

Suivi des patients âgés atteints de cancer après Évaluation Gériatrique Personnalisée initiale : Enquête auprès des UCOG

Patient follow-up after Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): Survey of Oncogeriatric Coordination Units

Carine SAUGER¹, Isabelle LOISEL², Julie ALBAREDE³, Caroline TRAN⁴, pour le Groupe des chargés de projets UCOG

1. Antenne d'OncoGériatrie Centre-Val de Loire, France.

2. Unité de Coordination en OncoGériatrie Bretagne, France.

3. Unité de Coordination en OncoGériatrie Occitanie - Antenne Toulouse, France.

4. Unité de Coordination en OncoGériatrie Poitou-Charentes, France.

Auteur correspondant : Carine SAUGER, Antenne d'OncoGériatrie Centre-Val de Loire, Réseau OncoCentre, 37044 Tours Cedex 9, France.

Tél. : +33 (0)2 18 37 08 51 ; Courriel : c.sauger@chu-tours.fr

Résumé

Introduction : En l'absence de recommandations nationales de mise en œuvre et de réalisation du suivi après Évaluation Gériatrique Personnalisée (EGP) initiale chez les patients âgés de 75 ans et plus ayant un cancer, l'objectif de notre travail a été de recenser en France l'existence et les modalités pratiques éventuelles de ce suivi.

Matériel et méthode : Courant 2018, un questionnaire a été adressé aux Unités de Coordination en OncoGériatrie (UCOG) pour diffusion auprès des 247 lieux de consultation d'EGP identifiés lors de l'enquête menée par la Commission des UCOG en 2017. Une seule réponse par lieu de consultation a été considérée.

Résultats : Sur les 96 réponses, représentant environ 40 % des lieux de consultation, 58 ont déclaré un suivi « opérationnel ou expérimental », 24 un suivi « en projet » et 14 « non prévu ».

Le suivi, déclenché dans 76 % des cas au cours du 1^{er} trimestre suivant l'EGP, est initié à la demande des professionnels de santé (cancérologue, médecin généraliste, paramédicaux).

Il vise à réévaluer l'état de santé des patients (91 % des lieux de consultation) et à apprécier la prise en compte des recommandations gériatriques émises lors de l'EGP (68 % des lieux de consultation).

Dans 76 % des lieux de consultation, le suivi est réalisé par les gériatres et/ou les Infirmiers Diplômés d'État (IDE). Il est ciblé sur les fragilités des patients et particulièrement sur les cas les plus complexes. Sa durée moyenne est de moins d'une heure dans 82 % des lieux de consultation.

Les conclusions sont transmises aux médecins référents et au médecin traitant.

Conclusion : La mise en œuvre et l'organisation du suivi après l'EGP initiale sont en expansion en France. Elles sont un prolongement naturel spécifique du parcours de soins en oncogériatrie après l'EGP.

L'hétérogénéité actuelle des pratiques suggère la rédaction de recommandations nationales minimales pour l'EGP et le suivi, en vue de promouvoir un accès équitable et de reconnaître la spécificité de la prise en charge oncogériatrique.

Mots clés : oncogériatrie, évaluation gériatrique personnalisée, suivi des patients.

Abstract

Introduction: As there is a lack of national guidelines on the implementation and the follow-up subsequent to initial comprehensive geriatric assessment (CGA) in patients aged 75 and over with cancer, the main aim of our work was to appraise evidence of such follow-up and the implementation methods deployed.

Materials and Methods: During 2018, a questionnaire was sent to the Oncogeriatric Coordination Units (UCOG) in France to be distributed to the 247 health institutions offering CGA that were identified during the survey conducted by the UCOG Commission in 2017. A single questionnaire response per institution was taken into account.

Results: Of the 96 respondents, representing around 40% of the institutions offering CGA, 58 reported that follow-up was “operational or being piloted”, 24 that it was “in the planning stages” and 14 that it was “not under consideration”.

Follow-up consultation, which in 76% of cases takes place in the first three months after CGA, is initiated at the request of healthcare professionals (oncologists, general practitioners, nurses).

The purpose of follow-up is to reassess patient health status (91% of responses) and to determine whether CGA recommendations have been observed (68% of responses).

In 76% of cases, geriatricians and/or registered nurses provide aftercare. Its average duration is less than one hour in 82% of the institutions. Scheduling of follow-up after geriatric assessment is subject to a patient’s state of frailty and particularly concerns complex cases.

Primary care physicians were informed of the findings.

Conclusion: Implementation of follow-up after CGA is on the increase in France.

CGA is a key factor in the healthcare pathway of elderly cancer patients but is of benefit only if initial geriatric measures are carried out.

In light of the heterogeneity of practice, national clinical practice guidelines for CGA and its follow-up, along with their recognition, appear essential to the fair and rational implementation of support provided to elderly cancer patients.

Keywords: geriatric oncology, comprehensive geriatric assessment, patient follow-up.

JOG J Oncogériatr 2019 ; 10 (4) : 165-75.

Introduction

Les plans cancer ont défini les étapes du parcours de soins en cancérologie : dépistage, diagnostic, dispositif d’annonce, accompagnement soignant, Programme Personnalisé de Soins (PPS) et Programme Personnalisé après Cancer (PPAC) **1**.

La prise en soins spécifique des patients âgés repose en premier lieu sur un dépistage des fragilités gériatriques, de préférence par le test G8 **2,3**. Les patients dépistés se voient proposer une Évaluation Gériatrique Personnalisée (EGP) pour identifier les facteurs de risque et émettre des recommandations **4,5** pour une meilleure tolérance au traitement.

Réalisée par le gériatre, l’EGP prend en compte l’état de santé global du patient sous ses aspects médical, fonctionnel, psychologique et social, pour émettre des préconisations de prise en charge visant à améliorer la survie et la qualité de vie des patients **6,7**.

Dans le prolongement de l’EGP initiale, le suivi gériatrique permet de réévaluer l’état du patient tout au long de son parcours de soin **8**. Il n’existe cependant pas, à l’heure actuelle, de recommandations pratiques de mise en œuvre et/ou des modalités de ce suivi.

L’objectif de notre travail a été de recenser en France l’existence et les modalités éventuelles du suivi après EGP initiale des patients âgés de 75 ans et plus ayant un cancer.

Matériel et méthode

Un groupe de travail s’est constitué au sein de quatre Unités de Coordination en OncoGériatrie (UCOG Centre-Val de Loire, Bretagne, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes), et un questionnaire en ligne a été réalisé avec le logiciel Sphinx Declic 2, puis adressé aux UCOG pour diffusion auprès des 247 lieux de consultations d’oncogériatrie identifiés lors de l’enquête menée par la commission des UCOG en 2017 **9**.

Les questions portaient sur l’initiation du dispositif de suivi après EGP, les objectifs, les professionnels impliqués, le contexte et les modalités de réalisation, la transmission des conclusions des entretiens de suivi, les procédures et outils utilisés. Un commentaire libre était proposé en cas d’absence de suivi organisé.

L’enquête a été réalisée en 2018 sur deux périodes. La période initiale de recueil (juin) a été suivie par une 2^e phase de relance (novembre) avec des questions plus détaillées sur les modalités de sélection des patients éligibles au suivi, les éléments évalués au cours de celui-ci, la temporalité et la fréquence du suivi. Ce questionnaire est présenté dans le **tableau 1**.

Une seule réponse par lieu de consultation d’EGP a été conservée dans l’analyse globale et les réponses ont été classées en deux groupes, selon que le suivi après EGP était « opérationnel ou expérimental » ou « non prévu ou en projet ».

Tableau 1 : Contenu du questionnaire sur le suivi des patients après une Évaluation Gériatrique Personnalisée (EGP) dans le cadre du cancer.

Table 1: Content of the questionnaire on cancer patient follow-up after a comprehensive geriatric assessment (CGA).

Votre département d'exercice :

Nom de votre établissement d'exercice :

Organisation du suivi des patients après EGP initiale

Dans votre établissement le suivi est :

- Déjà mis en œuvre et opérationnel En cours d'expérimentation
 En projet, en réflexions Pas prévu

Les praticiens réalisant l'EGP proposent-ils tous un suivi ?

- Oui
 Non

Pour quelles raisons ?

- Manque de temps
 Manque de locaux
 Autre

Le suivi est demandé par :

- Le gériatre ayant effectué l'EGP
 Le cancérologue référent du patient
 Le médecin généraliste
 Autre, préciser

Le suivi est proposé de manière :

- Systématique pour tous les patients qui ont eu une EGP Ciblée pour certains patients Autres

Modalités de sélection des patients auxquels le suivi est proposé

- Par pathologie/organe
 Selon les fragilités lors de l'EGP initiale
 En fonction du type de traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie...)
 Selon le ressenti du/des professionnels
 Autre

Pour quelle(s) raison(s) le suivi a-t-il été mis en place ?

- Réévaluer l'état de santé du patient
 Évaluer le suivi des recommandations proposées lors de l'EGP initiale
 Autre, préciser

Après EGP initiale, le suivi est proposé dans un délai de

- Moins d'un mois
 1 mois
 3 mois
 6 mois
 12 mois
 Autre, préciser

Éléments évalués au cours du suivi

- Tous les éléments de l'EGP initiale
- Certains éléments de l'EGP initiale, en fonction des fragilités détectées
- La tolérance au traitement en cours
- L'apparition de nouveaux éléments
- Autre

Fréquence du suivi proposé aux patients

- La même pour tous les patients quelle que soit la pathologie
- Définie selon le profil des patients (par exemple en fonction de la pathologie, du type de traitement, des fragilités...)
- En fonction des disponibilités des équipes
- Autres

Régularité du suivi pour un même patient

- Au moins une fois par semaine
- Une fois par mois ou plus
- Une fois par trimestre ou plus
- Une fois par semestre ou plus
- Une fois par an ou plus
- Non systématisé, dépend des patients
- Autre

Durée moyenne du suivi est de

- Moins de 30 minutes
- De 30 minutes à 1 h
- De 1 h à 1 h 30
- Plus de 1 h 30
- Autre

Professionnels réalisant le suivi

- Un gériatre
- Une IDE
- Un gériatre et une IDE
- L'Équipe Mobile de Gériatrie ou d'Oncogériatrie
- L'Équipe de l'HDJ gériatrique
- Autre, préciser

Le suivi est réalisé

- Par téléphone
- En consultation externe
- En consultation pendant une hospitalisation
- Autre, préciser

Durée totale du suivi par patient

- Moins de 3 mois
- 6 mois
- 1 an
- Non systématisée, dépend du patient
- Autre

En moyenne, combien de nouveaux suivis sont-ils initiés par mois

- De 0 à 3
- De 3 à 6
- De 6 à 10
- De 10 à 15
- Autre, préciser

Le compte rendu de ce suivi est transmis

- À l'oncologue référent
- Au médecin généraliste
- Au gériatre ayant effectué l'évaluation initiale
- Autre, préciser

Le compte rendu est accessible dans

- Le dossier papier du patient
- Le dossier informatique de l'établissement
- Le Dossier Communicant de Cancérologie
- La traçabilité n'est pas mise en place
- Autre, préciser

Une procédure existe-t-elle pour assurer le suivi

- Oui
- Non

Cette procédure est

- Spécifique à un service
- Propre à un établissement
- Mutualisée dans plusieurs établissements
- Réalisée et mutualisée au niveau régional (en lien avec l'UCOG)
- Autre, préciser

Un outil spécifique existe-t-il pour ce suivi (fiche de liaison, document word... ?)

- Oui
- Non

Vos remarques, commentaires

Vos remarques et commentaires concernant l'organisation d'un suivi

Pensez à transmettre vos outils

Résultats

Quatre-vingt-seize réponses ont été retenues, représentant environ 40 % des 247 lieux de consultations. Elles sont présentées dans le **tableau 2**.

Le suivi est déclaré « mis en œuvre et opérationnel » ou « en cours d'expérimentation » pour 58 lieux de consultation, « en projet » pour 24 et « non prévu » pour 14.

Au total, 85 % (82/96) des lieux de consultation répondants proposent un suivi ou ont pour projet de le mettre en place.

Suivi « mis en œuvre et opérationnel » ou « en cours d'expérimentation »

Initiation du suivi

Soixante pour cent des suivis sont réalisés à la demande des professionnels de santé (cancérologue, médecin généraliste, paramédicaux). Ils sont initiés par le gériatre ayant effectué l'EGP dans 40 % des cas.

Le dispositif de suivi est déclenché dans 76 % des cas au cours du premier trimestre suivant l'EGP.

Tableau 2 : Réponses au questionnaire sur le suivi des patients après une EGP dans le cadre du cancer.

Table 2: Responses to the questionnaire on cancer patient follow-up after CGA.

Paramètres	Réponses	
	Nb/Nb de répondant	%
Dans votre établissement le suivi est		
Déjà mis en œuvre et opérationnel	46/96	48
En cours d'expérimentation	12/96	12
En projet, en réflexion	24/96	25
Pas prévu	14/96	15
Le suivi est demandé par le		
Gérialre ayant effectué l'EGP initiale seul	23/58	40
Autres professionnels de santé (<i>cancérologue, médecin généraliste, paramédical</i>)	35/58	60
Délai d'initiation du suivi après EGP initiale		
Moins d'un mois	8/53	15
1 mois	11/53	21
3 mois	21/53	40
6 mois	1/53	2
12 mois	0/53	0
Autre (<i>en fonction du patient, en milieu et fin de traitement...</i>)	12/53	23
Ne se prononce pas	5/58	
Nouveaux suivis initiés par mois		
De 0 à 3	21/53	40
De 3 à 6	12/53	23
De 6 à 10	11/53	21
De 10 à 15	5/53	9
Autre	4/53	8
Ne se prononce pas	5/58	
Motif de mise en place du suivi (<i>réponses multiples</i>)		
Réévaluer l'état de santé du patient	48/53	91
Évaluer le suivi des recommandations de l'EGP initiale	36/53	68
Autre	7/53	13
Ne se prononce pas	5/58	
Professionnels réalisant le suivi		
Gérialre et/ou IDE	16/50	32
Gérialre seul	11/50	22
IDE seul	11/50	22
Plusieurs intervenants	10/50	20
Équipe Mobile de Gériatrie ou OncoGériatrie seule	2/50	4
Ne se prononce pas	8/58	
Le suivi est proposé de manière		
Systématique	8/58	14
Ciblée	50/58	86
Critères de proposition d'un suivi ciblé (<i>réponses multiples</i>)		
Selon le degré de fragilités	38/41	93
En fonction de la lourdeur du traitement	25/41	61
Selon le ressenti du/des professionnels	17/41	42
Autre	5/41	12
Par pathologie/organe	4/41	10
Ne se prononce pas	9/50	

Paramètres	Réponses	
	Nb/Nb de répondant	%
Éléments évalués		
Certains éléments de l'EGP initiale, en fonction des fragilités détectées	42/47	89
La tolérance au traitement	36/47	77
L'apparition de nouveaux éléments	30/47	64
Tous les éléments de l'EGP initiale	5/47	11
Autre	3/47	6
Ne se prononce pas	11/58	
Modalités techniques du suivi		
Plusieurs modalités	29/51	57
En consultation externe	12/51	24
Par téléphone	7/51	14
En consultation pendant une hospitalisation	3/51	6
Ne se prononce pas	7/58	
Durée moyenne d'un suivi		
Moins de 30 minutes	13/44	30
De 30 minutes à 1 h	23/44	52
De 1 h à 1 h 30	4/44	9
Plus de 1 h 30	1/44	2
Autre	3/44	7
Ne se prononce pas	14/58	
Régularité du suivi pour un même patient		
Non systématisé, dépend des patients	29/46	63
Une fois par trimestre ou plus	8/46	17
Une fois par mois ou plus	4/46	9
Autre	2/46	4
Au moins une fois par semaine	1/46	2
Une fois par semestre ou plus	1/46	2
Une fois par an ou plus	1/46	2
Ne se prononce pas	12/58	
Fréquence du suivi proposée		
Selon le profil des patients	36/47	77
Identique pour tous les patients	4/47	9
Selon les disponibilités des équipes	2/47	4
Autre	5/47	11
Ne se prononce pas	11/58	
Durée totale du suivi par patient		
Non systématisé, dépend des patients	35/43	81
Moins de 3 mois	2/43	5
6 mois	2/43	5
1 an	2/43	5
Autre	2/43	5
Ne se prononce pas	15/58	
Compte-rendu adressé à (<i>réponses multiples</i>)		
Oncologue référent	49/58	84
Médecin généraliste	45/58	78
Gériatre ayant effectué l'EGP initiale	22/58	38
Autre	9/58	16

Paramètres	Réponses	
	Nb/Nb de répondant	%
Compte-rendu accessible dans (<i>réponses multiples</i>)		
Le dossier informatique de l'ES	46/58	79
Le dossier papier du patient	23/58	40
Le DCC	5/58	9
La traçabilité n'est pas mise en place	3/58	5
Autre	2/58	
Existence d'une procédure		
Oui	11/57	19
Non	46/57	81
Ne se prononce pas	1/58	
Procédure		
Spécifique à un service	5/11	46
Propre à l'établissement	4/11	36
Mutualisée dans plusieurs établissements	1/11	9
Réalisée et mutualisée en lien avec l'UCOG	1/11	9
Existence d'un outil de suivi		
Oui	22/57	

Le nombre mensuel de nouveaux suivis par lieu de consultation est de moins de 3 dans 40 % des cas, de 3 à 6 dans 23 % des cas, de 6 à 10 dans 21 % des cas, plus de 10 dans 9 % des cas.

Objectifs du suivi

Le suivi est proposé dans un double objectif : réévaluer l'état de santé des patients et apprécier la prise en compte des recommandations gériatriques émises lors de l'EGP, respectivement pour 91 % et 68 % des lieux de consultation.

Professionnels impliqués dans le suivi

Pour 76 % des lieux de consultation, le suivi est réalisé par le gériatre et/ou l'Infirmier Diplômé d'État (IDE) : 22 % uniquement par le gériatre, 22 % par l'IDE seul et 32 % par le gériatre et l'IDE (sans précision s'il s'agit d'une intervention en binôme pour chaque patient ou de l'un ou l'autre des professionnels). Les IDE assurent tout ou partie du suivi dans 39 lieux de consultation. Le gériatre réalise seul le suivi dans les 11 autres lieux de consultation.

Contexte et modalités du suivi

Le suivi est proposé dans 86 % des lieux de consultation à des patients relevant de critères définis, notamment le degré de fragilité (93 %) et la lourdeur des traitements (61 %).

L'entretien de suivi est centré sur l'évaluation de certains éléments de l'EGP (89 % des lieux de consultation),

la tolérance au traitement (77 % des lieux de consultation), l'apparition de nouveaux éléments (64 % des lieux de consultation).

Près de 60 % des lieux de consultation utilisent plusieurs modalités de réalisation du suivi : par téléphone, en consultation externe ou au cours d'une hospitalisation (Figure 1).

La durée moyenne d'un rendez-vous de suivi est de moins d'une heure dans 82 % des cas. Les résultats détaillés sont présentés dans le tableau 3.

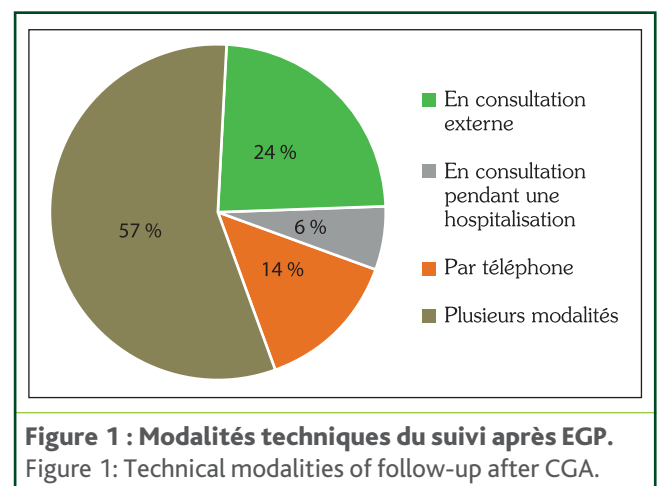


Tableau 3 : Durée moyenne d'un suivi après EGP.

Table 3: Average duration of follow-up after CGA.

	Effectif (n)	Proportion (%)
Moins de 30 minutes	13	30
De 30 minutes à 1 h	23	52
De 1 h à 1 h 30	4	9
Plus de 1 h 30	1	2
Autre	3	7

La régularité des entretiens de suivi (Tableau 4) et la durée totale d'accompagnement (Tableau 5) sont personnalisées et adaptées aux besoins des patients.

Transmission des conclusions

Le compte rendu du suivi est adressé aux médecins référents : oncologue (84 % des lieux de consultation) et médecin traitant (78 % des lieux de consultation).

Tableau 4 : Fréquence des rendez-vous de suivi après EGP.

Table 4: Frequency of follow-up appointments after CGA.

	Effectif (n)	Proportion (%)
Au moins une fois par semaine	1	2
Une fois par mois ou plus	4	9
Une fois par trimestre ou plus	8	19
Une fois par semestre ou plus	1	2
Une fois par an ou plus	1	2
Non systématisé, dépend des patients	29	65
Autre	2	4

Tableau 5 : Durée totale du dispositif de suivi après EGP.

Table 5: Total duration of the monitoring system after CGA.

	Effectif (n)	Proportion (%)
Moins de 3 mois	2	5
6 mois	2	5
1 an	2	5
Non systématisé, dépend du patient	35	81
Autre	2	5

Les conclusions sont tracées et disponibles dans le dossier informatique de l'établissement (79 % des répondants) et/ou dans le dossier papier du patient (40 % des lieux de consultation). Il est accessible dans le Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) pour 9 % des lieux de consultation.

Procédures et outils utilisés

Dix-neuf pour cent des lieux de consultation ont formalisé une procédure de déclenchement du suivi. Des outils spécifiques d'aide à la réalisation du suivi ont été créés dans 39 % des lieux de consultation.

Suivi « en projet » ou « non prévu »

Les lieux de consultation pour lesquels le suivi est « en projet » ou « non prévu » précisent les freins au développement de cette activité : le manque de temps médical et paramédical constitue un point crucial, mais également l'aspect chronophage, l'indisponibilité des locaux, et pour un lieu de consultation une expérimentation non concluante de suivi téléphonique.

Néanmoins, 4 des lieux de consultation pour lesquels le suivi n'est pas organisé précisent qu'ils sont en capacité de le proposer de manière ponctuelle et ciblée.

Discussion

Notre travail montre que, dans 85 % des cas, un suivi après EGP est mis en œuvre par les équipes ayant répondu au questionnaire. Le taux de 40 % de répondants ne permet pas de généraliser ce résultat mais confirme l'intérêt porté par les équipes au suivi spécifique des patients âgés en particulier très fragiles et/ou relevant de soins complexes. Les objectifs du suivi après EGP visent à l'amélioration de la prise en soins et de la qualité de vie des patients, à l'évaluation de la tolérance au traitement et à l'ajustement des recommandations gériatriques initiales, pour éviter les hospitalisations non programmées ou en urgence. Les modalités du suivi sont certes variables d'un centre à l'autre, mais les éléments communs pourraient faire l'objet de recommandations nationales minimales labellisées par les tutelles sous l'égide des sociétés savantes.

Cette enquête constitue un descriptif partiel des pratiques actuelles en termes de suivi des patients après EGP initiale. Elle mériterait d'être complétée par une analyse d'impact dans la prise en soins globale. En effet, l'apport réel du suivi et son retentissement sur le plan de soins cancérologiques n'ont pas été questionnés, car la démarche était avant tout d'établir un état des lieux des pratiques de suivi post EGP.

L'étude PREPARE **10**, en cours, vise à mesurer et évaluer l'impact de l'EGP en oncogériatrie. Les résultats pourraient permettre d'asseoir l'EGP et le suivi comme

éléments constitutifs et indispensables du parcours de soins oncogériatrique.

Cette enquête pointe cependant des difficultés structurelles et conjoncturelles à la mise en œuvre du suivi, y compris au sein des équipes assurant l'EGP : démographie médicale actuelle particulièrement faible en ressources gériatriques **9**, manque de ressources humaines dans les établissements de santé et absence de tarification adaptée tant à l'EGP qu'au suivi. Le dépistage de la fragilité et la possibilité de recours à l'EGP et au suivi, aujourd'hui simplement recommandés, devraient être retenus comme des critères opposables à l'autorisation en cancérologie des établissements de santé. La description précise de leur contenu, indications et modalités minimales serait un préalable à la reconnaissance de l'EGP et du suivi comme acte médical spécifique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour l'oncogériatrie afin de valoriser cette prise en charge à un juste niveau.

L'appui des IDE formés auprès des gériatres représente une réponse partielle **11** au problème des ressources médicales et permet par ailleurs une meilleure coordination et une prise en soins optimisée. Dans ce contexte, le décret du 18 juillet 2018 **12**, relatif à l'exercice infirmier en pratiques avancées, pourrait s'appliquer à cette mission dans le cadre de l'oncogériatrie. Un suivi IDE, avec recours à l'expertise gériatrique au cas par cas, pourrait être envisagé, en fonction des besoins particuliers du patient.

Le médecin traitant (MT) et les structures d'aval (SSR, EHPAD, HAD...), à l'initiative du suivi ou destinataires des conclusions, ont un rôle central en tant qu'acteurs de premier recours. Le développement des liens ville-hôpital doit se poursuivre dans ce domaine.

En ce sens, la traçabilité organisée de l'EGP et du suivi dans le DCC **13** serait en adéquation avec les recommandations nationales et de nature à favoriser ces liens.

Conclusion

La mise en œuvre et l'organisation du suivi après l'EGP initiale sont en expansion en France. Elles sont un prolongement naturel spécifique du parcours de soins en oncogériatrie après l'EGP. Il s'agit bien, comme souligné par Rubenstein, d'une « procédure diagnostique multidimensionnelle et interdisciplinaire (qui) permet d'élaborer un plan coordonné pour le traitement et le suivi à long terme » **14**.

L'hétérogénéité actuelle des pratiques suggère la rédaction de recommandations nationales minimales pour l'EGP et le suivi, en vue de promouvoir un accès équitable et de reconnaître la spécificité de la prise en charge oncogériatrique.

Remerciements

Nous tenons à remercier les UCOG qui ont diffusé l'enquête auprès des établissements de leurs territoires de santé.

Nous remercions tout particulièrement le Docteur Sandrine Estivin (UCOG Bretagne) pour sa relecture et le Professeur Étienne Dorval (AOG Centre-Val de Loire) pour ses conseils méthodologiques concernant la rédaction de cet article. ■

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

- 1** Institut National du Cancer. Le Plan Cancer 2014-2019. 2^e édition. 4 février 2014. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
- 2** 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 ; 9 : e115060.
- 3** Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, Mertens C, Delva F, Fonck M, *et al.* Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol* 2012 ; 23 : 2166-72.
- 4** Hamaker ME, Vos AG, Smorenburg CH, de Rooij SE, van Munster BC. The value of geriatric assessments in predicting treatment tolerance and all-cause mortality in older patients with cancer. *Oncologist* 2017 : 1439-49.
- 5** Caillet P, Laurent M, Bastuji-Garin S, Liuu E, Culline S, Lagrange JL, *et al.* Optimal management of elderly cancer patients: usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment. *Clin Interv Aging* 2014 ; 9 : 1645-60.
- 6** 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 : 241-52.
- 7** Caillet P, Canoui-Poitrine F, Vouriot J, Berle M, Reinald N, Krypciak S, *et al.* Comprehensive Geriatric Assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA study. *J Clin Oncol* 2011 ; 29 : 3636-42.
- 8** Nahon S, Guillem O. Faciliter l'évaluation en oncologie gériatrique pour optimiser le parcours de soin. *JOG J Oncogeriatr* 2018 ; 9 : 63-6.
- 9** Albrand G, Poulet-Carel M, Dorval E, Bourcy V, Mourey L. Ressources nationales des structures de consultations en oncogériatrie en 2017. *JOG J Oncogeriatr* 2018 ; 9 : 45-51.
- 10** Soubeyran P, Terret C, Bellera C, Bonnetain F, Saint Jean O, Galvin A, *et al.* Role of geriatric intervention in the treatment of older patients with cancer: rationale and design of a phase III multicenter trial. *BMC Cancer* 2016 ; 16 : 932.
- 11** Dorval E. EDD perspectives en oncogériatrie. Propositions sur les perspectives d'évolution de la prise en soins des personnes âgées atteintes de cancer en France. OncoGériatrie Centre-Val de Loire. Novembre 2018. <https://oncocentre.org/wp-content/uploads/190107-propositions-OG-vdef.pdf>
- 12** Légifrance. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218115&categorieLien=id>
- 13** Sauger C, Dardaine V, Lefebvre C, Deloigne A, Dupont R, Heitzman P, *et al.* Le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) au service de l'oncogériatrie en région Centre-Val de Loire. *JOG J Oncogeriatr* 2019 ; 10 : 25-30.
- 14** Rubenstein *et al.* *J Am Geriatr Soc* 1991 ; 39 : 85-165.