



57^{ES} JOURNÉES DE FORMATION ET DE RECHERCHE DE GÉRONTOLOGIE DE L'OUEST ET DU CENTRE

12-13 juin 2026 – Orléans, Centre de Conférences



EXPLORATION DE L'ADVANCE CARE PLANNING DANS LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS : ÉTUDE BASÉE SUR UN QUESTIONNAIRE AUPRÈS DE JEUNES GÉRIATRIQUES EN FRANCE



Blanche FALOISE-CARON
Interne en gériatrie
CHU de Nantes

Université de Nantes
Le 13 juin 2026

Directeur
Dr Simon PRAMPART-FAUVET

INTRODUCTION



Advance Care Planning (ACP)

Démarche structurée, accompagnée par un professionnel de santé :

- Permet au patient d'exprimer ses préférences et priorités en matière de soins.
- Elaboration d'un projet de soins évolutif selon ses souhaits relatifs à la fin de vie et les traitements qu'il souhaite recevoir ou refuser
 - Désignation d'une personne de confiance.

INTRODUCTION

Intérêts connus ACP :

- Amélioration du confort en fin de vie
- Satisfaction accrue des proches
- Réduction des hospitalisations et des traitements invasifs

Dixon et al., J Pain Symptom Manage. 2018

Carter et al., J Adv Nurs. 2018

Lee et al., JAMA. 2020

Limites actuelles :

- Sous-utilisation : < 1/3 des patients atteints de TNC.
- Pour le patient : difficultés à se projeter, méconnaissance de la maladie
- Pour les professionnels : incertitude sur le moment opportun.

Ambade et al., J Am Geriatr Soc. 2024

Harrison et al., PLoS ONE. 2016

Brazil et al., Palliat Med. 2018

INTRODUCTION



Population d'étude – les jeunes gériatres :

- Formation encore hétérogène et insuffisante, avec un apprentissage souvent empirique.
- Jeunes gériatres, acteurs clés de demain.

Klaeyle et al., J Pain Symptom Manage. 2025

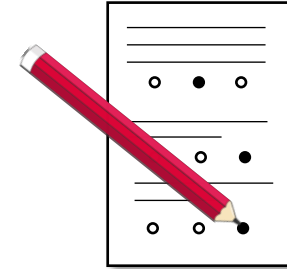
OBJECTIF PRINCIPAL

**ETUDIER LES ATTENTES, LES CRAINTES ET LES EXPERIENCES DES JEUNES GERIATRES
FACE A L'ADVANCE CARE PLANNING
CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS**

MATERIEL ET METHODE

Critères d'inclusion :

- Médecins spécialisés en gériatrie exerçant en France
- Volonté de participer à l'étude et de fournir un consentement éclairé



Critères d'exclusion :

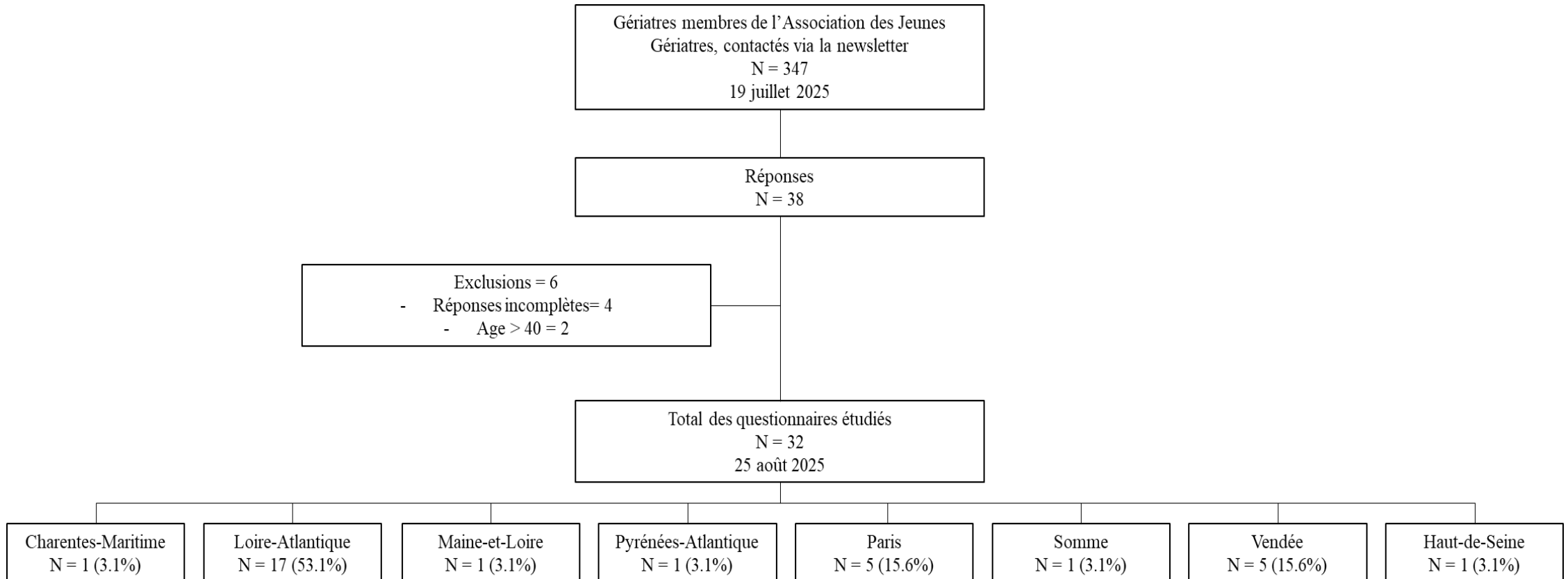
- Docteurs juniors et internes
- Gériatres âgés de plus de 40 ans
- Refus de participer

Questionnaire : 38 questions

- Pratique courante / expérience.
- Craintes / limites.
- Attentes / bénéfices.
- Ressources nécessaires.
- Implémentation future.



RESULTATS



RESULTATS

Caractéristiques de la population.



78,1 %



62,5 %

RESULTATS

Tableau indiquant la formation initiale et connaissances en soins palliatifs.

Variable		N (%)
Formation spécifique en Soins Palliatifs	Cours magistraux	28 (87.5)
	Ateliers de simulation	1 (3.1)
	E-learning	7 (21.9)
	Formation médicale continue en congrès ou colloques	13 (40.6)
	Diplôme Universitaire (DU) de médecine palliative	2 (6.2)
	Formation Spécialisée Transversale (FST) de soins palliatifs	2 (6.2)
	Aucune	2 (6.2)
	Autre : stage d'oncologie médicale	1 (3.1)
Stage en Soins Palliatifs	Oui	7 (21.9)

RESULTATS

Tableau indiquant la pratique courante et l'expérience.

Variable		N (%)
Professionnel de santé adapté	Gériatre	16 (50.0)
	Médecin de Soins Palliatifs	1 (3.1)
	Médecin généraliste	14 (43.8)
Besoin d'un binome pour les entretiens	Non	10 (31.2)
	Oui	22 (68.8)
Personnes à impliquer dans ces discussions	Le patient	32 (100.0)
	Sa personne de confiance	30 (93.8)
	Ses proches	23 (71.9)
	Soignants du domicile (Infirmière libérale, auxiliaire de vie, aide-soignante à domicile)	28 (87.5)

RESULTATS

Craintes relationnelles

50% des répondants



Q6 : Vous craignez de provoquer de l'anxiété en abordant ces discussions.

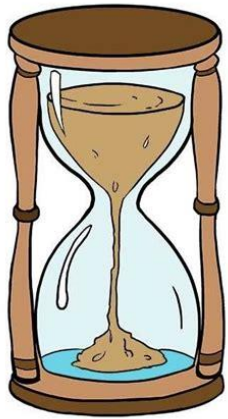
30% des répondants



Q7 : Les aidants ou les familles peuvent représenter un obstacle à la mise en place de discussions anticipées de soins.

RESULTATS

Contraintes logistiques



62,5 %



34,4 %

DISCUSSION

Médecin généraliste : rôle central.

Van Rickstal et al., Front Aging Neurosci. 2023

Kubi et al., JCO Oncol Pract. 2020

Place du médecin de
soins palliatifs.

Pluriprofessionnalité.

Rose et al., J Palliat Med. 2019

Rôle des soignants du domicile.

Punia et al., SAGE Open Nurs. 2024

Feuz et al., J Palliat Med. 2019

DISCUSSION

Crainte majoritaire : ANXIETE.



Phenwam et al., Eur Geriatr Med. 2020

Zhu et al., BMC Palliat Care. 2023



Musa et al., Age Ageing. 2015

Snyder et al., Am J Hosp Palliat Med. 2013

Barrière : FAMILLE.



Howard et al., Can Fam Physician. 2018



Carter et al., J Adv Nurs. 2018

DISCUSSION



- Focus sur TNC, pertinence clinique.
- Éclairage sur pratiques et besoins actuels en terme d'ACP.
- Prend en compte la dimension subjective émotionnelle.



- Dépendance à des données auto-déclarées, biais de mémoire et de désirabilité sociale.
- Interprétations variées de la définition de l'ACP donnée.

CONCLUSION



ACP : enjeu majeur en gériatrie, notamment pour patients atteints de TNC.

Rôle complémentaire du médecin généraliste et du gériatre.
Rôle du personnel paramédical.



ACP : priorité pour garantir des soins conformes aux valeurs du patient.

MERCI DE VOTRE ATTENTION

PERSPECTIVES

Recherches futures :



- Adopter des méthodes mixtes.
- Explorer les interventions favorisant les rôles des médecins généralistes, des intervenants à domicile et des familles.
- Implémenter des temps dédiés tels que consultation mémoire ou HDJ.
- Explorer le rôle du médecin de soins palliatifs.

PERSPECTIVES

Impact sur ma pratique future :

- Découverte et approfondissement du processus d'ACP.
- Travail de réflexion éthique quant à l'anticipation des souhaits de soins, au respect de l'autonomie et aux difficultés de communication.
- Importance de l'association des familles à ces réflexions, réflexion quant à la place des soignants du domicile.
- Intégration d'une réflexion plus systématique sur l'ACP.
- Appréhension de la rigueur nécessaire à la réalisation d'un travail scientifique.



ANNEXES

Diagramme de flux.

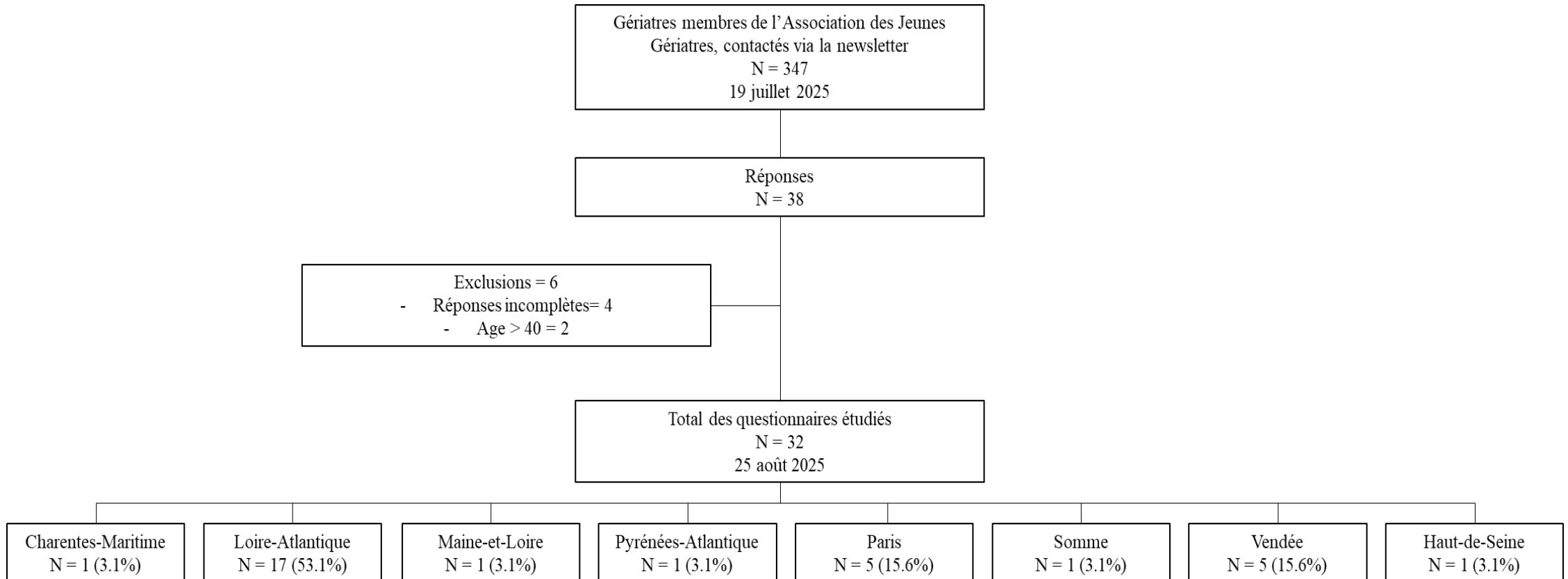


Tableau des caractéristiques de la population.

Variable		Effectif total N = 32
Age		32 [6]
Genre	Femme	25 (78.1)
	Homme	7 (21.9)
Type de structure de travail	Service de court séjour gériatrique	20 (62.5)
	Service de Soins Médicaux et de Réadaptation	9 (28.1)
	EHPAD	2 (6.2)
	Unité de Soins de Longue Durée	1 (3.1)
	Unité cognitivo-comportementale	2 (6.2)
	Consultation gériatrique	5 (15.6)
	Équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière	9 (28.1)
	Équipe mobile de gériatrie territoriale	1 (3.1)
	Autre : Centre mémoire - ressource et recherche	1 (3.1)
	Autre : Equipe Mobile de Soins Palliatifs	1 (3.1)

Fréquence (%) or Médiane [Ecart interquartile]

Tableau indiquant la formation initiale et connaissances en soins palliatifs.

Variable	N (%)	
Formation gériatrique initiale	CAPA	1 (3.1)
	DES	17 (53.1)
	DESC	12 (37.5)
	DU	2 (6.2)
Formation spécifique en Soins Palliatifs	Cours magistraux	28 (87.5)
	Ateliers de simulation	1 (3.1)
	E-learning	7 (21.9)
	Formation médicale continue en congrès ou colloques	13 (40.6)
	Diplôme Universitaire (DU) de médecine palliative	2 (6.2)
	Formation Spécialisée Transversale (FST) de soins palliatifs	2 (6.2)
	Aucune	2 (6.2)
	Autre : stage d'oncologie médicale	1 (3.1)
Stage en Soins Palliatifs	Oui	7 (21.9)

Tableau indiquant la pratique courante et l'expérience.

Variable		N (%)
Professionnel de santé adapté	Gériatre	16 (50.0)
	Médecin de Soins Palliatifs	1 (3.1)
	Médecin généraliste	14 (43.8)
Besoin d'un binome pour les entretiens	Non	10 (31.2)
	Oui	22 (68.8)
Personnes à impliquer dans ces discussions	Le patient	32 (100.0)
	Sa personne de confiance	30 (93.8)
	Ses proches	23 (71.9)
	Soignants du domicile (Infirmière libérale, auxiliaire de vie, aide-soignante à domicile)	28 (87.5)

Figure concernant les craintes et limitations.

Q1 : Vous avez du mal à déterminer si le patient est capable de formuler ses souhaits en matière de soins futurs.

Q2 : Vous avez du mal à déterminer le moment idéal pour discuter avec le patient de ses souhaits en matière de soins futurs.

Q3 : Vous manquez de formation pour adapter votre communication aux besoins des patients atteints de troubles neurocognitifs.

Q4 : Vous êtes souvent confronté à des patients isolés, sans réseau de soutien capable de transmettre leurs souhaits en matière de soins futurs.

Q5 : Vous craignez de nuire à la relation de confiance avec le patient en abordant ses souhaits en matière de soins futurs.

Q6 : Vous craignez de provoquer de l'anxiété en engageant ces discussions.

Q7 : Les soignants ou les membres de la famille peuvent constituer un obstacle à la mise en œuvre des discussions sur la planification préalable des soins.

Q8 : Le manque de temps est un obstacle majeur dans votre pratique.

Q9 : Vous avez du mal à gérer l'incertitude liée à l'évolution de la maladie.

Q10 : Vous avez du mal à anticiper les souhaits du patient en matière de soins, sachant qu'il pourrait changer d'avis.

Q11 : Vous avez du mal à aborder la planification préalable des soins étant donné que le patient n'est pas conscient de sa propre maladie.

Q12 : Vous ne savez pas comment rendre ces informations disponibles afin de permettre la coordination et la communication entre les différents services de soins.

