



Feeling of loneliness among nursing homes residents: Determinants and 1-year mortality



Dr SIMO TABUE Nadine

Praticien Hospitalier, Médecine interne, Gériatrie

Chef du service du SMR Gériatrie, CHU de Martinique

Equipe EPICLIV

29 Janvier 2026

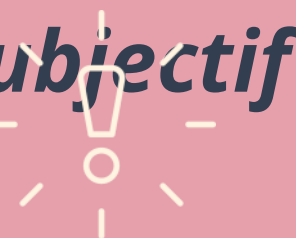


La solitude chez les personnes âgées



- Solitude = perception d'un manque de relations sociales
- Syndrome gériatrique en augmentation avec l'âge
- Problème majeur de santé publique
- Résulte de facteurs individuels, sociaux et culturels,

👉 **La solitude n'est pas l'isolement social, mais un ressenti
subjectif**



Impact sur la santé et la survie



- Associée à :
 - Dépression,
 - perte d'autonomie,
 - Déclin fonctionnel et cognitif
 - Troubles du sommeil et maladies cardiovasculaires
- Lien avec la mortalité :
 - Association significative mais hétérogène
- Soutien social élevé → ↓ mortalité jusqu'à 50 %

👉 ***La solitude est un facteur de risque modifiable***



En institution et dans la caraïbe



- En EHPAD :
 - Solitude fréquente (jusqu'à 35 % sévère)
 - L'institution peut réduire l'isolement, mais aggraver la solitude
- Dans les Caraïbes :
 - Institutionnalisation récente et culturellement sensible
 - Aucune donnée locale sur solitude et mortalité

*



👉 *Besoin d'études spécifiques et d'un dépistage systématique*



Introduction

*Matériels et
Méthodes*

Résultats

Discussion

Conclusion

n

Objectifs de l'étude

1

**Décrire la prévalence de la
solitude
chez les personnes âgées
vivant en EHPAD dans les
Caraïbes françaises**

2

**Identifier
les facteurs associés**

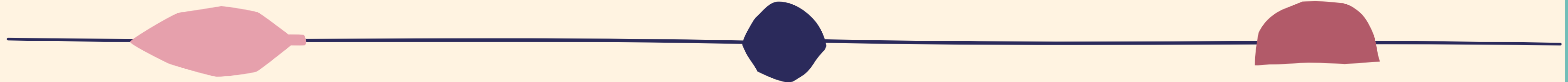
3

**Évaluer la valeur
pronostique de la solitude
sur la mortalité à un an**





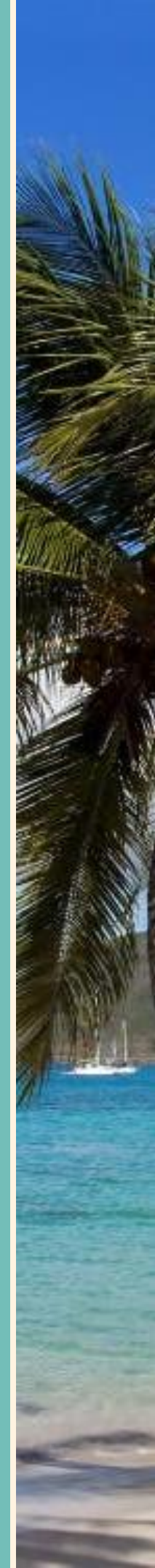
n

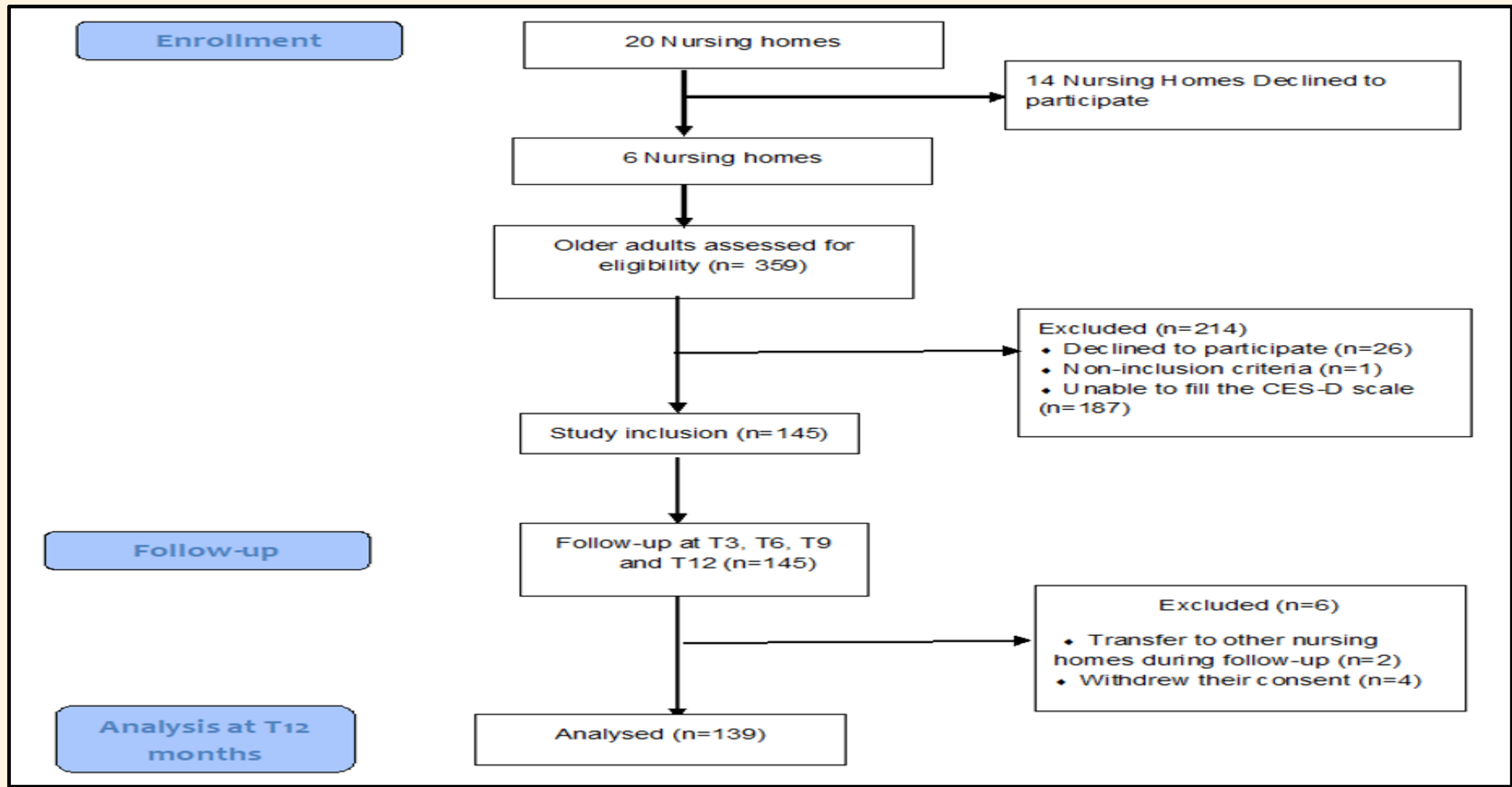


- Analyse secondaire de la cohorte prospective KASEHPAD
- 6 EHPAD en Guadeloupe et Martinique

Recueil des données à l'inclusion, à 6 mois, à 12 mois

N = 145 residents





Introduction

*Matériels et
Méthodes*

Résultats

Discussion

Conclusion

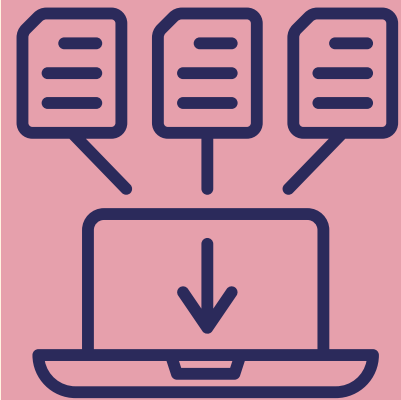
CRITÈRES D'INCLUSION

- Âge \geq 60 ans
- Résidents d'un des EHPAD participant
- Affiliés à la sécurité sociale française
- Pour cette analyse :
- Inclusion des résidents capables de remplir l'échelle CES-D

CRITÈRES D'EXCLUSION

- Troubles cognitifs sévères
- Incapable de remplir le questionnaire CES-D

Recueil des données



- Solitude : item 14 de la CES-D
« Je me suis senti seul », → solitude si réponse \geq « modérément ou tout le temps ».
- Évaluations standardisées :
 - Dépression (CES-D),
 - cognition (MMSE),
 - dépendance (ADL)
 - Nutrition (MNA-SF), NPI,
 - Qualité de vie (EQ-5D, EVA)
 - Adaptation à l'institution (EAPAR)

Introduction

*Matériel et
Méthodes*

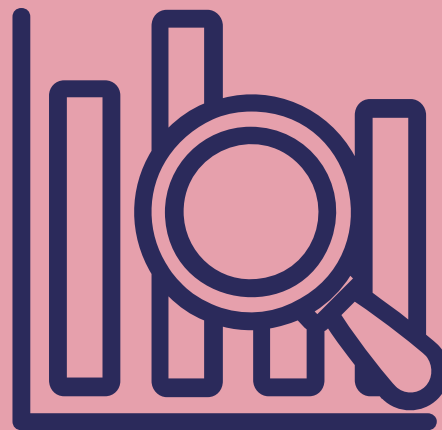
Résultats

Discussion

Conclusion

n

Analyse statistique



- Comparaison des participants avec VS sans solitude
- Tests :
 - t de Student (variables continues)
 - χ^2 ou Fisher (variables qualitatives)
- Analyse de survie : Modèles de Cox avec ajustements progressifs
- Seuil de significativité : $p < 0,05$

Introduction

*Matériels et
Méthodes*

Résultats

Discussion

Conclusion



Aspects Ethiques

- Étude approuvée par un comité d'éthique



Description comparative des caractéristiques cliniques et sociodémographiques des personnes âgées au début de l'étude en fonction du sentiment de solitude

Characteristics	Total (n=145)	Loneliness (=yes) (n=45)	Loneliness (=no) (n=100)	p-value	Missing
Age (years)	80.8 ± 10.0	77.3 ± 10.0	81.7 ± 9.8	0.016	0
Gender (=men)	76 (52.4%)	19 (42.2%)	57 (57.0%)	0.099	0
Education (High level=yes)	25 (18.0%)	10 (23.8%)	15 (15.5%)	0.239	6
Length of stay (years)	3.8 ± 3.8	4.4 ± 4.5	3.6 ± 3.4	0.333	8
Inferior to 1 year	24 (17.5%)	5 (11.9%)	19 (20.0%)	<0.001	
Number of children	1.2 ± 1.6	1.2 ± 1.7	1.2 ± 1.5	0.903	3
Childless (=yes)	68 (47.9%)	23 (51.1%)	45 (46.4%)	0.600	3
Satisfaction with Social Support					11
- Dissatisfied					
- Somewhat satisfied	44 (32.8%)	20 (47.6%)	24 (26.1%)		
- Satisfied	18 (13.4%)	3 (7.1%)	15 (16.3%)	<0.001	
	72 (53.7%)	19 (45.2%)	53 (57.6%)		
Diabète (=yes)	43 (29.7%)	15 (33.3%)	28 (28.0%)	0.603	0
Hypertension (=yes)	105 (72.4%)	29 (64.4%)	76 (76.0%)	0.150	0
Stroke (=yes)	21 (14.5%)	8 (17.8%)	13 (13.0%)	0.433	0
Dementia (=yes)	65 (44.8%)	18 (40.0%)	47 (47.0%)	0.378	0
Parkinson (=yes)	14 (9.7%)	4 (8.9%)	10 (10.0%)	0.834	0
Chronic Pain (=yes)	75 (51.7%)	41 (52.6%)	49 (49.0%)	0.328	0
Depression (=yes)	36 (24.8%)	21 (26.9%)	23 (23.0%)	0.448	0
MMSE score	18.5 ± 6.7	19.3 ± 6.5	18.1 ± 6.8	0.332	3
MMSE ≤ 18 (=yes)	70 (49.5%)	19 (43.2%)	51 (52.0%)	0.329	



Description comparative des caractéristiques cliniques et sociodémographiques des personnes âgées au début de l'étude en fonction du sentiment de solitude

Characteristics	Total (n=145)	Loneliness (=yes) (n=45)	Loneliness (=no) (n=100)	p-value	Missing
Age (years)	80.8 ± 10.0	77.3 ± 10.0	81.7 ± 9.8	0.016	0
Gender (=men)	76 (52.4%)	19 (42.2%)	57 (57.0%)	0.099	0
Education (High level=yes)	25 (18.0%)	10 (23.8%)	15 (15.5%)	0.239	6
Length of stay (years)	3.8 ± 3.8	4.4 ± 4.5	3.6 ± 3.4	0.333	8
Inferior to 1 year	24 (17.5%)	5 (11.9%)	19 (20.0%)	<0.001	
Number of children	1.2 ± 1.6	1.2 ± 1.7	1.2 ± 1.5	0.903	3
Childless (=yes)	68 (47.9%)	23 (51.1%)	45 (46.4%)	0.600	3
Satisfaction with Social Support					11
- Dissatisfied					
- Somewhat satisfied	44 (32.8%)	20 (47.6%)	24 (26.1%)		
- Satisfied	18 (13.4%)	3 (7.1%)	15 (16.3%)	<0.001	
	72 (53.7%)	19 (45.2%)	53 (57.6%)		
ADL score	3.5 ± 2.0	3.7 ± 1.8	3.4 ± 2.0	0.491	3
MNA-SF score	11.4 ± 2.8	10.8 ± 3.0	11.6 ± 2.7	0.150	6
CESD score	15.4 ± 14.3	29.2 ± 13.8	9.2 ± 9.3	<0.001	0
Low adjustment (=yes)	69 (49.6%)	34 (77.3%)	35 (36.8%)	<0.001	6
Health related Quality of Life (EQ-5D scale)	0.56 ± 0.41	0.50 ± 0.39	0.59 ± 0.32	0.212	0
Self-perceived quality of life (VAS scale)	69.9 ± 26.6	57.7 ± 31.6	75.9 ± 21.6	0.003	36
Number of medications	6.2 ± 3.2	7.0 ± 3.1	5.9 ± 3.2	0.062	1
Antidepressant use (=yes)	45 (31.3%)	17 (37.8%)	28 (28.0%)	0.239	0
Anxiolytic use (=yes)	43 (27.0%)	41 (48.3%)	24 (24.0%)	0.089	0



Associations entre la
solitude et les
symptômes
neuropsychiatriques

Characteristics	Total (n=145)	Loneliness (=yes) (n=45)	No loneliness (n=100)	p-value	Missing
1. Delusion (=yes)	50 (35.2%)	19 (43.2%)	31 (31.6%)	0.183	3
2. Hallucination (=yes)	29 (20.4%)	10 (22.7%)	19 (19.4%)	0.648	3
3. Agitation (=yes)	53 (37.2%)	21 (47.7%)	32 (32.6%)	0.086	3
4. <u>Dépression</u> (=yes)	36 (25.3%)	16 (36.4%)	20 (20.4%)	0.043	3
5. Anxiety (=yes)	68 (48.2%)	29 (65.9%)	39 (40.2%)	0.005	3
6. Euphoria (=yes)	12 (8.5%)	5 (11.6%)	7 (7.1%)	0.512	3
7. Apathy (=yes)	16 (11.3%)	7 (15.9%)	9 (9.3%)	0.263	3
8. Disinhibition (=yes)	12 (8.4%)	4 (9.1%)	8 (8.2%)	0.854	3
9. <u>Aberrant motor behavior</u> (=yes)	167(12.1%)	4 (9.3%)	13 (13.3%)	0.512	4
10. <u>Irritability and lability</u> (=yes)	54 (38.3%)	21 (48.8%)	33 (33.7%)	0.088	4
11. <u>Nighttime behavioral disturbances</u> (=yes)	43 (33.3%)	21 (47.7%)	22 (22.4%)	0.002	3
12. Appetite and eating changes (=yes)	33 (23.2%)	14 (31.8%)	19 (19.4%)	0.105	3



**Associations
entre la
solitude et la
mortalité**

Characteristics	Model 1 (adjusted on age, gender) (n=139)		Model 2 (adjusted on age, gender, ADL and CESD score) (n=136)		Model 3 (adjusted on age, gender, ADL, CESD score and adaptation) (n=136)	
	HR (CI 95%)	p	HR (CI 95%)	p	HR (CI 95%)	p
Feeling of loneliness	3.32 (1.15-9.55)	0.026	5.74 (1.45-22.65)	0.013	4.67 (1.27-17.7)	0.021
Age	1.12 (1.05-1.20)	<0.001	1.13 (1.03-1.23)	0.010	1.16 (1.05-1.28)	0.004
Gender (=men)	1.73 (0.58-5.11)	0.332	2.26 (0.61-8.26)	0.088	3.72 (0.82-16.85)	0.089
ADL score			0.61 (0.42-0.89)	0.010	0.64 (0.44-0.93)	0.022
CESD score			1.00 (0.94-1.06)	0.931	0.99 (0.93-1.05)	0.674
Low adjustment					5.25 (1.08-25.46)	0.039

Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

prévalence et impacts de la solitude



Convergence avec la littérature

- Prévalence de la solitude en EHPAD : 31 %
- Plus élevée qu'en population âgée vivant à domicile
- Correspond aux résultats précédents, notamment une méta-analyse de 13 études faisant état d'une solitude modérée et grave dans les maisons de retraite à 61 % et 35 % respectivement.

La solitude est associée à:

- ↓ qualité de vie
- ↑ dépression, anxiété et troubles du sommeil
- ↑ insatisfaction du soutien social
- ↓ adaptation à la vie en institution

👉 La solitude est fréquente en institution et a un impact majeur sur le bien-être des résidents

Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

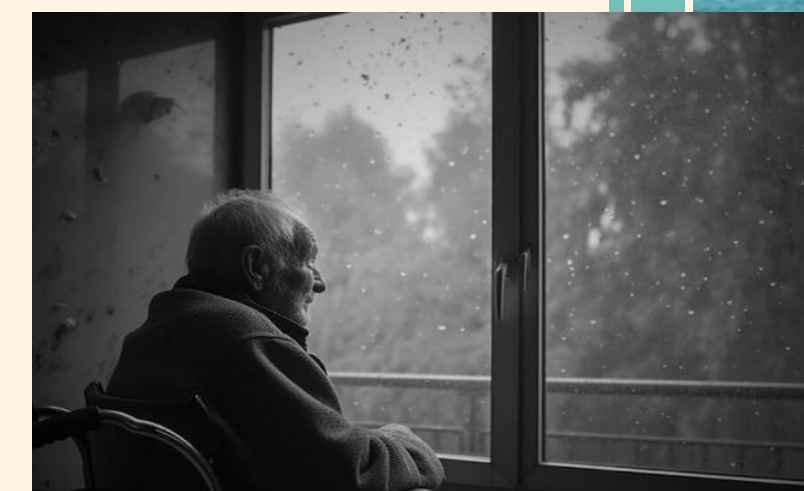
Solitude, troubles associés et mortalité



- ❑ La solitude est un facteur prédictif indépendant de la mortalité à 1 an
 - Association persistante après ajustement (âge, sexe, dépendance, dépression, adaptation)
- ❑ Effet potentiellement plus marqué en EHPAD
 - Mécanismes plausibles : plus fragile et poly pathologique

- ❑ Association forte entre solitude et dépression, confirmée par la littérature

👉 La solitude constitue un déterminant pronostique à part entière en EHPAD.



Introduction

*Matériels et
Méthodes*

Résultats

Discussion

Conclusion



Evaluation multidimensionnelle



Taille d'échantillon
 Solitude évaluée par un item unique

Introduction

*Matériels et
Méthodes*

Résultats

Discussion

Conclusion

Forte prévalence du sentiment de solitude en EHPAD

+

Identifie ce syndrome gériatrique comme un facteur prédictif indépendant de mortalité

=

atténuer le déclin fonctionnel, Améliorer le bien-être, Réduire la mortalité

👉 *La solitude doit devenir une cible prioritaire de prévention et de prise en charge en maison de retraite.*



Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion



« Derrière la solitude des personnes âgées en EHPAD, il n'y a pas seulement un sentiment, mais une souffrance réelle qui impacte la santé, la qualité de vie et même la survie. La reconnaître, c'est déjà commencer à mieux soigner. »





Merci de votre
attention





SOUTENIR LES AIDANTS DE PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE COGNITIF LÉGER : DE LA COMPRÉHENSION DE LEURS BESOINS À UNE INTERVENTION ADAPTÉE



Pr Céline Mavounza, Université St-Paul, Ottawa



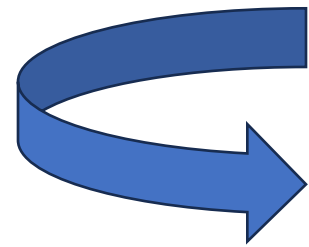
UNIVERSITÉ
SAINT-PAUL
UNIVERSITY



Programme de recherche de 4 études

- 2 premières études

- Détresse et fardeau similaires entre les aidants des personnes vivant avec le trouble cognitif léger (TCL) amnésique (TCLa) et ceux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) débutante



Qu'en est-il de l'expérience et des besoins des aidants dans le TCLa ?



- Mavounza et al., Experience and needs of caregivers of older adults with mild cognitive impairment: a qualitative study.



- Verreault P, Ouellet M-C, Mavounza C, Laforce R, Vézina J, Hudon., Feasibility and acceptability of a videoconference-based cognitive-behavioral intervention for caregivers of individuals living with mild cognitive impairment or early Alzheimer's disease. PEC Innovation. 2024



Expérience et besoins des proches aidants dans le TCLa



Projet financé par :



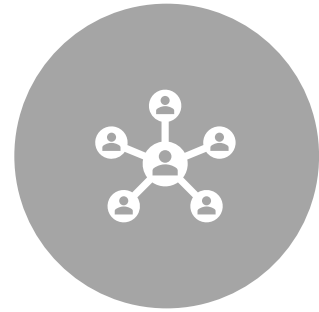
Mavounza, C., Ouellet, M. C., Hudon, C. (En cours de soumission).

Experience and needs of caregivers of older adults with mild cognitive impairment : a qualitative study. Document inédit, Institut Universitaire en Santé mentale du Québec, QC, Canada.

Méthodologie



ÉTUDE QUALITATIVE



2 ENTRETIENS DE
GROUPES FOCALISÉS
(N = 7)



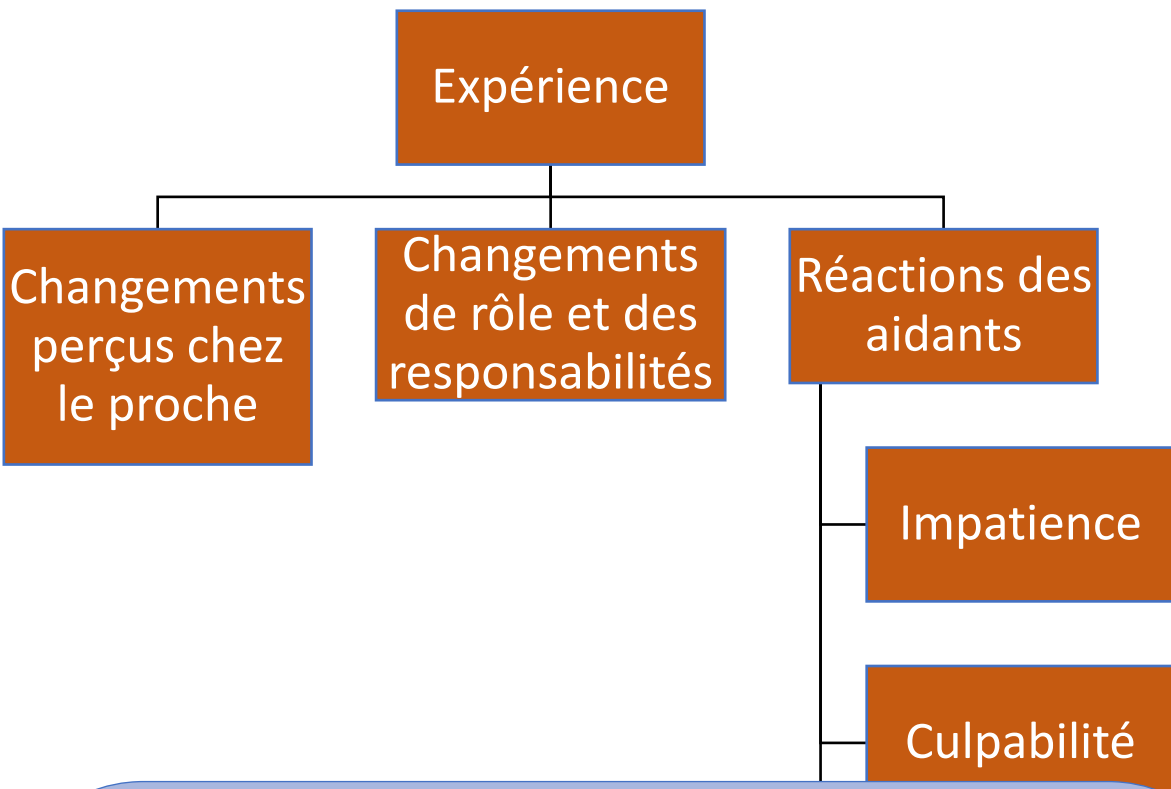
APPROCHE
PHÉNOMÉNOLOGIQUE



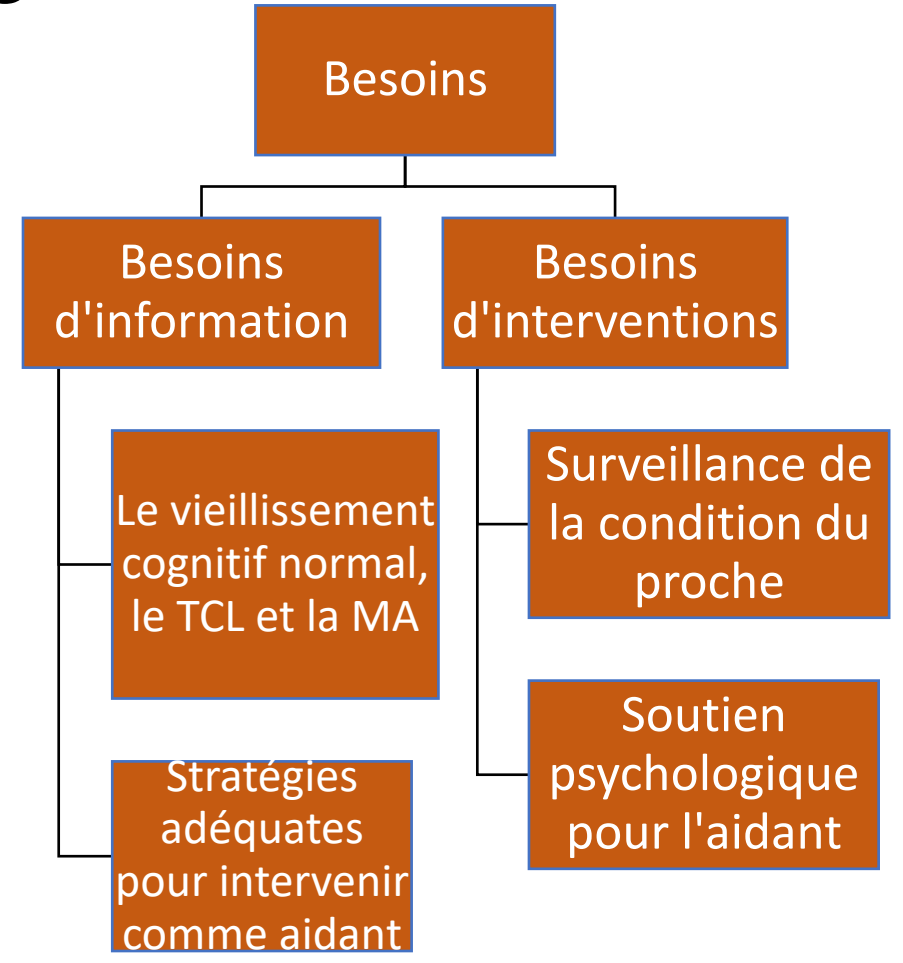
ACCORD INTER-JUGE



Résultats



« Je suis pas une femme patiente au départ et de répéter et de répéter toujours les mêmes choses heu... la première je le répète doucement mais quand ça fait 5 fois ou que je... ça sort plus raide un petit peu. Ça ça me... (Cherche ses mots) même moi ça me fait d'la peine (...). »



« Parfois c'est bon de mentir. Parfois c'est bon de confronter. Parfois c'est pas bon ni l'un ni l'autre, faut faire autre chose pis dans ce sens-là l'enseignement de stratégies pourrait probablement être intéressant. »



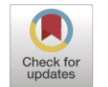
Conclusion

- Les aidants perçoivent des changements chez leur proche, vivent des changements dans leur rôle et rapportent plusieurs réactions émotionnelles
- Les aidants rapportent des besoins significatifs en termes de psychoéducation et d'interventions psychologiques pour les accompagner dans leur rôle



**Développement d'un programme
d'intervention**





Feasibility and acceptability of a videoconference-based cognitive-behavioral intervention for caregivers of individuals living with mild cognitive impairment or early Alzheimer's disease

Phylcia Verreault^{a,b,c,*}, Marie-Christine Ouellet^{b,d}, Céline Mavounza^b, Robert Jr Laforce^e, Jean Vézina^b, Carol Hudon^{a,b,c}

^a CERVO Brain Research Centre Québec, Québec, Canada

^b École de psychologie, Université Laval, Québec, Québec, Canada

^c Centre de recherche VITAM, Québec, Canada

^d Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Québec, Canada

^e Clinique interdisciplinaire de mémoire, CHU de Québec affilié à l'Université Laval, Québec, Canada

Acceptabilité et faisabilité du programme d'intervention cognitivo-comportementale proposée par vidéoconférence à des aidants d'aînés vivant avec un trouble cognitif léger ou une MA nouvellement diagnostiquée

Développement de l'intervention



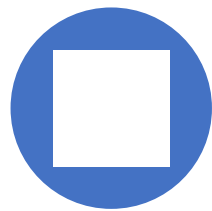
En groupe
En vidéoconférence



8 séances à raison
d'une séance /
semaine



90 minutes avec 10
minutes de pause



Manuel de
l'intervenant
Manuel du participant
Soutien visuel



Contenu des séances

- **Comprendre le vieillissement**
- **Rôle d'aidant et vécu émotionnel**
- **Comprendre et réguler ses émotions**
- **Identifier les pensées non aidantes**
- **Restructurer ses pensées**
- **Communiquer avec le proche**
- **Adapter ses réactions et gérer les comportements difficiles**
- **Reconnaître ses limites et mobiliser l'aide**

Méthodologie

○ Devis et participants

- Étude pilote, devis transversal
- 2 groupes (n = 4)
 - 8 personnes proches aidantes (femmes) de personnes vivant avec un TCL ou une MA débutante

○ Intervention

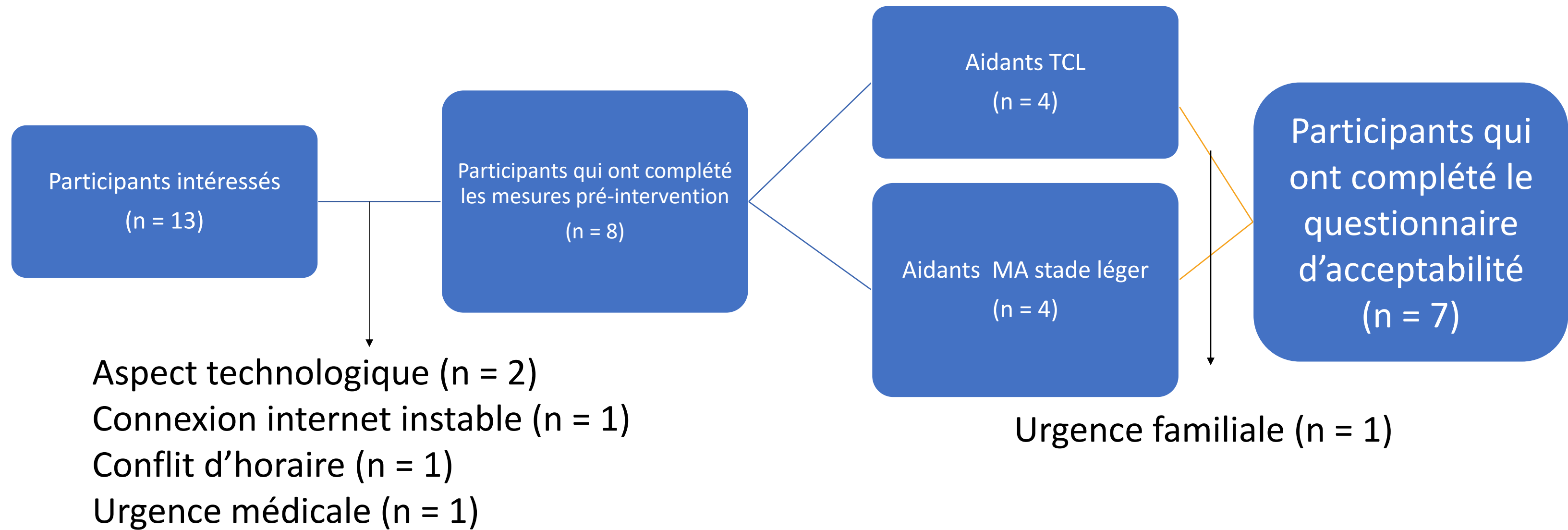
- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)
- Groupe – 8 semaines Visioconférence (Zoom)

○ Évaluation Faisabilité et Acceptabilité post-intervention

- Questionnaire spécifique (quantitatif + qualitatif)
- Participation documentée

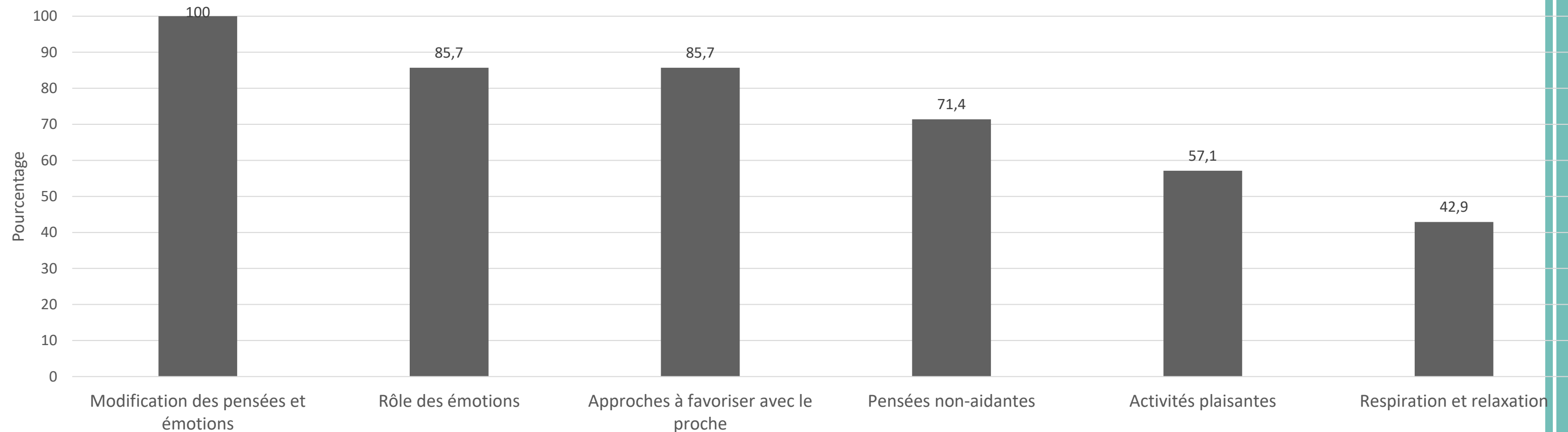


Résultats (1)



Résultats (2)

- Attrition : 1 participante
- Taux de participation : 81.3%
- Avantages de la modalité en ligne
 - Gain de temps pour les participants éloignés et encore sur le marché du travail
 - 100% rapportaient que le logiciel Zoom[®] et les courriels étaient *très faciles* d'utilisation
- Désavantages de la modalité en ligne
 - Moins spontané qu'en personne
 - Moins de chaleur ou contact humain



Thématiques pertinentes à l'intervention selon les personnes proches aidantes



Conclusion

- Le programme est faisable et acceptable
- Plusieurs des aspects novateurs sont jugés pertinents



CONCLUSION GÉNÉRALE

- Les études contribuent à une meilleure compréhension
 - du continuum de l'expérience d'aide dès les premières phases du déclin cognitif
 - des stratégies de soutien adaptées aux besoins spécifiques des aidants
- Les études soulignent l'importance d'interventions précoces, accessibles et personnalisées





Merci de votre attention



« Quand la qualité de la consultation d'annonce influence l'adhésion aux traitements et la qualité de vie des patients atteints de cancer au CHU de la Guadeloupe »

Dr Ludwig Mounsamy
Chef de service
Gériatrie CHUG



L'annonce d'un cancer : un temps clé du parcours de soins

- Un moment toujours critique, encore plus chez les patients vulnérables
- La présence de **syndromes gériatriques** en complique souvent
 - la compréhension,
 - l'adhésion
 - et l'accompagnement



Me P. 84 ans, Douleur Abdo, Ovaire

- Seule, appart 1^{er} étage, **indépendante**, HTA, **PS 1**, MMSE 25
- Découverte d'une masse ovarienne droite sur bilan aux urgences
- Vu **avant** le spécialiste d'organe, cheminement en cours sur l'étiologie de néoplasie
- Profil : **Robuste**
- Revue après le TEPSCAN et résultats anapath, accompagnée de deux de ses enfants : angoisse, insomnie, difficulté de concentration. N'a pas encore eu sa consultation d'annonce.
- Souhait : **peu favorable** à une CT
- Annonce faite **1 mois après** l'EOG, en attente de décision ... => **CT**



Me D. 83 ans, Douleur Abdo, Cholangiocarcinome M. Hép +

- Seule, indépendante, diabétique, HTA, **PS 2**, MMSE 28
- Perte d'appétit, angoisse, douleurs diffuses
- PBH faite 2 semaines **avant** l'EKG, en attente (**M+**)
- **Incertitude** sur la prise en soins avec **discours décousu**
- Profil **ne CI pas** une CT, mais angoisse +++, proposition de soutien psychologique
- Annonce faite **deux semaines après** l'EKG, en attente de décision de la patiente... => **CT**



Me T. 92 ans, Dénutrition, Estomac

- Seule à domicile, 1 fils à proximité, Semi dépendante, **PS 3**, Ins. Cardiaque, HTA, Ins. Rénale Chronique, ACFA, Sd Dépressif
- FOGD (contexte anémie) : lésion ulcéro bourgeonnante très suspecte de l'angle gastrique
- **Soins de support** compte tenu du terrain et de l'évolution actuelle attente du fils de confirmation histologique souhaitant la prise en soin optimale
- Annonce faite **2 semaines après** l'EOG, validation **soins de support**, Fils demande de confirmation à la RCP et de deuxième avis...



Mr H. 85 ans, DT, Poumon M+

- Adressé par Clinique pour EOG **avant Cs Pneumo**, HTA, **PS2**, MMSE 22
- TDM TAP : lésion spiculée LID + Méta Hépatiques
- Ne comprends pas pourquoi il revoit un Gériatre
- Information et Explication sur le motif de demande d'EOG
- Lien fait avec Pneumologue pour suite de Bilan
- **Déni et incompréhension** car dit aller mieux et sort récemment d'hospitalisation. Amie l'accompagnant affirmant l'inverse...
- Attente pour réévaluation => **Soins de support**



Population étudiée :

Patients récemment diagnostiqués d'un cancer au CHU de la Guadeloupe du **1^{er} Août 2024 au 31 Janvier 2025 (N=83)**

- Pas de Cs d'annonce avant EOG (N=36)
- Cs d'annonce (N=47)

Evaluation de la qualité de vie (**échelle EORTC QLQ-C30**)

Objectif :

Analyser l'effet d'une consultation d'annonce structurée sur le vécu émotionnel, l'adhésion thérapeutique et la qualité de vie des patients atteints de cancer.



Caractéristiques Générales

Total (N = 83)

Age (années)	
Moyenne ± SD	84.3 ± 6.23
Médiane (Min, Max)	84 (70, 99)
Sexe (n et % de femmes)	65 (78%)
PS	
Moyenne ± SD	2.18 ± 1.1
Médiane (Min, Max)	2 (0, 4)
Mode de vie	
Vit seul (e)	42 (51%)
Vit avec son (sa) conjoint (e)	21 (25%)
Vit avec enfant (s)	20 (24%)
Comorbidités	
HTA	73 (88%)
Diabète	62 (75%)
TNC	36 (43%)
AVC / AIT	36 (43%)

*PS : Performans Status

*TNC : Trouble Neuro Cognitif

*AVC/AIT : Accident Vasculaire Cérébral/Accident Ischémique Transitoire



Femme 84 ans

Hypertendue

Diabétique

Seule à domicile

Indépendante

**En perte d'autonomie
psychique**

**Evaluation TNC variable
en fonction du niveau
socio culturel et du stress
lors de la consultation
d'oncogériatrie**

ADL

≤ 3

4-5

6

21 (25%)

25 (30%)

37 (45%)

IADL

≤ 2

3-5

6-7

8

44 (53%)

21 (25%)

10 (12%)

8 (10%)

MMSE

Non réalisable

< 10

10-20

21-26

27-30

20 (24%)

0 (0%)

21 (25%)

32 (39%)

10 (12%)

*ADL : Activity Daily Living

*IADL : Instrumental Activity Daily Living

*MMSE : Mini Mental State Examination



Caractéristiques Gériatriques

Total (N = 83)

Polymédication

Entre 5-9

72 (87%)

≥ 10

28 (34%)

Prise d'anxiolytique

33 (40%)

Dénutrition

57 (69%)

Dont Dénutrition sévère

22 (39%)

IMC < 20

16 (19%)

20-22

10 (12%)

23-27

32 (39%)

> 27

25 (30%)

MNA < 17

32 (39%)

17-23.5

32 (39%)

> 23.5

19 (22%)

Présence d'une chute (moins de 3 mois)

25 (30%)

*MNA : Mini Nutritional Assessment

	Absence de certificat d'étude	48 (58%)
Polymédication	GDS 15	
	0-5 (pas de dépression)	48 (58%)
Dénutrition	> 5 (possible dépression)	35 (42%)
	SPPB	
Bas niveau socio culturel	0-6	28 (33%)
	7-9	48 (58%)
	10-12	7 (9%)
Altération des performances physiques	Vitesse de marche	
	Non mesurable	13 (16%)
Adaptation fonction rénale	< 0.6m/s	3 (3%)
	< 0.8m/s	35 (42%)
	0.8-1m/s	32 (39%)
	≥ 1m/s	0 (0%)
	DFG (CKD EPI)	
	< 15	0 (0%)
	16-30	17 (21%)
	31-60	42 (51%)
	61-90	24 (28%)

*GDS : Geriatric Depression Scale

*SPPB : Short Physical Performance Battery

*DFG : Débit de Filtration Glomérulaire



QoL
Sans annonce (EOG)

VS

Après une annonce

Souhait du patient



+
Suivi à 3 mois

QLQ-C30 sans annonce (sur 100 points)	Total (n=36)
Fonction physique (1 à 5)	80
Fonction de rôle, accomplissement travail (6 et 7)	50
Fonction émotionnelle (21 à 24)	25
Fonction cognitive (20 et 25)	65
Fonction sociale (26 et 27)	50
Fatigue (10,12 et 18)	60
Nausée vomissement (14 et 15)	55
Douleur (9 et 19)	25
Dyspnée (8)	10
Insomnie (11)	65
Perte d'appétit (13)	70
Constipation (16)	20
Diarrhée (17)	15
Difficulté financière (28)	15
Ressentie Etat physique et Qualité de vie (29 et 30)	50
Souhait de TTT Spécifique du cancer	0 (0%)

QLQ-C30 avec annonce (sur 100 points)	Total (n=47)
Fonction physique (1 à 5)	85
Fonction de rôle, accomplissement travail (6 et 7)	68
Fonction émotionnelle (21 à 24)	55
Fonction cognitive (20 et 25)	76
Fonction sociale (26 et 27)	60
Fatigue (10, 12 et 18)	60
Nausée vomissement (14 et 15)	40
Douleur (9 et 19)	10
Dyspnée (8)	0
Insomnie (11)	20
Perte d'appétit (13)	50
Constipation (16)	10
Diarrhée (17)	0
Difficulté financière (28)	15
Ressentie Etat physique et Qualité de vie (29 et 30)	75
Souhait de TTT Spécifique du cancer	39 (83%)

<i>QLQ-C30 sans annonce (sur 100 points)</i>	Total (n=36)
<i>Fonction physique (1 à 5)</i>	80
<i>Fonction de rôle, accomplissement travail (6 et 7)</i>	50
<i>Fonction émotionnelle (21 à 24)</i>	25
<i>Fonction cognitive (20 et 25)</i>	65
<i>Fonction sociale (26 et 27)</i>	50
<i>Fatigue (10,12 et 18)</i>	60
<i>Nausée vomissement (14 et 15)</i>	55
<i>Douleur (9 et 19)</i>	25
<i>Dyspnée (8)</i>	10
<i>Insomnie (11)</i>	65
<i>Perte d'appétit (13)</i>	70
<i>Constipation (16)</i>	20
<i>Diarrhée (17)</i>	15
<i>Difficulté financière (28)</i>	15
<i>Ressentie Etat physique et Qualité de vie (29 et 30)</i>	50
<i>Souhait de TTT Spécifique du cancer</i>	0 (0%)

<i>QLQ-C30 sans annonce à 3 mois (sur 100 points)</i>	Total (n=14)
<i>Fonction physique (1 à 5)</i>	70
<i>Fonction de rôle, accomplissement travail (6 et 7)</i>	50
<i>Fonction émotionnelle (21 à 24)</i>	45
<i>Fonction cognitive (20 et 25)</i>	70
<i>Fonction sociale (26 et 27)</i>	60
<i>Fatigue (10,12 et 18)</i>	70
<i>Nausée vomissement (14 et 15)</i>	30
<i>Douleur (9 et 19)</i>	15
<i>Dyspnée (8)</i>	10
<i>Insomnie (11)</i>	45
<i>Perte d'appétit (13)</i>	70
<i>Constipation (16)</i>	10
<i>Diarrhée (17)</i>	10
<i>Difficulté financière (28)</i>	10
<i>Ressentie Etat physique et Qualité de vie (29 et 30)</i>	65
<i>Souhait de TTT Spécifique du cancer</i>	10 (69%)

QLQ-C30 avec annonce (sur 100 points)

Total (n=47)

<i>Fonction physique (1 à 5)</i>	85
<i>Fonction de rôle, accomplissement travail (6 et 7)</i>	68
<i>Fonction émotionnelle (21 à 24)</i>	55
<i>Fonction cognitive (20 et 25)</i>	76
<i>Fonction sociale (26 et 27)</i>	60
<i>Fatigue (10, 12 et 18)</i>	60
<i>Nausée vomissement (14 et 15)</i>	40
<i>Douleur (9 et 19)</i>	10
<i>Dyspnée (8)</i>	0
<i>Insomnie (11)</i>	20
<i>Perte d'appétit (13)</i>	50
<i>Constipation (16)</i>	10
<i>Diarrhée (17)</i>	0
<i>Difficulté financière (28)</i>	15
<i>Ressentie Etat physique et Qualité de vie (29 et 30)</i>	75
<i>Souhait de TTT Spécifique du cancer</i>	39 (83%)

QLQ-C30 avec annonce à 3 mois (sur 100 points)

Total (n=36)

<i>Fonction physique (1 à 5)</i>	90
<i>Fonction de rôle, accomplissement travail (6 et 7)</i>	70
<i>Fonction émotionnelle (21 à 24)</i>	65
<i>Fonction cognitive (20 et 25)</i>	78
<i>Fonction sociale (26 et 27)</i>	60
<i>Fatigue (10, 12 et 18)</i>	65
<i>Nausée vomissement (14 et 15)</i>	20
<i>Douleur (9 et 19)</i>	6
<i>Dyspnée (8)</i>	0
<i>Insomnie (11)</i>	8
<i>Perte d'appétit (13)</i>	35
<i>Constipation (16)</i>	10
<i>Diarrhée (17)</i>	0
<i>Difficulté financière (28)</i>	15
<i>Ressentie Etat physique et Qualité de vie (29 et 30)</i>	80
<i>Souhait de TTT Spécifique du cancer</i>	29 (82%)

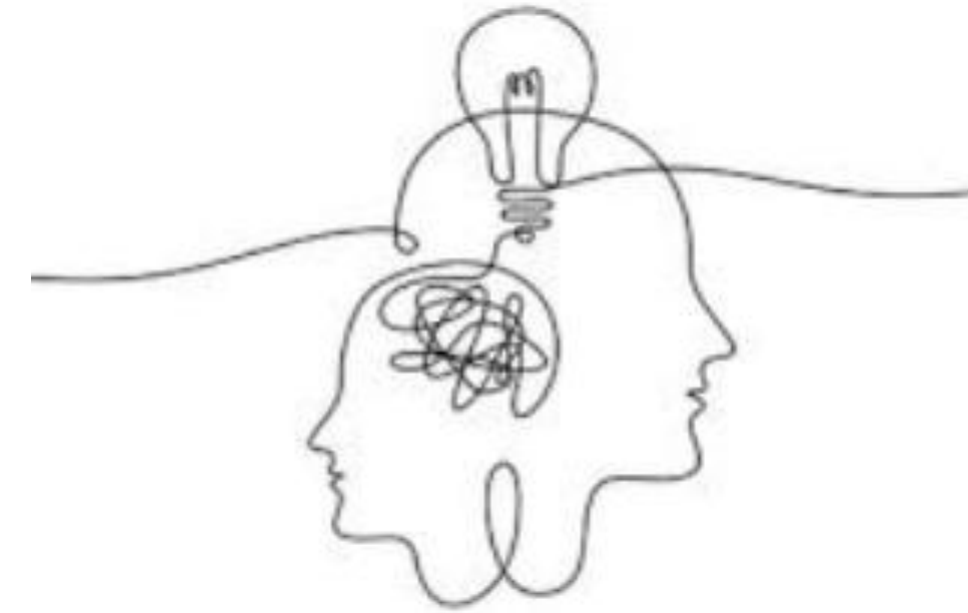
Spécificités annonce en Oncogériatrie

- **Stade avancé**
- Annonce **complexe** avec impact sur la prise en soin
- **Polypathologie** fréquente
- **Dépendance** fonctionnelle possible
- **Syndromes gériatriques** impactant la compréhension et l'adhésion



Enjeu psychologique

- Choc émotionnel et déni fréquents
 - Anxiété, dépression, insomnie
 - **Effet direct** sur la qualité de vie et l'adhésion aux soins
- ➔ La qualité de l'annonce conditionne la suite du parcours



L'annonce et la communication avec le patient et ses proches

- Progressivité et clarté
 - Adaptation au patient et à ses capacités
 - Accompagnement dans la compréhension du diagnostic
- ➔ Informer, mais surtout **accompagner**

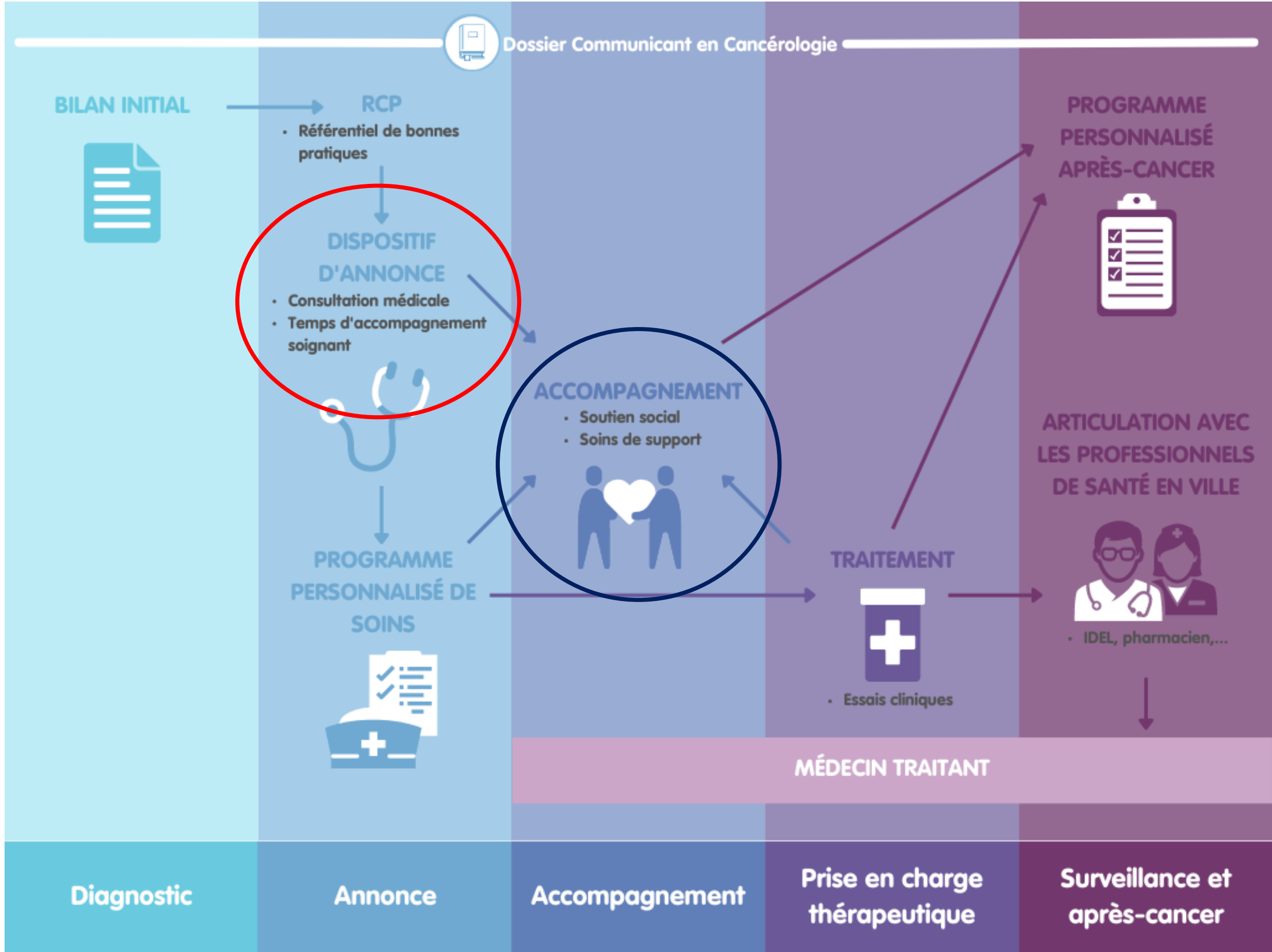


Take Home Message

- La consultation d'annonce n'est pas un simple temps d'information, c'est un **déterminant majeur du parcours de soins** en oncogériatrie
- Lorsqu'elle est préparée, structurée et centrée sur le patient, elle
 - **améliore l'adhésion aux traitements,**
 - **réduit l'anxiété**
 - **et préserve la qualité de vie**
- En oncogériatrie, annoncer un cancer est un processus **complexe** qui nécessite une **approche multidimensionnelle**, empathique et respectueuse des vulnérabilités.
- **Respecter le choix** du patient, y compris le refus d'un traitement agressif, fait partie intégrante de la qualité de la prise en soin.



 Dossier Communicant en Cancérologie



OncoCentre
Réseau de cancérologie
Centre-Val de Loire



18:30 – 20:00

Salle de conférence

Assemblée générale de la SGGG



**FIN
DES SESSIONS**

