



REVIEW ARTICLE

Geriatric screening score G8 in oncology

Amina BOUGUETTAYA

ABSTRACT

The G8 score is a screening tool used in geriatric oncology to identify elderly patients (≥ 70 years) who may benefit from a comprehensive geriatric assessment (CGA). It is a simple, rapid (approximately 5 minutes), validated, and user-friendly instrument suitable for routine clinical consultations, serving as an effective triage tool. The G8 score facilitates the early identification of frail and vulnerable older adults with cancer, enabling the adaptation of their management. The tool evaluates eight clinical and functional domains, including appetite, weight loss, mobility, neuropsychological status, body mass index, polypharmacy, self-perceived health status, and age. Initially developed within the ONCODAGE study, the G8 score has been recommended in oncogeriatrics to guide referral for a standardized geriatric assessment when the score is ≤ 14 . Its main advantage lies in its ease of implementation in routine practice, requiring minimal time while maintaining good sensitivity for detecting frailty. In oncology, the G8 score contributes to improved stratification of elderly patients, helps anticipate tolerance to anticancer treatments, and supports personalized care. It therefore represents a valuable screening tool for integrating geriatric considerations into therapeutic decision-making.

Keywords: Elderly, Screening score, G8, Cancer.

Oncologie médicale, Faculté de médecine,
Université Badji Mokhtar, Annaba – Algérie.

Received: 31 Mar 2026

Accepted: 16 Jun 2026

Correspondance to: Amina BOUGUETTAYA

E-mail: amina.bouguetaya@univ-annaba.dz

1. GÉNÉRALITÉS

L'outil G8 joue un rôle important dans l'évaluation gériatrique, surtout en oncologie, en permettant un dépistage rapide des fragilités chez le sujet âgé afin de cibler ceux qui doivent bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée [1]. Le score G8 apporte un bénéfice majeur dans l'évaluation gériatrique en oncologie en permettant un dépistage rapide et sensible de la fragilité chez les patients âgés de 70 ans et plus atteints de cancer [2]. L'objectif de ce travail est de dépister la fragilité, prévenir la perte d'autonomie, et adapter les projets de soins (traitement, chirurgie, oncologie) en fonction des capacités physiques, cognitives et sociales uniques de chaque personne âgée.

2. DÉFINITION

Le score de dépistage gériatrique G8 est un outil rapide (8 items) utilisé surtout en oncogériatrie pour repérer la vulnérabilité chez les patients âgés (souvent ≥ 70 –75 ans). La passation systématique du questionnaire G8 chez les personnes âgées de plus de 70 ans permet d'atteindre cet objectif. Son remplissage prend moins de 10 minutes. Il présente une sensibilité de 76,5 % et une spécificité de 64,4 %. Le G8 attribue des points à chaque item et le score total est compris entre 0 et 17 [3]. (Tableau 1).

Les 8 items du questionnaire G8 correspondent aux questions utilisées pour calculer le score de dépistage gériatrique (outil ONCODAGE / INCa). Ils explorent les domaines suivants : la perte d'appétit ou anorexie, évaluée sur les 3 derniers mois selon son

intensité (sévère, modérée ou absente) ; la perte de poids récente, appréciée sur les 3 derniers mois en fonction de son importance ; l'indice de masse corporelle, calculé à partir du poids et de la taille et classé selon les seuils < 19, 19–21, 21–23 et ≥ 23 ; la motricité ou mobilité, évaluant la capacité de déplacement (du lit au fauteuil, à l'intérieur du domicile, puis à l'extérieur) ; les troubles neuropsychologiques, incluant la cognition et l'humeur, avec recherche de démence ou de dépression (sévère, modérée ou absente) ; la polypharmacie, définie par la prise régulière de plus de trois médicaments ; la perception de l'état de santé, appréciée par comparaison aux personnes du même âge (moins bonne, équivalente ou meilleure) ; enfin, l'âge, classé en trois catégories : > 85 ans, 80–85 ans et < 80 ans [4].

Tableau 1. Score de dépistage gériatrique G8 (validé par l'INCa dans le cadre de l'étude Oncodage) [5].

	Items	Réponses (score)
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?	0= Anorexie sévère 1= Anorexie modérée 2= Pas d'anorexie
B	Perte du poids (< 3mois)	0=Perte de poids > 3kg 1=Ne sait pas 2=Perte de poids entre 1 et 3 kg ; 3 = Pas de perte de poids
C	Indice de masse corporelle (IMC)	0= IMC < 19 1= IMC 19 à 20 2= IMC 21 à 22 3= IMC ≥ 23
D	Motricité	0= Du lit au fauteuil 1 = Autonome à l'intérieur 2 = Sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0= Démence ou dépression sévère 1= Démence ou dépression modérée 2= Pas de problème psychologique
F	Prends plus de 3 médicaments	0= Oui 1= Non
G	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge.	0= Moins bonne 0,5= Ne sait pas 1= Aussi bonne 2= Meilleure
H	Age	0=> 85ans 1=80-85ans 2= < 80ans
	Score total	0 – 17

Interprétation du score G8 (Tableau 2)

Si le score est > 14 : le patient est considéré comme ayant un profil gériatrique relativement préservé ; la prise en charge peut suivre un parcours standard en oncologie ou en médecine générale. Si le score est ≤ 14 : le patient est identifié comme vulnérable ou fragile, ce qui justifie une évaluation gériatrique standardisée (EGS) pour adapter le traitement et prévenir les chutes, la dénutrition, la perte d'autonomie, etc [8,9].

Tableau 2. Interprétation du score G8.

Patients de plus de 75 ans atteints de cancer	Questionnaire G8 Score atteint ?
Traitement adapté. Traitement standard	Score > 14
Évaluation gériatrique standardisée Traitement symptomatique non spécifique. Traitement adapté	Score ≤ 14

Impact de score de dépistage gériatrique G8 Orienter vers une évaluation gériatrique

Il est recommandé d'adresser le patient à un gériatre ou à une consultation gériatrique spécialisée (évaluation gériatrique standardisée) avant ou en parallèle de la mise en place d'un traitement oncologique intensif. L'objectif est d'adapter le traitement (chimio, radiothérapie, chirurgie), de prévenir les complications (chutes, dénutrition, confusion, hospitalisations) et de mieux prendre en compte les comorbidités [12].

Adapter la prise en charge

En oncogériatrie, un score G8 ≤ 14 conduit souvent à : discuter de la charge du traitement (dose, intensité, alternatives), renforcer la surveillance (nutrition, médication, cognition, autonomie), et organiser un suivi coordonné oncologue–gériatre–infirmier coordonnateur.

En résumé : score G8 ≤ 14 → consultation gériatrique et évaluation gériatrique approfondie, puis décision thérapeutique ajustée à la fragilité du patient [13].

Le G8 modifié

Version plus ciblée et adaptée. Conçu en 6 items seulement, il se concentre sur des paramètres jugés essentiels pour la fragilité onco-gériatrique : perte de poids, troubles neuropsychologiques, statut fonctionnel, état de santé perçu, polypharmacie et certaines comorbidités (p. ex. insuffisance cardiaque ou coronaropathie). Cette simplification permet de gagner en efficacité tout en gardant une bonne valeur prédictive, ce qui est intéressant pour la recherche et les études cliniques.

3. DIFFÉRENCE ENTRE LE G8 CLASSIQUE ET LE G8 MODIFIÉ

La principale différence entre le G8 classique et le G8 modifié (aussi appelé G6 ou G8-modifié) réside dans le nombre d'items, la structure du score et dans leurs performances psychométriques pour détecter la fragilité chez les patients âgés (souvent en oncologie).

Nombre d'items et structure

G8 classique : 8 items (perte d'appétit, perte de poids, IMC, mobilité, troubles neuropsychologiques, polypharmacie, perception de l'état de santé, âge). Score total : 0 à 17 points ; seuil usuel de fragilité : ≤ 14/17.

G8 modifié (G6) : version simplifiée/optimisée sur 6 items : perte de poids, troubles neuropsychologiques, statut fonctionnel, état de santé perçu, polypharmacie et certaines comorbidités (ex. insuffisance cardiaque/coronaropathie). Le score n'est plus sur 17 mais sur une échelle différente, avec un seuil de fragilité qui dépend de la version utilisée (par exemple ≥ 6/35 dans certains travaux).

Performances diagnostiques

Le G8 classique a une bonne sensibilité (≈ 85 %) mais une spécificité modérée (≈ 59–64 %), ce qui signifie qu'il repère bien les patients fragiles mais peut également identifier quelques faux positifs. Le G8 modifié a été conçu pour améliorer la spécificité par rapport au G8 initial, avec une aire sous la courbe ROC (AUC) légèrement supérieure (environ 91% contre 86,5%), ce qui le rend potentiellement plus performant pour distinguer patients fragiles et non fragiles. En pratique, le G8 classique reste le plus utilisé en routine, alors que le G8 modifié/G6 est surtout utilisé en recherche ou en centres de référence pour un dépistage plus précis de la fragilité. Le G8 modifié (ou G6) présente plusieurs avantages par rapport au G8 classique en oncogériatrie, surtout dans sa capacité à repérer de façon plus fiable et plus ciblée les patients âgés fragiles.

Intérêt en recherche et en essais thérapeutiques

En oncogériatrie de recherche, le G8 modifié est considéré comme un outil plus performant pour standardiser le repérage de la

fragilité et uniformiser les critères d'inclusion ou de stratification des patients âgés dans les essais. Il peut donc mieux cibler les sous-groupes fragiles, ce qui aide à adapter les protocoles et à analyser les effets des traitements selon le niveau de fragilité.

En résumé, le principal avantage du G8 modifié en oncogériatrie est d'améliorer la précision du dépistage de la fragilité (meilleure spécificité et AUC) tout en restant rapide et pratique, particulièrement dans les contextes de recherche et de filière oncogériatrique structurée [14].

Comparaison performance G8 vs G8 modifié chez patients fit/unfit

Le G8 classique et le G8 modifié (mG8) sont tous deux performants pour distinguer les patients fit (non fragiles) des unfit (fragiles) en oncogériatrie, mais avec quelques différences clés en termes de sensibilité, spécificité et valeur pronostique (Tableau 3).

Performances diagnostiques (fit vs unfit)

Tableau 3. Différence en G8 et G8 modifié.

Outil	Sensibilité (repérer les unfit)	Spécificité (respecter les fit)	AUC (discrimination)
G8 ($\leq 14/17$)	Très bonne ($\approx 90\%$)	Modérée à faible ($\approx 35-60\%$ selon les cohortes).	$\approx 79\%$
G8 modifié ($\geq 6/35$)	Bonne ($\approx 89\%$)	Meilleure que le G8, $\approx 70-80\%$	$\approx 84\%$

Le G8 initial est très sensible : il repère bien les patients fragiles (unfit), mais à un coût en spécificité (plus de faux positifs parmi les fit). Le G8 modifié conserve une sensibilité élevée tout en ayant une spécificité nettement supérieure, ce qui signifie qu'il respecte mieux les patients fit tout en continuant à bien repérer les unfit.

Valeur pronostique chez les fit/unfit

Dans des études de cohorte, un $G8 \leq 14$ ou un G8 modifié $\geq 6/35$ est fortement associé à un risque accru de complications (toxicité, dénutrition, hospitalisation, décès), quel que soit le type de cancer, sauf certaines localisations digestives. Le G8 modifié semble avoir une meilleure valeur pronostique globale que le G8 standard, notamment grâce à sa meilleure spécificité et à son AUC plus élevée, ce qui le rend particulièrement intéressant pour stratifier les risques chez les patients fit/unfit.

Intérêt pratique en oncogériatrie

En pratique, le G8 reste le plus utilisé pour le dépistage courant car il est bien implanté et rapide. Le G8 modifié est particulièrement intéressant en contexte de recherche, de cohorte structurée ou de filière oncogériatrique, où l'on cherche à optimiser la précision du repérage des patients fit/unfit et à réduire les évaluations gériatriques inutiles chez les fit. En résumé : le G8 modifié améliore surtout la spécificité et la discrimination par rapport au G8 classique, tout en gardant une sensibilité élevée, ce qui le rend potentiellement plus performant pour distinguer les patients fit des unfit en oncogériatrie [14].

4. DIFFERENCE ENTRE LE G8 ET L'EVALUATION GERIATRIQUE COMPLETE

La différence principale entre le G8 et l'évaluation gériatrique complète (ou standardisée, EGS) est que le G8 est un outil de dépistage rapide, alors que l'évaluation gériatrique est une analyse approfondie et multidimensionnelle de la personne âgée.

Objectif et place dans le parcours

G8

Outil de dépistage de la fragilité (questionnaire de 8 items, score sur 17). Utilisé en première intention vers 70–75 ans pour décider si une évaluation gériatrique plus poussée est nécessaire.

Évaluation gériatrique complète (EGS)

Analyse exhaustive de la situation du patient (cognition, humeur, fonction physique, autonomie, nutrition, vision/audition, social, traitements, comorbidités). Réalisée après un $G8 \leq 14$ (ou en cas de doute ou de très grande fragilité, même si le G8 est >14).

Temps et contenu

G8

Environ 5–10 minutes, questionnaires simples posés par le médecin ou le personnel soignant. Ne sert qu'à repérer les patients à risque, pas à poser un plan de prise en charge détaillé.

Évaluation gériatrique complète

Plus longue et structurée (plutôt 30–60 minutes), souvent pluriprofessionnelle (gériatre, infirmier, psychologue, diététicienne, etc.). Permet de hiérarchiser les problèmes (cancer vs autres comorbidités) et de proposer un plan de soins personnalisé (adaptation thérapeutique, prévention, soutien, aide à domicile, etc.). En résumé, le G8 sert à trier les patients à risque ; l'évaluation gériatrique complète sert à comprendre finement leur état et à adapter leur prise en charge globale.

Orientation vers une consultation gériatrique

Demander un avis gériatrique spécialisé (consultation gériatrique ou oncogériatrique) avant ou en parallèle de la mise en œuvre d'un traitement oncologique intensif. L'objectif est de réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS) pour analyser cognition, autonomie, nutrition, médicaments, comorbidités, risque de chutes, etc.

Adapter le traitement et la prise en charge

Discuter avec l'équipe gériatrique et oncologique d'une adaptation du traitement anticancéreux (dose, intensité, schéma, alternatives) en fonction de la fragilité. Mettre en place des mesures préventives et correctrices : nutrition, hydratation, supplémentation si besoin, révision des traitements (éviter la polypharmacie, sécuriser les médicaments à risque), soutien psychologique, aide à domicile, prévention des chutes, etc. En pratique, le message clé est : si $G8 \leq 14$ → consultant gériatre + évaluation gériatrique approfondie → décision thérapeutique adaptée à la fragilité du patient [16,17,19].

5. LIMITES DU SCORE G8

Outil de dépistage, pas diagnostique. Le G8 sert uniquement à repérer les patients à risque. Il ne remplace pas une évaluation gériatrique complète (EGC). Forte dépendance à l'état nutritionnel Comme il est dérivé du Mini Nutritional Assessment : les items nutritionnels pèsent beaucoup dans le score, risque de surévaluer la fragilité chez des patients dénutris mais globalement autonomes.

Sensibilité élevée mais spécificité limitée. Bonne sensibilité → détecte bien les patients fragiles. Faible spécificité → peut donner des faux positifs. Certains patients classés "fragiles" ne le sont pas réellement après évaluation approfondie

Évaluation incomplète de certains domaines que le G8 explore peu ou mal : les fonctions cognitives détaillées, l'état psychologique, le contexte social.

Influence de l'âge : l'âge est directement inclus dans le score : peut pénaliser automatiquement les patients très âgés, sans refléter leur état fonctionnel réel.

Variabilité selon les contextes cliniques. Performances variables selon : type de cancer, stade de la maladie, population étudiée [17,18].

6. CONCLUSION

Le score gériatrique G8 est un outil de dépistage rapide de la fragilité chez les personnes âgées atteintes de cancer, utilisé avant ou en complément d'une évaluation gériatrique approfondie. Il permet un triage rapide, en quelques minutes, par tout soignant, pour décider quels patients ont besoin d'un suivi particulier chez un gériatre. Un score anormal (≤ 14) est associé à un risque accru de mortalité précoce et à de moins bons résultats oncologiques, ce qui lui confère une valeur pronostique utile.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: This research received no external funding.

REFERENCES

1. Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol*. 2005;55(3):241-52. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2005.06.003>
2. Lyness JM, Noel TK, Cox C, King DA, Conwell Y, Caine ED. Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. *Arch Intern Med*. 1997;157(4):449-54.
3. Maeker E, Maeker-Poquet B. Score G8 : dépistage de la fragilité en oncogériatrie (/17 points) [Internet]. Mis à jour le 01/03/2026. Available from: [URL du site si mentionné]
4. Groupe Francilien d'Oncogériatrie (FROG). L'oncogériatrie en pratique par le FROG, 2e édition. France; Mars 2018.
5. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Curé H, Rousselot H, et al. Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project. *J Clin Oncol*. 2011;29(15 Suppl):9001. https://doi.org/10.1200/JCO.2011.29.15_suppl.9001
6. Yancik R, Ries LA. Cancer in older persons: an international issue in an aging world. *Semin Oncol*. 2004;31(2):128-36. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2003.12.024>
7. Extermann M, Overcash J, Lyman GH, Parr J, Balducci L. Comorbidity and functional status are independent in older cancer patients. *J Clin Oncol*. 1998;16(4):1582-7. <https://doi.org/10.1200/JCO.1998.16.4.1582>
8. Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ, Coltman CA, Albain KS. Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *N Engl J Med*. 1999;341(27):2061-7. <https://doi.org/10.1056/NEJM199912303412706>
9. Droz JP. Le cancer du sujet âgé. Lyon: Centre Léon Bérard.
10. Société Francophone d'Oncogériatrie (SoFOG). Les 14es journées nationales de la Société Francophone d'Oncogériatrie. 20-21 septembre 2018.
11. Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. *Oncologist*. 2000;5(3):224-37. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-3-224>
12. Groupe de travail pluridisciplinaire OncoBFC/NEON. Évaluation gériatrique standardisée en oncologie. France; 14 avril 2022.
13. Mongiat-Artus P, Paillaud E, Albrand G, Caillet P, Neuzillet Y. Évaluation du patient âgé présentant un cancer. *Prog Urol*. 2019;29(14):807-27.
14. Bouaziz S, Brain E, De Lempdes G, Bringuier M, Paillaud E, Caillet P, et al. Validation des scores G8 et G8 modifié dans la cohorte ELCAPA pour les patients âgés atteints d'un cancer du sein non métastatique et implications thérapeutiques. Communication présentée à : SFSPM; 2025; France.
15. Rechou M. De nouveaux outils appuient la recherche sur le repérage des fragilités en oncogériatrie [Internet]. Dispositif Spécifique Régional du Cancer en Île-de-France; 15 juin 2023. Available from: [URL si disponible]
16. Méry B, Vallard A, Espenel S, Badie N, Thiermant M, Lambert V, et al. Cancer de prostate des sujets âgés : place et rôle de l'évaluation gériatrique. *Prog Urol*. 2016;26(9):524-31. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2016.07.002>
17. Sabbagh C, Cosse C, Fournier R, Carola E, Chauffert B, Dumesnil R, et al. Utilisation en pratique du score G8 en chirurgie pour cancer digestif chez le patient de plus de 75 ans. *Bull Cancer*. 2016;103(10):896-7. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2016.08.004>
18. Bourcy V, Albrand G, Mourey L, Sauger C, Dardaine V, Dorval E. Dépistage de la fragilité chez les personnes âgées atteintes d e cancer. Communication présentée à : 16e journée de la SoFOG; 2020; France.
19. Institut National du Cancer (INCa). L'évaluation gériatrique en cancérologie [Internet]. Mis à jour le 02 décembre 2025. Available from: <https://www.e-cancer.fr>