

1.2. Des enjeux aux solutions au cœur des parcours intégrés des personnes âgées touchées par le cancer

Date et lieu : 6 octobre 2025, Centre Léon Bérard (Lyon)

Nombre de participants : 58

Personnes contact : Chiara Russo, médecin gériatre au Centre Léon Bérard (France), Dominique Tremblay, professeure titulaire à l'Université de Sherbrooke et directrice scientifique au Centre de recherche Charles-Le Moyne (Québec)

S'agit-il d'une suite de colloque organisé les éditions précédentes ?

Oui

➤ [Lien vers la page Web du colloque](#)

1. Quels enjeux majeurs observez-vous aujourd'hui dans votre domaine d'activité ?

Le vieillissement de la population mondiale s'accélère et bouleversera nos sociétés. En 2050, la population de personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde aura doublé alors que le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait, pour sa part, tripler entre 2020 et 2050¹. Ce phénomène exige une capacité de résilience inédite pour faire face et s'adapter à la singularité des soins aux personnes âgées touchées par le cancer (ATC). En effet, l'incidence de cette maladie augmente considérablement à l'âge avancé en raison de l'accumulation de facteurs de risque et des mécanismes de réparation cellulaire moins efficaces. Les registres montrent déjà une augmentation continue des diagnostics liés à l'âge, exerçant une pression à la hausse sur les coûts de la santé. Les enjeux décrits dans la littérature scientifique rejoignent les préoccupations des acteurs impliqués.

Les institutions, les instances en recherche, les partenaires communautaires et les experts cliniques œuvrant auprès des ATC déplorent les défis persistants de l'offre des soins liés à l'état de santé, aux besoins, aux attentes et aux choix de vie des personnes âgées touchées par le cancer, incluant les disparités selon l'âge et les inégalités d'accès aux soins et aux services comparativement aux adultes plus jeunes²⁻⁵. Les constats douloureux réalisés pendant la pandémie ont davantage mis en lumière les failles préexistantes des systèmes de santé, particulièrement pour les ATC^{6,7}.

Plusieurs décrivent la sous-représentation des ATC et l'inclusion de patients plutôt en forme qui ne correspondent pas à la réalité dans les études cliniques, les délais plus longs pour le diagnostic et l'accès aux traitements, les évidences de traitements sur ou sous-optimaux, et les besoins globaux non comblés^{8,9}. Ces problèmes persistent alors que des stratégies existent pour traiter le cancer et améliorer l'expérience de santé des ATC.

Ainsi, les confluences entre l'approche gériatrique et la cancérologie représentent un choix obligé en faveur de l'optimisation de la qualité des soins et services. Des experts en appellent à l'adaptation au déclin progressif des fonctions physiologiques liées à l'âge, à l'hétérogénéité de cette population et à l'impact physique et psychologique du cancer et de son traitement pour l'ATC et ses proches aidants^{10,11}. Même si les bénéficiaires d'une approche gériatrique en cancérologie font l'objet d'orientations prioritaires depuis plus de 25 ans, elle peine à s'intégrer à la pratique courante². Il est plus que jamais requis de repenser et optimiser l'offre de soins et services.

Des modèles de soins intégrés conjuguant bienveillance du soin et bientraitance offrent des opportunités d'amélioration soutenues par la recherche en science de la compassion. Cette bienveillance en santé se traduit dans la pratique lorsqu'elle est soutenue et mise en œuvre par les personnes, les organisations et les collectivités. La bienveillance envers les personnes âgées invite à les écouter, les comprendre, les accepter et les accompagner dans leurs choix, même leurs refus. Les décisions thérapeutiques se centrent sur leurs priorités individuelles et contribuent à soulager leurs préoccupations et leurs souffrances résultant de systèmes de santé mal adaptés et de soignants mal équipés en termes de connaissances, compétences et ressources^{12,13}. Il est donc impératif de mieux comprendre les facteurs facilitants et contraignants d'une approche gériatrique en cancérologie intégrée et bienveillante afin d'agir collectivement à la mise en œuvre de stratégies réalistes, partagées et

mutuellement acceptables pour aller de l'avant.

2. Qu'est-ce que la notion de « résilience » signifie pour vous et pour votre secteur ?

Sélection de définitions de résilience*

* Traduction libre

Résilience individuelle

« Stabilité fonctionnelle et saine après une situation d'adversité intense. »

« Effort conscient pour aller de l'avant de manière positive, réfléchi et intégré, grâce aux leçons tirées d'une expérience d'adversité. »^{14, p.3}

Résilience d'équipe

« Capacité d'un groupe d'employés au sein d'une équipe à gérer la pression quotidienne du travail et de demeurer en bonne santé, à s'adapter au changement et à se positionner de manière proactive face aux défis professionnels futurs. »^{15, p.259}

« Processus dynamique permettant de faire face efficacement à l'adversité rencontrée par tous les membres d'une équipe. Trois mécanismes principaux sont mobilisés : minimiser, gérer et apprendre et se remettre. Minimiser implique une surveillance et une préparation afin de réduire au maximum l'impact de l'adversité; gérer implique une gestion et une adaptation pendant une situation; et apprendre et se remettre implique de tirer des leçons pour l'avenir et rétablir l'équilibre. »^{16, p.3}

Résilience organisationnelle

« Capacité d'une organisation à maintenir ses fonctions et à se remettre rapidement d'une situation d'adversité en mobilisant et en accédant aux ressources nécessaires. »^{17, p.31}

« Maintien d'une adaptation positive dans des conditions difficiles, de façon à ce que l'organisation en ressorte renforcée et avec des moyens plus importants. »^{18, p.3418}

Résilience des systèmes de santé

« Capacité des professionnels de santé, des organisations ou des systèmes de santé à : a) se préparer et prévenir; b) intégrer et s'adapter afin de maintenir leur structure et leurs fonctions essentielles; c) se remettre et tirer des leçons des crises, des chocs ou des facteurs de stress. »^{19, p.5}

« Capacité des systèmes de santé à maintenir leurs fonctions essentielles pendant une crise - soudaine ou prévisible, interne ou externe - afin de l'absorber. »^{20, p.11}

« Capacité du système de santé (une clinique, un service hospitalier, un hôpital, un territoire) à adapter son fonctionnement avant, pendant ou après des événements, et ainsi maintenir les opérations requises dans des conditions prévisibles comme imprévisibles. »^{21, p.xxvii}

3. En quoi votre colloque illustre-t-il la thématique « Résiliences et transformations : nouvelles dynamiques pour un monde en mutation » ?

- Les thèmes abordés sont directement reliés à un monde en mutation : vieillissement de la population, besoins grandissants en cancérologie, évolution des pratiques.
- Importance de soigner de façon équitable en gardant l'ATC au centre de la prise en charge.
- Renforcer la bienveillance dans les soins et changer le regard de la société envers l'âge.
- Le repérage précoce et la mise en commun des informations permettent de poser des inter-

ventions au-delà des murs des établissements de santé, vers la personne dans sa communauté, l'idée étant dans la transformation d'aller au-delà du système de santé.

4. Quelles solutions, quelles pistes d'action ou quels projets concrets ont émergé de vos échanges ?

Organisation du parcours de soins :

- Coordination Cancérologie – Gériatrie
- Favoriser le dialogue cancérologie-gériatre.
- Promouvoir l'évaluation de la fragilité – outils d'évaluation et suivi gériatrique.
- Contribuer au développement des parcours de soins en oncogériatrie.
- Promouvoir la diffusion des référentiels et bonnes pratiques.
- Échanges avec acteurs territoriaux pour impulser une culture gériatrique en cancérologie.
- Soutenir la formation et l'information chez professionnels et grand public.
- Contribuer au développement de la recherche.
- Explorer le projet de vie et la qualité de vie de l'ATC et ses proches (évaluation approfondie par l'infirmière praticienne spécialisée en oncogériatrie).
- Modèle adapté en fonction des ressources et choix organisationnels : trajectoire pour une décision thérapeutique oncogériatrique adaptée à la personne.
- Implication d'intervenants dédiés et formés à l'oncogériatrie.
- Évolution dans les établissements agréés à organiser efficacement les trajectoires relatives aux personnes touchées par le cancer.
- Des marginaux sécants servant d'intermédiaires entre les mondes

dont les logiques d'actions sont différentes²².

- Ne pas sacrifier la culture de mesure; revoir la façon d'évaluer; écouter, pas « faire pour ».
- Connaissance et application des critères de base des « bons soins ».
- Construire avec les ressources en place, adapter, s'ouvrir.

Vers un parcours de soins moins hospitalo-centré :

- Relations Ville → Hôpital, mais également Hôpital → Ville.
- Outil de communication : dossier patient informatisé, partagé et sécurisé.
- Intégration des partenaires communautaires.
- Partenariat, travaux collectifs, mobilisation.

Implication et maintien de l'ATC au centre :

- Implication dans le diagnostic précoce: promouvoir l'information sur les signes à ne pas négliger (population et soignants), la santé et le maintien d'une vie active; modifier les facteurs de risque; maintenir une indépendance fonctionnelle; préserver la liberté de choix.
- Généralisation des programmes de pré-habilitation.
- Partenariat avec les intervenants œuvrant à l'accompagnement du soin cancérologique (exercice physique, nutrition, psychologie, etc.).

Thème pour le prochain colloque (2026) : « L'amour aux temps du cancer : théories et pratiques ».

5. En quoi la coopération intersectorielle et l'engagement citoyen peuvent-ils contribuer à ces solutions/pistes ?

- Sensibilisation de la société, des acteurs œuvrant aux paliers décisionnels et au sein du système de santé, ainsi que des personnes âgées envers le vieillissement, en vue de réduire l'âgisme.
- Implication des ATC et leurs proches le plus tôt possible et à toutes les étapes du parcours de soins pour une approche centrée vers la personne et optimiser la prévention et l'évaluation.
- Implication de l'ATC dans la recherche, valorisant son point de vue, sa sagesse, son expérience.
- Optimisation des mécanismes de transmission de l'information entre les intervenants.
- Implication dans les « 7 P » d'une approche gériatrique intégrée : Prévention, Précocité quant à l'intervention, Priorisation des actions, Projet de vie, Points d'ancrage communs, Prendre soin, Personnalisation.

6. Citation "coup de projecteur"

Vieillir n'est pas mourir ! Misons sur la « longévitalité » des personnes âgées touchées pas le cancer, des proches aidants, des intervenants et des systèmes ! •

Annexe - Références

1. World Health Organization. Ageing and health 2022 [updated October 1, 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Cook S, Alibhai S, Mehta R, Savard M-F, Mariano C, LeBlanc D, et al. Improving care for older adults with cancer in Canada: A call to action. *Curr Oncol*. 2024;31(7):3783-97.
3. Parks R, Cheung K-L. Challenges in geriatric oncology—A surgeon's perspective. *Curr Oncol*. 2022;29(2):659-74.
4. Seghers PAL, Alibhai SMH, Battisti NML, Kanesvaran R, Extermann M, O'Donovan A, et al. Geriatric assessment for older people with cancer: Policy recommendations. *Glob Health Res Policy*. 2023;8(1):1-8.
5. Soo WK, Yin V, Crowe J, Lane H, Steer CB, Dārziņš P, et al. Integrated care for older people with cancer: A primary care focus. *Lancet Healthy Longev*. 2023;4(6):e243-e5.
6. Patt D, Gordan L, Diaz M, Okon T, Grady L, Harmison M, et al. Impact of COVID-19 on cancer care: How the pandemic is delaying cancer diagnosis and treatment for American seniors. *JCO Clin Cancer Inform*. 2020;4:1059-71.
7. Tian Y, Qiu X, Wang C, Zhao J, Jiang X, Niu W, et al. Cancer associates with risk and severe events of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer*. 2021;148(2):363-74.
8. Puts MTE, Papoutsis A, Springall E, Tourangeau AE. A systematic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoing active cancer treatment. *Support Care Cancer*. 2012;20(7):1377-94.
9. Williams GR, Pisu M, Rocque GB, Williams CP, Taylor RA, Kvale EA, et al. Unmet social support needs among older adults with cancer. *Cancer*. 2019;125(3):473-81.
10. Extermann M, Brain E, Canin B, Cherian MN, Cheung K-L, de Glas N, et al. Priorities for the global advancement of care for older adults with cancer: An update of the International Society of Geriatric Oncology Priorities Initiative. *Lancet Oncol*. 2021;22(1):e29-e36.
11. Scotté F, Bossi P, Carola E, Cudennec T, Dielenseger P, Gomes F, et al. Addressing the quality of life needs of older patients with cancer: A SIOG consensus paper and practical guide. *Ann Oncol*. 2018;29(8):1718-26.
12. Gilbert P, Catarino F, Duarte C, Matos M, Kolts R, Stubbs J, et al. The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *J Compassionate Health Care*. 2017;4(1):1-24.
13. Malenfant S, Jaggi P, Hayden KA, Sinclair S. Compassion in healthcare: An updated scoping review of the literature. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):1-28.
14. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol*. 2014;5.
15. McEwen K, Boyd CM. A measure of team resilience: developing the Resilience at Work Team Scale. *J Occup Environ Med*. 2018;60(3):258-72.
16. Tremblay D, Touati N, Kilpatrick K, Durand M-J, Turcotte A, Prady C, et al. Building resilience in oncology teams: protocol for a realist evaluation of multiple cases. *PLoS One*. 2022;17(5):e0268393.
17. Hillmann J, Guenther E. Organizational Resilience: A Valuable Construct for Management Research? *International Journal of Management Reviews*. 2021;23(1):7-44.
18. Vogus TJ, Sutcliffe KM, editors. Organizational resilience: towards a theory and research agenda. 2007 IEEE international conference on systems, man and cybernetics; 2007: IEEE.
19. Tan MZY, Prager G, McClelland A, Dark P. Healthcare resilience: a meta-narrative systematic review and synthesis of reviews. *BMJ Open*. 2023;13(9):e072136.
20. Turenne CP, Gautier L, Degroote S, Guillard E, Chabrol F, Ridde V. Conceptual analysis of health systems resilience: a scoping review. *Soc Sci Med*. 2019;232:168-80.
21. Hollnagel E, Wears R, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper: The Resilient Health Care Net: Published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia; 2015.
22. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective. Paris: Editions du Seuil; 1977.