

Améliorer la valorisation de l'Évaluation Gériatrique Personnalisée en cancérologie grâce à l'Hôpital de Jour

Improving the value of the Comprehensive Geriatric Assessment in Oncology in ambulatory setting

Béregère BEAUPLÉ^{1,2,3}, Françoise LEFORT⁴, Véronique PORQUET⁵, Bertrand BACINSKY⁶, Nicole FRENKIEL^{2,7}, Soazig LEBAUBE¹, Priscille LE BON^{2,8}, Heidi SOLEM-LAVIEC^{2,8}, et Nicolas BERTRAND⁹

1. Pôle d'Évaluation Gériatrique, CHU de Caen Normandie, France.

2. Unité de Coordination en Oncogériatrie InterRégionale de Normandie, 28 rue Bailey, Caen, France.

3. Normandie Univ, UniCaen, INSERM, U1086, ANTICIPE, Caen, France.

4. Département d'Information Médicale, CHU de Caen Normandie, France.

5. Cellule Identito Vigilance-Optimisation Facturation, CHU de Caen Normandie, France.

6. Service Contrôle de Gestion, CHU de Caen Normandie, France.

7. Institut Bas-Normand d'Hématologie, CHU de CAEN Normandie, France.

8. Service de Soins de Support ATOSS, Centre de Lutte contre le Cancer François Baclesse, Caen, France.

9. Oncologie Médicale, UCOG Nord, CHRU de Lille, France.

Auteur correspondant : Docteur Béregère Beauplé, Pôle d'Évaluation Gériatrique, CHU, avenue Côte de Nacre, 14033 Caen cedex 9, France.

Tél. : +33 (0)2 31 06 53 44 ; Fax : +33 (0)2 31 06 57 34 ; Courriel : beauple-b@chu-caen.fr

Résumé

Objectif : Le dépistage des fragilités gériatriques en cancérologie comme le recommande l'Institut National contre le Cancer (INCa) peut conduire à la réalisation d'Évaluations Gériatriques Personnalisées (EGP) préthérapeutiques. Ces évaluations pluriprofessionnelles peuvent s'organiser en Hôpital de Jour (HDJ), dont la réglementation a changé depuis le 1^{er} mars 2020 selon la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé.

Matériel et méthodes : Nous présentons de façon rétrospective la valorisation des EGP en cancérologie réalisées dans l'HDJ gériatrique au CHU de Caen sur la période entre le 1^{er} mars 2020 et le 28 février 2021.

Résultats : Il est désormais possible de valoriser une EGP par un binôme Infirmier-Médecin, à taux plein lorsque les patients âgés sont fragiles. Dans la réalité, de nombreux autres professionnels peuvent être amenés à intervenir auprès du patient selon ses besoins. Au CHU de Caen, le nombre d'EGP en cancérologie réalisé en HDJ est passé de 15 en 2019 à 105 en 2020, en substitution de consultations externes.

Conclusion : Le défaut de rentabilité n'est donc plus un obstacle à la réalisation des EGP en cancérologie. Il reste à améliorer son intégration dans le parcours patient, former et mettre à disposition les professionnels pour les réaliser, et identifier les modalités de suivi des interventions réalisées.

Mots clés : tumeurs, sujet âgé, sujet âgé de 80 ans ou plus, évaluation gériatrique, services de consultations externes des hôpitaux.

Abstract

Objective: The screening of frailty in oncology as recommended by the French National Cancer Institute can bare the need for Comprehensive Geriatric Assessments (CGA) before oncological treatment. These multi-professional assessments can be organized in outpatient clinic, whose regulations have changed since March 1, 2020 according to the gradation of ambulatory care.

Materials and methods: We retrospectively present the valuation of CGA in older patients with cancer performed in the Department of geriatric medicine at Caen University Hospital over the period between March 1, 2020 and February 28, 2021.

Results: It is now possible to value a CGA performed by a nurse-physician pair, at full rate when the older patients are frail. Actually, other professionals may be required to intervene with the patient depending on his or her needs. At Caen University Hospital, the number of CGA in oncology performed in outpatient clinic has increased from 15 in 2019 to 105 in 2020, in substitution of outpatient consultations.

Conclusion: The cost-effectiveness is no longer an obstacle to realize CGA in oncology. Its integration into the patient pathway is to be improved, as well as training and providing the professionals to carry them out, and identifying the interventions' follow-up pattern.

Keywords: neoplasms, aged, aged 80 years and over, geriatric assessment, outpatient clinics, hospital

JOG J Oncogériatr 2021 ; 12 (3) : 103-111.

Introduction

En réponse à l'action 2.16 du plan cancer 2014-2019 [1](#), « Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leur besoins spécifiques », les Unités de Coordination en OncoGériatrie (UCOG) diffusent sur leur territoire l'utilisation de l'outil de dépistage des fragilités validé par l'étude Oncodage pouvant conduire à la réalisation d'EGP complémentaires [2](#). Dans l'étude Oncodage, 68,5 % des patients étaient identifiés fragiles avec le score G8 $\leq 14/17$, ce qui représente un nombre important potentiel d'EGP nécessaires avant de définir le projet thérapeutique oncologique. Cela implique une disponibilité d'équipes gériatriques et une organisation viable pour les établissements qui proposent ces EGP sur l'ensemble du territoire français. Le premier levier passe donc par la formation de personnels médical et paramédical, nous développons ici le deuxième levier qui est davantage économique.

Une EGP ou encore appelée Évaluation Gériatrique Approfondie (EGA) est une évaluation multidimensionnelle et pluriprofessionnelle recherchant la présence de syndromes gériatriques et proposant des interventions dans le Plan Personnalisé de Soins [3,4](#). Lors de cette évaluation pré-thérapeutique en cancérologie, elles peuvent mobiliser des professionnels de santé pendant une à trois heures pour chaque patient. Ce temps est utile pour bien apprécier le rapport bénéfice/risque des projets oncologiques envisagés [5](#).

Selon l'instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du 2 décembre 2019 relative à l'évolution des missions des Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC), ces réseaux doivent porter une attention particulière pour assurer la lisibilité de l'offre de soins pour les patients âgés atteints de cancer, en partenariat avec les UCOG. Ils doivent identifier « la carte des consultations

de gériatrie et de l'offre pour faire pratiquer une évaluation gériatrique approfondie (EGA) (HDJ gériatriques, équipes mobiles de gériatrie de la région, etc.) » [6](#). Au diagnostic du cancer, si le patient est hospitalisé, il peut en effet bénéficier de l'EGP par une équipe mobile gériatrique, sinon en ambulatoire en HDJ.

Depuis la circulaire frontière de 2010 [7](#), les bilans diagnostiques gériatriques en HDJ étaient définis sur l'exemple « incluant une consultation mémoire, un bilan social effectué par une assistante sociale, des examens complémentaires avec notamment des tests neuropsychologiques, la présence d'une infirmière et une synthèse effectuée par un médecin gériatre ».

Le moratoire sur les contrôles de Tarification à l'activité (T2A) des HDJ de médecine en 2017 a ensuite conduit à un nouvel arrêté tarifaire du 28 février 2020 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé (applicable publié Journal Officiel le 1^{er} mars 2020) [8](#). Cet arrêté définit la notion d'un nombre d'interventions requises plutôt que d'intervenants pour allouer un tarif zéro jour. Il fait apparaître également la notion de contexte patient, qui permet la valorisation à taux plein, même pour deux interventions (**Figure 1**).

Des précisions ont été apportées dans l'instruction DGOS du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé [9](#). De manière dérogatoire pour une prise en charge programmée sans nuitée en médecine (sans acte classant chirurgical ni anesthésie), le patient peut être hospitalisé au sein d'une autre unité que la structure HDJ, dans un pôle d'évaluation ambulatoire notamment.

L'HDJ de médecine reste définie par au minimum trois interventions (et non plus trois intervenants) coordonnées par un médecin. La facturation d'un Groupe Homogène de Séjour (GHS) « intermédiaire » est appliquée pour

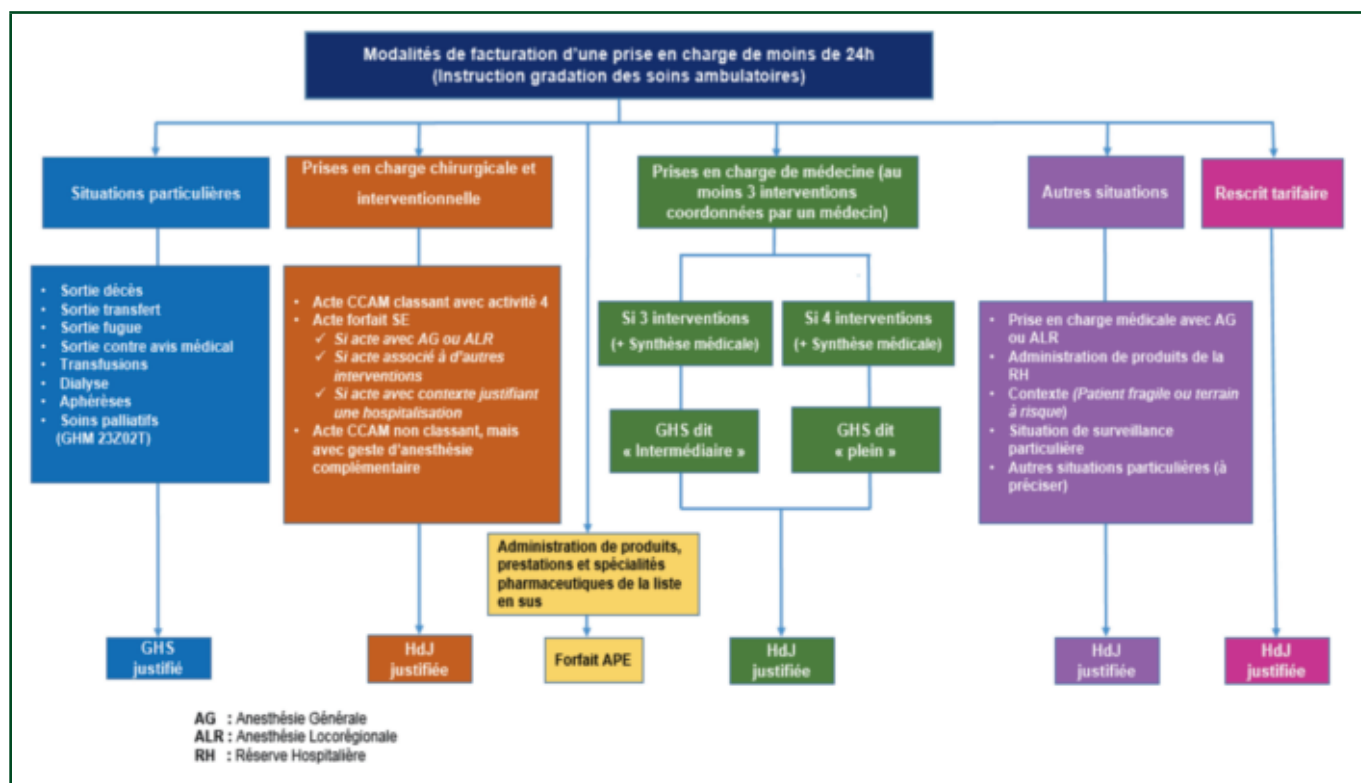


Figure 1 : Synthèse des modalités de facturation des HDJ.
Figure 1: Valuation conditions of hospital ambulatory care.

3 interventions, « plein » pour 4 interventions. D'autres situations dérogeant à cette règle ont été prévues comme le cas d'une administration d'un produit de la réserve hospitalière (par exemple une perfusion de fer injectable), ou de contexte patient particulier, qui sont indépendants du nombre d'interventions. Une intervention doit être réalisée auprès du patient par un professionnel médical, paramédical ou socio-éducatif. Deux interventions ou actes techniques différents peuvent être réalisées par un même intervenant. Les Infirmiers Diplômés d'État peuvent dénombrer plusieurs interventions : surveillance des constantes (recherche d'hypotension orthostatique), pansement, prise de sang, perfusion, soins de nursing, éducation thérapeutique, consultation Infirmier en Pratiques Avancées (IPA), remise du Plan Personnalisé de Soins (PPS)... sauf l'électrocardiogramme qui n'est plus dénombré comme une intervention.

Le « contexte patient » pour obtenir un GHS taux plein lors d'une HDJ fait référence à sa fragilité et son terrain à risque : son âge (indiscutable si ≥ 80 ans), handicap, pathologie psychiatrique, état grabataire, antécédent empêchant la réalisation d'un acte en externe, précarité sociale, difficulté à coopérer ou s'exprimer, suspicion de maltraitance. Le cas échéant, d'autres conditions de

fragilité devront être précisées dans le dossier du patient sur le compte-rendu de l'HDJ.

Nous avons ainsi choisi d'explicitier ci-dessous ces modalités de prise en charge, d'illustrer par le retour d'expérience du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Caen et de discuter l'intérêt que cela représente pour la promotion de l'oncogériatrie.

Matériel et méthodes

Nous avons évalué de façon rétrospective la valorisation des EGP en cancérologie réalisées dans l'HDJ gériatrique au CHU de Caen sur la période du 1^{er} mars 2020 au 28 février 2021.

Résultats

Le tableau 1 compare l'évolution du nombre d'EGP réalisées selon les différents modes d'organisation au CHU de Caen. Il montre la progression globale des demandes, et ce malgré la pandémie liée au coronavirus. Pour les patients vus en ambulatoire, à partir du 1^{er} mars 2020, les consultations ont fortement diminué au profit de l'HDJ.

Les EGP sont programmées et planifiées dans l'Unité Fonctionnelle d'HDJ gériatrique, mais les patients

Tableau 1 : Comparaison du nombre d'EGP réalisées en cancérologie au CHU de Caen entre 2019 et 2020, selon les différents modes d'organisation.

Table 1: Comparison of the number of CGA performed in oncology at Caen University Hospital between 2019 and 2020, in the different settings.

	2019	2020
Consultation externe	79	25
Équipe mobile gériatrique	47	85
HDJ	15	105
Téléconsultation	1	2
TOTAL	142	217

sont accueillis dans un bureau de consultation externe du Pôle d'Évaluation Gériatrique où les différents intervenants professionnels se succèdent. Au minimum, le binôme Infirmier Diplômé d'État (IDE) formé à l'EGP et gériatre intervient. L'IDE réalise l'évaluation de la dépendance pour les actes de la vie quotidienne, de la douleur, de l'état nutritionnel (mesures anthropométriques, *Mini Nutritional Assessment*), de la marche et troubles de l'équilibre, et du statut psychocognitif, avec des échelles validées adaptées aux capacités du patient. L'IDE donne des conseils adaptés aux besoins et oriente si nécessaire ensuite le patient vers les professionnels de santé paramédicaux correspondants. Le gériatre réalise l'examen médical, et évalue la sévérité des comorbidités selon l'échelle *Cumulative Illness Rating Scale-version Gériatrique* en récupérant les comptes rendus des suivis spécialistes et en complétant par l'interrogatoire du patient. Il vérifie le statut vaccinal, réalise la révision d'ordonnance, avec notamment la suppression des prescriptions médicamenteuses inappropriées selon l'outil STOPP-START, expliquée au patient. Enfin, il calcule en fonction du projet thérapeutique le risque de complications post-opératoires par l'outil en ligne *National Surgical Quality Improvement Program®* de l'*American College of Surgeons* [10](#) ; ou de chimiotoxicité par le calculateur en ligne du *Cancer and Aging Research Group* [11](#). Le rapport bénéfice/risque est discuté avec le patient et ses proches éventuellement présents. Un compte rendu est ensuite adressé au médecin demandeur résumant les interventions réalisées et l'avis sur la faisabilité du traitement oncologique proposé par la RCP.

Le tableau 2 compare les différentes interventions réalisées en HDJ et la valorisation correspondante selon la gradation et le Diagnostic Principal (DP) choisi, des EGP réalisées pour motifs non chirurgicaux (traitements systémiques ou radiothérapie).

Soixante-quatre patients ont été évalués sur la période du 1^{er} mars 2020 au 28 février 2021, d'un âge moyen de 82 ans (70-96). Parmi ces séjours, 2 avaient un acte de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour lesquels la gradation ne s'applique pas : une échographie et une exérèse de carcinomes basocellulaires qui n'était pas le motif de l'EGP. Le DP choisi est le cancer (ou codé « tumeur à évolution imprévisible » lorsque l'anatomo-pathologie n'est pas encore obtenue), ce qui produit un grand éventail dans le montant du GHS.

La valorisation dépend du Groupe Homogène de Malades (GHM) et donc du diagnostic principal, qui peut être Z04802 pour « Examen et mise en observation pour bilan préopératoire » avec le cancer en diagnostic relié, ce qui correspond à un GHM 23M20T d'un montant de 658,20 € par HDJ. Hors contexte chirurgical, le cancer peut être positionné en diagnostic principal, en l'absence d'un codage spécifique existant, valorisant de 553,96 € à 1 296,11 €. Par ailleurs, il est important de coder les diagnostics associés réalisés éventuellement lors de cette HDJ (I951 pour hypotension orthostatique ; E43 pour malnutrition protéino-énergétique grave, E440 si modérée, E441 si légère ; R296 pour chutes répétées ; E559 pour carence en vitamine D ; D500 pour anémie ferriprive sur hémorragie chronique ; F067 pour trouble cognitif léger, T887 pour effet indésirable d'un médicament...) ainsi que les pathologies chroniques qui ont fait l'objet d'une modification du traitement de fond.

La valorisation des EGP avant chirurgie carcinologique, est uniforme avec le DP Z04802 et la localisation tumorale en Diagnostic Relié attribue un GHS 0 jour passé de 658,20 € en 2020 à 708,70 € en 2021 (Figure 2). Pour les 57 patients évalués pour ce motif sur la même période, l'âge moyen des patients était de 81 ans (70-101). Concernant la gradation, les 35 HDJ avec moins de trois interventions (intervention infirmier et gériatre) étaient tous fragiles, attribuant un taux plein. Parmi les 19 HDJ avec trois interventions (dont un seul patient n'était pas en contexte fragile), elles comprennent systématiquement l'intervention d'un infirmier et gériatre, et en plus : pour 10 patients une perfusion de fer injectable ; pour 3 le diététicien, pour 3 la consultation avec le chirurgien, pour 2 avec l'anesthésiste, et pour 1 la neuropsychologue. Parmi les 3 HDJ avec plus de trois interventions, elles comprenaient l'intervention de l'infirmier, la perfusion de fer injectable, le gériatre, et pour 2 patients la consultation anesthésique, et pour 1 patient l'intervention diététique.

Tableau 2 : Valorisation des HDJ selon la gradation et le Diagnostic Principal sur la période du 1^{er} mars 2020 au 28 février 2021 (n = 64 EGP avant traitement oncologique systémique ou radiothérapie).

Table 2: Valuation of CGA at hospital ambulatory setting depending on the gradation and the Main Diagnosis over the period from 2020, March the 1st to 2021, February the 28th (n = 64 CGA before systemic oncological treatment or radiation therapy).

Nombre de séjours	GRADATION			Interventions* et Actes CCAM	Code DP	LIBELLÉ Diagnostic Principal	MONTANT GHS RSS EN EUROS
	Contexte PATIENT	Admin PRODUIT RH	NB INTERVENTIONS				
1	1 - Oui	2 - Non	A - Inférieure à 3	IG	C919	Leucémie lymphoïde, sans précision	760,90
3 1 1	1 - Oui 1 - Oui 1 - Oui	2 - Non 1 - Oui 2 - Non	A - Inférieure à 3 C - Supérieure à 3 C - Supérieure à 3	IG IG F O IG D As	C884, C833, C844	Lymphomes	
1	1 - Oui	2 - Non	A - Inférieure à 3	IG	D479	Tumeur à évolution imprévisible et inconnue des tissus lymphoïde, hématopoïétique	
1	1 - Oui	2 - Non	A - Inférieure à 3	IG	C441	Tumeur maligne de la peau de la paupière	553,96
4 1	1 - Oui 1 - Oui	2 - Non 2 - Non	A - Inférieure à 3 B - Égale à 3	IG IG O	C435, C436, C437	Mélanome	753,32
6 1 1 1 1	1 - Oui 1 - Oui 1 - Oui 1 - Oui 1 - Oui	2 - Non 2 - Non 2 - Non 1 - Oui 2 - Non	A - Inférieure à 3 B - Égale à 3 B - Égale à 3 B - Égale à 3 C - Supérieure à 3	IG IG R IG D IG F IG O C1	C442, C443, C444, C446, C448	Tumeur maligne de la peau de la face, oreille, cuir chevelu, membre supérieur	753,32
2 1	1 - Oui 1 - Oui	2 - Non 1 - Oui	A - Inférieure à 3 B - Égale à 3	IG IG F	D381, C450	Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue de la trachée, des bronches et du poumon, Mésothéliome de la plèvre	935,75
5	1 - Oui	2 - Non	A - Inférieure à 3	IG	D410, D411 et C64	Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue ou maligne du rein, et bassinnet	
1 1 1 1	1 - Oui 1 - Oui 1 - Oui 1 - Oui	2 - Non 2 - Non 1 - Oui 2 - Non	A - Inférieure à 3 B - Égale à 3 B - Égale à 3 C - Supérieure à 3	IG IG Np IG F IG N	C671, C674, C678, C679	Tumeur maligne de la vessie	1 035,07
1 1 1	1 - Oui 1 - Oui 1 - Oui	2 - Non 2 - Non 2 - Non	A - Inférieure à 3 B - Égale à 3 C - Supérieure à 3	IG IG O IG E As O	C61 C61 C61	Tumeur maligne de la prostate	1 059,54
2 1 1	1 - Oui 1 - Oui 1 - Oui	2 - Non 2 - Non 2 - Non	A - Inférieure à 3 B - Égale à 3 C - Supérieure à 3	IG IG D IG D As	C031 C139 C329	Tumeur maligne de la gencive inférieure, glande parotide Tumeur maligne de l'hypopharynx Tumeur maligne du larynx, sans précision	1 295,11

1	1 - Oui	2 - Non	A - Inférieure à 3	IG	C029	Tumeur maligne de la langue, sans précision	3 052,12
1	1 - Oui	2 - Non	A - Inférieure à 3	IG	C719	Tumeur maligne de l'encéphale, sans précision	618,74
1	1 - Oui	1 - Oui	C - Supérieure à 3	IG F 01 02 E	C509	Tumeur maligne du sein, sans précision	995,23
1 1 1 1	1 - Oui 1 - Oui 1 - Oui 1 - Oui	2 - Non 1 - Oui 1 - Oui 2 - Non	A - Inférieure à 3 B - Égale à 3 C - Supérieure à 3 C - Supérieure à 3	IG IG F IG F exérèse cutanée IG D As	C541	Tumeur maligne de l'endomètre	1 115,55
1 1	1 - Oui 1 - Oui	2 - Non 1 - Oui	A - Inférieure à 3 B - Égale à 3	IG IG R	C56	Tumeur maligne de l'ovaire	
1	1 - Oui	2 - Non	A - Inférieure à 3	IG	C229	Tumeur maligne du foie, sans précision	796,44
1 1 1	1 - Oui 1 - Oui 1 - Oui	2 - Non 1 - Oui 1 - Oui	A - Inférieure à 3 B - Égale à 3 C - Supérieure à 3	IG IG F IG D T As	C187, C189 Z513	Tumeur maligne du côlon Transfusion sanguine, tumeur du côlon	1 276,02 613,37
2 3	1 - Oui 1 - Oui	2 - Non 2 - Non	A - Inférieure à 3 A - Inférieure à 3	IG IG	C772, C778 C795	Tumeur maligne secondaire des ganglions Tumeur maligne secondaire des os	760,90 834,11
1 1 2	1 - Oui 1 - Oui 1 - Oui	2 - Non 2 - Non 1 - Oui	B - Égale à 3 A - Inférieure à 3 A - Inférieure à 3	IG O IG IG	C780 C798	Tumeur maligne secondaire du poumon Tumeur maligne secondaire d'autres sièges	935,75 1 456,18

Abréviations : I : Infirmier ; G : Gériatre ; F : Fer injectable ; O : Oncologue ou Chirurgien ; D : Diététicien ; As : Assistant social ; R : Radiologie ; Np : Neuropsychologue ; N : Neurologue ; E : Ergothérapeute ; T : Transfusion ; C1 : Cure de traitement oncologique.

Discussion

Valorisation

La notion de « contexte patient » dans la gradation mérite davantage de précision et pourrait faire l’objet d’un travail commun consensuel entre Société Francophone d’OncoGériatrie, l’Assurance Maladie, et les Départements d’Information Médicale, afin d’éviter les risques de non-conformité lors des contrôles ultérieurs. L’identification du patient âgé comme fragile a un impact majeur sur la valorisation des HDJ puisqu’il permet d’obtenir un GHS à taux plein.

Du fait que l’EGP dure au moins deux heures par patient, il ne semble plus adapté de les réaliser de façon ambulatoire sous forme de consultations médicales seules (ou avec une IDE dont la consultation est gratuite) codées selon la nomenclature à 30 € si demandées par un spécialiste avec envoi d’un compte-rendu au Médecin Traitant

(MT) (50 € si sur demande du MT, 69 € si EGP réalisée par un PUPH). Cela pourrait se discuter si le patient est déjà suivi en gériatrie avec EGP récente (avis de surspécialité oncogériatrie). Les téléconsultation et télé-expertise peuvent se réaliser pour des patients résidents en EHPAD ou à une distance éloignée du centre où sont réalisées les EGP, afin d’éviter un déplacement exprès. Chez ces patients, la dépendance et les syndromes gériatriques sont déjà identifiés. Le tarif de la téléconsultation est de 25 € (avec majoration de 5 € si patient de 80 ans et plus ; et de 5 € si demande du MT). La télé-expertise est codée TE2 = 20 €, pouvant être réalisée au maximum 2 fois par an, par service et par patient.

Les téléconsultations et télé-expertises gériatriques peuvent aussi s’intégrer dans une HDJ si l’IDE réalise une partie de l’EGP avec le patient et son oncologue dans son établissement habituel, et que le gériatre (d’un autre établissement) est consulté à distance.

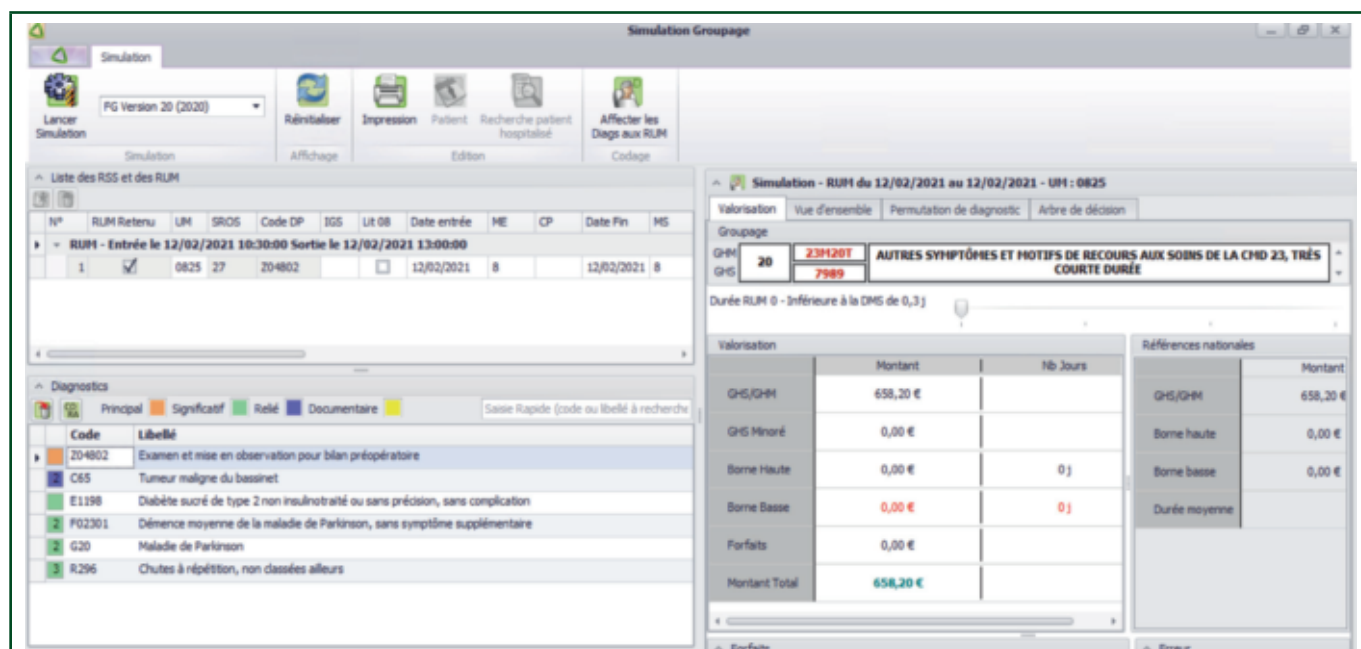


Figure 2 : Exemple d'un codage d'EGP en HDJ pour carcinome urothélial du rein sur logiciel de groupage CORA.

Figure 2: Example of valuation for a CGA performed before kidney cancer surgery.

Interventions

Le binôme IDE-médecin reste le pilier des EGP en HDJ. De nombreux autres professionnels peuvent être amenés à être sollicités. Organiser une HDJ mobilise aussi un temps d'Assistante Médico-Administrative d'environ trente minutes par séjour, qu'il faut comptabiliser dans les coûts, de même que le temps de cadre IDE pour la gestion du planning d'équipe, et les frais d'équipement et fonctionnement.

Le Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) François Baclesse de Caen organise les EGP pré-thérapeutiques en HDJ depuis 2012, avec une organisation fixe de trois intervenants (infirmier, diététicien, assistant social) et synthèse par un médecin gériatre. Son Département d'Information Médicale attribue un codage commun pour toutes les EGP et autres HDJ pour soins oncologiques de support de DP Z04880 « Autres examens et mises en observation pour d'autres raisons précisées », valorisé à 708,70 €. Il est préférable tant que possible de préciser les diagnostics qui motivent ou sont posés en lien avec ces HDJ.

La cohorte francilienne ELCAPA nous a apporté de nombreuses données sur le profil de fragilité des patients âgés bénéficiant d'une EGP en cancérologie [12,13](#). Même si le patient a des revenus suffisants, qu'il n'a pas immédiatement besoin d'aides ou de renfort d'aides professionnelles pour les activités de la vie quotidienne,

l'intervention de l'assistant social est souvent utile pour anticiper les problématiques du maintien à domicile, et évaluer la présence des aidants potentiels [14](#). L'avis diététique est indispensable car la prévalence de la dénutrition est élevée chez les personnes âgées avec cancer et au cours de son traitement [15,16](#), au minimum pour donner des conseils éducatifs ou réajuster des prescriptions déjà initiées. L'intervention pharmaceutique pour la révision d'ordonnance, suppression des prescriptions inappropriées habituelles, identification des interactions médicamenteuses potentielles avec le traitement oncologique, est souvent utile [17](#) mais encore sous-utilisée. Pour l'évaluation psycho-cognitive, le recours à un psychologue clinicien et neuropsychologue est envisageable [18,19](#). Pour lutter contre la sédentarité, l'évaluation et l'intervention d'un enseignant d'activité physique adaptée, kinésithérapeute, ergothérapeute, podologue, ou psychomotricien peuvent être indiquées. Et enfin, les avis de chaque spécialiste d'organe en rapport avec les comorbidités du patient, pour en évaluer la gravité, le risque de décompensation pendant le traitement oncologique et éventuellement adapter le traitement de fond, peuvent balayer de nombreux domaines : cardiologie, endocrinologie, pneumologie, neurologie... [20](#)

Dans tous les cas, joindre cette EGP à la consultation anesthésique éventuellement requise et la consultation oncologique (médicale et/ou chirurgicale) dans le même

temps de l'HDJ apparaît pertinent, pour une meilleure cohérence et intégration dans le parcours de soins.

Rentabilité ?

Il serait pertinent d'obtenir un codage commun pour les EGP de type « Examen et mise en observation avant traitement oncologique », et homogénéiser les GHS. Il paraît en effet surprenant de valoriser davantage certaines localisations cancéreuses, alors que le contenu des HDJ peut être identique. La gradation en lien avec le « contexte patient » fragile valorise très généreusement une HDJ avec deux interventions infirmier et gériatre. Cela reste le cas si plusieurs interventions sont nécessaires, avec un coût moyen horaire médical (gériatre, cardiologue, neurologue, oncologue) de 73,20 €, pharmacien de 31,60 €, IDE de 29,30 €, assistant social de 24,10 €, diététicien de 27,80 €. Lorsque l'on ne peut regrouper les interventions nécessaires pour un patient sur une même journée, elles peuvent désormais se répartir sur plusieurs HDJ requises lors du parcours de soins du patient, pour éviter de multiplier les déplacements et transports médicalisés.

L'utilisation de ces HDJ pour le suivi des fragilités gériatriques pendant le traitement du cancer est également à évaluer. L'étude nationale PREPARE actuellement en cours prévoit une analyse médico-économique de ce suivi oncogériatrique.

L'ARS Nord Pas de Calais en 2016 avait labellisé des Centres Hospitaliers pour réaliser des HDJ d'oncogériatrie, ce qui a permis de conforter la mise en place d'équipes oncogériatriques sur l'ensemble du territoire.

D'autres pays rencontrent des difficultés d'organisations de ces EGP en cancérologie [21,22](#). Elles ne mobilisent pas d'examen complémentaires coûteux mais du temps humain à bon escient pour appréhender la faisabilité du traitement oncologique [23](#). Nous avons la chance d'avoir un système de santé nous encourageant à appliquer les recommandations d'intégrer ces EGP dans le parcours de soins oncologiques.

Conclusion

Le défaut de rentabilité n'est donc plus un obstacle à la réalisation des EGP en cancérologie. Cependant, il faut rester vigilant sur le bon usage des HDJ et les dépenses de santé en général. Il reste à améliorer l'intégration des EGP dans le parcours patient, former et mettre à disposition les professionnels pour les réaliser, et identifier les modalités de suivi des interventions réalisées. ■

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

Références

- 1 Plan Cancer 2014-2019, consulté sur <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>, le 01/04/2020.
- 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 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 : 2595-603.
- 4 Pamoukdjian F, Ferreira A. Évaluation des risques en oncogériatrie médicale. *Soins Gerontol* 2019 ; 24 : 19-21.
- 5 Hamaker ME, Wildes TM, Rostoft S. Time to Stop Saying Geriatric Assessment Is Too Time Consuming. *J Clin Oncol* 2017 ; 35 : 2871-4.
- 6 Instruction DGOS/R3/INCA/2019/248 du 02 décembre 2019 relative à l'évolution des missions des réseaux régionaux de cancérologie, consulté sur <https://www.e-cancer.fr/content/download/282136/4009120/file/BO-instruction%20n%C2%B0%20DGOS%20R3%20INCA%202019%20248%20du%2002%20de%CC%81cembre%206%2019.pdf>, le 01/07/2021.
- 7 Instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 (Circulaire frontière), consulté sur https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0100_0136.pdf, le 01/07/2021.
- 8 Arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, consulté sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041663256>, le 01/07/2021.
- 9 Instruction DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé, consulté sur <https://www.fhf.fr/Finances-FHF-Data/Facturation/INSTRUCTION-N-DGOS-R1-DSS-1A-2020-52-du-10-septembre-2020-relative-a-la-gradation-des-prises-en-charge-ambulatoire>, le 01/07/2021.
- 10 National Surgical Quality Improvement Program® de l'American College of Surgeons, consulté sur <https://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator/>, le 01/07/2021.
- 11 Cancer and Aging Research Group Chemo-Toxicity Calculator, consulté sur https://www.mycarg.org/?page_id=934, le 01/07/2021.
- 12 Laurent M, Paillaud E, Tournigand C, Caillet P, Le Thuaut A, Lagrange JL, *et al* ; ELCAPA Study Group. Assessment of solid cancer treatment feasibility in older patients: a prospective cohort study. *Oncologist* 2014 ; 19 : 275-82.
- 13 Caillet P, Canoui-Poitine 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.
- 14 Kadambi S, Soto-Perez-de-Celis E, Garg T, Loh KP, Krok-Schoen JL, Battisti NML, *et al*. Social support for older adults with cancer: Young International Society of Geriatric Oncology review paper. *J Geriatr Oncol* 2020 ; 11 : 217-24.
- 15 Paillaud E, Liuu E, Laurent M, Le Thuaut A, Vincent H, Raynaud-Simon A, *et al* ; ELCAPA Study Group. Geriatric syndromes increased the nutritional risk in elderly cancer patients independently from tumour site and metastatic status. The ELCAPA-05 cohort study. *Clin Nutr* 2014 ; 33 : 330-5.
- 16 Caillet P, Liuu E, Raynaud Simon A, Bonnefoy M, Guerin O, Berrut G, *et al*. Association between cachexia, chemotherapy and outcomes in older cancer patients: A systematic review. *Clin Nutr* 2017 ; 36 : 1473-82.
- 17 Beinse G, Reitter D, Segaux L, Carvahlo-Verlinde M, Rousseau B, Tournigand C, *et al* ; ELCAPA Study Group. Potential drug-drug interactions and risk of unplanned hospitalization in older patients with cancer: A survey of the prospective ELCAPA (ELderly CAncer PATients) cohort. *J Geriatr Oncol* 2020 ; 11 : 586-92.
- 18 Gouraud C, Paillaud E, Martinez-Tapia C, Segaux L, Reinald N, Laurent M, *et al* ; ELCAPA Study Group. Depressive Symptom Profiles and Survival in Older Patients with Cancer: Latent Class Analysis of the ELCAPA Cohort Study. *Oncologist* 2019 ; 24 : e458-66.
- 19 Rambeau A, Beauplet B, Lavie H, Licaj I, Leconte A, Chatel C, *et al*. Prospective comparison of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and the Mini Mental State Examination (MMSE) in geriatric oncology. *J Geriatr Oncol* 2019 ; 10 : 235-40.
- 20 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 1 ; 36 : 2326-47.
- 21 McKenzie GAG, Bullock AF, Greenley SL, Lind MJ, Johnson MJ, Pearson M. Implementation of geriatric assessment in oncology settings: A systematic realist review. *J Geriatr Oncol* 2021 ; 12 : 22-33.
- 22 Kenis C, Heeren P, Decoster L, Van Puyvelde K, Conings G, Cornelis F, *et al*. A Belgian Survey on Geriatric Assessment in Oncology Focusing on Large-Scale Implementation and Related Barriers and Facilitators. *J Nutr Health Aging* 2016 ; 20 : 60-70.
- 23 Hamaker ME, Wildes TM, Rostoft S. Time to Stop Saying Geriatric Assessment Is Too Time Consuming. *J Clin Oncol* 2017 ; 35 : 2871-4.