

P. LE BON<sup>1,2</sup> - H. LAVIEC<sup>1,2</sup> - I. DEVOUEIZE<sup>3</sup> - N. DESPRES<sup>4</sup> - J.M. GRELLARD<sup>5</sup> - S.DANET<sup>5</sup> - B. CLARISSE<sup>5</sup> - J. LEQUESNE<sup>5</sup> - B. BEAUPLET<sup>1,6,7</sup>

<sup>1</sup> Unité de Coordination en Oncogériatrie Inter Régionale de Normandie, CAEN  
<sup>2</sup> Service Activités Transversales en Oncologie et Soins de Support, CLCC François Baclesse, CAEN  
<sup>3</sup> Service de Médecine Gériatrique - CH de DIEPPE  
<sup>4</sup> Service de Médecine Polyvalente - CH de BAYEUX  
<sup>5</sup> Service de Recherche Clinique - CLCC François BACLESSE, CAEN  
<sup>6</sup> INSERM, Normandie Univ, Anticipo U1086, Caen  
<sup>7</sup> Service Médecine Gériatrique - CHU de CAEN

**INTRODUCTION :** Après une évaluation oncogériatrique préthérapeutique, un suivi de certains patients âgés peut être utile en cours de traitement oncologique. Il n'existe aucune recommandation pour ce suivi. L'étude TEOG a évalué un questionnaire téléphonique de suivi, par un IDE, réalisé 3 mois après l'évaluation oncogériatrique initiale. Il permettrait aussi de détecter l'apparition éventuelle de syndromes gériatriques après initiation ou réalisation du traitement, et sélectionner les patients nécessitant une consultation.

**OBJECTIFS:** L'objectif principal est la validation d'un questionnaire téléphonique, en termes de faisabilité et de concordance des données recueillies, par rapport à une consultation médicale oncogériatrique de suivi, effectuée en aveugle de l'appel téléphonique, dans les 3 jours suivants.

**METHODE:** Cette étude interventionnelle, prospective, régionale multicentrique, financée par l'UCOGIR Normandie, s'est déroulée du 24/02/2015 au 16/02/2018.

Les patients éligibles étaient âgés de 70 ans et plus et adressés en consultation oncogériatrique. Ils présentaient un cancer ou une hémopathie maligne, devant bénéficier d'un traitement oncologique dans l'un des centres investigateurs. N'ont pas été inclus les patients ayant une espérance de vie estimée < 3 mois, ne pouvant communiquer par téléphone, incapable de remplir le consentement écrit, avec un Performance Status à 4, ou un MMSE initial < 18/30 ne permettant pas une autoévaluation fiable de la douleur notamment.

**La validation repose sur:**

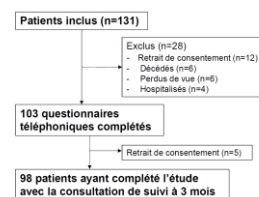
- la faisabilité (si les items des échelles gériatriques sont répondus par téléphone pour au moins 80 % des patients) et,
- la concordance des réponses aux items entre le recueil téléphonique et à la consultation (si le coefficient Kappa de Cohen vaut au moins 0,7)

L'étude a obtenu les autorisations réglementaires (CPP et ANSM de novembre 2014), et est enregistrée sous le n° IDR 2014-AO-1526-41.

Caractéristiques patients baseline	n=131	(%)
Sexe		
Hommes	50	(38.2%)
Femmes	81	(61.8%)
Age (ans)	81	[70-95]
Vit seul	48	(36.6%)
Présence d'un aidant familial	89	(68.5%)
Niveau scolaire		
Pas de CE	24	(19.7%)
CE	59	(48.4%)
Brevet	21	(17.2%)
Bac et +	18	(14.8%)
Type de cancer		
Solide	129	(98.5%)
dont métastatique	53	(40.5%)
Hématologique	2	(1.5%)
Performance Status/4		
0	10	(7.7%)
1	69	(53.1%)
2	37	(28.5%)
3	14	(10.8%)
ADL<6/6	51	(38.9%)
IADL dépistage>0/4	56	(42.7%)
Chute depuis 12 mois	39	(29.8%)
Douleur (échelle numérique ou verbale)	77	(58.8%)
Geriatric Depression Scale>5/15	20	(16.9%)
Statut cognitif (MMSE/30)	28	(18-30)
Comorbidités CIRS-G		
patients avec au moins une comorbidité≥3	56	(42.7%)
Nombre moyen de médicaments	6	[0-18]
Statut nutritionnel		
Dénutrition légère	14	(10.7%)
Dénutrition modérée	26	(19.8%)
Dénutrition sévère	5	(3.8%)
Non dénutris mais à risque (MNA entre 17 et 23,5/30)	58	(44.3%)
Non dénutris (MNA ≥24/30)	28	(21.4%)
Groupe SIOG		
Robuste	27	(20.8%)
Vulnérable	55	(42.3%)
Fragile	48	(36.9%)

## RÉSULTATS

Figure 1: Diagramme de flux TEOG



Faisabilité	n	(%)
Questionnaires téléphoniques réalisés	n=103	(78.6%)
Nombre de tentatives	n=64	
1	52	(81.2%)
2	10	(15.6%)
3	2	(3.1%)
Présence d'un aidant	n=85	
Oui	26	(30.6%)
Non	59	(69.4%)
Durée de l'appel (minutes)	13,48	
	12	[6-37]

## Tableau de concordance entre appel téléphonique et consultation à 3 mois

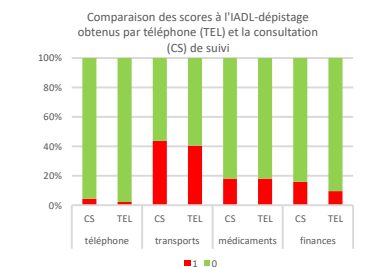
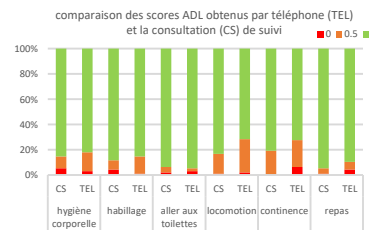
ADL	Coeff Kappa	80% IC
hygiène corporelle	0,72	[0.55-0.90]
habillement	0,72	[0.57-0.86]
aller aux toilettes	0,51	[0.25-0.78]
locomotion	0,57	[0.47-0.67]
continence	0,32	[0.18-0.45]
repas	0,5	[0.27-0.74]
Autonomie (IADL)		
Téléphone	0,31	[0-0.64]
Transports	0,5	[0.38-0.61]
Médicaments	<b>0,86</b>	<b>[0.77-0.95]</b>
Finances	0,43	[0.26-0.6]

Nutritional status	n	(%)
Différence >10% entre poids déclaré et réel		
Oui	2	(2.2%)
Non	89	(97.8%)
Perte de poids>3kg		
Coeff Kappa	0,47	[0.34-0.6]

Chute depuis 3 mois	Coeff Kappa	80% IC
Chute depuis 3 mois	0,4	[0.26-0.54]
Trouble de l'équilibre	0,25	[0.11-0.39]
Dépression	0,14	[0-0.28]
Perte de mémoire	0,18	[0.05-0.32]
Orientation temporelle	0,31	[0.17-0.45]

Polymédication	n	(%)
même nombre de médicaments (±1)		
Oui	52	(57.1%)
Non	39	(42.9%)

Douleur	Coeff Kappa	80% IC
EN <4/10 vs ≥4/10	0,24	[0-0.54]
Echelle numérique /10	0,26	[0.03-0.48]
Echelle Verbale Simple/4	0,4	[0.08-0.72]



**DISCUSSION:** La faisabilité est quasiment atteinte avec la réponse au questionnaire téléphone pour 78% des patients inclus. Malheureusement, cette concordance n'est retrouvée que pour l'item "Médicaments" de l'IADL dépistage. De nombreuses études interventionnelles cherchent à démontrer le bénéfice d'un suivi gériatrique dans la prise en charge oncologique des personnes âgées, reposant en partie sur du suivi téléphonique IDE. Cependant, nos résultats suggèrent qu'il faut s'interroger sur la pertinence des informations collectées par téléphone auprès de la population âgée française.

Il est important de définir le profil de patients âgés traités pour cancer, pouvant bénéficier d'un suivi téléphonique. Des analyses complémentaires sur ces objectifs secondaires sont encore en cours (impact du statut social, cognitif, psychologique, performance status et groupe de fragilité SIOG).

Dans notre étude, le patient ne connaissait par l'IDE enquêtrice, garantissant l'absence de biais d'interprétation, l'IDE n'ayant pas d'information sur le statut antérieur du patient.

Nous n'avons pas recueilli la satisfaction du patient concernant le questionnaire téléphonique (compréhension, facilité et temps pour répondre...). D'autres études sont nécessaires pour valider un questionnaire téléphonique en oncogériatrie. Ou au contraire, le suivi doit-il se baser sur des auto-questionnaires écrits ou en ligne complétés directement par le patient et son aidant (avec consignes précises de remplissage), ou alors par télésurveillance?