

Structuration des Soins aux Adolescents et Jeunes Adultes atteints de Cancer

-
Juin 2015

1. Objectif

La nécessité d'une prise en charge spécifique des adolescents et des jeunes adultes (AJA) atteints de cancer s'impose progressivement en France depuis une quinzaine d'années, en miroir de l'enjeu sociétal que représente cette tranche d'âge en transit entre l'enfance et l'âge adulte. Cette réflexion, initiée lors des Etats Généraux des malades atteints de cancer organisés par la Ligue contre le Cancer en 1998, a été relayée par les plans cancer 2 et 3. De nombreux projets ont vu le jour sur le territoire français à l'interface entre l'onco-hématologie adulte et pédiatrique. L'objectif de ce document est de proposer, à partir de l'expérience de ces équipes « AJA », des modalités de structuration de la prise en charge de ces patients sur le territoire national.

2. Contexte et enjeu

2.1. *Epidémiologie et enjeux thérapeutiques*

Chaque année en France, environ **1900 adolescents (15-19 ans) et jeunes adultes (20-24 ans)** sont diagnostiqués d'un cancer.¹ Le cancer constitue dans cette tranche d'âge la troisième cause de mortalité après les accidents et les suicides. Bien qu'en nette amélioration, les progrès observés dans cette population restent en-deçà de ceux rapportés chez les enfants (0-14 ans) et de ceux de la population plus âgée.²

Les cancers les plus fréquemment observés chez les AJAs diffèrent de ceux observés chez les enfants ou les adultes. Il s'agit pour les plus fréquents de lymphomes, de sarcomes osseux et extra-osseux, de tumeurs germinales, de leucémies et de tumeurs du système nerveux central.^{1,3} Cependant, la proportion des tumeurs majoritaires chez l'adulte, carcinomes et tumeurs épithéliales malignes, augmente progressivement pour constituer un tiers des cas diagnostiqués chez les jeunes adultes.¹

La majorité des AJAs atteints de cancer guérissent, **les taux de survie à 5 ans étant de 81,8%** chez les patients traités en France au début des années 2000.¹ Toutefois, à pathologie égale, les résultats observés dans la population des adolescents sont souvent inférieurs à ceux des enfants.⁴ C'est notamment le cas des leucémies aiguës, des tumeurs malignes osseuses, et des lymphomes non hodgkiniens. Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ces différences de survie :

- une biologie différente des tumeurs,
- une hétérogénéité de prise en charge et des parcours de soins parfois non optimaux,
- un moindre taux d'inclusion dans les essais cliniques,
- une mauvaise observance des traitements caractéristique de cette population de patients.

Ce faible taux d'inclusion dans les essais cliniques, souligné par plusieurs études européennes et américaines, est expliqué par plusieurs facteurs :

¹ Desandes, *Pediatr Blood Oncol* 2013

² Bleyer, *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2005

³ Lacour, *Eur J Cancer Prev* 2010

⁴ Bleyer, *Nature Reviews Cancer* 2009

- la rareté même des essais cliniques interventionnels accessibles dans cette tranche d'âge avec des protocoles pédiatriques cessant leurs inclusions après 18 voire 15 ans et des protocoles adultes excluant les moins de 18 ans,
- l'absence de concertations entre médecins pédiatres et d'adulte au moment de l'élaboration du schéma thérapeutique des essais cliniques les rendant peu adaptés aux patients adolescents et jeunes adultes,
- un taux de refus élevé des patients de participer à ces essais dans ce contexte de transition vers l'âge adulte avec des difficultés associées sur le plan affectif, familial ou social,
- une réticence des professionnels à leur proposer l'inclusion dans des essais cliniques.

Plusieurs études ont par ailleurs montré **l'impact du parcours de soin** (pédiatrie vs. médecine adulte) sur le devenir ultérieur des patients adolescents dans des pathologies comme les leucémies aiguës ou les sarcomes.^{5,6} Dans ces études, une meilleure survie était observée chez les patients traités dans les protocoles pédiatriques. Dans l'ensemble de ces études, ces différences étaient essentiellement attribuées à des disparités en termes de protocole thérapeutique, mais un impact de l'environnement du soin était constamment évoqué.

2.2. À problématiques spécifiques, prise en charge dédiée

Les adolescents et les jeunes adultes sont dans une phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte qui comprend plusieurs étapes associant transformations corporelles, psychiques et prise progressive d'indépendance affective, sociale et financière. La maladie et les traitements entraînent une modification de l'image corporelle, une rupture dans les projets personnels, scolaires, professionnels. Ces transformations ont un impact important sur les relations avec les pairs ou la vie amoureuse.

Du fait notamment des processus de construction identitaire et de prise d'autonomie, les **défauts d'adhésion thérapeutique** sont plus fréquents dans cette tranche d'âge que chez les enfants ou les patients adultes plus âgés. La nécessité de répondre aux prescriptions médicales parfois sous injonction parentale peut rentrer en conflit avec le besoin de vie « normale » et d'individualisation.

La prise en charge des AJAs doit prendre en compte ce **contexte psychologique spécifique** et proposer un **accompagnement scolaire et psychosocial adapté**, des solutions en termes de préservation de la fertilité et un suivi à long terme permettant de dépister et de prendre en charge d'éventuelles séquelles. Les lieux de soins doivent pouvoir accueillir la famille, les amis, les conjoints et offrir des lieux de rencontre et d'échange.

3. Organisation régionale des soins aux adolescents et jeunes adultes atteints de cancer

La prise en charge des AJAs atteints de cancer doit reposer sur la double compétence des centres de cancérologie adulte et pédiatriques. La structuration de soins aux AJAs doit être mise en place *de facto* dans la continuité de l'organisation des soins de cancérologie pédiatrique, telle qu'elle est précisée dans la circulaire n°161 DHOS.2004 du 29 mars 2004, en respectant les critères d'agrément du traitement des cancers des enfants et des adolescents de moins de 18 ans, tels que définis par l'INCa.⁷

Les Agences Régionales de Santé doivent identifier **les centres AJA de cancérologie** de leurs régions. Un centre AJA de cancérologie doit **être coordonné conjointement par un centre de cancérologie adulte et un centre de cancérologie pédiatrique**, cette coordination pouvant concerner l'oncologie, l'hématologie ou les deux disciplines. Ces centres AJA de cancérologie doivent répondre aux missions suivantes :

⁵ Desandes, *Cancer Treat Rev* 2007

⁶ Dombret, *Curr Hematol Malig Rep* 2014

⁷ Critères applicables au traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans, adoptés par l'INCa le 17 décembre 2008

- **Organiser un réseau de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)** où pédiatres et oncologues adultes sont représentés de façon à répondre aux exigences de prise en charge de cette population de patients,
- **Répondre aux critères de prise en charge globale** des patients définis ci-dessous,
- **Animer un réseau régional ou interrégional** qui garantisse aux patients, à leurs familles et à leurs proches une continuité des soins avec les services de pédiatrie et de médecine spécialisée ou non de proximité et les réseaux de prise en charge à domicile.

Les patients et leurs familles doivent conserver le choix du centre de prise en charge, quel que soit leur lieu de résidence.

4. Critères auxquels doivent répondre les centres AJA de cancérologie

1. Réseaux régionaux/interrégionaux et réunions de concertation pluridisciplinaire

Chaque région doit comporter au moins un centre AJA de cancérologie. Ces centres doivent animer un réseau régional ou interrégional qui garantisse au patient une prise en charge optimale adaptée à leur pathologie et à leur âge.

Les dossiers de tous les nouveaux patients de cette tranche d'âge dans chaque région doivent être discutés au diagnostic dans **une RCP multidisciplinaire d'un centre AJA de cancérologie** pour valider la prise en charge thérapeutique et s'assurer que le patient puisse bénéficier de la proposition de participer à un essai thérapeutique si sa situation médicale le justifie.

Pour les patients de moins de 18 ans, le dossier doit au moins être discuté en **RCP interrégionale pédiatrique**. Les dossiers concernant des cancers rares doivent être présentés aux **RCP des réseaux nationaux de cancer rare de l'adulte**. Les patients peuvent ensuite choisir de recevoir leur traitement dans un centre spécialisé AJA ou dans un centre adulte ou pédiatrique situé à proximité de leur domicile.

La reconnaissance d'une structure en tant que centre AJA de cancérologie implique qu'elle prenne en charge annuellement au moins 20-25 nouveaux cas de patients âgés de 15 à 25 ans. Les patients avec une rechute nouvellement diagnostiquée peuvent être assimilés à un nouveau cas. Ce nombre de nouveaux cas s'ajoute à ceux en cours de traitement et de suivi pour constituer la file active du centre.

Les centres AJA de cancérologie participeront aux procédures d'évaluation du parcours de soins des AJA avec notamment l'enregistrement des données de tout nouveau patient discuté au sein de ces RCP dans une plateforme dédiée.

Indicateurs :

- Nombre de nouveaux cas AJA/an
- Taux des dossiers de patients <18 ans discutés en RCPPI pédiatrique

2. Continuité des soins et plateau technique

Les centres AJA de cancérologie assurent la continuité des soins médicaux et paramédicaux y compris le week-end et les jours fériés.

Ils offrent l'accès à un plateau technique complet et aux moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires, leur spécificité résidant dans la coopération entre pédiatres et médecins d'adulte. L'organisation de ce plateau technique, éventuellement multi-sites, tient compte des critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers, de la chimiothérapie et de la radiothérapie externe, adoptés par le conseil

d'administration de l'INCa le 20 décembre 2007 complété des critères spécifiques s'appliquant à la prise en charge des adolescents.⁸

La mise en place d'un dispositif **de double lecture des tumeurs solides malignes** préconisée chez l'enfant dans le plan cancer 3, doit être étendue à la prise en charge des AJA.

3. Parcours de soin, soins de support et suivi à long terme

3.1. Parcours de soin

Les centres AJA de cancérologie doivent disposer d'une infirmière de coordination de prise en charge des patients.

L'évolution de l'offre de soin en cancérologie vers une prise en charge de plus en plus ambulatoire répond à une demande forte de ces patients d'être le moins souvent possible hospitalisé tout en poursuivant, autant qu'il est possible, la scolarité ou une activité professionnelle.

A cet âge, **les parcours de soin sont souvent complexes** et doivent intégrer l'accès aux soins de support, à des activités adaptés à cette tranche d'âge et aux programmes d'accompagnement scolaire et/ou socio-professionnels. Cette coordination doit également prendre en compte la prise en charge des patients dans les structures d'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation, les réseaux d'oncologie de ville, les éventuelles structures hospitalières de proximité, la médecine scolaire/du travail...

Dans le cadre de ce parcours de soins, l'infirmière de coordination peut également être associée à des actions ou des programmes spécifiques comme : la consultation d'annonce, **l'éducation thérapeutique** ou la mise en place d'un « **numéro d'appel unique** » qui renforcent l'adhésion et le lien thérapeutique.

Indicateurs :

- Présence d'une infirmière de coordination dédiée

3.2. Soins de Support⁹

Les AJA doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée par des professionnels spécialisés, à temps partiel ou complet, soit que ces métiers soient représentés dans l'équipe soignante, soit qu'un autre mode d'accès à ces professionnels soit identifié et systématiquement proposé dans le cadre d'un projet de soins global :

- psychologue,
- assistante sociale,
- diététicien,
- kinésithérapeute,
- ergothérapeute,
- équipe de soins de support/soins palliatifs, algologue,
- préservation de la fertilité,

Dans certaines situations, le recours à d'autres spécialités peut être nécessaire (psychomotricité, ergothérapie, sexologie, addictologie...).

Au moins un des membres de l'équipe médicale et paramédicale doit avoir reçu une formation spécifique à la prise en charge des AJA.

⁸ Critères applicables à la chimiothérapie, à la chirurgie des cancers et à la radiothérapie, adoptés par l'INCa le 20 décembre 2007

⁹ www.go-aja.fr/

Les services suivants doivent être disponibles ou favorisés :

- maintien de l'activité scolaire/universitaire (disponibilité d'au moins un enseignant par Service, si possible du secondaire) ; accompagnement du retour en classe ou d'une réinsertion professionnelle par une structure identifiée (CMD, RIFHOP, Juris Santé, ORSECA),
- conseil à l'insertion professionnelle (implication du Médecin du Travail, de la MDPH, de la sécurité Sociale),
- conseil juridique, accès à l'assurance et à l'emprunt,
- activité physique adaptée,
- art-thérapie (arts plastiques, littérature/biographie, multimédia...),
- socio-esthétique.

L'implication des AJA eux-mêmes, de leurs parents, conjoint/petit(e) ami(e) et pairs, des associations, doit être favorisée dans les limites réglementaires (groupes de support, participation à l'élaboration d'une charte de prise en charge...).

Indicateurs :

- Présence d'une psychologue dédiée aux AJA
- Présence d'une assistante sociale dédiée aux AJA
- Nombre de personnel médical/paramédical formé à la prise en charge des AJA

3.2. Suivi à long terme^{10,11}

Les principes du suivi à long-terme doivent s'appliquer à deux populations de patients :

- **Les AJA diagnostiqués et traités entre 15 et 25 ans,**
- **Les AJA ayant été traités dans l'enfance,** ce qui implique que **les centres AJA de cancérologie doivent développer des modèles de transition** de l'enfance vers l'âge adulte.

Le suivi à long terme doit porter sur les 3 volets de la guérison somatique, psychologique et sociale.

Les centres AJA doivent établir un programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) à l'issue du traitement intensif ou global, comportant :

- un volet médical : description de la maladie et des traitements ; évaluation des risques de rechute et séquelles ; prévention des risques et séquelles, calendrier d'examens. L'accent doit être mis sur la promotion de règles hygiéno-diététiques limitant le risque de rechute et d'aggravation des séquelles. Le centre AJA doit ainsi pouvoir orienter les patients vers un programme de tabacologie, d'addictologie, de prise en charge diététique, et réadaptation à l'effort.
- un volet psycho-social : accompagnement psychologique personnalisé ; accompagnement social dans les projets de vie ; accompagnement à la scolarité ; accompagnement à l'insertion professionnelle.

La mise en œuvre du PPAC doit être anticipée et intégrée dans **un programme de transition**. Plusieurs modes d'organisation sont possibles, et non mutuellement exclusifs :

- suivi effectué en milieu onco-hématologique,
- suivi confié à la médecine de proximité,
- suivi mixte,
- suivi adapté au risque.

Dans tous les cas, le centre AJA doit avoir les moyens d'établir et de coordonner:

- **un recensement des patients inclus dans ces programmes d'après-cancer,** et une centralisation des données de suivi si celui-ci est « externalisé »

¹⁰ Special series overview. Update on Progress in Cancer Survivorship Care and Research. Ganz, J Clin Oncol 2012

¹¹ Long-term follow-up guidelines for survivors of childhood, adolescent and young adults cancers. Children's Oncology Group. www.survivorshipguidelines.org

- un réseau de correspondants à même de prendre en charge les séquelles les plus fréquentes, donc sensibilisés à la problématique précise de ces patients, sous diverses formes : consultations communes, courriers détaillés, formations...

Indicateurs :

- Existence d'un PPAC avec volet médical (O/N) et volet psychosocial (O/N)
- Nombre de patients inclus dans un programme de l'après-cancer
- Existence d'un réseau formalisé de spécialistes

4. Locaux médicaux, locaux de vie et animation

Les centres AJA de cancérologie disposent **des locaux médicaux répondant aux impératifs des soins** et des **locaux de vie spécifiquement adaptés** à cet âge de la vie.

Les locaux médicaux, où interviennent les médecins dédiés à cet exercice, sont constitués :

- d'une ou plusieurs unités médicales disposant de lits d'hospitalisation,
- d'une unité ambulatoire d'alternatives à l'hospitalisation conventionnelle,
- d'une unité de soins continus en hémato – oncologie, le cas échéant,
- d'un secteur protégé pour les aplasies profondes et durables survenant après les chimiothérapies intensives, le cas échéant,
- de salles de consultations.

Les locaux de vie comportent idéalement :

- un lieu dédié aux AJA et conçu avec cette vision (équipement, décoration...) donnant la possibilité d'y développer les thématiques spécifiques à l'expérience de chaque centre :
 - o informatique et multimédia,
 - o activité physique adaptée et sport,
 - o soins du corps, relaxation,
 - o formation, orientation scolaire.
- un hébergement hôtelier en hospitalisation préservant **l'intimité de l'AJA et son autonomie**,
- la possibilité d'accueillir et héberger le parent ou la personne choisie par le jeune adulte pour l'accompagner,
- **une chambre dédiée exclusivement aux parents ou aux accompagnants** (y compris conjoint/petit(e) ami(e) quand l'AJA est en secteur protégé ou en secteur de réanimation ou qui, pour toute autre raison, seraient dans l'impossibilité d'être hébergés dans le Centre de Soins,
- **un lieu exclusivement dédié aux accompagnants, dans la mesure du possible**: salle de repos, de repas, de documentation ou de réunion.

Des activités d'animation, de loisirs, et des espaces d'échanges doivent, dans la mesure du possible, être mis à disposition des jeunes hospitalisés et adaptés à la tranche d'âge des 15-25 ans. Les centres doivent disposer de moyens pour l'achat de jeux, livres, DVD etc. destinés aux locaux d'activité des jeunes. Ces locaux doivent pouvoir être utilisés par les jeunes et accueillir leurs pairs. Ils doivent disposer d'ordinateurs et d'une connexion internet **si possible en Wi-Fi.**

L'encadrement de ces activités est assuré par un personnel éducatif et/ou d'animation rattaché au centre, en respectant aussi des temps entre jeunes uniquement.

Indicateurs :

- Existence d'un lieu commun de vie dédié aux AJA
- Présence d'une animatrice/éducatrice dédiée aux AJA

5. Prise en compte de la dimension sociale, familiale et relationnelle de la prise en charge

La prise en compte de la dimension sociale et familiale s'appuie sur un environnement spécifique et une communication permanente avec les jeunes patients (adolescents et jeunes adultes, AJA, 15-25 ans) et leurs familles. Cette dimension est incluse dans le projet des équipes ou unités dédiées aux AJA atteint de cancer.

L'information des adolescents et jeunes adulte, des parents, du conjoint et/ou de la personne de confiance doit être assurée à toutes les étapes du diagnostic et du traitement.

La qualité et le contenu des informations échangées avec les AJA, leurs familles, le conjoint et/ou la personne de confiance doit s'adapter à l'âge et la situation familiale et tenir compte de la réglementation en vigueur.¹²

Une information claire et complète doit être donnée au patient, à ses parents, au conjoint et/ou à la personne de confiance. L'information doit aussi s'appuyer sur des documents écrits, rédigés en langage simple et compréhensible avec les associations de patients et parents. **Le recours à un deuxième avis médical doit être facilité.**

Les interventions des **psycho-oncologues** s'adressent non seulement aux AJA atteints du cancer, mais aussi à leurs proches, adultes et enfants. Pour le jeune lui-même, une consultation systématique avec le psychologue doit être proposée à toutes les étapes de la prise en charge, y compris dans la période de l'après-cancer.

Le centre AJA pourra également mettre en place des sessions de groupe pour les patients eux-mêmes et, si possible, pour les parents, conjoints ou fratrie.

Les travailleurs sociaux ont un rôle essentiel auprès des jeunes et des familles. Toute nouvelle admission d'un patient AJA implique de réaliser avec le jeune ou avec sa famille s'il est mineur une évaluation des besoins socioprofessionnels et familiaux. La complexité des procédures de soutien financier et matériel et les difficultés sociales, auxquelles est confrontée un jeune atteint d'une pathologie lourde et/ou sa famille, nécessitent la présence régulière, dans chaque centre, d'un(e) assistant(e) social(e) référent(e) au minimum de cette tranche d'âge 15-25 ans.

Le maintien d'une scolarité et/ou d'une formation adaptée à l'état de santé du jeune doit être favorisé. Chaque jeune doit pouvoir suivre, en fonction de son état de santé, une scolarité aussi normale que possible, que ce soit dans le centre ou dans un établissement scolaire. Idéalement, un enseignant professionnel dans le centre est requis pour coordonner cet accompagnement de scolarité des AJA comprenant plusieurs points essentiels :

- une aide à la poursuite de la scolarité (administrative),
- des propositions de cours,
- un accompagnement du retour en classe,
- une aide à l'orientation.
- la possibilité de passer les examens dans le centre.

Cet objectif s'applique aussi bien à l'enseignement secondaire qu'à l'enseignement supérieur.

Le **maintien de l'activité professionnelle** adaptée à l'état de santé du jeune doit être favorisé. Chaque jeune doit pouvoir, en fonction de son état de santé, poursuivre son activité professionnelle, s'il le désire. La mise en place de propositions d'accompagnement au maintien ou retour au travail et d'aide à l'orientation ou réorientation doivent être progressivement développée par des programmes dédiés ou des partenariats associatifs adaptés (Juris Santé).

Indicateurs :

- Existence d'un programme de maintien dans la scolarité, la formation professionnelle
- Existence d'un programme de réinsertion professionnelle

¹² Loi n°2002-303 et n°2002-305 du 4 mars 2002 relatives au droit des malades et à l'autorité parentale

6. Participation à la recherche clinique

Les centres AJA de cancérologie participent à la recherche clinique et aux études épidémiologiques sous toutes leurs formes. L'objectif de favoriser l'inclusion dans des essais cliniques devra concerner aussi bien les essais interventionnels que non interventionnels avec un accent particulier sur les essais touchant les soins de support, les sciences humaines et sociales et le suivi à long terme.

Cette implication dans la recherche clinique doit se traduire par :

- un recensement des essais disponibles par pathologie et par tranche d'âge,
- une proposition systématique d'inclusion des patients dans des essais si ceux-ci sont disponibles et ouverts aux inclusions,
- un recensement annuel du nombre et patients inclus,
- une participation active aux groupes de travail des sociétés savantes adultes ou pédiatriques en vue et la rédaction des protocoles d'essai clinique,
- une participation aux publications ou à la présentation des données dans les congrès nationaux ou internationaux sous l'égide des sociétés savantes pédiatriques, adultes ou AJA.

Lors de l'inclusion dans un essai thérapeutique, la recherche du consentement éclairé du jeune adulte, de l'adolescent et des deux parents des adolescents mineurs, même séparés, est imposée par la loi.

L'Institut National du Cancer, en lien avec les sociétés savantes et les associations de patients ou parents, contribuera à améliorer fortement la transparence et l'information des jeunes et des familles qui devront être associées à la relecture des protocoles et des notices d'information et seront informées de façon effective des résultats des études et essais en cours.

Indicateurs :

- Nombre d'essais cliniques dédiés
- Nombre de patients AJA inclus dans des essais cliniques, inclus dans des essais cliniques dédiés

7. Formations spécifiques « AJA et cancer »

Les centres AJA de cancérologie doivent participer à la formation continue des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des AJA au sujet des spécificités de cette population. Elle peut se faire sous différentes modalités :

- organisation et/ou participation à un module de formation continue dédié à la thématique « AJA et cancer »,
- organisation d'actions de formation à la prise en charge des AJA à destination des établissements de la région (CHU, CHR, hôpitaux périphériques, cliniques etc..). Les réseaux régionaux de cancérologie doivent dans la mesure du possible être impliqués dans l'organisation et la coordination de ces actions.
- organisation de séminaires médicaux communs adultes/pédiatres sur des thématiques tumeurs spécifique des AJA,
- mise à disposition d'outils et de supports de formation à destination des équipes soignantes concernées par des prises en charge AJA

Les médecins référents AJA doivent pouvoir justifier d'au moins une formation spécifique parmi les suivantes (liste non exhaustive) :

- formation EFEC : « prendre soin d'un adolescent ou d'un jeune adulte atteint de cancer et de ses proches » (coordination L. Brugières, E. Seigneur. www.efec.eu)
- DIU de médecine et santé de l'adolescent (Directeur d'Enseignement : Priscille Gerardin, Contact : catherine.rabain@univ-rouen.fr)
- formation AJA organisées par les CRLCC (Centre de formation du CLB en Rhône-Alpes, Institut Curie en île de France)
- participation à un cours européen de l'ENTYAC : « European Network for Teenagers and Young Adults with Cancer »



Les médecins référents AJA doivent prendre part aux réflexions nationales ou internationales et aux groupes de travail sur les différentes pathologies concernant les AJA (GO-AJA, sociétés savantes, groupes coopérateurs impliqués dans des pathologies rencontrées dans cette tranche d'âge).

Indicateurs :

- Nombre de formations spécifiques organisées par le centre AJA de cancérologie
- Nombre de formations dédiées aux AJA mises en place par les réseaux régionaux

—