à cathéter, PICCLINE, trachéotomie, ...). Elles connaissent le parcours (et ses difficultés) aussi bien sur le versant oncologique que gériatrique. La rééducation fonctionnelle (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie), la renutrition (orale, entérale ou parentérale) et la prise en charge sociale prennent en compte la spécificité de ces patients aussi bien dans les moyens à mettre en place que dans le respect du temps accordé à chacun.

Le séjour en unité de réadaptation est un moment important de la prise en charge des patients de plus de 70 ans atteints de cancer. Il doit être travaillé en amont avec le patient et doit proposer des modalités de sorties adaptées pour chaque patient.

Annexe n°10 : Soins de support

Les soins oncologiques de support doivent répondre aux besoins et symptômes du patient, tout au long de la maladie : avant, pendant et après les traitements spécifiques du cancer. Ils visent à optimiser la qualité de vie. Une attention particulière est portée à l'environnement du patient âgé et à ses capacités de ressources, pour préserver son indépendance fonctionnelle. Cette prise en charge pluridisciplinaire nécessite l'intervention coordonnée de divers professionnels (médecins, soignants, diététiciens, kinésithérapeutes, assistante sociale, psychologue etc.) autour du patient, et s'articule entre l'hôpital et la ville (médecin traitant, IDE libéraux, SSIAD, réseaux de santé, soins de suite). Une vigilance accrue est portée sur le statut nutritionnel et le renforcement musculaire, garants de la mobilité. La prévention primaire de la neutropénie fébrile sous chimiothérapie et l'accompagnement social sont également essentiels chez la personne âgée. Une réflexion partagée est de mise concernant les ordonnances, le choix et le maniement de certaines molécules (ex : anti-émétiques, antalgiques,

psychotropes etc.). L'anticipation de la iatrogénie et la prévention des décompensations de pathologies associées sont primordiales. Des programmes de préhabilitation proposent avant certaines chirurgies carcinologiques, une approche multimodale (activité physique adaptée, soutien nutritionnel et psychologique), en vue d'optimiser la récupération post-opératoire et limiter les complications à fort impact sur l'autonomie. Enfin, des modules d'éducation thérapeutique sont accessibles aux patients âgés atteints de cancer et/ou à leurs aidants. Des recommandations établies par la Société Française de Soins Oncologiques de Support (AFSOS) sont accessibles en ligne et actualisées régulièrement.

Annexe n°11 : Education thérapeutique en cancérologie, focus sujet âgé

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus continu qui vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (HAS, 2007) et leur(s) traitement(s). L'ETP participe à l'amélioration de la santé du patient et de sa qualité de vie. Plusieurs facteurs liés au vieillissement peuvent être susceptibles d'interférer avec l'éducation du patient tels troubles sensoriels, cognitifs, polypathologie et polymédication. Le Plan Cancer 2014-2019 insiste sur le développement de l'ETP et l'implication du patient et des professionnels de premier recours dans le suivi des traitements et des modalités de prise en charge, notamment en ce qui concerne la chimiothérapie orale.

En effet, les principaux enjeux éducatifs reposent sur l'observance, définie par l'OMS comme la concordance entre le comportement d'un patient et les recommandations d'un soignant, et sur la qualité de vie (liée à la santé, aux aspects psychosociaux, etc.) de la personne âgée atteinte de cancer, qui devient acteur de son traitement. La place des aidants dans l'éducation thérapeutique du sujet âgé est également primordiale. Les Infirmières de Pratiques Avancées (IPA) peuvent elles aussi s'inscrire à tous les niveaux du parcours de santé des personnes âgées atteintes de cancer et participer activement à l'ETP en ambulatoire, en équipe mobile, en structures hospitalières ou bien médico-sociales.

Annexe n°12 : Soins palliatifs

Selon la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), les soins palliatifs sont « les soins et l'accompagnement apportés à une personne gravement malade pour lui permettre de bien ou mieux vivre le temps qui lui reste à vivre ».

Les Unités de Soins Palliatifs (USP) sont des structures d'hospitalisation, composées d'une dizaine de lits, accueillant des patients relevant de soins palliatifs. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont en grande majorité les cancers, souvent à un stade métastatique, mais également des pathologies neuro-dégénératives, ou encore des défaillances d'organes terminales. Une admission en USP est décidée par l'équipe médicale, grâce à des demandes « Corpalif » (accessibles sur

<http://www.corpalif.org/pages/index.php>), qui permettent de préciser l'ensemble des informations médicales importantes par le médecin en charge du patient (médecin en service hospitalier ou à domicile).

Il existe dans certains services hospitaliers, des Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP), permettant de prendre en charge des patients en soins de confort dans le service dans lequel ils sont suivis depuis le début de leur maladie. Ces lits se trouvent principalement dans les services d'Oncologie, d'Hématologie ou de Pneumologie. Ils sont cependant peu nombreux.

Lorsqu'un patient ne peut, par manque de disponibilité, bénéficier d'un LISP ou d'une place en Unité de Soins Palliatifs, il peut être pris en charge par une Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP) au sein de son service d'hospitalisation. Cette équipe est composée au minimum d'un médecin, d'un(e) infirmier(e) et d'un(e) psychologue, et intervient sur l'ensemble de l'hôpital (ou parfois de plusieurs hôpitaux), pour la mise en place de soins palliatifs.

Les liens sont étroits entre les médecins des USP et les équipes de soins à domicile, et notamment les réseaux de santé en soins palliatifs, dont la mission est d'assurer un suivi au domicile, avec une évaluation pluridisciplinaire des patients relevant de soins palliatifs. Il en existe une centaine en France, dont une vingtaine en Île-de-France. La répartition géographique n'est cependant pas homogène, et ne permet pas de couvrir entièrement le territoire français.

Annexe n°13 : Les filières gériatriques et les réseaux

Les filières de soins gériatriques sont définies par la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007, leur objet est de garantir une prise en soins adaptée de la personne âgée fragile en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation.

En Île-de-France, 33 filières de soins gériatriques réparties sur l'ensemble du territoire ont été labellisées. Ces filières sont adossées à un centre hospitalier dit « établissement porteur ou support » qui conventionne avec d'autres établissements afin d'offrir une palette d'offre gérontologique sur un territoire donné, comprenant à minima un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour, un SSR gériatrique et un USLD.

Outre ce rôle de ressource et d'expertise gériatrique dans le territoire, la structuration en filière doit permettre la coordination des différents acteurs des structures constitutives et partenaires (par exemple avec les EHPAD) de la filière. Pour ce faire, l'établissement porteur d'une filière met en œuvre une coordination médico-administrative qui organise les travaux pour réaliser les missions suivantes :

- Assurer pour les patients du territoire un accès à la filière par la validation d'un dispositif d'orientation, des admissions, des transferts et de permanence des soins,
- Elaborer des outils et des vecteurs d'informations communs,
- Organiser le repérage des patients complexes en vue d'améliorer la gestion de l'aval,
- Mettre en place des groupes de travail impliquant les partenaires en vue de proposer des évaluations de pratiques professionnelles communes et d'élaborer des « bonnes pratiques » de collaboration, de prise en charge et de prescription en complémentarité des autres travaux

menés sur le territoire, par exemple dans le cadre des tables tactiques organisées par les pilotes des MAÏA ou des CPTS ou des contrat locaux de territoires.

- Organiser les formations des personnels et des acteurs externes à la filière intervenant auprès des personnes âgées,
- Réduire les dysfonctionnements identifiés par l'évaluation de la filière et favoriser ainsi le partage de compétences au sein de la filière.

La filière doit notamment organiser un accès facilité aux professionnels de santé et à l'accès à l'avis gériatriques via une équipe mobile de gériatrie.

La filière de soins gériatriques se développe en lien avec le maillage gériatrique et gérontologique extrahospitalier, elle est territorialisée, elle vient ainsi compléter l'animation territoriale portée par les dispositifs d'appui à la coordination émergents et qui associent les compétences des MAÏA, CLIC et réseaux de santé.

Vous trouverez les cartographies et coordonnées actuelles des réseaux territoriaux tri-thématiques sur le site internet d'ONCORIF dans la rubrique « annuaires » : <https://www.oncorif.fr/les-annuaires/>.

Annexe n°14 : Dispositifs d'Appui à la Coordination

La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) prévoit la mise en place de fonctions d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes qui visent à apporter une réponse aux professionnels dans la prise en charge des situations vécues comme complexes, sans distinction d'âge ni de pathologie. Cet appui sera apporté notamment par la mobilisation de Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) en Île-de-France. Ceux-ci visent à informer et orienter les professionnels vers les ressources territoriales, appuyer l'organisation des parcours en coordonnant les interventions des acteurs notamment dans le cadre d'admissions ou de sorties d'établissement, mais aussi à soutenir les pratiques et initiatives professionnelles en apportant un appui logistique et opérationnel aux projets de ces professionnels. Ils viennent mettre en cohérence les dispositifs existants, dans une logique de missions partagées, pour proposer un guichet unique au carrefour des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. De fait, ils renforcent la notion de territorialisation et chaque territoire sera couvert par un DAC comportant une équipe pluridisciplinaire permettant d'avoir un regard transversal sur les parcours, amenée à réaliser des visites à domicile pour le suivi de situations complexes. Les DAC sont donc des dispositifs polyvalents, dont l'intervention est subsidiaire : le DAC ne vient pas en premier recours mais doit être déclenché en deuxième recours. Le référentiel des DAC est disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-11/referentiel-dac-ars-idf-2019.pdf>.

Une réorganisation des réseaux territoriaux tri-thématiques franciliens de gérontologie, cancérologie et soins palliatifs sera ainsi instaurée prochainement à l'échelon régional en vue de la mise en place des DAC qui intégreront ces réseaux, les méthodes d'action pour l'intégration d'aide et de soins

dans le champ de l'autonomie (MAÏA) et les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) pour mutualiser les compétences.

Annexe n°15 : La recherche en oncogériatrie

Plus d'un tiers des cas de cancers incidents et plus de 50% des décès surviennent chez des patients âgés de 70 ans ou plus. Cette population est très hétérogène en termes de comorbidité associée, de dépendance physique, d'environnement psycho-social, et d'altération des réserves fonctionnelles. Cette hétérogénéité de l'état de santé global et des capacités de résilience d'un individu âgé à un autre expose à une toxicité accrue des traitements anti-tumoraux. De plus, les personnes âgées sont très souvent exclues des essais thérapeutiques, ce qui conduit à l'absence de recommandations spécifiques pour la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un cancer.

La recherche actuelle au sein des UCOG est une recherche clinique, en épidémiologie du sujet âgé atteint de cancer, basée sur la création de cohortes prospectives à partir des données cliniques des patients évalués lors des consultations oncogériatriques dans les territoires des 5 UCOG en Île-de-France. Elle cherche à définir des profils de patients âgés afin de valider des stratégies de sélection et de traitement dans le but d'optimiser la prise en charge de la maladie cancéreuse du sujet âgé.

Ainsi les cohortes hospitalières actuelles inter UCOG ont été réunies en une seule grande cohorte prospective dynamique en Île-de-France : la cohorte ELCAPA (Elderly Cancer Patient) avec le soutien de la Cancéropôle Île-de-France, le Gérontopôle Île-de-France, du réseau régional de cancérologie et de l'INCa. Les données de la cohorte ELCAPA ont permis la publication de plus de 15 études dans des revues internationales de haut niveau et des communications annuelles dans des congrès nationaux et internationaux.

Les axes de développement de la recherche au sein des UCOG Île-de-France sont la recherche en santé publique et en sciences humaines et sociales (Survie, Tolérance, Qualité de vie, Inégalité de traitement, Autonomie) ; la création des bases de données biologiques multicentriques avec circuit de prélèvement, stockage et analyse standardisés pour la recherche de spécificités tumorales et de facteurs biologiques prédictifs chez le sujet âgé ; le développement d'essais cliniques thérapeutiques spécifiques aux sujets âgés, éventuellement en collaboration avec des groupes coopératifs oncologiques / gériatres (GERICO, GERCOR...).

Annexe n°16 : Sociétés savantes et groupes de réflexion FROG

A l'échelon régional, le FRancilien Oncogeriatric Group (FROG) (<http://www.frog-oncogeriatric.com/>) rassemble des professionnels de santé issus de diverses spécialités (oncologie, gériatrie, radiothérapie, hématologie, pharmacie) et de divers établissements franciliens. Le FROG

organise deux à trois réunions de formation par an portant sur la prise en charge du patient âgé atteint de cancer dans toute sa transversalité. Par ailleurs le FROG a produit :

- un ouvrage intitulé « L'OncoGériatrie en Pratique par le FROG » en deux tomes avec une 3^{ème} édition à paraître en janvier 2020 ;
- l'application gratuite « FROG ONCOGERIATRIE » pour tablettes et Smartphones contenant l'ouvrage, le répertoire des consultations d'oncogériatrie franciliennes et une boîte à outils.

A l'échelon national, la Société Francophone d'OncoGériatrie (SoFOG) (<http://sofog.org/>) travaille actuellement à la production de référentiels et organise un congrès annuel. Son Conseil Scientifique forme avec le groupe de recherche GERICO : l'intergroupe DIALOG qui se réunit régulièrement à Paris pour aborder la recherche clinique en oncogériatrie.

Annexe n°17 : Formations d'oncogériatrie

Plusieurs formations en oncogériatrie sont disponibles :

- Sorbonne Université (Paris 6) et l'Université Paris Descartes (Paris 5) organisent conjointement le DIU Oncogériatrie. Il comprend 5 modules de 3 jours d'enseignement dont 2 modules de gériatrie (HEGP), 2 modules d'oncologie (Tenon), 1 module d'hématologie (Pitié-Salpêtrière). Sa validation nécessite d'être présent aux enseignements, de valider un stage dans une spécialité différente de la sienne, ainsi qu'un examen écrit.

Informations et programme :

Pour la faculté de Paris VI (*Sorbonne Université*)

http://www.fc.sorbonne-universite.fr/fr/formations_en_sante/racine-medecine-2019-2020/diplome-interuniversitaire-FC2/sciences-technologies-sante-STS/oncogeriatie-ex-hematologie-et-cancerologie-du-sujet-age-program-hematologie-et-cancerologie-du-sujet-age-2-2-2.html

Pour la faculté de Paris V (*Université Paris Descartes*)

https://odf.parisdescartes.fr/fr/formations/feuilleter-le-catalogue/sciences-technologies-sante-STS/diplome-d-universite-1/diu-oncogeriatie-XUB3_41.html

Sorbonne Université organise aussi un dispositif de Développement personnel Continu (DPC) en Oncogériatrie. Sa pérennité dépendra des modifications des règles encadrant le DPC.

Le FROG organise deux à trois réunions de formation par an à Paris, portant sur la prise en charge du patient âgé atteint de cancer dans toute sa transversalité. L'agenda est à suivre sur son site internet.

Bibliographie :

1. Institut National du Cancer. Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie (2009).
2. Rapport « Les cancers en France – Édition 2017 ». INCA disponible sur le site d’Oncorif
3. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatie/Epidemiologie#toc-mortalit->
4. Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, Delafosse P, Remontet L, Uhry Z. Projection de l’incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 80 p.
5. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H, et al. Screening for vulnerability in older cancer patients : the ONCODAGE Prospective Multicenter Cohort Study. PLoS One. 2014 Dec 11;9(12):e115060. doi: 10.1371/journal.pone.0115060.
 - a. Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen ML, Extermann M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. J Clin Oncol 2014; 32(24): 2595-603.
 - b. Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, Schonberg MA, Boyd CM, Burhenn PS, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. J Clin Oncol 2018; 36(22): 2326-2347.
 - c. Frasca M, Soubeyran P, Bellera C, Rainfray M, Leffondre K, Mathoulin-Pélissier S; oncodage group. Alterations in comprehensive geriatric assessment decrease survival of elderly patients with cancer. Eur J Cancer 2018; 90: 10-18.