

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER -

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

2015 TOU3 1108

2015 TOU3 1109

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 10 décembre 2015

PAR

Samy GDOURA

et

Mickaël HERAULT

**REPRÉSENTATIONS DE LA FRAGILITÉ DES
SUJETS ÂGÉS ADRESSÉS PAR LE MÉDECIN
GÉNÉRALISTE À L'HÔPITAL DE JOUR DES
FRAGILITÉS DE TOULOUSE.**

Étude qualitative auprès de 15 sujets.

Directeurs de thèse : Monsieur le Professeur André STILLMUNKES
et Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA.

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Monsieur le Professeur Bruno VELLAS
Monsieur le Professeur André STILLMUNKES
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA
Madame le Docteur Sandrine SOURDET

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Docteur Honoris Causa	M. ROUJÉ D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Docteur Honoris Causa	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. GAYARD
Docteur Honoris Causa	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LECHEMONTE
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHALMEL M.	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BATHIE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARRIOT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAÏT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. FERRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE
Professeur Honoraire	M. MCXRUZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DRICUS	Professeur Honoraire	M. DONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESCUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUSTARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES P.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRELLÉ
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FALNEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREDRICKS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIBRE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRÉ
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. POLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUDOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUREAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. BESCHNER	Professeur Honoraire	M. RAUHAC
Professeur Honoraire	M. GUERUID	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARRE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU G.
Professeur Honoraire	M. PONTIGNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme FUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY M.
Professeur Honoraire	M. GOUD		
Professeur Honoraire	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTIGNIET		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Emerites

Professeur LARROUY	Professeur J. ADET
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTE	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JEFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur COUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRANON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHALMEL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGUOLA	Professeur E. ARLET-SLAMI
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOLLE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AWAH J.	Thérapeutique
M. AYTA M. (C.E.)	Hématologie
M. AVET-LOREAU H.	Hématologie, néonatal
M. BLANCHER A.	Immunologie (dont Biologie)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BORSAYY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E.)	Neurologie pathologique
M. BUGAT R. (C.E.)	Cardiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E.)	Bactériologie
M. CHAUVEAU B.	Neurologie
M. CHOLLET F. (C.E.)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E.)	Neurologie
M. DANAN M. (C.E.)	Chirurgie Thoracique et Cardiovasc.
M. DEGUINE O.	D.R.L.
M. DUCOMMUNIS.	Cardiologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie Santé Publique
M. FOURCADE D.	Neurologie
M. FRAYSSE B. (C.E.)	D.R.L.
M. GODET J. (C.E.)	Bactériologie-Virologie
Mme LAWANT L.	Gynécologie Pédiatrique
M. LANG T.	Radiologie Nucléaire Médecine
M. LANGU D.	Neurologie
M. LAURE B. (C.E.)	Médecine Interne
M. LBLAU R. (C.E.)	Immunologie
M. MADAMAL J.F.	Pédiatrie
M. MAILLARD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHAI B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZES R.	Cytologie-Cytométrie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E.)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Neurologie et Diagnostic Préépileptique
Mme MOYAL E.	Dermatologie
Mme NEUBRASHEM F.	Dermatologie
M. OLIVES J.P. (C.E.)	Pédiatrie
M. OSWALD C.	Bactériologie-Virologie
M. PARNAUD J.	Bel. Du Daval. et de la Reprod.
M. PERRIER B. (C.E.)	Bactériologie
M. PRADERE B. (C.E.)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
N. REICHER D.	Hématologie
N. REICHMANN P. (C.E.)	Urologie
N. RIVIERE D. (C.E.)	Physiologie
M. SALES DE GAUCY J.	Chirurgie-Ventile
M. SALES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E.)	Biologie Cellulaire
N. TELMON H.	Médecine Légale
M. VIREL J.P. (P.F.)	Hypertension Artérielle

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BENE-ITALY O.	Médecine Interne
M. BERMES P.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasc.
M. BUREAU Ch.	Hépato-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Généraliste
M. CHIFFRE H.	Chirurgie Générale
Mme COOPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAM V.	Pédiatrie
Mme CHAMPENTIER S.	Thérapeutique, med. chirurgie, pédiat.
M. COGNARD C.	Neurologie
M. DE BOISESSON X.	Médecine Physique et Réhabilit. Méd.
M. FOURNE B.	Rhumatologie
M. FOLBRE P.	Ophthalmologie
M. GAMB X.	Urologie
M. GIBBERTS I.	Anatomopathologie et radiologie (Bel)
Mme GONESTAL M.	Radiation Medical
M. LAHOUCHE M.	Rhumatologie
M. LAURICOT F.	Anatomie
M. LECON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasc.
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MÜLLER L.	Epidémiologie Santé Publique
M. OLIVET J.M.	Neurologie
M. PARNANT D.	Cardiologie-Obstétrique
M. PARENTE J.	Neurologie
M. PATAK A.	Pharmacologie
M. PALL D.	Dermatologie
M. PAVOIX P.	Dermatologie
M. PAYRASTRE D.	Hématologie
M. PORTER G.	Chirurgie Digestive
M. PIRON J.M.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. RONCALLI J.	Dermatologie
M. SANS R.	Bactériologie
Mme SAVAGNER F.	Radiologie et biologie-moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie (Bel)Anatomie
M. SOL J.Ch.	Neurologie

P.U.

M. CASTRUC S.

Médecine Générale

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

P.U. - P.H.
Sans classe

M. ACAR P.	Pneumologie
M. ALARD L.	Médecine Interne
N. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Psychiatrie
Mme BERRY I.	Biochimie
M. BOUTAUD F. (C.E)	Neurologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAL L.	Hépatogastro-Entérologie
N. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Tuberculose
M. CHAVON J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIFFON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SANDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DEUSLE M.B. (C.E)	Analyse Pathologie
M. DIDIER A.	Neurologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALMERIE M.	Dermatologie
M. GERAUD G.	Névrologie
M. BLOCH Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURBY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Ophtalmologie - Toxicologie - Chimie et Biologie
Mme HAMARE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARUE Y.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie - Virologie - Hygiène
M. MASSIP P.	Médecine Infectieuse
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYBAUD J Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Névrologie
M. ROCHE H. (C.E)	Cardiologie
M. ROSTANG L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUÏE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Névrologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITZ L. (C.E)	Psychiatrie
M. SERARD J.M.	Rhumatologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULE M.	Lombaire
M. SUC B.	Chirurgie Pédiatrique
Mme TAUBER M I.	Pédiatrie
N. VELLAS B. (C.E)	Général

M. ACCADBLEO F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Pneumologie
M. BONNETTE E.	Radiologie
M. BULANE	Uro-Andrologie
Mme BURA RYNIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anesthésie
M. CHAUFOUR J.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOREL P.	Médecine Infectieuse
Mme DILY-SCHWABCK C.	Thérapeutique
M. COURRAC	Néphrologie
M. DAMBRIC	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECFRAMES	Pédiatrie
M. DELORE J.P.	Cardiologie
M. DALLNER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHNS L.	Chirurgie Pédiatrique
Mme DOMET-SROUCHET A.	Analyse Pathologique
M. DROULEAU PADOUX J.L.	Chirurgie Pédiatrique
Mme GAMBROU B.	Cardiologie
M. GUYCHER	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. J. LODEVAQUE P.	Chirurgie Obstétricale - Gynécologie
M. MARCHEX B.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. MARDE Ph.	Médecine Physique et Rééducation
Mme MAZREDAU J.	Dermatologie
M. MENVILLE S.	Anatomologie - Rééducation
M. MURCIA C.	Chirurgie Digestive
M. PITAL Ph.	Radiologie
M. RICHARD Y.	Général
N. ROUX E.	Neurochirurgie
M. SWILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAI JM.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VASSEUR Ch.	Gynécologie Obstétricale
M. VINGEZ S.	O.R.L.
Mme UNO-LORRE E.	Anatomie Pathologique

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allée Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
13, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOI P. A.	Neurologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BETH E.	Généraliste
Mme BONGARD V.	Cadémiologie
Mme CASPAR BAUGLE S.	Nutrition
Mme CASSANI S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie/Réanimation
M. CONDY R.	Immunologie
Mme COURRON	Pharmacologie
Mme DIMASSE C.	Pharmacologie
Mme A. GUSTAZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS J.	Bactériologie Mycologie Hygiène
Mme DE-MAS Y.	Urologie
M. DURON D.	Radiologie Urologie Pédiatrie
Mme DUGUET AM.	Médecine Légale
M. DUPLA P.	Physiologie
Mme FILLARD J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENETRO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HANDEL S.	Biochimie
Mme HITZEL R.	Biophysique
M. JIARAT X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Sciences et Médecine Pédiatrie
M. JIRZON S.	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TANNER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ B.	Anatomie
M. MONTDYE R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOUJENK M.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD P.	Physiologie
Mme PIERRE MF.	Bactériologie Mycologie
Mme PUSSANT B.	Immunologie
Mme RAONÉ J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Mycologie Hygiène
Mme SAMBOURD F.	Biochimie
Mme SAURE K.	Bactériologie Mycologie
M. SILVA BRONDES S.	Nutrition
N. SOLER V.	Cytologie
M. TAFANI J.J.	Biochimie
M. TRENET C.	Anatomie
Mme TYCHOLITCH P.	Médecine de l'adolescent
M. TRICHIERI L.	Sciences et Chirurgie Ophtalmologique
M. VICENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABUMMEL F.	Biologie Virologie Mycologie
M. AÏS J.C.	Histologie - Embryologie
M. GAMBUS JP.	Histologie
Mme CAMERO A.	Bactériologie
Mme CARFAGNA J.	Physiologie
Mme CASSEL E.	Bactériologie
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSANG N.	Généraliste
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAYLO D.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. FORNE J.	Histologie
M. HEDDIT F.	Médecine Légale
M. GECULA P.A.	Médecine Légale
M. HESPAET	Pharmacologie
M. EDOUARD T.	Physiologie
Mme ESCOURDEL V.	Histologie et Anatomie
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALERIE A.	Nutrition
Mme GARNETTE V.	Epidémiologie
M. JASSO D.	Physiologie
Mme GARE M.	Bactériologie Mycologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUDEN C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme HUGUENOT C.	Biochimie
M. JAHARRAGUE P.	Histologie
M. LAUREZ O.	Biochimie et médecine nutritionnelle
M. LEMER P.	Biologie du développement et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Bactériologie
Mme MALPAS F.	Biochimie
M. MEUSSE P.	Biologie du développement et de la reproduction
Mme PERDUE B.	Nutrition
Mme NAST H.	Neurologie
Mme PRADAUDE E.	Physiologie
M. RIVERO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. FONGERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SORNE J. A.	Pharmacologie
M. TACQUIN J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. DESMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUSE-RIGAT MC.	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Université de Cordoba - Asociacion de Médicos Generales

Dr. STILMUNDES A.
Dr. BRILLAC Th.
Dr. AMRTERCAL Y.
Dr. CHICOLAA B.

Dr. DESMUTH S.
Dr. BOYER P.
Dr. ANE S.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider notre jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Bruno VELLAS,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse et de juger notre travail. Nous vous prions d'accepter l'expression de notre respect.

Madame le Docteur Sandrine SOURDET,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse et de juger notre travail. Recevez ici toute notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES,

Nous vous remercions de nous avoir proposé ce sujet fort intéressant et de nous avoir guidés au cours de ces deux années de recherche. Recevez notre sincère gratitude.

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA,

Nous te remercions de nous avoir accompagnés et épaulés tout au long de ces deux années de recherche. Tes critiques constructives et ta disponibilité nous ont permis d'avancer sereinement. Ce travail est aussi un peu le tien. Reçois notre sincère gratitude.

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU, Madame le Docteur Anne FREYENS,

Merci de nous avoir aidés à mieux comprendre la méthode qualitative.

À l'équipe de l'hôpital de jour des fragilités,

Merci pour votre accueil et vos conseils lors de notre passage à l'hôpital de jour.

Huguette, Marie-Pierre, Sabrina et Véronique, merci pour votre disponibilité et votre accueil chaleureux durant tout notre travail de thèse.

Aux sujets de notre étude,

Merci de nous avoir ouvert les portes de votre foyer et de nous avoir consacré une partie de votre temps. Ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

*« C'est rigolo, ce terme de fragilité,
on a l'impression que tout d'un coup, en vieillissant,
on devient du verre, de la vaisselle qui va se casser »*

Sujet 12 de notre étude

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
1 CONTEXTE.	4
2 APPLICATION PRATIQUE, LE DEVELOPPEMENT DES HOPITAUX DE JOUR.	5
3 JUSTIFICATION.	6
4 QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.	7
MATÉRIELS ET MÉTHODES	8
1 REFLEXIVITE.	8
2 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.	8
2-1 QUESTION DE RECHERCHE.	8
2-2 METHODE QUALITATIVE.	9
3 CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE.	9
4 POPULATION.	10
5 MODE DE RECRUTEMENT.	10
6 ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN.	11
7 COMITE D'ETHIQUE.	12
8 RECUEIL DES DONNEES.	13
9 ANALYSE DES ENTRETIENS.	14
9-1 ANALYSE LONGITUDINALE.	14
9-2 ANALYSE TRANSVERSALE.	14
9-2.1 Le séquençage et le codage des entretiens.	14
9-2.2 La constitution de la grille thématique.	14
9-2.3 La saturation des données.	15
9-2.4 La communication entre les chercheurs.	15
RÉSULTATS	16
1 TALON SOCIOLOGIQUE.	16
2 ANALYSE LONGITUDINALE.	18
3 ANALYSE TRANSVERSALE.	18
3-1 FRAGILITE PHYSIQUE.	19
3-1.1 Représentation de la fragilité.	19
3-1.2 Situations de fragilité vécues antérieurement.	19
3-2 FRAGILITE COGNITIVE.	21
3-2.1 Représentation de la fragilité.	21
3-2.2 Situations de fragilité vécues antérieurement.	21
3-3 FRAGILITE THYMIQUE.	23
3-3.1 Représentation de la fragilité.	23
3-3.2 Situations de fragilité vécues antérieurement.	23
3-4 FRAGILITE SENSORIELLE.	25
3-4.1 Représentation de la fragilité.	25
3-4.2 Situations de fragilité vécues antérieurement.	25

3-5	FRAGILITE NUTRITIONNELLE.	26
3-5.1	Représentation de la fragilité.	26
3-5.2	Situations de fragilité vécues antérieurement.	26
3-6	FRAGILITE LIEE AUX ANTECEDENTS ACTIFS.	27
3-6.1	Représentation de la fragilité.	27
3-6.2	Situations de fragilité vécues antérieurement.	27
3-7	FRAGILITE SOCIO-ECONOMIQUE.	28
3-7.1	Représentation de la fragilité.	28
3-7.2	Situations de fragilité vécues antérieurement.	30
3-8	FRAGILITES AUTRES.	33
3-8.1	Représentation de la fragilité.	33
3-8.2	Situations de fragilité vécues antérieurement.	34
3-9	STRATEGIES COMPENSATRICES.	36
3-9.1	Représentation des stratégies compensatrices.	36
3-9.2	Stratégies compensatrices appliquées.	38
3-10	ATTENTES DU PASSAGE A L'HOPITAL DE JOUR DES FRAGILITES.	45
3-10.1	Faire un bilan de santé.	45
3-10.2	Conseils.	46
3-10.3	Prendre conscience de son état de santé.	46
3-10.4	Soins.	47
3-10.5	Aucune attente.	47
4	SYNTHESE DES RESULTATS.	48

DISCUSSION **50**

1	MESSAGES CLES.	50
2	FORCES DE L'ETUDE.	50
3	FAIBLESSES DE L'ETUDE.	51
4	COMPARAISON DE NOTRE ETUDE AVEC LA LITTERATURE.	52
4-1	CONCERNANT LA CONFUSION ENTRE FRAGILITE ET VIEILLISSEMENT.	52
4-2	CONCERNANT LA FRAGILITE PHYSIQUE.	52
4-3	CONCERNANT LA FRAGILITE SOCIALE.	53
4-4	CONCERNANT LE DEUIL.	54
4-5	CONCERNANT LA FRAGILITE COGNITIVE.	54
4-6	CONCERNANT LES FRAGILITES PEU OU PAS ABORDEES.	55
4-6.1	Concernant la fragilité sensorielle.	55
4-6.2	Concernant la fragilité nutritionnelle.	56
4-6.3	Concernant la fragilité iatrogène.	56
4-7	CONCERNANT LA FRAGILITE D'ETRE AIDANT.	56
4-8	CONCERNANT LA PERTE D'AUTONOMIE ET LA LIMITATION D'ACTIVITE.	57
4-9	CONCERNANT LES SOINS PERSONNELS.	58
4-10	CONCERNANT LE RETOUR A DOMICILE APRES UNE HOSPITALISATION.	58
4-11	CONCERNANT LES STRATEGIES COMPENSATRICES.	59
4-12	CONCERNANT LES ATTENTES DE L'HOPITAL DE JOUR.	60
5	OUVERTURE.	61

CONCLUSION **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

BIBLIOGRAPHIE **63**

ANNEXE 1 : GRILLE D’EVALUATION POUR LE REPERAGE DE LA FRAGILITE EN SOINS PRIMAIRES.	68
ANNEXE 2 : FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE RECRUTEMENT DES SUJETS PAR TELEPHONE.	69
ANNEXE 3 : GUIDE D’ENTRETIEN DEFINITIF.	70
ANNEXE 4 : AVIS DE LA COMMISSION ÉTHIQUE.	73
ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PATIENTS INTERROGES.	74
ANNEXE 6 : ENTRETIENS 7 ET 11.	75
1. ENTRETIEN N° 7.	75
2. ENTRETIEN N° 11.	81
ANNEXE 7 : TALON SOCIOLOGIQUE.	91
ANNEXE 8 : CONTEXTES D’ENONCIATION DES ENTRETIENS 8 ET 13.	93
1. CONTEXTE D’ENONCIATION DE L’ENTRETIEN N°8.	93
2. CONTEXTE D’ENONCIATION DE L’ENTRETIEN N°13.	95

INTRODUCTION

1 Contexte.

Le vieillissement de la population des pays industrialisés entraîne une augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans à risque de dépendance et d'institutionnalisation. Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2060. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera à lui seul de plus de 10 millions, une personne sur trois aura alors plus de 60 ans (1)(2)(3)(4).

La fragilité est un concept gériatrique émergent évoqué dès les années 1970. De nombreuses définitions se sont succédées (5).

Il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus international sur la définition de la fragilité. Cependant, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) a proposé en 2011 une définition reprise par la Haute Autorité de Santé (HAS) en juin 2013 (6)(7) :

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible ».

À l'heure actuelle, deux modèles conceptuels de fragilité sont utilisés et repris par l'HAS en juin 2013 (6) :

- Fried, en 2001, présente un modèle fondé sur un phénotype « physique » qui évalue chez les personnes âgées de 65 ans ou plus la présence de cinq critères (8) :
 - perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou ≥ 5 % du poids) depuis 1 an,
 - épuisement ressenti par le patient,
 - vitesse de marche ralentie,
 - baisse de la force musculaire,
 - sédentarité.

Les patients sont dits fragiles en présence d'au moins trois critères. Ils sont dits pré-fragiles si un ou deux critères sont présents. Si aucun critère n'est présent, ils sont considérés comme robustes.

- Rockwood, en 2005, propose un autre modèle de fragilité, la « fragilité multi-domaine » (9), intégrant cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités.

Malgré une approche différente du concept de fragilité, ces deux modèles sont complémentaires (10).

Dans l'étude de Santos-Eggimann et al. (11) reprenant les données de l'enquête SHARE (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe) réalisée dans 10 pays européens, la prévalence de la fragilité selon le phénotype de Fried était évaluée pour la France à 15,5 % parmi les sujets âgés de plus de 65 ans vivant à domicile. Ainsi, le repérage précoce de la fragilité du sujet âgé est un enjeu majeur de santé publique pour prévenir la dépendance et ses conséquences socio-économiques.

2 Application pratique, le développement des hôpitaux de jour.

Partant du postulat que la fragilité est un état réversible (6)(7) contrairement à la dépendance, le Gérotopôle de Toulouse a ouvert en 2011 un projet pilote : l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. L'objectif de cette structure est de retarder le processus d'entrée dans la dépendance des personnes âgées fragiles.

Cet hôpital de jour fonctionne en étroite collaboration avec la médecine générale.

Le repérage des patients potentiellement fragiles est effectué par le médecin généraliste à l'aide d'une grille d'évaluation validée par la HAS : Le Gérotopôle Frailty Screening Tool (GFST) (12)(13), présenté en **Annexe 1**.

Les patients adressés à l'hôpital de jour bénéficient d'une évaluation standardisée de la fragilité par une équipe pluridisciplinaire. Après l'évaluation, un plan personnalisé de prévention de la dépendance adapté à la situation clinique est proposé et négocié avec le

patient et son médecin traitant. Un suivi des interventions proposées est réalisé à intervalles réguliers par l'équipe de l'hôpital de jour (12).

Un maillage du territoire national se met progressivement en place avec actuellement 51 structures d'évaluation et des médecins référents fragilité et prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée dans chaque région (1).

Au 5 octobre 2015, 2366 patients ont été primo-évalués à l'hôpital de jour des fragilités de Toulouse.

3 Justification.

La fragilité est un concept nouveau, complexe (14), peu connu du public et qui n'est pas encore intégré dans la pratique quotidienne de certains médecins. Ce concept est assez novateur dans le sens où les patients ne sont pas malades, ce qui rend son repérage difficile par le corps médical.

Nous avons choisi ce thème de la fragilité pour notre étude.

Ce choix est appuyé par notre spécialité de médecine générale qui prend en charge le patient dans sa globalité. Ainsi, le repérage de la fragilité est maintenant une mission de santé publique qui nous est confiée afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées (15)(16)(17).

Nous avons eu le privilège de travailler durant notre internat au sein de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance de Toulouse, ce qui nous a sensibilisés au repérage, à l'évaluation et à la prise en charge de patients fragiles.

Nous avons constaté que la majorité des patients adressés par leur médecin généraliste à l'hôpital de jour n'avaient aucune connaissance sur le concept de fragilité, sur l'évaluation de leur fragilité et sur les objectifs de leur venue dans cette structure.

Ce travail de recherche était un moyen de concrétiser notre intérêt pour la fragilité, en nous intéressant plus particulièrement aux représentations de la fragilité de ces sujets.

La bibliographie réalisée sur les représentations de la fragilité recueillies auprès de personnes âgées ne retrouvait que deux articles utilisant une démarche de recherche qualitative.

La première étude (18) s'est principalement intéressée aux fragilités sociales, culturelles et identitaires de la personne âgée alors que la définition actuelle de la fragilité englobe d'autres domaines qui n'ont pas été abordés dans cette étude et que nous souhaitons explorer.

La seconde étude (19) aborde le vécu et les représentations de la perte d'autonomie et de la dépendance au sens large.

4 Question de recherche et objectifs.

Le but de notre travail était de mieux comprendre les représentations de la fragilité dans la population des sujets âgés de 65 ans et plus repérés comme fragiles.

Pour les médecins généralistes et les gériatres, la compréhension des représentations de la fragilité permettrait d'adapter au mieux son discours face au patient potentiellement fragile. De plus, une meilleure connaissance des représentations de la fragilité permettrait une amélioration de la communication des objectifs de l'hôpital de jour.

Pour le patient, cela permettrait une meilleure implication dans l'évaluation à l'hôpital de jour et une meilleure observance du plan personnalisé de prévention de la dépendance (20).

Ainsi, nous avons réalisé une étude sur les représentations de la fragilité chez des sujets de 65 ans et plus, vivant à domicile en Haute-Garonne, repérés comme fragiles par le médecin généraliste selon le GFST et adressés pour évaluation à l'hôpital de jour des fragilités de Toulouse.

Notre objectif principal était de recueillir auprès de ces sujets âgés leurs représentations de la fragilité et leurs situations de fragilités vécues.

Nos objectifs secondaires étaient de recueillir les stratégies compensatrices pour lutter contre la fragilité et les attentes de leur passage à l'hôpital de jour des fragilités.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1 Réflexivité.

Lors de notre passage à l'hôpital de jour des fragilités au cours de notre internat, nous avons été sensibilisés à l'évaluation et à la prise en charge de la fragilité, ce qui a motivé ce travail de recherche.

Pour réaliser ce travail, nous avons eu un rôle de chercheur et non de soignant.

2 Recherche bibliographique.

2-1 Question de recherche.

Nous avons constitué une liste de mots-clés et recherché leur traduction en langage MeSH (Medical Subject Headings) sur le portail terminologique de santé du CISMéF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française) (21).

Mots clés en français	Mots clés en anglais
Fragilité personne âgée	Frailty in elderly
Évaluation gériatrique	Geriatric assessment
Hôpital jour, Hôpital de jour, Hospitalisation de jour	Day hospital, Day care hospital, Out-patient hospital
Médecin généraliste, Médecin praticien, Généraliste, Omnipraticien, Médecin famille	General practitioner, Physicians, Generalists, General practice physician, Family physician
Médecine générale	General practice
Gériatrie	Geriatrics
Représentation	Representation, Perception

Nous avons entré différentes combinaisons de ces mots-clés dans plusieurs bases de données anglo-saxonnes et francophones : PubMed, Doc’CISMeF, SUDOC (catalogue du Système Universitaire de Documentation), BDSP (Banque de Données en Santé Publique), Cairn et Persée.

Nous avons réalisé des recherches bibliographiques régulières dans le temps du fait de l’importance du nombre de publications sur ce sujet d’actualité.

2-2 Méthode qualitative.

Nous avons pu découvrir et approfondir nos connaissances sur la méthode qualitative lors de formations organisées par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.

Nous avons par ailleurs réalisé une recherche bibliographique sur la méthode qualitative. Pour cela, nous avons constitué une liste de mots-clés et recherché leur traduction en langage MeSH sur le portail terminologique de santé du CISMeF (21).

Mots clés en français	Mots clés en anglais
Recherche qualitative	Qualitative research
Entretiens	Interviews
Méthodologie	Methodology

Nous avons entré différentes combinaisons de ces mots-clés dans plusieurs bases de données anglo-saxonnes et francophones : PubMed, Doc’CISMeF et SUDOC.

3 Choix de la méthode qualitative.

Notre étude avait pour but de recueillir les représentations de la fragilité. La méthode qualitative était la plus appropriée étant donné qu’elle s’attache à analyser le discours (22)(23)(24)(25)(26)(27).

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés qui nous paraissaient plus adaptés et adaptables à la personne âgée. En effet, l'âge des sujets, leurs possibles difficultés de compréhension et leurs potentiels troubles sensoriels nécessitaient la réalisation d'un entretien en tête-à-tête.

Parfois, la présence d'un tiers rassurait le sujet et rendait plus facile la réalisation d'un entretien.

La constitution de *focus group* aurait été difficile à réaliser pour plusieurs raisons. D'une part, le recueil des représentations était réalisé avant l'évaluation à l'hôpital de jour, ce qui rendait difficile le recrutement et l'organisation d'un *focus group* dans un laps de temps court et dans un lieu proche du domicile de chacun des sujets. D'autre part, il était plus aisé de réaliser un entretien dans un environnement connu et rassurant, à savoir leur domicile, ce qui évitait aux sujets âgés recrutés de se déplacer. Enfin, la spontanéité du discours des sujets aurait pu être altérée face à un groupe.

4 Population.

Nous avons choisi pour notre travail de nous intéresser, aux sujets âgés de 65 ans et plus, vivant à domicile en Haute-Garonne, repérés comme fragiles par leur médecin généraliste selon le GFST et adressés pour évaluation à l'hôpital de jour des fragilités de Toulouse.

Nous avons exclu de notre recrutement les sujets adressés à l'hôpital de jour par un spécialiste gériatre ou par les différents services hospitaliers de gériatrie, les sujets adressés dans le cadre d'études cliniques, les sujets ne vivant pas à domicile et les sujets adressés dans le cadre de l'onco-gériatrie.

5 Mode de recrutement.

Nous avons recruté les sujets, avec l'aide des infirmières de l'hôpital de jour, en consultant le planning de l'hôpital de jour de façon régulière selon un échantillonnage raisonné de proche en proche.

Lorsque les sujets correspondaient à nos critères d'inclusion, nous les avons contactés par téléphone.

À partir du huitième entretien, nous avons sélectionné les sujets sur des critères de genre, d'âge et de lieu de vie pour constituer une population la plus hétérogène possible, et ainsi enrichir au maximum le verbatim.

Nous avons remarqué que des couples étaient adressés à l'hôpital de jour. Nous avons choisi de réaliser un entretien de couple (après un entretien individuel de chaque sujet) dans le but de mettre en évidence une dynamique de couple.

Une fiche de recrutement, présentée en **Annexe 2**, a été rédigée afin d'informer par téléphone les sujets contactés pour notre étude. Cette fiche, lue au sujet lors de l'entretien téléphonique, présentait les chercheurs comme des internes en médecine générale réalisant un travail de recherche validé par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse dans le cadre d'une thèse d'exercice. Par ailleurs, nous avons présenté notre travail comme une étude sur le vieillissement pour éviter aux sujets de réaliser des recherches sur la fragilité avant notre entretien, ce qui aurait pu modifier leurs représentations et leurs attentes. Enfin, nous avons informé chaque sujet des modalités de l'entretien : réalisé à leur domicile, enregistré par un dictaphone, anonyme et d'une durée approximative de vingt minutes.

À la fin de cette présentation, un rendez-vous était fixé au domicile du sujet acceptant de participer à notre étude.

Nous avons considéré que le sujet refusait de participer à notre étude s'il ne répondait pas au bout de trois sollicitations téléphoniques, s'il refusait initialement de participer à notre étude ou s'il ne donnait pas suite à notre appel après une deuxième relance.

6 Élaboration du guide d'entretien.

Le guide d'entretien a été réalisé conjointement par les deux chercheurs suite à nos différentes recherches bibliographiques sur la fragilité et ses représentations, et discuté avec nos directeurs de thèse.

Le guide d'entretien est constitué de questions ouvertes permettant une expression libre des sujets, suivi de relances précisant la question initiale lorsque la réponse était trop

évasive ou trop peu étoffée. Ce guide débute par le recueil des données sociologiques des sujets et il est suivi par une première question très générale sur le vieillissement.

Nous avons réalisé un premier entretien exploratoire afin de tester en conditions réelles notre guide d'entretien. Cet entretien n'a finalement pas été retenu pour notre travail car le sujet présentait un critère d'exclusion mis en évidence au moment de l'entretien (sujet non adressé à l'hôpital de jour par son médecin traitant).

Ce premier entretien a permis néanmoins de modifier la première question qui était trop directe et qui ne favorisait pas l'expression libre du sujet. Une nouvelle question introductive plus générale et plus ouverte permettant de parler de la vieillesse a été ajoutée.

Après l'analyse des sept premiers entretiens, le guide d'entretien a été modifié une deuxième fois. Nous avons reformulé la question introductive qui nous était apparue encore trop « brutale ». Nous avons également supprimé la question dans laquelle nous demandions des synonymes du terme fragilité qui restait bien souvent sans réponse (probablement du fait d'une incompréhension de la question), d'autant plus que cette question n'apportait pas d'informations essentielles à notre travail de recherche. Enfin, nous avons mis en évidence lors de l'analyse des entretiens que les sujets abordaient spontanément la mise en place de stratégies afin de compenser leur fragilité. Nous avons créé deux questions abordant ces stratégies dans le nouveau guide d'entretien.

Suite au recrutement du couple, nous avons modifié une dernière fois le guide d'entretien. Nous n'avons pas modifié les questions en lien avec l'entretien individuel. Nous avons seulement ajouté des questions pour l'entretien individuel du couple et pour l'entretien en couple. Le guide d'entretien définitif est présenté en **Annexe 3**.

Ce guide d'entretien évolutif a permis une meilleure fiabilité et reproductibilité inter-entretien.

7 Comité d'éthique.

Notre étude a été approuvée par la Commission Éthique du Département de Médecine Générale de Midi-Pyrénées. L'avis de la Commission Éthique est présenté en **Annexe 4**.

8 Recueil des données.

Tous les entretiens ont été réalisés au domicile du sujet, parfois en présence d'un tiers auquel nous avons préalablement demandé de ne pas intervenir durant l'entretien. Les entretiens ont été réalisés en tête-à-tête avec le sujet et enregistrés par dictaphone. Les attitudes non verbales étaient notées par le chercheur.

Avant de commencer l'entretien, nous avons remis au sujet une fiche explicative dans laquelle étaient exposées le but de notre étude et les modalités de l'entretien (enregistrement, anonymat, possibilité d'accéder aux résultats de notre étude). Cette fiche explicative, présentée en **Annexe 5**, était signée par le sujet pour attester de son consentement. Puis, nous nous sommes efforcés de mettre en confiance le sujet en lui assurant l'absence de bonne ou de mauvaise réponse.

La retranscription intégrale des entretiens sur fichier Word a été réalisée dans les 24 à 48 heures suivant la rencontre par le chercheur ayant réalisé l'entretien pour avoir les éléments non-verbaux bien présents à l'esprit. Ces derniers ont été retranscrits entre parenthèses sur le fichier Word de l'entretien correspondant.

La retranscription de l'entretien était anonymisée. La lettre I désignait l'intervieweur, la lettre E désignait le sujet, le chiffre suivant désignait le numéro d'entretien. Deux entretiens sont présentés en **Annexe 6**.

Le recueil des données sociologiques, réalisé en début d'entretien, a permis de réaliser le talon sociologique.

Au cours de l'entretien, si le sujet abordait spontanément un thème retrouvé dans une question ultérieure, le chercheur modifiait l'ordre des questions afin de préserver la spontanéité du discours.

9 Analyse des entretiens.

9-1 Analyse longitudinale.

Après chaque entretien, le chercheur a rédigé le contexte d'énonciation de l'entretien.

Cette analyse s'attachait à rappeler le cadre de l'entretien, les caractéristiques du sujet interrogé et ses attitudes (émotions, mimiques, gestes). Elle permettait de mettre en évidence les points essentiels de chaque entretien, les points nouveaux et d'apprécier la saturation des données.

9-2 Analyse transversale.

9-2.1 *Le séquençage et le codage des entretiens.*

Il s'agit de découper le verbatim (ensemble de l'entretien intégralement retranscrit) en unités de sens (groupe de mots ayant un sens propre) après lecture de l'entretien pour s'imprégner du texte et de son sens. A chaque unité est attribué un code. Le séquençage et le codage ont été réalisés de façon indépendante par chaque chercheur. Une mise en commun (triangulation) était réalisée pour retenir l'analyse la plus juste et limiter la subjectivité. Quand le code différait entre les deux chercheurs, l'entretien était réécouté pour re-contextualiser l'unité de sens et aboutir à un codage consensuel. Si, à cette étape, les avis divergeaient encore, une triangulation avec les directeurs de thèse avait lieu.

9-2.2 *La constitution de la grille thématique.*

Chaque couple « code-unité de sens » a été intégré dans un tableau Excel, en regroupant ces couples selon leur appartenance à un thème commun, formant ainsi des sous-sous-sous-catégories, des sous-sous-catégories, des sous-catégories et des catégories.

Les catégories n'avaient pas été définies au préalable de l'analyse, c'est l'analyse qui a permis progressivement la création des différentes catégories.

À mesure que chaque entretien était intégré au tableau, la grille évoluait, enrichie de nouvelles catégories ou sous-catégories.

Le but était de ne plus garder la cohérence au sein d'un entretien, mais de dévoiler la cohérence thématique inter-entretien.

9-2.3 *La saturation des données.*

La saturation théorique des données a été obtenue au bout de treize entretiens. Les entretiens quatorze et seize n'ont pas retrouvé de nouveaux éléments. L'entretien quinze n'a pas pu être mené à terme.

9-2.4 *La communication entre les chercheurs.*

Nous avons choisi d'utiliser le site de stockage sur internet Dropbox[®] de façon à faciliter l'accès des deux chercheurs et des directeurs de thèse aux entretiens et aux analyses d'entretiens. L'actualisation et le stockage des données se faisaient simultanément sur les ordinateurs de chacun, ce qui nous a permis de suivre en direct le travail de l'autre. La mise en commun du codage et la constitution de la grille thématique se sont faites lors de rencontres *de visu* pour faciliter l'échange autour des résultats obtenus.

RÉSULTATS

1 Talon sociologique.

Le recrutement et les entretiens ont débuté en mai 2014 et se sont terminés en juin 2015.

- 24 sujets ont été contactés par téléphone.
- 7 sujets ont refusé de participer à notre étude :
 - 4 sujets n'ont pas répondu au bout de trois sollicitations téléphoniques,
 - 2 sujets ont refusé initialement de participer à notre étude,
 - 1 sujet n'a pas donné suite à notre appel après une deuxième relance.
- 17 entretiens ont été réalisés.
- 15 entretiens ont été analysés.

Le premier entretien (entretien 0) n'a pas été retenu pour notre travail car le sujet présentait un critère d'exclusion mis en évidence au moment de l'entretien.

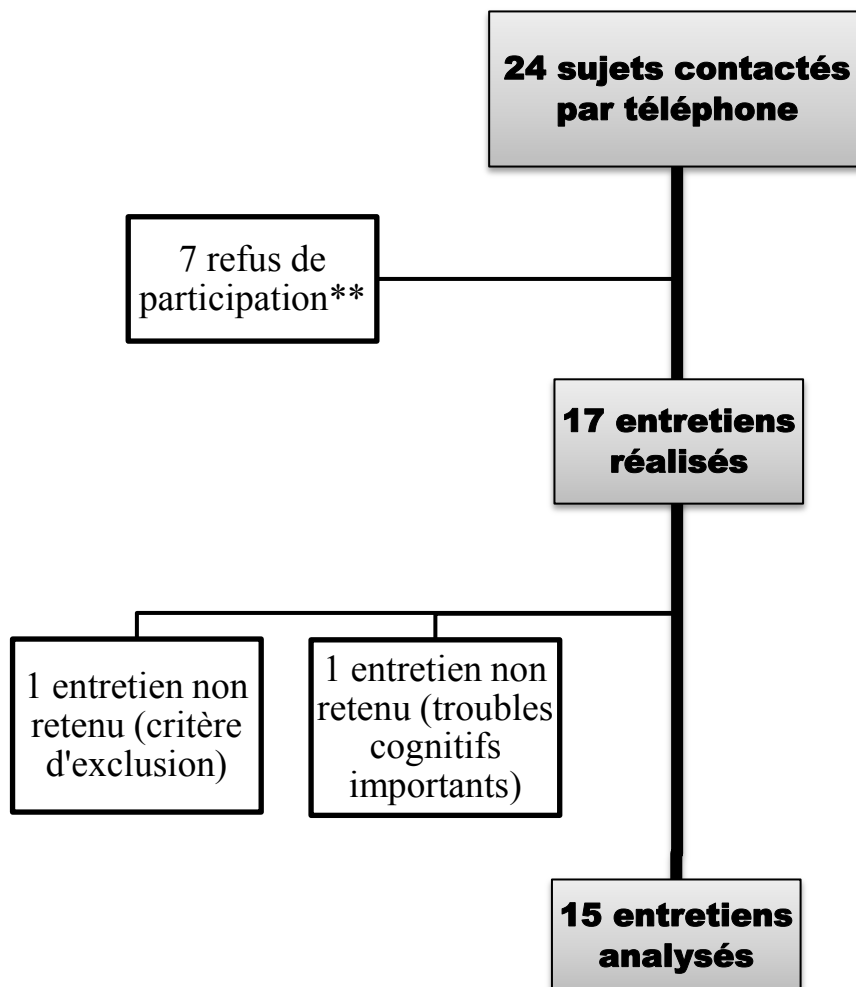
Le seizième entretien (entretien 15) n'a pas été retenu car les troubles cognitifs présentés par le sujet ont rendu l'entretien impossible.

Le talon sociologique est présenté en **Annexe 7**.

Les sujets interrogés étaient âgés de 65 à 90 ans. La moyenne d'âge était de 78 ans, la médiane d'âge était de 80 ans.

Nous avons interrogé neuf femmes et six hommes.

Les entretiens ont été réalisés au domicile des sujets. Les entretiens ont duré entre 11 et 75 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 27 minutes.



** 4 sujets n'ont pas répondu au bout de trois sollicitations téléphoniques, 2 sujets ont refusé initialement de participer à notre étude, 1 sujet n'a pas donné suite à notre appel après une deuxième relance.

Figure 1 : Sélection de la population.

2 Analyse longitudinale.

L'analyse longitudinale a été réalisée à la suite de chaque entretien. Les contextes d'énonciation des entretiens 8 et 13 sont présentés **en Annexe 8**.

L'analyse de l'entretien de couple n'a pas mis en évidence d'éléments nouveaux par rapport aux entretiens individuels de chaque membre du couple.

3 Analyse transversale.

Les résultats de notre analyse thématique sont présentés ci-dessous. Ils ont été élaborés à partir du tableau Excel.

Des citations d'entretien ont été choisies comme les plus représentatives parmi tous nos résultats pour illustrer l'idée exprimée dans le code. La source de la citation est signifiée par la lettre E pour l'entretien, suivie du numéro de cet entretien. Par exemple, E1 pour l'entretien 1. Les citations sont en italique et en gris.

3-1 Fragilité physique.

3-1.1 Représentation de la fragilité.

Les sujets âgés interrogés pensaient globalement que la fragilité physique est représentée par des troubles de la marche. Ces sujets se représentaient les troubles de la marche par la limitation des déplacements, la peur de ne plus marcher et l'utilisation d'aides techniques à la marche : E2 « *Les cannes, les cannes. Les cannes, le, comment ça s'appelle, le, le, le déambulateur. Si je me retrouvais comme ça, je sais pas ce que je ferais. Je crois que là, on se sent vraiment diminué* ».

Certains sujets interrogés pensaient qu'une personne âgée fragile a des difficultés à maintenir son équilibre.

Un autre sujet insistait sur la crainte de tomber : E11 « *Fragile (silence). La crainte de tomber (...) La crainte de tomber (...) Et ben de tomber* ».

Un sujet pensait que la condition physique pourrait être une source de fragilité physique.

Un sujet évoquait le fait que la fragilité physique occasionnerait une diminution de la souplesse et une lenteur : E1 « *Puis la fragilité physique aussi. Bon moins souple, plus lent* ».

Pour certains sujets, la douleur physique pourrait fragiliser la personne âgée.

Enfin, un sujet a souligné que l'asthénie physique serait une source de fragilité.

3-1.2 Situations de fragilité vécues antérieurement.

La chute a globalement été vécue comme une situation de fragilité par les sujets interrogés : E2 « *Je suis tombée. Et dans la rue, il n'y avait absolument personne. Je me suis relevée toute seule. Et j'ai eu très peur* », E3 « *Mais, celui qui m'a fragilisé le plus*

parce que ça m'a atteint, c'est, c'est, c'est la chute (...) Mais, la chute, je peux pas le contrôler ça, ça m'arrive comme ça, et ça me, ça me, ça me détériore, voilà. Et ça m'a refoutu en l'air ».

Les conséquences de la chute ont d'autant plus majoré la fragilité du sujet âgé en occasionnant des fractures *E11 « Ah, je suis tombée par maladresse, je me suis cassée le col du fémur (rires) »*, une sensation de dégradation globale, une majoration de la fatigabilité et une majoration du traitement médicamenteux.

Les sujets interrogés ont été majoritairement fragilisés par des troubles de l'équilibre. Ces troubles de l'équilibre ont occasionné une chute ou un risque de chute : *E7 « Alors euh, physiquement par exemple, je commence à perdre un peu l'équilibre et en vélo, et un jour j'ai perdu l'équilibre et je me suis récupérée je ne suis pas tombée mais je me suis fait un mal de chien ».*

Les limitations de la mobilité, telles que les difficultés à la marche et les difficultés à se relever seul étaient des situations vécues de fragilité physique : *E3 « Quand je suis par terre, je ne peux pas me relever seule ».*

Certains sujets interrogés ont été fragilisés par la diminution de leur force musculaire : *E10 « Je dis mon Dieu, les forces que tu avais maintenant comment tu... (...) Ben j'ai moins de forces. (...) Nom d'un chien tu peux même plus soulever ça vous voyez ça me... C'est ça qui me gêne le plus ».*

Les douleurs articulaires et musculaires ont majoritairement été vécues comme une situation de fragilité : *E11 « Je suis bourrée d'arthrose. Ma colonne vertébrale est en mauvais état bien sûr. Et voilà. L'arthrose, ça aussi, ça m'inquiète parce que je voudrais pas que ça me gagne trop (...) Bon, je fais avec, mais bon, c'est gênant. C'est inquiétant ».*

Un sujet interrogé a été fragilisé par le tremblement de ses mains.

Un sujet interrogé a vécu sa fatigabilité physique comme une source de fragilité.

3-2 Fragilité cognitive.

3-2.1 Représentation de la fragilité.

Certains sujets interrogés pensaient que l'altération des capacités intellectuelles et notamment la perte de la mémoire pourrait fragiliser une personne âgée.

Un sujet interrogé a abordé la maladie d'Alzheimer et la crainte de développer cette pathologie comme des éléments fragilisants.

Un sujet interrogé a abordé le fait que les personnes âgées deviennent plus crédules et plus influençables : *E1 « les gens deviennent plus crédules je pense, ils se font avoir comme ça assez facilement ».*

3-2.2 Situations de fragilité vécues antérieurement.

Les troubles de la mémoire ont globalement été vécus par les sujets interrogés comme une situation de fragilité. Les oublis ont été les troubles de la mémoire les plus cités : *E9 « Bon c'est vrai que par moment il y a dans ma mémoire des mots que je cherche (...) Alors ça, ça me travaille ».*

Les sujets interrogés se sont sentis fragiles devant leurs troubles du langage et notamment leur manque du mot : *E2 « Parce que des fois, je commence une phrase, et puis, j'arrive pas à trouver le mot qui finit la phrase. Voilà. Ça m'arrive. Je cherche le mot. (...) Ça me gêne ça ».*

Les troubles de l'attention ont été vécus par certains sujets comme des éléments fragilisants. Ces troubles ont limité la conduite automobile chez un sujet : *E8 « il y a encore trois ans à peu près, je conduisais vraiment bien, voyez, sans problèmes, alors que maintenant, je fais vraiment bien attention parce que j'aurais l'esprit qui va partir un peu ailleurs. (...) Et je sens que maintenant, j'irais quand même de moins en moins loin ».*

Certains sujets ont évoqué la crainte de développer ou de majorer des troubles de la mémoire : *E9 « Moi c'est mon gros truc, perdre la mémoire ».*

Un sujet craignait tout particulièrement de développer la maladie d'Alzheimer : E8 « C'est ça qui m'inquiète parce que maman a, l'avait aussi l'Alzheimer, voyez, donc je me dis est-ce que je ne serais pas comme maman. Elle ne savait plus la pauvre où elle était par la fin (...) je me dis est-ce que tu ne vas pas finir comme maman ? ».

Nous avons remarqué dans le langage spontané de certains sujets interrogés un manque du mot : E9 « c'est lui qui fait la... la... la vie en apesanteur et il est sans arrêt aux Etats Unis, en Russie... en... Il fait avec l'Europe, l'Europe heu... de... de... et j'arrive pas à retrouver le nom tu vois... L'euro (silence)... L'euro spatiale ».

Nous avons remarqué par ailleurs lors d'un entretien qu'un sujet a présenté dans son discours des éléments de désinhibition : E14 « Ben euh, c'est la question posée qui est ennuyeuse (rires), passez l'expression qui est emmerdante mais euh... (silence) (...) Ce qui est emmerdant, c'est que là je pleurniche (...) Alors, qu'est-ce que c'est la connerie que je peux dire encore (silence) (...) C'est des conneries à répondre (rires) (...) Si vous voulez, je vous file une beigne (rires) ».

3-3 Fragilité thymique.

3-3.1 Représentation de la fragilité.

Les sujets interrogés ont globalement considéré que le deuil fragilise la personne âgée : E1 « *Eh bien si elle a un coup dur dans la vie, un deuil d'une personne proche voilà... C'est quand même un coup faut quelques années pour s'en remettre et donc ça doit fragiliser quand même* ».

La lassitude morale et la dégradation du moral constitueraient une source de fragilité auprès des sujets interrogés : E11 « *Moralement, y a une lassitude qui s'installe* ».

Un sujet interrogé considérait que la perte de confiance en soi peut fragiliser une personne âgée.

3-3.2 Situations de fragilité vécues antérieurement.

Le deuil d'un membre de la famille a été une situation fragilisante vécue par la majorité des sujets interrogés.

Le deuil d'un enfant était une situation particulièrement traumatisante : E11 « *Ah oui, j'ai perdu un fils. (...) (pleurs) C'était en 93, j'avais (pleurs avec émotion dans la voix), je calcule plus. C'est toujours resté là (en montrant son cou). Il avait 46 ans. (silence avec émotion) (...) Non, il s'est suicidé. (silence avec grande émotion) Et c'est moi qui l'ai trouvé. (silence et pleurs) C'était difficile. (silence)* », E12 « *Je pense que le décès de ma fille a été quelque chose de terrible. On se sent démuné* ».

Le deuil du conjoint était également une situation fortement fragilisante : E10 « *Moi je pense à mon mari, ça je peux pas, je peux pas l'oublier. Il y a 4 ans pourtant qu'il est décédé (pleurs)* ».

Certains sujets ont évoqué que la maladie d'un proche les a fragilisés : E3 « *La maladie de mon frère m'a fragilisée aussi parce que je l'ai vu se dégrader* ».

Parmi eux, un sujet a évoqué la difficile décision d'institutionnaliser son conjoint malade : E10 « *Et après quand il a fallu que je m'en sépare pour le mettre en maison de retraite, je*

suis allée le voir tous les jours, tous les jours, tous les jours... Et je vous assure que... Très dur, très, très très dur (...) Moi, quand je repartais à la maison et ben croyez que... Qu'est-ce que j'ai pu pleurer ».

Les troubles de l'humeur, l'anxiété et ses conséquences somatiques ont fragilisé certains sujets interrogés : *E3 « je suis toujours, enfin très souvent soumise au stress, et le stress me démolit, voilà. Et j'ai eu des malaises, j'ai cru que je m'en allais (...) ça m'a fait des hémorragies, ça m'a fait, ça m'a fait tout un tas de choses à ce moment-là, c'était, c'était un an auparavant, heu, voilà, et donc ça me fragilise beaucoup ».*

Un sujet a été affecté par les moments difficiles de la vie : *E8 « Ben, vous savez la vie, j'ai eu une vie un peu très difficile ».*

Un sujet interrogé a évoqué que sa trop forte implication personnelle la fragilisait : *E3 « mais évidemment c'est simple de dire laissez couler, mais, laissez couler les choses, de toute façon elles se font pas, et donc. Alors, je dépense une énergie, je vous dis pas ».*

3-4 Fragilité sensorielle.

3-4.1 Représentation de la fragilité.

Les troubles de la vision et de l'audition pourraient fragiliser une personne âgée :
E13 « Parce que, oh... on s'aperçoit qu'on entend moins bien ».

3-4.2 Situations de fragilité vécues antérieurement.

Un sujet interrogé a évoqué le fait que ses troubles de l'audition l'ont fragilisé : *E3 « Heu, je trouve que mon audition, je suis appareillée, déjà je suis pas folichon, mais je trouve que ça a diminué, j'entends moins bien ».*

Certains sujets interrogés ont évoqué le fait que leurs troubles de la vision les ont fragilisés : *E10 « et comme j'y vois pas très clair maintenant, parce que ça aussi, ça, ça me diminue beaucoup. J'ai peur avec le glaucome qu'un jour ou l'autre... ».*

3-5 Fragilité nutritionnelle.

3-5.1 Représentation de la fragilité.

Aucun sujet ne s'est représenté le fait que la nutrition puisse fragiliser une personne âgée.

3-5.2 Situations de fragilité vécues antérieurement.

L'amaigrissement a été globalement vécu par les sujets interrogés comme une situation de fragilité : E9 « bon c'est vrai que le toubib m'a fait peur avec ses histoires de poids que j'avais perdu et tout ».

Des sujets se sont interrogés sur un éventuel lien entre leur amaigrissement et leur perte de force ou d'équilibre : E1 « l'équilibre est-ce que ça vient de là j'en sais rien ».

Certains sujets ont rattaché cet amaigrissement à un facteur favorisant tels qu'une infection ou un deuil : E10 « J'ai maigri au moins de 8 à 10 kilos depuis que j'ai perdu mon mari ».

Un sujet a constaté des modifications physiques depuis son amaigrissement : E1 « j'ai la peau on voit qui se fripe... puisque je fonds quoi... ».

3-6 Fragilité liée aux antécédents actifs.

3-6.1 Représentation de la fragilité.

Les sujets interrogés pensaient majoritairement que la maladie somatique ou psychiatrique peut fragiliser la personne âgée : E5 « Ben, les problèmes de santé. (silence) C'est ça, hein. (...) Pour moi, c'est essentiellement la maladie ».

Un sujet craignait particulièrement d'être hospitalisé.

Certains sujets interrogés pensaient que les accidents de la vie pourraient fragiliser la personne âgée : E12 « Ben, pff, oui, à l'occasion des accidents de la vie (...) Les accidents qui font qu'on sait qu'après, on sera plus comme avant ».

3-6.2 Situations de fragilité vécues antérieurement.

Les maladies somatiques ont globalement été vécues par les sujets interrogés comme des situations de fragilité : E13 « J'ai eu ces temps-ci une assez mauvaise grippe qui m'a un peu secoué, fragilisé même peut-être et ça m'a donné quand même à réfléchir hein... À tout un tas de choses », E3 « J'ai des problèmes intestinaux, là qui sont sérieux (...) et j'ai toujours le truc de l'opération là si vous voulez au-dessus de la tête quoi. Et moi, ça me, ça m'atteint un peu ».

L'intervention chirurgicale a été vécue comme une situation fragilisante pour certains sujets. Un sujet a été particulièrement fragilisé par les douleurs séquellaires de sa chirurgie : E12 « J'ai été opérée, mais n'empêches, j'ai des séquelles. J'ai mal au genou quoi ! ».

Un sujet a mal vécu son immobilisation suite à une fracture : E11 « Juste mes enfants devaient venir passer quelques jours avec moi, bon, j'étais en clinique, j'ai été opérée. Je l'ai mal vécu d'être immobilisée ».

3-7 Fragilité socio-économique.

3-7.1 Représentation de la fragilité.

3-7.1.1 Isolement.

Les sujets interrogés pensaient globalement que l'isolement social est une source de fragilité : E12 « Pff, je pense qu'il y a beaucoup de personnes âgées qui sont « fragilitées » par le désert affectif, quoi, qui sont un peu laissées par leur (...) Je pense que ça, c'est, ça doit être terrible ».

La solitude était l'élément majeur de cet isolement social : E16 « Une personne âgée qui vit seule à la maison je la vois pas faire grand-chose. Si on est seul à la maison, on est cuit, c'est fini ».

Par ailleurs, les sujets pensaient que l'isolement prédomine selon deux axes : le réseau amical et la famille.

Pour le réseau amical, ne pas avoir d'amis ou avoir moins de contact avec le monde extérieur pourrait fragiliser : E11 « Personne âgée fragile. (silence) Elle a moins facilement de contacts avec les gens, c'est sûr ».

Pour la famille, ne pas vivre en couple et ne pas voir ses enfants ou ses petits-enfants pourrait fragiliser : E2 « si on ne vous amène pas les petits-enfants, ça doit toucher, moi je crois ».

3-7.1.2 Environnement.

Les sujets interrogés pensaient globalement que l'environnement est une autre source de fragilité par le comportement de l'entourage et des jeunes générations, les difficultés relationnelles avec le conjoint et l'attitude du corps médical.

Le comportement de l'entourage était un élément important de fragilisation. L'entourage pourrait porter un jugement fragilisant pour le sujet âgé E7 « Le comportement des autres, ça peut être aussi bien dans les mots, que physiquement. De leur

faire ressentir qu'ils sont vieux, ils sont lents, ils sont pesants », voire occasionner une perte de confiance en soi : E12 « *pour l'entourage, on vous fait moins confiance pour, pour beaucoup de choses (...) Il y a toujours des gens qui vous disent, vous avez 80 ans, vous conduisez toujours. Alors, bon ben voilà, donc on est continuellement soumis à la question de savoir si on est toujours capable de faire ce qu'on fait. Donc, ça, c'est, c'est une fragilité qui est difficile à vivre* ».

La mésentente avec l'entourage et la surprotection par son entourage pourraient rendre une personne âgée fragile.

Le comportement des jeunes générations était un autre élément de fragilisation par le décalage générationnel et le manque de respect : E7 « *Oui après moralement avec les jeunes quelquefois, parce qu'ils nous renvoient tout le temps à notre âge. (...) Ils respectent pas non plus notre façon de vivre trop, nos comment dire pas notre emploi du temps mais, voyez les heures de repas... Il y en a qui arrivent à table avec un ordinateur, tout ça, ça me dérange un peu, un peu beaucoup même (rires) et c'est là que je vois que je me sens décalée (...) Les valeurs sont différentes, on n'a pas le même vocabulaire* ».

Les difficultés relationnelles avec le conjoint étaient un autre élément de fragilisation selon un sujet interrogé.

Un sujet interrogé évoquait le fait que le corps médical peut fragiliser la personne âgée en considérant qu'elle est trop âgée pour réaliser des examens de dépistage : E12 « *À partir de 75 ans, la sécurité sociale vous dit, vous ne nous intéressez plus, on ne vous fait plus d'examens systématiques pour savoir (rires). Par exemple, les femmes arrêtent les mammographies... Donc, on vous dit à partir de ce moment-là, bon ça va, vous avez vécu jusque-là, faut pas en demander plus ! Donc si vous voulez, c'est déjà un peu compliqué à vivre* ».

3-7.1.3 Social et financier.

Un sujet interrogé pensait que les conséquences sociales (liées à l'isolement) et financières du départ à la retraite pourraient fragiliser une personne âgée.

La baisse des revenus à la retraite pourrait fragiliser la personne âgée par la limitation des loisirs : E2 « *Donc, les finances jouent beaucoup. Quand on est plus âgé, les finances jouent (...)* Vous savez y en a, avec leur petite retraite, je sais pas comment ils font ».

Les sujets interrogés pensaient majoritairement que les difficultés financières pourraient fragiliser la personne âgée E7 « *Il faut tenir compte aussi de ses moyens financiers tout de même car ça c'est très important, on ne peut pas faire grand-chose si on ne peut pas s'assumer financièrement* », notamment par des difficultés à l'accès aux soins : E2 « *Ils ne font pas ce qu'ils voudraient, je vous dis, ils achètent pas leurs médicaments, ils vont pas chez le kiné* ».

3-7.1.4 Être aidant.

Un sujet interrogé pensait qu'être aidant d'une personne peut rendre fragile.

3-7.1.5 Entrée en institution.

L'entrée en institution et l'isolement lié à l'institutionnalisation pourraient fragiliser une personne âgée : E2 « *On vous met en maison de retraite, voilà, vous connaissez d'abord personne. Parce que j'ai mon amie qui sort de la clinique, elle m'a raconté, il y a une maison, et on l'a mise là, et elle a été mangée à la table commune, et personne ne lui a adressé la parole* ».

3-7.2 *Situations de fragilité vécues antérieurement.*

3-7.2.1 Isolement

Les sujets interrogés ont globalement vécu l'isolement social comme une source de fragilité : E12 « *Ben oui, ça affecte parce qu'on est plus souvent seuls* ».

Sur le plan amical, refuser de voir ses amis ou en être séparé ont été vécus comme des situations fragilisantes : E2 « *Alors, je refusais des invitations, j'ai refusé plein d'invitations avec des personnes qui nous invitaient à déjeuner ou à souper* ».

Sur le plan familial, ne pas avoir d'enfants a globalement été vécu comme une situation de fragilité : *E1 « Autrement j'ai pas d'enfants, je sais que personne peut s'occuper de moi ».*

Ne pas voir ses petits-enfants et le départ des petits-enfants a fragilisé les sujets interrogés : *E2 « Ça touche quand vous avez vos enfants qui vous amènent pas les petits-enfants (...) Parce que quand même, on aime bien voir un petit peu ses petits-enfants ».*

3-7.2.2 Le déménagement.

Deux sujets interrogés ont été fragilisés par leur déménagement. En effet, le premier sujet n'a pas tissé de nouveaux liens amicaux et l'autre a eu des difficultés à s'adapter à son nouvel environnement.

3-7.2.3 Environnement.

L'environnement par le comportement de l'entourage a fragilisé certains sujets. Le fait que les autres portent un jugement a été vécu comme une situation de fragilité : *E12 « Donc, c'est moins compliqué je trouve le handicap physique, qui vient peu à peu, parce qu'on compense. Tandis que le fait qu'on vous finalement, on vous traite de vieux quoi (rires), c'est plus compliqué à vivre, pour moi ».*

Vivre avec un compagnon atteint de troubles psychiatriques a fragilisé un sujet interrogé.

3-7.2.4 Financier.

La baisse des revenus à la retraite a été vécue comme une situation fragilisante par un sujet notamment devant la limitation des dépenses de loisirs : *E2 « Parce que moi, avec notre petite retraite, on fait très attention (...) Moi, quand je travaillais, on faisait un voyage par an, ou même deux voyages par an, maintenant, on peut plus ». Ceci est d'autant plus vrai que ce sujet épargnait en vue d'une éventuelle institutionnalisation : E2 « Je ne sais pas ce que l'avenir me réserve, donc il faut que je fasse attention pour la maison de retraite ».*

Un sujet a abordé la volonté de ne pas demander de l'argent à son fils tant qu'elle le pourrait.

3-7.2.5 Organisation et gestion de travaux.

Un sujet interrogé a fortement été fragilisé par la difficulté d'organiser et de gérer des travaux à son domicile.

3-7.2.6 Être aidant.

Certains sujets interrogés ont été aidant d'une personne, ce qui les a fragilisés : *E1 « J'ai dû m'occuper de mon mari, il a été malade assez longtemps, il était diabétique à la fin et bon ben fallait que je me remue, que je m'occupe de lui ».*

Un sujet a dû déménager pour s'occuper de sa mère dépendante.

Un sujet a été fragilisé par la gestion de la fin de vie de ses parents : *E3 « Et j'ai aussi géré toute la fin de vie de mes parents aussi, et je vous dis que ce n'était pas simple ».*

3-8 Fragilités autres.

3-8.1 Représentation de la fragilité.

Un sujet a été choqué par l'utilisation du terme fragilité en gériatrie : E13 « *J'avoue que c'est un terme qui me choque un peu ce terme de fragilité. C'est quelque chose qui me semble... pff pas valable hein. Je regrette de vous le dire mais c'est comme ça (rires) ».*

Certains sujets ont eu des difficultés à comprendre et à définir le terme de fragilité : E13 « *Je ne sais pas ce que c'est finalement la fragilité hein (...) Ben je ne sais pas ce que veut dire fragilité ».*

Certains sujets se représentaient la fragilité comme :

- En lien avec le vieillissement : E3 « *Eh bien écoutez, l'accumulation des années, forcément, ça rend fragile. Eh, je veux dire, c'est dans la nature des choses ».*
- Temporaire.
- Devenir faible.
- Une dégradation globale : E11 « *Oui, c'est la crainte, la crainte que tout s'amenuise, quoi que tout se dégrade ».*
- Un handicap.
- La nécessité de soins.
- Devenir du verre qui va se casser : E12 « *De toute façon, déjà, c'est rigolo, ce terme de fragilité, on a l'impression que tout d'un coup, en vieillissant, on devient du verre, de la vaisselle qui va se casser (rires) ».*

Un sujet pensait que les sujets âgés sont responsables de leur fragilité.

Certains sujets pensaient qu'une personne âgée ne serait pas fragile si elle n'était pas malade : E5 « *A partir du moment où on est en bonne santé, même si on a 70 ans, si on est en bonne santé, on n'est pas plus fragile que quelqu'un d'autre je veux dire ».*

Un sujet souhaitait que la fragilité arrive le plus tard possible.

Les sujets interrogés ont majoritairement mis en avant que la perte d'autonomie et les limitations d'activités sont des sources de fragilité : E3 « Ben, la fragilité, c'est qu'elle perd son autonomie (...) Alors, vous savez, ça par contre, c'est traumatisant, c'est ce qu'on appelle un manque total d'autonomie, la fragilité ».

Certains sujets se représentaient la fragilité comme l'impossibilité de se gérer seul : E3 « Heu, moi, je pense de toute façon, quand on devient fragile, et ben, on peut pas se gérer tout seul ».

Les sujets interrogés décrivaient une crainte de la perte d'autonomie sur les activités de la vie quotidienne qui pourrait conduire à fragiliser une personne âgée, notamment la crainte de ne plus pouvoir s'habiller, se laver, s'occuper et sortir.

Un sujet évoquait la peur de devenir une charge pour son entourage : E11 « Pour ma part, j'ai toujours peur de peser pour mes enfants (rires), d'être une charge ».

Les sujets interrogés ont considéré que la limitation de leurs activités est une source de fragilité, notamment pour les tâches ménagères et la conduite.

3-8.2 Situations de fragilité vécues antérieurement.

Les dyssomnies ont fragilisé certains sujets notamment par leur retentissement sur les activités diurnes : E1 « Je dors à peu près 4 heures par nuit, c'est pas beaucoup (...) c'est pas toujours facile parce que je dors mal ».

Certains sujets se sont interrogés sur l'évolution de leur fragilité en ce qui concerne leurs troubles mnésiques, leurs limitations d'activités et l'évolution suite à une chute : E7 « et là je me suis dit je ne sais pas si je vais continuer longtemps à faire du vélo (rires) ».

La limitation des activités de la vie quotidienne a globalement été vécue comme une situation de fragilité chez les sujets interrogés.

L'impossibilité de réaliser des tâches administratives a été vécue comme une situation de fragilité par certains sujets interrogés : E2 « *Alors, j'étais obligée de lui demander de faire les papiers, de faire tout à ma place. Et ça, ça ne m'allait pas* ».

La limitation de certaines activités de la vie quotidienne liée à des douleurs d'origine rhumatologique a été vécue comme une situation de fragilité par un sujet interrogé.

La limitation de l'utilisation des transports en commun a fragilisé un sujet interrogé.

La limitation de certaines activités de la vie quotidienne par un proche a été vécue comme fragilisante par un sujet interrogé : E10 « *Je lui dis (en parlant de son fils) : « mais avant je faisais ça », il m'a interdit enfin interdit façon de parler, un petit escabeau de trois marches, il ne veut plus que j'y monte parce qu'il a peur que je tombe pardi et tout ça... Je lui dis quand même je me sens encore capable de monter sur ce petit escabeau mais je le fais pas parce que je vais me faire gronder (rires) ».*

Un seul sujet interrogé craignait de perdre son autonomie.

La limitation des activités de loisir était majoritairement vécue comme une situation de fragilité. Il s'agit notamment des activités manuelles, physiques et des sorties.

Le bricolage, le jardinage et la peinture étaient les principales activités manuelles dont la limitation a été vécue comme fragilisante par les sujets interrogés : E8 « *il y a quelques années, je faisais pas mal de petits trucs quand même, pas mal de petits travaux que maintenant, je me sens pas* », E12 « *les mouvements me pèsent, jardiner, maintenant c'est difficile* ».

Certains sujets ont vécu l'arrêt de la pratique d'une activité physique comme une situation fragilisante : E10 « *la gymnastique tout ça c'est fini parce que je peux pas me baisser* ».

Un sujet évoquait mal vivre sa fragilité.

Un sujet pensait qu'il ne pourrait pas lutter contre sa propre fragilité.

3-9 Stratégies compensatrices.

3-9.1 Représentation des stratégies compensatrices.

3-9.1.1 Définitions.

Pour lutter contre la fragilité, un sujet pensait qu'il faudrait essayer de faire chaque jour ce qu'on a fait la veille, continuer à faire ce qu'on a toujours fait et essayer de vivre comme si on n'était pas vieux.

3-9.1.2 Fragilité physique.

Certains sujets évoquaient que l'activité physique permet à la personne âgée de lutter contre la fragilité *E12* « *il faut faire du sport (...) je pense qu'il y a un entretien physique à faire* », notamment en marchant et en bougeant.

Un sujet pensait que les fragilités physiques peuvent être compensées : *E12* « *les fragilités physiques, on finit toujours par les compenser. On finit toujours par arriver à faire ce qu'on a à faire, malgré qu'on peut plus faire certaines choses, on les fait autrement* ».

3-9.1.3 Fragilité thymique.

Certains sujets pensaient que l'optimisme permet de lutter contre la fragilité : *E1* « *garder le moral surtout c'est important* ».

Un sujet suggérait qu'essayer de se changer les idées permet de lutter contre la fragilité.

3-9.1.4 Fragilité sociale.

Les sujets ont globalement pensé qu'avoir une vie sociale permet de lutter contre la fragilité : *E12* « *Tout le monde a besoin d'avoir une vie sociale. Parce que c'est, c'est, c'est dans la vie sociale qu'on lutte contre les fragilités (rires)* ».

L'entourage familial ou amical permettrait de lutter contre la fragilité d'après les sujets interrogés : E6 « *si il est bien entouré par sa famille et ses amis ça lui maintient le moral en haut* ».

Aller vers les autres, ne pas se replier sur soi, s'intéresser au monde extérieur et participer à des activités de groupe étaient des stratégies permettant de lutter contre la fragilité selon les sujets interrogés.

3-9.1.5 Préservation des activités de loisirs.

Préserver des activités de loisirs telles que pêcher, jouer à des jeux de société, jardiner ou bricoler permettrait de lutter contre la fragilité selon les sujets interrogés.

3-9.1.6 Faire des efforts.

Les sujets pensaient globalement que faire des efforts permet de lutter contre la fragilité notamment en luttant, en ne se laissant pas aller, en allant de l'avant et en réagissant : E1 « *il faut faire l'effort de réagir, de vouloir s'en sortir* ».

3-9.1.7 Aides.

Un sujet interrogé pensait que la personne âgée fragile aurait besoin d'être aidée de façon globale pour lutter contre la fragilité.

La prise en charge médicale permettrait de lutter contre la fragilité selon certains sujets interrogés notamment par un suivi médical régulier, des soins infirmiers, des soins de kinésithérapie et un soutien moral : E7 « *se faire aider peut être, que ce soit physiquement avec des infirmières et moralement aussi je pense qu'il faut essayer de se faire aider* ».

Un sujet pensait que certaines personnes âgées ont besoin d'une aide technique à la marche comme des cannes ou un déambulateur pour lutter contre la fragilité.

3-9.2 Stratégies compensatrices appliquées.

3-9.2.1 Sans aides extérieures.

Fragilité physique.

Certains sujets interrogés luttaienent globalement contre la fragilité par l'activité physique notamment en bougeant, en marchant *E10 « je fais mon petit tour, je vais me promener un peu »*, en se forçant à prendre les escaliers *E9 « je prends souvent le métro, je me force à prendre chaque fois les escaliers pour faire un peu d'activité. C'est des petites choses mais qui entretiennent... C'est une stratégie (rires) »* et en faisant du vélo d'appartement : *E12 « Maintenant, depuis que je me suis cassée la cheville, je fais du vélo d'appartement régulièrement tous les jours pour garder une certaine souplesse des articulations »*.

Un sujet interrogé fractionnait ses activités ménagères : *E2 « Avant, je faisais la maison complète dans une journée, maintenant, je fais par un jour, je fais une chose, un autre jour, je fais une autre chose »*.

Un sujet a ralenti son allure afin d'éviter de perdre l'équilibre ou de chuter : *E1 « mais si je fais demi-tour par exemple, il faut que j'aille très doucement, sinon je pourrais perdre l'équilibre »*. Ce sujet était également plus précautionneux lors de ses mouvements.

Un sujet avait aménagé le rez-de-chaussée de son domicile pour prévenir ses éventuelles futures difficultés à monter les escaliers.

Fragilité cognitive.

Entraîner sa mémoire était une stratégie compensatrice majoritairement appliquée par les sujets interrogés pour lutter contre la fragilité cognitive : *E12 « Ecoutez, pff. J'essaie de travailler ma tête, de continuer à faire travailler ma tête »*. La lecture et les jeux de réflexion étaient des moyens utilisés.

L'utilisation de mémentos était une stratégie mise en place pour lutter contre la fragilité cognitive : E16 « *Et à chaque fois, je note au calendrier, je note tout ce que j'ai à faire. (...) Aller faire les courses tout ça qu'il faut que je note sur un calendrier* ».

Un sujet essayait de se concentrer pour rester attentif.

Rester lucide était une stratégie adoptée par un sujet interrogé.

Fragilité thymique.

Certains sujets se motivaient pour aller de l'avant et lutter contre la fragilité : E3 « *Je suis très volontaire, je suis vraiment, je fais, je me fixe des objectifs, il faut que je les tienne et en avant* ».

Certains sujets évitaient de se lamenter pour lutter contre la fragilité.

Un sujet limitait son implication émotionnelle : E3 « *Mais on me dit « laisses couler, laisses couler »* ».

Un sujet essayait de se changer les idées lorsqu'elle avait de mauvaises pensées.

La résolution des problèmes était une stratégie utilisée par un sujet interrogé pour limiter son anxiété.

Un sujet interrogé utilisait son fort caractère pour surmonter des situations difficiles : E10 « *Je suis une battante et je l'ai tout le temps été, heureusement d'ailleurs ça m'a servi, ça m'a servi* ».

Fragilité nutritionnelle.

Certains sujets tentaient d'équilibrer leur alimentation pour lutter contre la fragilité : E1 « *Oui bon j'essaie de manger convenablement... Voilà... euh... Un féculent sur les deux repas par exemple un féculent à midi et des légumes le soir* ».

Un sujet limitait ses apports en cholestérol.

Un seul sujet surveillait régulièrement son poids.

Fragilité sociale.

L'entourage permettait de lutter contre la fragilité : E14 « *Je me suis toujours senti euh, euh, revigoré par mon entourage* ».

Sur le plan familial, voir ses petits-enfants, être entouré de sa famille E6 « *Je suis bien entouré avec mon épouse, ma fille, mes petits-enfants* », être en couple E12 « *C'est toujours mieux quand on fait les choses ensemble* », préserver un contact téléphonique avec sa famille E11 « *J'ai deux petites filles adorables qui me téléphonent tous les jours tantôt l'une, tantôt l'autre. Elles s'inquiètent beaucoup de moi. Je suis gâtée* » et communiquer à l'aide des nouvelles technologies étaient des stratégies adoptées par certains sujets interrogés.

Un sujet évitait de se plaindre auprès de son entourage pour ne pas les exaspérer et continuer à les voir : E11 « *ce sont mes enfants, j'ai un fils et une belle-fille qui sont très très gentils, mais j'évite de me plaindre quand ils viennent* ».

Sur le plan amical, voir ses amis, préserver un contact téléphonique avec ses amis, échanger les clés du domicile et prendre en charge un ami au domicile étaient des stratégies adoptées par certains sujets interrogés : E4 « *Voir des amis, ça c'est important puisque je n'ai plus de famille ici* ».

Un sujet s'était toujours imposé de faire l'effort d'aller vers les autres.

Sur le plan socio-culturel, les sujets interrogés luttent contre la fragilité en conservant leurs activités socio-culturelles *E3 « mes activités, je les ai gardées, je me bats pour conserver hein parce que c'est important »*, en partageant leurs connaissances et en participant à des activités de groupe par exemple au sein d'un club du troisième âge : *E11 « Y a le loto, y a la belote, j'aime bien jouer aux cartes, voilà ! Ca occupe, ça occupe un après-midi par semaine (...) Les gens que je vois, c'est au club des personnes âgées »*.

Certains sujets s'intéressaient au monde extérieur pour lutter contre la fragilité : *E11 « Moi, je m'intéresse à tout, à la politique, à la musique (rires) »*.

Préservation des activités.

Pour lutter contre la fragilité, les sujets interrogés avaient globalement préservé leurs activités de la vie quotidienne, leurs loisirs et continuaient d'utiliser les transports.

Les sujets interrogés ont préservé leurs activités de la vie quotidienne, notamment en continuant à cuisiner *E4 « je passe du temps à cuisiner. Je trouve que c'est bien ça me fait passer du temps, ça m'occupe d'abord »*, à réaliser des tâches ménagères *E10 « tous les jours je fais mon petit ménage (...) Après c'est moi qui entretiens tout, qui me fais mon linge »*, à faire leurs courses et à réaliser des travaux de couture.

Un sujet interrogé continuait à prendre soin d'elle en allant régulièrement chez le coiffeur et en se maquillant quotidiennement : *E4 « Bon là je suis en tenue de maison, mais je suis coquette, je continue à me maquiller et à aller chez la coiffeuse toutes les semaines »*.

Un sujet interrogé a eu besoin de se rassurer en sachant qu'elle était toujours capable d'effectuer certaines tâches de la vie quotidienne. Ce sujet réorganisait ses dossiers administratifs afin qu'une tierce personne puisse les gérer lorsqu'elle n'en serait plus capable.

Les sujets interrogés ont préservé leurs loisirs notamment sur le plan intellectuel en continuant à lire *E10 « Moi, mon refuge, c'est les livres. J'aime beaucoup lire »*, à faire des

mots croisés, à écouter de la musique et à regarder la télévision : E11 « *je regarde la télé, je m'occupe. Je crois que c'est ça qu'il faut faire* ».

D'autres sujets interrogés ont préservé une activité manuelle telle que le tricot, le bricolage, la photographie et le jardinage : E13 « *Bon moi, je continue à jardiner autant que je le peux (...) J'essaie de faire mon débroussaillage* ».

Les sujets interrogés ont continué à utiliser la voiture ou les transports en commun : E9 « *moi je fais les voyages avec le bus et tout ce qui s'en suit bon... J'aime bien d'ailleurs* ».

Faire des efforts.

Faire des efforts permettait de lutter contre la fragilité en se maintenant, en faisant par soi-même, en évitant de se laisser aller, en prenant sur soi, en réagissant et en allant de l'avant : E4 « *Moi je fais des efforts, je fais... Je veux continuer à vivre normalement* ».

3-9.2.2 Avec aides extérieures appliquées.

Aides humaines.

Pour lutter contre la fragilité, les sujets interrogés ont eu recours à des aides humaines familiales et non familiales.

Certains sujets ont eu recours à un membre de la famille notamment le conjoint ou les enfants pour les aider dans certains actes de la vie quotidienne tels que faire les courses, réaliser certains travaux de bricolage, entretenir le jardin et gérer les tâches administratives : E10 « *J'aime mieux pour les papiers qu'il y ait mon fils, il comprend mieux que moi déjà et puis au moins je lui dis tu me feras pas de réflexions si tu le fais toi-même, il m'aide de toute manière depuis le décès de son père* ».

Un sujet a été stimulé par son épouse : E9 « *Elle me secoue, mais j'apprécie (rires)* ».

Les problèmes de santé d'un sujet l'ont poussé à déménager pour se rapprocher de ses enfants : *E11 « c'est ce qui m'a poussé à venir habiter par ici près de mes enfants. Parce que j'étais toute seule là-bas, et dès que j'avais un problème, ils faisaient 400 kilomètres pour venir, alors. Comme j'ai eu des problèmes, c'était plus sage ».*

D'autres sujets ont eu recours à une tierce personne non familiale telle que les voisins *E1 « Bon j'ai demandé de l'aide à mes voisins là quand je m'étais fait une fracture à la cheville et une entorse à l'autre (rires). Alors là mes voisins m'ont fait les courses »,* une aide-ménagère, un jardinier, un service d'aide à domicile et un service d'accompagnement pour faire les courses : *E16 « Pour aller faire les courses, je me fais accompagner par la mairie ».*

Un sujet a sollicité l'aide de son assurance complémentaire pour gérer ses tâches administratives.

Téléalarme.

Un sujet interrogé se sentait protégé par la téléalarme : *E16 « j'ai la femme qui est venue qui m'a donné une téléassistance, ce qui fait que je suis protégé par la téléalarme ».*

3-9.2.3 Avec aides extérieures souhaitées.

Aides humaines.

Pour lutter contre la fragilité, les sujets interrogés souhaiteraient recourir à des aides humaines familiales et non familiales.

Les sujets interrogés souhaiteraient avoir recours à l'aide d'un membre de la famille en cas de perte d'autonomie *E3 « mon souhait ça serait de rester le plus longtemps possible ici (...) Alors, je lui ai dit « est-ce que tu pourras m'aider un peu éventuellement ». Elle m'a dit « oui, oui, ne t'inquiètes pas ». »,* ou pour conduire sur de longs trajets.

Les sujets interrogés souhaiteraient avoir recours à des aides extérieures telles qu'une aide-ménagère E2 « *Heu, y a des jours, où j'aimerais bien avoir quelqu'un qui m'aide* » ou un professionnel de santé.

Un sujet pensait qu'il aurait besoin de conseils ciblés pour lutter contre la fragilité.

Téléalarme.

Un sujet interrogé envisageait de prendre la téléalarme.

3-10 Attentes du passage à l'hôpital de jour des fragilités.

3-10.1 Faire un bilan de santé.

Les sujets interrogés attendaient globalement de l'hôpital de jour de réaliser un bilan de santé : E3 « je me suis dit « on va me faire un bilan, voilà », moi, je le vois comme ça, peut être que je me trompe sur ce qu'il va m'apporter. (...) on fait le tour de tout, si vous voulez, on ne se limite pas à un, comment dire, à une spécialité. Enfin, je le vois comme ça ».

Certains sujets attendaient de l'hôpital de jour une synthèse globale sur leur état de santé et plus particulièrement, la réalisation d'examen et la recherche d'une nouvelle pathologie : E2 « Qu'on me découvre peut être quelque chose, on sait jamais. (...) Un cancer, un virus, on sait jamais ».

Certains sujets attendaient de l'hôpital de jour une évaluation de leurs points de fragilité : E12 « c'est pour voir quelles sont les fragilités ».

Certains sujets avaient des attentes sur le plan physique, telles que trouver une étiologie à leurs douleurs, résoudre des troubles de la marche et de l'équilibre, évaluer et trouver une étiologie à leurs troubles de l'équilibre : E1 « Qu'on me résolve si on peut mon problème d'équilibre, c'est ça qui me tracasse un peu. Quand je marche dans la rue si je marche à côté de mon amie par exemple il m'arrive de la bousculer, ça c'est embêtant quand même », E11 « Ah ben, je voudrais savoir pourquoi j'ai cette perte d'équilibre, si il y a une raison (silence) physique, voilà. Ça, ça m'inquiète quand même ».

Certains sujets avaient des attentes sur le plan cognitif notamment une évaluation mnésique : E5 « Les tests de mémoire aussi, je pense. Ça, j'en suis même sûre ».

Certains sujets avaient des attentes sur le plan thymique plus particulièrement réaliser une évaluation thymique ou bénéficier d'une prise en charge psychologique : E3 « Moi, ce que j'attends, c'est peut-être qu'on m'aide parce que psychologiquement, je sens que maintenant j'en ai besoin ».

Certains sujets attendaient sur le plan sensoriel une évaluation visuelle et auditive.

Un sujet attendait de réaliser des examens paracliniques comme un bilan biologique ou un électrocardiogramme.

3-10.2 Conseils.

Les sujets interrogés attendaient de l'hôpital de jour des conseils pour remédier à leurs fragilités et retarder son apparition *E12 « c'est de savoir s'il y a quelque chose à faire pour retarder le processus »*, pour changer leurs habitudes et pour apprendre à se gérer seul, à s'améliorer et à se maintenir : *E3 « quelqu'un qui pourrait me dire justement quelle est la meilleure façon de se maintenir. Parce que je pense qu'il y a des choses qui aident. Moi, je pense que dans ce que je fais, mais est-ce que je les fais comme il faut, etc. Ça je ne sais pas (...) Alors, moi, j'attends des conseils pour savoir ce que je dois faire (rires) »*.

Un sujet attendait de l'hôpital de jour d'être orienté vers des spécialistes.

Un sujet attendait de l'hôpital de jour des fragilités de l'aide pour s'améliorer et se demandait qui pourrait aider une personne âgée fragile : *E3 « moi, j'en attends, si vous voulez, de l'aide. Je ne sais pas si, vraiment parce que là, je me sens tellement mal que je n'ai, je me disais où est-ce que je pouvais aller pour qu'on m'aide »*.

3-10.3 Prendre conscience de son état de santé.

Les sujets interrogés attendaient de l'hôpital de jour de prendre conscience de leur état de santé, d'évaluer avec lucidité leur état de santé et de porter un regard scientifique sur leur état de santé : *E12 « Ben, de regarder avec lucidité l'état dans lequel je suis. Voilà, parce qu'on n'a pas un regard lucide sur soi »*.

3-10.4 Soins.

Un sujet interrogé attendait de l'hôpital de jour des fragilités des soins : *E14 « on va me soigner c'est évident ».*

3-10.5 Aucune attente.

Deux sujets interrogés n'avaient aucune attente de l'hôpital de jour des fragilités : *E16 « Là ça va rien m'amener, enfin moi je vais y aller le neuf, je vais y aller, je verrai bien. Mais là je ne vois pas ce qu'elle va me dire voyez. (...) Non, non j'attends rien moi ».*

4 Synthèse des résultats.

Les représentations de la fragilité et les situations de fragilité vécues les plus abordées par les sujets interrogés dans notre étude concernaient le domaine physique et socio-économique.

Dans le domaine physique, les troubles de la marche et de l'équilibre prédominaient. La chute et les douleurs physiques ont majoritairement été vécues comme fragilisantes par les sujets interrogés, mais non abordées dans les représentations.

Dans le domaine socio-économique, l'isolement familial ou amical et l'environnement prédominaient. Les sujets interrogés se représentaient les conséquences sociales liées au départ à la retraite comme des éléments fragilisants, mais non abordés dans les situations de fragilité vécues.

Les autres situations de fragilité vécues les plus abordées par les sujets interrogés dans notre étude concernaient le domaine cognitif et thymique.

Dans le domaine cognitif, les troubles de la mémoire, du langage et de l'attention prédominaient.

Dans le domaine thymique, le deuil d'un enfant ou du conjoint et les troubles de l'humeur prédominaient.

Aucun sujet n'a évoqué le fait que la nutrition puisse fragiliser une personne âgée alors que de nombreux sujets ont vécu leur amaigrissement comme une situation fragilisante.

Deux sujets ont évoqué le possible lien entre leur amaigrissement et des troubles de l'équilibre.

Trois sujets ont évoqué le fait que des troubles sensoriels puissent fragiliser une personne âgée. Un de ces trois sujets et un autre sujet ont été fragilisés par leurs troubles sensoriels.

Les troubles sensoriels abordés par les sujets interrogés étaient limités à la vision et à l'audition.

Les troubles du sommeil ont été abordés comme une situation de fragilité par les sujets interrogés.

Un sujet a évoqué que le corps médical pouvait fragiliser la personne âgée par l'arrêt des examens de dépistage du fait de l'âge avancé.

Un seul sujet a évoqué que le fait d'être aidant peut fragiliser une personne âgée, alors que trois autres sujets ont vécu le fait d'être aidant comme une situation de fragilité.

Certains sujets se sont représentés et ont vécu la perte d'autonomie sur les activités de la vie quotidienne comme une fragilité. De même, nous avons retrouvé un sujet évoquant le fait que l'entrée en institution puisse fragiliser une personne âgée. Certains sujets ont vécu la limitation des loisirs comme une situation fragilisante, mais ne l'ont pas abordée dans leurs représentations.

De nombreux sujets interrogés ont eu des difficultés à comprendre le terme de fragilité. Nous avons obtenu des définitions diverses et pour certains sujets la fragilité était considérée comme une maladie. Plusieurs sujets ont évoqué que la fragilité était irréversible.

Pour les sujets interrogés, la fragilité était un passage obligatoire car la fragilité est liée au vieillissement. Selon ces sujets, en vieillissant, on devient forcément fragile.

Les sujets interrogés appliquaient spontanément des stratégies pour lutter contre la fragilité. Les plus abordées étaient l'activité physique, l'entraînement de la mémoire et l'utilisation de mementos, l'équilibre alimentaire, la présence d'un entourage amical et familial et la préservation des activités socio-culturelles.

Certains sujets interrogés continuaient à utiliser les transports en commun ou la voiture. De nombreux sujets interrogés ont sollicité ou souhaiteraient solliciter une aide extérieure familiale ou non familiale pour les aider à lutter contre la fragilité.

Les sujets interrogés attendaient de l'hôpital de jour essentiellement la réalisation d'un bilan de santé sur les plans physique, cognitif, thymique et sensoriel.

Seulement deux sujets attendaient de l'hôpital de jour des conseils pour retarder ou remédier à leurs fragilités.

Deux sujets n'avaient aucune attente de l'hôpital de jour.

DISCUSSION

1 Messages clés.

Les représentations de la fragilité et les situations vécues des sujets adressés à l'hôpital de jour étaient diverses, hétérogènes et différentes de la définition gériatrique de la fragilité. Il existait une confusion chez les sujets interrogés d'une part entre fragilité et vieillissement et d'autre part entre fragilité et dépendance.

Les représentations de la fragilité et les situations de fragilité vécues les plus abordées par les sujets interrogés dans notre étude concernaient essentiellement le domaine physique et socio-économique.

Venaient ensuite, par ordre de fréquence, deux autres situations de fragilité vécues dans le domaine cognitif et thymique.

Les fragilités nutritionnelle et sensorielle ont été très peu abordées par les sujets interrogés. La fragilité iatrogène n'a pas du tout été abordée.

Les sujets mettaient spontanément en place des stratégies compensatrices pour lutter contre la fragilité, qui ne sont pas systématiquement abordées lors de l'évaluation à l'hôpital de jour.

Les attentes de l'hôpital de jour des sujets interrogés n'étaient adaptées que pour deux sujets, et deux sujets n'avaient aucune attente.

2 Forces de l'étude.

Nous avons réalisé une étude novatrice. Seulement deux études qualitatives sur le sujet ont été retrouvées dans la littérature.

La première est à notre connaissance la seule étude qualitative portant sur les fragilités vécues et ressenties par les personnes âgées. Cependant, cet article de F. Ballard et D. Somme (18) ne s'intéressait qu'aux fragilités sociales, culturelles et identitaires. De plus, la méthodologie n'était pas exposée dans l'article.

La seconde aborde le vécu et les représentations de la perte d'autonomie et de la dépendance au sens large (19).

Nous nous sommes efforcés tout au long de cette étude d'appliquer toute la rigueur que nécessite un travail de recherche qualitative. Toutes nos réflexions, nos objectifs et nos avancées ont été rédigés sur notre carnet de bord qui a été tenu tout au long de cette étude, ce qui a amélioré la communication entre les chercheurs.

Nous nous sommes appliqués à créer un échantillon de population hétérogène dont les caractéristiques sociologiques couvraient une variété d'âge, de genre, de lieu de vie et de niveau socio-culturel. Ceci nous a permis d'obtenir une saturation des données avec une diversité d'opinion la plus large possible.

Les sujets ont été interrogés dans leur environnement, ce qui était rassurant, et a permis de limiter le refus de participer à l'étude, tout en favorisant un climat de confiance.

3 Faiblesses de l'étude.

Nous avons sélectionné des sujets ayant accepté d'être évalués à l'hôpital de jour et volontaires pour nous recevoir et pour répondre à nos questions. Ces sujets interrogés ne représentent pas la réalité de l'ensemble des sujets adressés à l'hôpital de jour, ni de l'ensemble des sujets fragiles dans la population générale, ce qui constitue un biais de sélection.

Le statut d'interne en médecine des chercheurs a pu altérer la spontanéité du discours du sujet interrogé par crainte d'être jugé.

La présence d'un tiers dans la même pièce lors de quatre entretiens a aussi pu limiter la spontanéité du discours. Cependant, la présence de ce tiers était parfois la contrepartie nécessaire pour que le sujet accepte de nous accueillir chez lui pour réaliser l'entretien. En effet, les sujets interrogés étaient des personnes âgées parfois vulnérables qui se sentaient rassurées d'être accompagnées afin de recevoir chez elles un inconnu. Nous avons essayé de limiter ce biais en précisant dès le début de l'entretien que la tierce personne ne devait pas intervenir durant l'entretien.

4 Comparaison de notre étude avec la littérature.

4-1 Concernant la confusion entre fragilité et vieillissement.

Pour les sujets interrogés, la fragilité était un passage obligatoire car la fragilité est liée au vieillissement. Selon ces sujets, en vieillissant, on devient forcément fragile. Dans deux articles de Balard (28)(29), les sujets âgés se représentent la vieillesse comme « *une altération sensorielle croissante, une accumulation de problèmes de santé, un sentiment de vulnérabilité, une fatigabilité et des troubles de la marche* ». Ces éléments sont retrouvés comme des facteurs de fragilité chez les sujets interrogés dans notre étude.

Alors que le corps médical fait la différence entre le vieillissement et le concept de fragilité, nous remarquons que les personnes âgées ne font pas cette différence.

4-2 Concernant la fragilité physique.

La sarcopénie est un élément central de la définition de la fragilité selon Fried (8)(30)(31). Des études de Rolland et al. montrent que la sarcopénie joue un rôle prédominant dans le phénotype de fragilité (32) et qu'elle est responsable d'une part importante des incapacités motrices survenant avec l'âge. La prévention et le traitement de la sarcopénie pourraient retarder le processus d'entrée dans la dépendance motrice (33). Une étude de Césari et al. met en avant que la fragilité a une association inverse et indépendante avec la qualité et la quantité de muscle (34).

Dans notre étude, seulement deux sujets ont vécu la perte de leur force musculaire comme une fragilité et deux sujets ont évoqué le possible lien entre leur amaigrissement et des troubles de l'équilibre.

Certains sujets de notre étude pratiquaient spontanément une activité physique sans savoir que celle-ci permettait de lutter contre la sarcopénie.

Dans notre étude, un seul sujet s'est représenté la crainte de chuter comme une situation fragilisante alors que la chute a été vécue comme une situation de fragilité par près de la moitié des sujets. Dans le phénotype de fragilité selon Fried, la chute est une conséquence de l'état de fragilité (8). D'autres articles dans la littérature retrouvent un lien étroit entre chute et fragilité (31)(33). La chute dans les trois derniers mois est un élément

recherché lors de l'évaluation à l'hôpital de jour. Un article portant sur les 1108 premiers patients évalués à l'hôpital de jour des fragilités de Toulouse permet de retrouver un taux de chute de 37,9 % au cours des trois derniers mois (35).

4-3 Concernant la fragilité sociale.

Notre étude retrouvait que l'isolement social est un facteur majeur de fragilisation. F. Balard et D. Somme parviennent à la même conclusion en s'appuyant sur deux études sociologiques (36)(37). Ces auteurs insistent sur le fait que : « *vieillir implique de faire l'expérience de la dégradation de son réseau social qui devient à la fois plus restreint, plus vieux et surtout plus focalisé sur l'aide* » (18). Une autre étude qualitative sur la perte d'autonomie et la dépendance à Paris met en avant que le premier facteur de fragilisation de la personne âgée est l'absence d'entourage et de relations sociales (19). Une étude sociologique montre qu'avec l'avancée en âge, les rencontres familiales se font plus rares en passant de 15,5 fois par mois à 62 ans à 12,8 fois à 75 ans (38).

Dans un autre article, Balard (39) met en avant qu'en vieillissant, les personnes âgées voient leurs amis et voisins de la même génération disparaître, ce qui majore leur sentiment d'isolement. Ces éléments n'ont pas été retrouvés dans notre étude.

Une étude qualitative interrogeant des acteurs institutionnels ou associatifs sur l'accompagnement de personnes âgées en situation de perte d'autonomie retrouve que l'isolement, les accidents de la vie et la maltraitance sociale sont sources de fragilité (40).

Dans notre étude, concernant l'environnement, un sujet a évoqué le fait qu'il existe un décalage générationnel, ainsi qu'un manque de respect des jeunes générations envers les personnes âgées, comme le soulignent F. Balard et D. Somme avec la notion de « *l'habitus générationnel* », qui consiste en un partage de valeurs propres à une génération. Les transformations des modes de vie sur le plan technologique et des mœurs créent un décalage temporel source de fragilité. Les personnes âgées se retrouvent au sein d'une société dans laquelle elles vivent privées de leurs repères. Ceci aboutit à « *une forme d'agression à l'égard des valeurs autour desquelles elles se sont construites* » (18).

4-4 Concernant le deuil.

Notre étude retrouvait que le deuil d'un enfant ou du conjoint est une source majeure de fragilité. Cela est confirmé par une étude qualitative sur la perte d'autonomie et la dépendance à Paris, qui souligne que le veuvage et la perte d'un enfant sont un facteur important de déstabilisation de la personne âgée (19). De même, F. Balard et D. Somme mettent en avant que le veuvage est une source importante de fragilité, comme le souligne un sujet interrogé par ces deux chercheurs : « *Quand il vous manque quelqu'un que vous avez aimé toute votre vie, votre femme, ça y fait... Quand on passe sa vie avec une femme, 60 ans, c'est quand même quelque chose (...) Les enfants, on les aime bien mais enfin, ce n'est pas une femme. On ne peut être dans la conversation du long d'une vie* » (18). Une autre étude sociologique souligne que le deuil a des conséquences multi-domaines plus marquées chez les veuves (38) :

- Dans le domaine thymique : la perception de la vie et de la retraite sont plus négatives, les tendances dépressives sont majorées,
- Dans le domaine social :
 - la solitude est au premier plan,
 - une réduction des activités de loisirs est associée.

Contrairement à un deuil ou à un stress récent fréquemment recherchés lors d'un interrogatoire médical, des événements stressants anciens (guerre, deuil, maltraitance, sévices...) ne sont pas recherchés alors qu'ils peuvent jouer un rôle dans l'état actuel de fragilité du patient.

4-5 Concernant la fragilité cognitive.

Dans notre étude, les troubles de la mémoire, du langage et de l'attention prédominaient.

Les études de Rockwood (9)(41) et de Fried (8) montrent une atteinte cognitive plus marquée parmi la population classée comme fragile et suggèrent que la fragilité physique est associée à un déclin des performances cognitives.

Une thèse d'Ávila-Funes met en évidence l'existence d'une association entre la fragilité et un déficit cognitif. Ces résultats suggèrent qu'une mesure de la fragilité associant des

éléments physiques et cognitifs est plus pertinente pour identifier les sujets âgés à risque de déclin fonctionnel et de perte d'autonomie (42).

Par ailleurs, une étude a tenté de définir la fragilité cognitive comme une manifestation clinique hétérogène associant simultanément une fragilité physique et des troubles cognitifs, ne correspondant à aucune pathologie démentielle (43).

Enfin, une étude suggère une forte association entre l'état de fragilité et le risque de démence vasculaire (44).

4-6 Concernant les fragilités peu ou pas abordées.

Peu de sujets interrogés ont spontanément abordé la fragilité sensorielle et nutritionnelle. Aucun sujet interrogé n'a spontanément abordé la fragilité iatrogène, urinaire et liée aux troubles de la dentition.

4-6.1 Concernant la fragilité sensorielle.

Les représentations de la fragilité et les situations de fragilité vécues dans le domaine sensoriel sont très peu évoquées dans notre étude, alors qu'ils sont pourvoyeurs de chutes et à l'origine d'un repli social (1). En effet, seulement trois sujets de notre étude ont évoqué le fait que des troubles sensoriels puissent fragiliser une personne âgée et un de ces trois sujets et un autre sujet ont été fragilisés par leurs troubles sensoriels.

La surdité a des répercussions sur différentes composantes de la fragilité notamment sur les domaines cognitif, social et thymique (1). Certaines études évoqueraient un lien possible entre surdité et démence (45)(46).

Par ailleurs, les troubles de la vision sont associés à un risque accru de chutes, de perte d'autonomie et de limitation des activités, ainsi qu'à un risque plus important de dépression (1).

Les troubles sensoriels abordés par les sujets interrogés étaient limités à la vision et à l'audition. La modification du goût n'a pas été abordée alors qu'elle peut occasionner une diminution des prises alimentaires, à l'origine d'une fragilité nutritionnelle. Il existe une littérature assez fournie sur les modifications du goût avec le vieillissement, cependant

à notre connaissance aucune étude n'a évalué le lien entre la fragilité et les modifications du goût.

4-6.2 Concernant la fragilité nutritionnelle.

À l'hôpital de jour, un questionnaire spécifique permet de rechercher systématiquement les troubles nutritionnels : le Mini Nutritional Assessment (MNA) (1)(47). Dans notre étude, aucun sujet n'a abordé la fragilité nutritionnelle dans ses représentations alors que quatre sujets ont vécu leur amaigrissement comme une situation fragilisante. Étonnamment, un seul sujet se pesait régulièrement.

4-6.3 Concernant la fragilité iatrogène.

Malgré l'importance de ce thème, aucun des sujets interrogés n'a abordé ce problème.

Les traitements médicamenteux sont systématiquement évalués à l'hôpital de jour par le médecin et le pharmacien (1)(48)(49)(50), comme le recommande la Haute Autorité de Santé chez les sujets fragiles dans l'objectif d'ajuster et de simplifier le traitement médicamenteux (51).

Deux études australiennes (52)(53) se sont intéressées au lien entre la polymédication et la fragilité. Les patients fragiles, selon Fried, avaient plus de médicaments en moyenne que les patients robustes. Une thèse (54) montre aussi cette association entre l'état de fragilité et la polymédication, ainsi que l'hyperpolymédication (seuils respectifs : ≥ 6 ou 10 principes actifs) (55). De plus, indépendamment de la polymédication, l'exposition à au moins un médicament atropinique était également associée à l'état de fragilité (56).

4-7 Concernant la fragilité d'être aidant.

Nous avons été étonnés de ne retrouver qu'un seul sujet évoquant que le fait d'être aidant puisse fragiliser une personne âgée, alors que trois autres sujets ont vécu le fait d'être aidant comme une situation de fragilité. À l'hôpital de jour, l'évaluation de la souffrance des aidants principaux fait parfois l'objet d'une évaluation à l'aide d'un questionnaire spécifique : le mini ZARIT (57). Une étude qualitative sur la perte

d'autonomie et la dépendance à Paris donne différentes raisons à la fragilisation de l'aidant principal (19) :

- Sur le plan thymique : voir la dégradation physique et/ou psychique du proche est une épreuve,
- Sur le plan physique : il existe une usure de l'aidant,
- Sur le plan social : prendre en charge son conjoint malade réduit les liens sociaux, ce qui est également retrouvé dans une autre étude sociologique (38).

4-8 Concernant la perte d'autonomie et la limitation d'activité.

Il y a une confusion entre fragilité et état de dépendance. Certains sujets se sont représentés et ont vécu la perte d'autonomie sur les activités de la vie quotidienne comme une fragilité alors que ceci correspond à la définition de la dépendance. En effet, l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) définit la dépendance comme *« le besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou le besoin d'une surveillance régulière. Elle est mesurée à partir de l'outil Aggir, grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 60 ans et plus, qui sert également de critère pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie. Selon leur niveau de dépendance, elles sont classées en six groupes iso-ressources (Gir). Sont qualifiées de dépendantes les personnes des Gir 1 à 4 »* (58).

Par ailleurs, nous avons retrouvé un sujet évoquant le fait que l'entrée en institution pourrait fragiliser une personne âgée alors que Rolland et Maubourguet mettent en avant que la majorité des patients institutionnalisés sont déjà dépendants. L'enjeu actuel de la prise en charge de la fragilité a pour but de retarder ou d'éviter l'entrée en institution (1). D'autre part, une étude qualitative sur la perte d'autonomie et la dépendance à Paris note le moment très délicat de l'entrée en institution, perçu comme un bouleversement pour l'ensemble des personnes âgées interrogées (19). De même, une étude de Balard (29) montre que certaines personnes âgées se représentent la maison de retraite *« comme un lieu de souffrance et de mort au sein duquel « on est à la merci de tout le monde »*. ».

4-9 Concernant les soins personnels.

Un sujet interrogé continuait à prendre soin d'elle en allant régulièrement chez le coiffeur et en se maquillant quotidiennement. Une thèse (59) retrouve un lien entre la fragilité et la diminution récente des soins personnels. Cette étude montre par ailleurs que plus un sujet est fragile :

- moins les soins d'hygiène sont fréquents,
- moins il consacre du temps à ses soins personnels,
- plus les soins de la peau et des cheveux sont considérés comme une perte de temps,
- moins la dimension sociale à réaliser ses soins personnels est importante.

Ainsi, la détérioration des soins personnels pourrait être utilisée en soins primaires comme un outil simple d'alerte dans le repérage de la fragilité.

4-10 Concernant le retour à domicile après une hospitalisation.

Le retour à domicile à la suite d'une hospitalisation est un facteur de fragilité non cité par les sujets interrogés, et qui est retrouvé dans une étude qualitative sur la perte d'autonomie et la dépendance à Paris. Cette période peut être difficile pour certaines personnes âgées qui pourraient craindre de ne pas retrouver leur autonomie antérieure ou de se retrouver en situation d'insécurité (19). Afin de limiter les hospitalisations évitables, de faciliter la coordination entre les professionnels du domicile et de fluidifier les liens avec l'hôpital, un projet pilote, le PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) est en cours d'expérimentation dans plusieurs régions de France, dont le département des Hautes-Pyrénées (60).

4-11 Concernant les stratégies compensatrices.

Les stratégies mises en place par les sujets ne sont pas systématiquement recherchées à l'hôpital de jour.

Certains sujets interrogés continuaient à utiliser les transports en commun ou la voiture. Une étude qualitative sur la perte d'autonomie et la dépendance à Paris insiste sur le fait que la mobilité et l'utilisation des transports ont une place centrale pour préserver l'autonomie et le lien social de la personne âgée. Cette étude insiste également sur l'importance d'être si besoin accompagné pour des déplacements de la vie quotidienne, tels que les courses, la visite chez le médecin ou la promenade (19).

Les sujets ont majoritairement sollicité une aide non familiale ce qui pourrait s'expliquer par le fait que notre population soit majoritairement composée de sujets veufs ou célibataires.

4-12 Concernant les attentes de l'hôpital de jour.

Les attentes des sujets concernant l'hôpital de jour sont différentes des buts de l'hôpital de jour. Seulement deux sujets avaient des attentes adaptées, en attendant de l'hôpital de jour des conseils pour retarder ou remédier à leurs fragilités.

Seulement deux sujets sur quinze n'avaient aucune attente de l'hôpital de jour dans notre étude, alors qu'une étude descriptive sur les attentes des patients de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités de Toulouse, menée en 2015 et interrogeant 101 patients, a montré que seuls 55 % des patients formulaient des attentes concernant leur évaluation (61). Nous nous sommes interrogés sur cette réponse inattendue, s'agissait-il d'un manque d'information de la part du médecin traitant ou de l'équipe de programmation de l'hôpital de jour ou s'agissait-il d'un adressage motivé essentiellement par l'entourage ou le médecin traitant et non souhaité par le patient ? Une thèse sur les freins à la mise en place des recommandations de prévention de la dépendance chez les personnes âgées fragiles après évaluation à l'hôpital de jour des fragilités de Toulouse (20) montre qu'une majorité de patients ne connaît pas le motif de l'envoi à l'hôpital de jour ou a une perception erronée de ce motif. Ceci peut aboutir au fait qu'ils ne vont pas percevoir le but de l'évaluation gériatrique ni ce qu'elle implique, et cela peut ainsi renforcer le sentiment d'inutilité du passage à l'hôpital de jour et donc l'absence de suivi du plan personnalisé de soins.

Comme le suggère l'étude menée par le Gérontopôle (61), des améliorations pourraient être apportées pour préciser les attentes des patients :

- Favoriser l'information en amont de l'évaluation :
 - Information téléphonique par les infirmières de programmation,
 - Plaquette explicative du concept de fragilité accompagnant la convocation à l'hôpital de jour,
 - Information de l'accompagnant.

- Le jour de l'évaluation :
 - Apporter des informations précises et facilement appropriables,
 - Classement des attentes pour améliorer la traçabilité,
 - Entretiens de sortie et de suivi par les infirmières de l'hôpital de jour.

5 Ouverture.

Il existe probablement des difficultés de compréhension du concept de fragilité de la part des sujets interrogés. Il serait intéressant d'élaborer une fiche d'information simple et facilement accessible pour le grand public pour expliquer les enjeux de cette hospitalisation. Cette fiche explicative pourrait être remise au patient par son médecin traitant lors du repérage de la fragilité ou lors de l'envoi de la convocation à l'hôpital de jour par l'équipe d'évaluation.

Lors du passage à l'hôpital de jour, les stratégies de lutte contre la fragilité déjà mises en place par le sujet ne sont pas spontanément recherchées. Les aborder systématiquement permettrait de mettre en avant les aspects positifs de la stratégie mise en place, de l'adapter à la condition du patient et d'améliorer sa mise en pratique.

L'élaboration d'attentes avant le passage à l'hôpital de jour est fondamentale. En effet, si les sujets développent des attentes concernant leur évaluation, cela permettrait :

- de limiter les refus d'évaluation car le patient attend un bénéfice de cette hospitalisation,
- au patient d'être plus impliqué et volontaire lors des tests d'évaluation,
- une meilleure adhésion au plan personnalisé de soins et de prévention de la dépendance élaboré en fin d'évaluation.

Lors de l'évaluation à l'hôpital de jour, les attentes des patients sont recueillies depuis peu par les infirmières. Il serait intéressant de proposer aux patients de réfléchir à leurs attentes avant leur évaluation par exemple lors du premier contact téléphonique par les infirmières de programmation.

Les résultats de notre étude pourraient être utilisés pour améliorer la prise en charge des futurs patients adressés à l'hôpital de jour des fragilités.

Notre étude est un travail préliminaire, qu'il convient d'approfondir par d'autres études interrogeant un plus grand nombre de sujets.

Enfin, il pourrait être intéressant de recueillir les représentations de la fragilité chez les médecins généralistes afin de comparer leurs représentations à celles des patients et éventuellement à celles des gériatres.

CONCLUSION

Les représentations de la fragilité et les situations vécues des sujets adressés à l'hôpital de jour sont diverses, hétérogènes et différentes de la définition gériatrique. Il existe une confusion chez les sujets interrogés d'une part entre fragilité et vieillissement et d'autre part entre fragilité et dépendance.

Les représentations de la fragilité et les situations de fragilité vécues les plus abordées par les sujets interrogés dans notre étude concernent le domaine physique et socio-économique.

Les fragilités nutritionnelle et sensorielle sont peu abordées par les sujets interrogés. La fragilité iatrogène n'est pas du tout abordée.

Les résultats de notre étude pourraient être utilisés pour améliorer la prise en charge des futurs patients adressés à l'hôpital de jour. Ceci permettrait de rapprocher les attentes des patients et les objectifs médicaux de l'évaluation pour aboutir à un plan personnalisé de soins le plus efficace possible.

Notre étude est un travail préliminaire qu'il convient d'approfondir par d'autres études interrogeant un plus grand nombre de sujets.

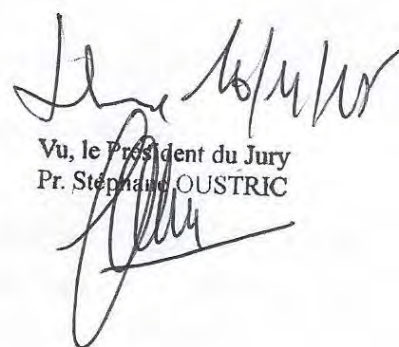
Enfin, il pourrait être intéressant de recueillir les représentations de la fragilité chez les médecins généralistes afin de comparer leurs représentations à celles des patients et éventuellement à celles des gériatres.

Toulouse le 17 nov. 2015

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



BIBLIOGRAPHIE

1. Livre Blanc. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles [Internet]. 2015. Available from: www.fragilite.org/livreblanc
2. Sirven N. Fragilité et prévention de la perte d'autonomie, une approche en économie de la santé. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. 2013 Février;(184). Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes184.pdf>
3. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060, un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee Prem* [Internet]. 2010 Oct;(1320). Available from: <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/collection.asp?id=1>
4. Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes - Deux méthodes d'estimation. *Doss Solidar Santé* [Internet]. 2013 Sep;(43). Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/projection-des-populations-agees-dependantes-deux-methodes,11192.html>
5. Dramé M, Jovenin N, Ankri J, Somme D, Novella J-L, Gauvain J-B, et al. La fragilité du sujet âgé : actualité - perspectives. *Gérontologie Société*. 2004;109(2):31.
6. Haute autorité de santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? - Fiche points clés et solutions. [Internet]. 2013. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1602972
7. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011 Dec 1;9(4):387-90.
8. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar;56(3):M146-56.
9. Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Can Med Assoc J*. 2005 Aug 30;173(5):489-95.
10. Cesari M, Gambassi G, Abellan van Kan G, Vellas B. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age Ageing*. 2014 Jan 1;43(1):10-2.
11. Santos-Eggimann B, Cuenoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Jun 1;64A(6):675-81.
12. Équipe de la plateforme, Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B. Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l'expérience du Gérontopôle à travers la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. *Cah Année Gérontologique*. 2012 Sep 8;4(3):269-78.

13. Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Ghisolfi-Marque A, Subra J, et al. Looking for frailty in community-dwelling older persons: The Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST). *J Nutr Health Aging*. 2013 Aug;17(7):629–31.
14. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. 2013 Mar;381(9868):752–62.
15. Oustric S, Renard V. Cibler et dépister la fragilité en médecine générale : c'est maintenant.... *Cah Année Gérologique*. 2012 Sep 7;4(3):266–7.
16. Rougé Bugat M-E, Cestac P, Oustric S, Vellas B, Nourhashemi F. Detecting Frailty in Primary Care: A Major Challenge for Primary Care Physicians. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Oct;13(8):669–72.
17. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Jun;14(6):392–7.
18. Balard F, Somme D. Les fragilités vécues et ressenties par les personnes âgées. *Cah Année Gérologique*. 2011 Nov 3;3(S1):39–42.
19. Alberola E, Lautié S, Pons J. La perte d'autonomie et la dépendance à Paris : vécu et représentations. Étude qualitative pour la Médiatrice de Paris. *Cent Rech Pour L'Étude L'Observation Cond Vie CREDOC*. 2010 Août;44.
20. Kassab A-S, Brisseau V. Freins à la mise en place des recommandations de prévention de la dépendance chez les personnes âgées fragiles en Haute-Garonne [Internet] [Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université Toulouse III – Paul Sabatier; 2014. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/736/>
21. Portail de terminologie de santé (PTS) [Internet]. Available from: <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>
22. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris]: GM Santé ; CNGE; 2011.
23. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. Puf. 2013. 127 p.
24. Aubin-Auger Isabelle, Mercier Alain, Baumann Laurence, Lehr-Drylewicz Anne-Marie, Imbert Patrick, Letrilliart Laurent, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142–5.
25. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». *Exercer*. 2009;20(87):74–9.
26. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». *Exercer*. 2009;20(88):106–12.

27. Mazières M-A. Quelles sont les habitudes de pratique des médecins généralistes concernant la vaccination Rougeole Oreillons Rubéole ? Propositions d'amélioration des pratiques Etude qualitative auprès de 16 médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. [Internet] [Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université Toulouse III – Paul Sabatier; 2013. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/278/>
28. Balard F. “Bien vieillir” et “faire bonne vieillesse”. Perspective anthropologique et paroles de centenaires. *Rech Sociol Anthropol*. 2013 Jul 1;(44-1):75–95.
29. Balard F. « Les plus âgés des âgés » : une culture vivante aux portes de la mort. Analyse ethno-anthropologique d'une classe d'âge en devenir. *Bull Amades* [Internet]. 2010 Juillet;81. Available from: <http://amades.revues.org/1135>
30. Cooper C, Dere W, Evans W, Kanis JA, Rizzoli R, Sayer AA, et al. Frailty and sarcopenia: definitions and outcome parameters. *Osteoporos Int*. 2012 Jul;23(7):1839–48.
31. Michel J-P, Lang P-O. Quelles sont les relations entre sarcopénie et fragilité ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2011 Dec;11(66):229–31.
32. Rolland Y, Czerwinski S, Abellan Van Kan G, Morley JE, Cesari M, Onder G, et al. Sarcopenia: its assessment, etiology, pathogenesis, consequences and future perspectives. *J Nutr Health Aging*. 2008 Sep;12(7):433–50.
33. Rolland Y, Vellas B. La sarcopénie. *Rev Médecine Interne*. 2009 Feb;30(2):150–60.
34. Cesari M, Leeuwenburgh C, Lauretani F, Onder G, Bandinelli S, Maraldi C, et al. Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. *Am J Clin Nutr*. 2006 May;83(5):1142–8.
35. The “Geriatric Frailty Clinic (G.F.C) for Assessment of Frailty and Prevention of disability” Team, Tavassoli N, Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Sourdet S, Krams T, et al. Description of 1,108 older patients referred by their physician to the “Geriatric Frailty Clinic (G.F.C) for assessment of frailty and prevention of disability” at the gerontopole. *J Nutr Health Aging*. 2014 May;18(5):457–64.
36. Barthe J-F, Clement S, Drulhe M. Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Vieil Mourir À Rech Significations*. 1990;(23/63):35–46.
37. Désesquelles A, Brouard N. Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution. *Population*. 2003;58(2):201.
38. Delbès C, Gaymu J. Le choc du veuvage à l'orée de la vieillesse : vécus masculin et féminin. *Population*. 2002;57(6):879.
39. Balard F, Somme D. Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile. *Gérontologie Société*. 2011;136(1):105.

40. Loones A, David-Alberola E, Jauneau P. La fragilité des personnes âgées : perception et mesure. Cent Rech Pour L'Étude L'Observation Cond Vie CREDOC. 2008 Décembre;Cahier de recherche n°256:83.
41. Rockwood K, Howlett SE, MacKnight C, Beattie BL, Bergman H, Hébert R, et al. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 Dec;59(12):1310–7.
42. Avila-Funes JA. Fragilité et cognition chez le sujet âgé : Approche épidémiologique. [Internet] [Thèse de doctorat en santé publique]. Université Bordeaux Segalen; 2012. Available from: <http://babordplus.univ-bordeaux.fr/notice.php?q=id:1504644>
43. Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, Abellan van Kan G, Ousset P-J, Gillette-Guyonnet S, et al. Cognitive frailty: Rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) International Consensus Group. *J Nutr Health Aging*. 2013 Nov;17(9):726–34.
44. Avila-Funes JA, Carcaillon L, Helmer C, Carrière I, Ritchie K, Rouaud O, et al. Is Frailty a Prodromal Stage of Vascular Dementia? Results From the Three-City Study. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Sep;60(9):1708–12.
45. Lin FR, Metter EJ, O'Brien RJ, Resnick SM, Zonderman AB, Ferrucci L. Hearing Loss and Incident Dementia. *Arch Neurol* [Internet]. 2011 Feb 1;68(2). Available from: <http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archneurol.2010.362>
46. Pouchain D, Dupuy C, San Jullian M, Dumas S, Vogel M-F, Hamdaoui J, et al. La presbycusie est-elle un facteur de risque de démence ? *Rev Gériatrie*. 2007 Juin;32(6):439–45.
47. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of the MNA--Its history and challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006 Dec;10(6):456–63; discussion 463–5.
48. McMillan GJ, Hubbard RE. Frailty in older inpatients: what physicians need to know. *QJM*. 2012 Nov 1;105(11):1059–65.
49. Resnick B, Pacala JT. 2012 Beers Criteria. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Apr;60(4):612–3.
50. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2008 Feb;46(2):72–83.
51. Haute autorité de santé. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? [Internet]. 2013. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718248/fr/comment-prendre-en-charge-les-personnes-agees-fragiles-en-ambulatoire
52. Gnjidic D, Le Couteur DG, Pearson S-A, McLachlan AJ, Viney R, Hilmer SN, et al. High risk prescribing in older adults: prevalence, clinical and economic implications and potential for intervention at the population level. *BMC Public Health*. 2013;13(1):115.

53. Bennett A, Gnjidic D, Gillett M, Carroll P, Matthews S, Johnell K, et al. Prevalence and Impact of Fall-Risk-Increasing Drugs, Polypharmacy, and Drug–Drug Interactions in Robust Versus Frail Hospitalised Falls Patients: A Prospective Cohort Study. *Drugs Aging*. 2014 Mar;31(3):225–32.
54. Ferré Moulis F. La polymédication et le poids atropinique de l’ordonnance chez le sujet âgé sont associés à l’état de fragilité Etude transversale à la plateforme d’évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance de Toulouse. [Internet] [Thèse d’exercice pour le diplôme d’état de docteur en médecine]. Université Toulouse III – Paul Sabatier; 2014. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/537/>
55. Moulis F, Moulis G, Balardy L, Gérard S, Sourdet S, Rougé-Bugat M-E, et al. Searching for a Polypharmacy Threshold Associated With Frailty. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Mar;16(3):259–61.
56. Moulis F, Moulis G, Balardy L, Gérard S, Montastruc F, Sourdet S, et al. Exposure to Atropinic Drugs and Frailty Status. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Mar;16(3):253–7.
57. inpes. Le test de mini-Zarit [Internet]. Available from: www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1401.pdf
58. Insee. Personnes âgées dépendantes à l’horizon 2015 : étude sur le département du Nord [Internet]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=10441&page=pages_de_profils/P06_09/sources_definitions_biblio.htm
59. Tissandier M. Liens entre soins personnels et fragilité : étude transversale sur 100 patients de la plateforme d’évaluation de la fragilité. [Internet] [Thèse d’exercice pour le diplôme d’état de docteur en médecine]. Université Toulouse III – Paul Sabatier; 2015. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/930/>
60. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Le parcours santé des aînés (Paerpa) [Internet]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/le-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>
61. Gesta H, Beautrait M-P, Lefebvre V, Merabet S, Pedra M. Etude descriptive des attentes des patients de l’Hôpital de Jour d’Evaluation des Fragilités et Prévention de la Dépendance. In Toulouse; 2015.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'évaluation pour le repérage de la fragilité en soins primaires (GFST).

(51)

Personne à prévenir pour le RDV : Nom : Lien de parenté : Tél : Nom du médecin traitant : Tél : Email : Nom du médecin prescripteur : Tél :		<u>Informations patient</u> Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Date de naissance : Tél : Adresse :
---	---	---

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL > 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPERAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

PROGRAMMATION	
Dépistage réalisé le :	Rendez-vous programmé le :
Médecin traitant informé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<u>Pour la prise de rendez-vous :</u>	
Contacter par e-mail : geriatga.evalde@chu-toulouse.fr	
Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).	
Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.	

juin 2013

Annexe 2 : Formulaire d'information et de recrutement des sujets par téléphone.

Je m'appelle Samy GDOURA ou Mickaël HERAULT, je suis interne en médecine générale.

Je réalise un travail sur le vieillissement des personnes qui comme vous sont adressées à l'hôpital de jour des fragilités par leur médecin traitant.

Votre participation me permettra de réaliser un travail de recherche dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine.

Ce travail de recherche est validé par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.

Avec votre accord, je souhaiterais vous rencontrer chez vous et vous poser des questions concernant le vieillissement. La durée de notre entretien sera d'environ 20 minutes.

Cette séance sera enregistrée sur dictaphone et il est possible que je prenne quelques notes au fur et à mesure de l'entretien. Puis, je réaliserai une analyse de cet entretien qui restera bien sûr anonyme.

Nous pourrons par la suite vous faire parvenir les résultats de notre étude si vous le souhaitez.

Souhaitez-vous participer à notre étude ? OUI/NON

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

N° de téléphone

Médecin traitant

Date du rendez-vous à l'hôpital de jour

Date et heure de l'entretien

Annexe 3 : Guide d'entretien définitif.

Bonjour,

Je m'appelle Samy GDOURA ou Mickaël HERAULT, je suis interne en médecine générale.

Merci de me recevoir chez vous et de me consacrer une partie de votre temps. Votre participation me permettra de réaliser un travail de recherche dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine.

Je réalise un travail sur le vieillissement des personnes qui comme vous sont adressées à l'hôpital de jour des fragilités par leur médecin traitant.

Ce travail de recherche est validé par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.

Avec votre accord, je vais vous poser quelques questions.

Nous débuterons par un entretien individuel, puis nous nous réunirons pour un entretien en présence de votre conjoint(e). (Uniquement pour les entretiens de couple)

Cette séance sera enregistrée sur dictaphone, et il est possible que je prenne quelques notes au fur et à mesure de l'entretien. Je réaliserai par la suite une analyse de cet entretien qui restera bien sûr anonyme.

Nous pourrions par la suite vous faire parvenir les résultats de notre étude si vous le souhaitez.

DONNEES SOCIOLOGIQUES.

- Âge, sexe.
- Niveau socioculturel : niveau d'études, profession avant la retraite, âge de la retraite.
- Statut marital, nombre d'enfants.
- Distance du lieu de vie des enfants (ville).
- Lieu de vie : urbain – sub-urbain – rural ; maison – appartement.
- Nombre de personnes vivant au domicile quotidiennement ? Qui ?
- Aides humaines pour l'interviewé (IDE, Auxiliaires de vie, AS, aide-ménagère).
- Téléalarme ?

EVALUATION PAR L'INTERVIEWER.

- Lieu et conditions de déroulement de l'entretien.
- Date et heure.

QUESTIONS EN LIEN AVEC LA QUESTION DE RECHERCHE.

- Pour commencer, vieillir, qu'est-ce que cela vous évoque ?
- Pour vous, est-ce que toutes les personnes vieillissent de la même façon ?
Si non : en un mot, décrivez-moi chaque catégorie de personnes âgées ?

- Votre médecin traitant vous a adressé à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités, qu'en savez-vous ?

Pour relancer : Votre médecin traitant vous a-t-il parlé de fragilité ?

- Question principale : Pouvez-vous me dire ce que représente pour vous la fragilité du patient âgé ?

Si question non comprise ou pour relancer : Qu'évoque pour vous la personne âgée fragile ?

- D'après vous, qu'est ce qui peut rendre une personne âgée fragile ?

Pour relancer : Voyez-vous d'autres éléments qui peuvent rendre une personne âgée fragile ?

- Avez-vous vécu une ou plusieurs situations dans lesquelles vous vous êtes senti(e) fragile dans les X dernières années (X = âge moins 65 ans) ?

Si oui : Pouvez-vous me raconter cette ou ces situations ?

- Mettez-vous en place des stratégies pour lutter contre la fragilité ?

Si oui : laquelle ou lesquelles ?

- Pensez-vous à d'autres stratégies qu'une personne âgée pourrait mettre en place pour lutter contre la fragilité ?

- D'après vous, comment peut évoluer une personne âgée fragile ?

Pour relancer : une personne âgée fragile peut-elle s'améliorer, s'aggraver ou rester stable ?

QUESTIONS COMPLEMENTAIRES.

- Qu'attendez-vous de votre passage à l'hôpital de jour des fragilités ?

- En conclusion, vous sentez-vous fragile au jour d'aujourd'hui ? OUI/NON.

Si oui, sur quel(s) point(s) vous sentez-vous fragile ?

- Seriez-vous d'accord pour que je récupère la conclusion de votre évaluation clinique à l'hôpital de jour, afin de comparer votre sentiment de fragilité et l'évaluation clinique ? OUI/NON.

- Avez-vous quelque chose à ajouter à tout ce que vous avez dit concernant la fragilité ?

Merci beaucoup de votre participation.

QUESTIONS SPECIFIQUES POUR L'ENTRETIEN D'UN COUPLE.

Questions lors de l'entretien individuel.

- Dans le cas où votre médecin traitant vous aurait adressé à l'hôpital de jour sans votre conjoint, auriez-vous accepté d'y aller ? Pour quelle(s) raison(s) ?
- Venir en couple à l'hôpital de jour, est-ce une force ? Pourquoi ?

Questions lors de l'entretien du couple.

- Votre conjoint(e) pense que la fragilité de la personne âgée est représentée par XXX (éléments à préciser en fonction de l'entretien individuel préalable). Qu'en pensez-vous ? Auriez-vous madame/monsieur des éléments à préciser ou à ajouter ?
- Avez-vous vécu une ou plusieurs situations dans lesquelles vous avez senti(e) que votre conjoint était fragile dans les X dernières années (X = âge moins 65 ans du conjoint) ?
Si oui : Pouvez-vous me raconter brièvement cette ou ces situations ?
- Est-ce que la situation de fragilité de votre conjoint vous a fragilisé ?
Si oui : sur quel(s) point(s) ?
- Pour l'autre membre du couple : Qu'en pensez-vous ?
Question de relance pour l'autre membre du couple : Et vous, vous êtes-vous senti fragile dans cette situation ?
- Pensez-vous que vivre en couple est une stratégie permettant de lutter contre la fragilité ? Pourquoi ?
- Mettez-vous en place des stratégies de couple pour lutter contre la fragilité ?
Si oui : laquelle ou lesquelles ?
- En conclusion, pensez-vous que votre conjoint(e) soit fragile au jour d'aujourd'hui ? OUI/NON.
Si oui, sur quel(s) point(s) pensez-vous qu'il (elle) soit fragile ?
Pour l'autre membre du couple : Qu'en pensez-vous ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter à tout ce que vous avez dit et à tout ce qu'a dit votre conjoint(e) concernant la fragilité ?

Merci beaucoup de votre participation.

Annexe 4 : Avis de la Commission Éthique.

 <p>Université Toulouse III Médicine Généraliste</p> <p>Centre de Recherche Médicale Généraliste</p>	<h3>Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées</h3> <p>Secrétariat : Dr Serge BISMUTH 59 rue de la Providence – 31500 Toulouse Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr</p>
---	---

Président : Mme Laurenoine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

AVIS DE LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

PARTIE RESERVEE A LA COMMISSION

Date de demande d'informations complémentaires : qui est votre directeur de thèse

PARTIE A COMPLETER PAR LES DEMANDEURS

Renseignements concernant les demandeurs :

Nom : HERAULT Mickaël
Qualité : Interne en médecine générale
Adresse :

Courriel :
Numéro de téléphone :

Nom : GDOURA Samy
Qualité : Interne en médecine générale
Adresse :

Courriel :
Numéro de téléphone :

IDENTIFICATION DE LA RECHERCHE

Titre complet de la recherche : Etude qualitative par des entretiens individuels semi dirigés de la représentation de la fragilité chez des patients, vivant à domicile, de plus de 65 ans, identifiés comme fragiles selon le questionnaire du gérontopôle de Toulouse, et adressés par le médecin généraliste à l'hôpital de jour d'évaluation de la fragilité et de prévention de la dépendance, en Haute Garonne.

AVIS DE LA COMMISSION : Favorable. Merci de nous indiquer qui est votre directeur de recherche



Annexe 5 : Formulaire de consentement des patients interrogés.

GDOURA Samy et HERAULT Mickael Internes en médecine générale

Le

Je soussigné Mr ou Mme

accepte de participer à un entretien concernant les représentations de la fragilité chez des patients, vivant à domicile, de plus de 65 ans, identifiés comme fragiles et adressés par le médecin généraliste à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance de Toulouse.

La conversation sera enregistrée dans un but de retranscription fidèle des données de l'entretien. Celles-ci seront analysées de manière totalement anonyme et exploitées dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale approuvé par le DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale) et la commission éthique du département de médecine générale de Midi Pyrénées.

Signature

Annexe 6 : Entretiens 7 et 11.

1. Entretien n° 7.

- Contexte : Entretien au domicile de l'interviewée, autour d'une table, seule.

- I : Pour commencer, pouvez-vous me parler de la vieillesse ?

- E7 : Et ben euh... c'est une maturité que j'aime enfin je ne sais pas comment expliquer ça. J'aime tout cet acquis que l'on a, j'aime aussi physiquement un peu être marquée quoi par les rides euh voilà... La chose qui me gêne dans mon cas à moi c'est les douleurs qui empêchent de faire beaucoup de choses.

- I : Quel type de douleurs ?

- E7 : Des douleurs rhumatismales essentiellement.

- I : Elles vous empêchent de faire quoi au quotidien ?

- E7 : Ben de marcher, de monter les escaliers de... voilà.

- I : Est-ce qu'il y a d'autres éléments dans le vieillissement selon vous ? Nous avons évoqué le vieillissement physique...

- E7 : Ah ben après c'est la perte de mémoire, la perte un peu d'autonomie. (silence)

- I : Les pertes de mémoire ça vous arrive à vous ?

- E7 : Oui c'est très net.

- I : C'est-à-dire une diminution de votre faculté à retenir ?

- E7 : Oui, oui il y a plein de choses que j'oublie. Avant il y avait un petit rappel qui était là, là même pas. Alors mon médecin me dit qu'il faut que je la fasse travailler.

- I : Le vieillissement physique, la mémoire, les acquis, voyez-vous d'autres éléments dans le vieillissement ?

- E7 : (silence) Après oui, si on est quand même un peu lucide, c'est la peur de ne plus pouvoir être indépendante, de perdre son autonomie. Et puis quoi qu'on fasse on la perd un peu, il y a eu par exemple je ne sais pas moi, un jour il se peut que je sois en fauteuil roulant ou que je devienne Alzheimer ça fait peur un peu, quand on dit qu'on perd un peu la mémoire on pense qu'à ça (rires). Et pourtant il n'y en a pas eu dans ma famille, je n'ai pas eu un exemple.

- I : Mais c'est dans les médias ?

- E7 : Oui.

- I : Pour vous, est-ce que toutes les personnes vieillissent de la même façon ?
- E7 : Ah non pas du tout.
- I : Alors pourquoi ?
- E7 : Il y en a qui intellectuellement restent comme à 20 ans presque, il n'y en a pas beaucoup mais enfin il y en a. Après il y en a d'autres qui perdent un peu la tête relativement tôt quelque fois ça peut arriver avant 50 ans. Non on est tous différents, comme on naît différents d'ailleurs, à la naissance, on n'est pas égaux.
- I : En un mot, décrivez-moi chaque catégorie de personnes âgées, si vous deviez placer les personnes âgées dans des groupes ?
- E7 : (silence) Euh pff... Oui sans doute mais je ne saurais pas le définir euh. (silence) Je ne sais pas comment le définir. (silence)
- I : Imaginons sur 100 personnes qui vieillissent pourriez-vous les catégoriser, faire des groupes ?
- E7 : Ah ben oui. Il y en a une où ils vieillissent très bien comme cette actrice dont on parle beaucoup en ce moment, d'autres qui, l'autre extrémité qui vieillit pas bien du tout parce que je ne sais pas pour quelle raison, peut être un manque d'intérêt, un manque d'entourage aussi euh voilà.
- I : Il y a 3 catégories on pourrait dire ?
- E7 : Un « bon vieillissement » avec des capacités intellectuelles et physiques préservées.
- I : Vous voyez d'autres choses dans ce vieillissement « réussi » ? Vous avez dit capacité intellectuelle, physique...
- E7 : Oui parce que la capacité intellectuelle elle englobe tellement de choses elle englobe le... la passion, la transmission... Et je trouve que des personnes âgées qui arrivent à transmettre euh et qui savent le transmettre parce que y arriver on ne peut pas toujours l'exprimer non plus. Il y a une maturité que l'on essaie de transmettre.
- I : À l'opposé, il y aurait le « mauvais vieillissement », qu'est-ce que cela vous évoque ?
- E7 : Je pense que c'est manque de passion, à l'origine c'est ça, le manque d'entourage, les personnes seules et... Et puis après ça entraîne un peu de dépression, de pas d'envie.
- I : Et il y aurait une catégorie un peu intermédiaire ?
- E7 : Oui.
- I : Votre médecin traitant vous a adressé à l'hôpital de jour d'évaluation de la fragilité, qu'en savez-vous ?

- E7 : Elle m'a proposé d'aller faire un test pour voir, elle m'a pas dit grand-chose en fait ou je n'ai pas retenu grand-chose. J'ai accepté parce que c'est intéressant, c'est pas mal. Elle m'a juste dit que c'était une série de tests pour voir un petit peu ce que l'on était capable de faire. Entre autre parce qu'elle m'a fait faire dans les tests, c'est de savoir en combien de temps on fait 10 mètre je crois.

- I : Votre médecin traitant vous a-t-il parlé de fragilité ?

- E7 : Oui. Je n'ai pas relevé tout de suite, je me suis demandé ce que ça voulait dire fragilité. Est-ce que...

- I : Ça va être justement la question suivante.

Pouvez-vous me dire ce que représente pour vous la fragilité du patient âgé ?

- E7 : Alors, parce que j'y ai pensé un peu après tout qu'est-ce que ça veut dire ? J'ai pensé que c'était mon cas qui était fragile moralement, physiquement et après je me suis dit que c'était une... On devient tous un peu fragile mais c'était la manière de cerner la fragilité dans laquelle on est.

- I : Donc cet hôpital servirait d'après vous à cerner la fragilité ?

- E7 : Oui voilà.

- I : Pouvez-vous me donner des synonymes du mot fragilité ?

- E7 : Alors oui il m'est venu un truc en me demandant si j'étais euh...Toujours par rapport à moi évidemment, si euh... De quelle sorte de fragilité, je suis fragile physiquement c'est sûr mais après moralement aussi bien sûr. (silence) Alors voilà.

- I : Donc les synonymes que ça vous évoque pour vous la fragilité ce serait la fragilité physique et morale. Mis à part le physique, dans le physique vous englobez quoi ?

- E7 : Dans le physique, j'englobe les douleurs, la maladie. Je parle de douleurs surtout car j'ai pas vraiment de maladie, voilà mais la maladie peut venir.

- I : Et vous m'avez parlé de moral qu'est-ce que vous y mettez ?

- E7 : Eh ben dans le moral... C'est vrai quand on reçoit mal des choses qui viennent des autres voilà. Dans ce sens que je trouve que...

- I : C'est-à-dire qu'on interprète mal ce que l'autre essaie de nous dire ?

- E7 : Oui.

- I : Et d'après vous y a-t-il d'autres éléments qui peuvent rendre une personne âgée fragile ?

- E7 : Le comportement des autres, ça peut être aussi bien dans les mots que physiquement. De leur faire ressentir qu'ils sont vieux, ils sont lents, ils sont pesants.

- I : Y aurait-il d'autres éléments d'après vous qui pourraient fragiliser une personne âgée ?

- E7 : La solitude. (silence)

- I : D'autres choses qui vous viennent à l'esprit ?

- E7 : (silence) Non parce que je pense que tout est compris dans ce que j'ai dit et englobe la fragilité.

- I : Depuis l'âge de 65 ans, avez-vous vécu une ou plusieurs situations dans lesquelles vous vous êtes sentie fragile ?

- E7 : (silence) Euh oui bien sûr.

- I : Pouvez-vous me raconter cette ou ces situations ?

- E7 : Alors euh, physiquement par exemple, je commence à perdre un peu l'équilibre et en vélo, et un jour j'ai perdu l'équilibre et je me suis récupérée je ne suis pas tombée mais je me suis fait un mal de chien quoi et là je me suis dit je ne sais pas si je vais continuer longtemps à faire du vélo. (rires)

- I : Une espèce de prise de conscience ?

- E7 : Oui.

- I : Il y a eu des conséquences de cette chute ?

- E7 : Oui, je ne sais pas exactement ce que j'ai mais j'ai dû me faire une élongation des muscles ou je ne sais pas quoi je n'ai pas pu rester assise pendant longtemps, faire du vélo pour moi longtemps ça fait un mois et demi quoi, je trouve que c'est long. (rires)

- I : Y a-t-il eu d'autres événements, là il s'agit de fragilité physique ?

- E7 : Oui après moralement avec les jeunes quelque fois, parce qu'ils nous renvoient tout le temps à notre âge.

- I : C'est le décalage entre les générations ?

- E7 : Oui voilà.

- I : Que s'est-il passé ? Des jeunes vous ont dit que vous étiez âgée ?

- E7 : Non ça, ça m'est égal mais voir d'abord on ne vit pas pareil, euh nous enfin chez moi on a une grande maison et on se retrouve tous mes frères et sœurs, mes neveux et tout ça et on voit bien que les neveux ils ne vivent pas comme nous et... (silence). Ils respectent pas non plus notre façon de vivre trop, nos comment dire pas notre emploi du temps mais, voyez les heures de repas, voilà... Il y en a qui arrivent à table avec un ordinateur, tout ça, ça me dérange un peu, un peu beaucoup même (rires) et c'est là que je vois que je me sens décalée.

- I : Décalée sur les différences d'habitude ?

- E7 : Ceci dit je peux comprendre, ils ont des vies difficiles, des enfants, ils ont... (silence) Je peux comprendre que quand ils sont en vacances, ils sont en vacances et nous aussi.

- I : Donc il y a un décalage sur les nouvelles technologies aussi ? Que vous utilisez vous aussi ?

- E7 : Oui un peu, l'ordinateur, les téléphones portables. Là par contre c'est grâce à eux que je vais ça c'est pour rester un petit peu à la hauteur. (rires)

- I : Pour rester dans le monde actuel ?

- E7 : Oui voilà. Et puis on communiquerait plus si on ne faisait pas ça avec eux en tout cas.

- I : Vous avez remarqué ce décalage de génération dans quelles autres situations ?

- E7 : Les valeurs sont différentes, on n'a pas le même vocabulaire surtout en ce qui concerne les nouvelles technologies alors ça... Après oui il y a des... Nous on a un vocabulaire un peu vieillot on va dire et eux bon mais ça a la limite ça me dérange pas, c'est leur truc bon...

- I : Quelles valeurs sont différentes entre les générations ?

- E7 : Oui bien sûr alors chez ça se sent un petit peu mais pas vraiment. J'ai l'impression, je ne suis pas très catégorique, que le respect par exemple envers nous, les aînés mais je les ai pas vu avec d'autres peut être qu'ils sont différents avec d'autres. Mais sinon, oui dans la rue c'est un peu chacun pour soi.

- I : Il n'y a plus de respect entre les générations et cette notion d'entraide ?

- E7 : Oui, je me sens vieille en disant ça. (rires) Les nouvelles technologies c'est normal on avance après les valeurs oui je trouve ça assez net, le langage aussi mais bon c'est comme ça. En même temps les valeurs si on n'a pas les mêmes c'est qu'on leur a pas appris, peut-être qu'il faut un peu se renvoyer à soi-même. Mais en même temps ils sont, ils se débrouillent seuls, ils gèrent très bien leur monde.

- I : Est-ce que vous sentez qu'il existe un besoin de se référer à des aînés ?

- E7 : A partir d'un certain âge, jusqu'à un certain âge je ne saurais pas trop dire ils font leur expériences et après ils se réfèrent à des aînés, ils ont besoin de retrouver un peu leurs racines. (silence)

- I : D'après vous, comment peut évoluer une personne âgée fragile ?

- E7 : (silence) Euh je ne sais pas se faire aider peut être, que ce soit physiquement avec des infirmières et moralement aussi je pense qu'il faut essayer de se faire aider.

- I : Pour vous une personne qui, à un instant T est fragile, quel peut être son devenir ?
- E7 : Il faut tenir compte aussi de ses moyens financiers tout de même car ça c'est très important, on ne peut pas faire grand-chose si on ne peut pas s'assumer financièrement. (silence)
- I : Et d'après vous cette personne âgée fragile peut rester fragile, s'améliorer, rester stable s'aggraver ?
- E7 : Ah ben, tous les états sont possibles, ça peut s'aggraver si je ne sais pas, si elle se laisse aller, si elle n'a pas la force de faire quelque chose. Euh, après elle peut rester stable si elle fait... ce qui faut mais s'améliorer j'y crois pas trop quand même.
- I : D'après vous une personne âgée fragile pourrait rester dans son état ou s'aggraver ? Et qu'est-ce que vous pensez en s'aggravant ?
- E7 : Ben c'est évoluer..., se laisser porter tout doucement vers la mort hein. Se laisser, voilà, ne pas réagir. Une sorte de léthargie ouais...
- I : Qu'attendez-vous de votre passage à l'hôpital de jour de la fragilité ?
- E7 : (silence) Ben je ne sais pas, me donner les points fragiles peut être.
- I : Et si on vous donne ces points fragiles, si on les repère quelle suite ?
- E7 : Et ben ça peut permettre peut-être d'agir en conséquence d'y remédier voilà.
- I : En conclusion, vous sentez-vous fragile au jour d'aujourd'hui ?
- E7 : Aujourd'hui je dirais un peu oui.
- I : Par rapport à quoi ?
- E7 : Les douleurs oui ça c'est un acquis et je ne sais pas comment y remédier donc pour moi c'est une fatalité. (rires) Je sais qu'il ne faudrait pas dire ça mais... Elles y sont et je n'y remédierai pas je crois, pourtant mon médecin essaie mais bon... Mais je pense aussi que c'est moi qui sais pas trop expliquer, cerner ma douleur.
- I : Vous vous sentez fragile par vos douleurs et quels autres éléments ?
- E7 : En ce moment mais ce n'est pas toujours, un peu moralement aussi parce que je viens de prendre ma retraite, parce que je vais vendre une maison de famille, c'est plusieurs éléments voilà...
- I : Seriez-vous d'accord pour que je récupère la conclusion de votre évaluation clinique à l'hôpital de jour, afin de comparer votre sentiment de fragilité et l'évaluation clinique ?
- E7 : Oui bien sûr il faut jouer le jeu jusqu'au bout quand même sinon ça sert à rien.
- I : Avez-vous quelque chose à ajouter à tout ce que vous avez dit concernant la fragilité ?

- E7 : Non rien de plus. En fait moi j'ai l'esprit simple, je me pose pas trop de questions, j'avance tout doucement et régulièrement. (rires)

- I : Merci beaucoup de votre participation.

2. Entretien n° 11.

- Contexte : Entretien au domicile de l'interviewée, autour d'une table, dans la pièce principale.

- I : Tout d'abord, pour commencer, une question très générale, vieillir, qu'est-ce que cela vous évoque ?

- E11 : Humm, jusqu'à présent, je le prenais pas trop mal, mais là maintenant, je commence à le prendre un peu, un peu moins bien. Parce que je me sens fatiguée. Et que je vois que les années passent. Et j'en ai un peu assez (rires). Voilà.

- I : D'accord. Pour vous, est-ce que toutes les personnes vieillissent de la même façon ?

- E11 : Ah non, sûrement pas.

- I : Et est-ce que vous pourriez me décrire les différentes évolutions, les différentes catégories de personnes âgées ?

- E11 : Ah ben, j'ai des personnes de mon âge, des amies, qui le vivent moins bien parce qu'elles sont plus handicapées. Une qui a perdu la vue presque, l'autre qui ne peut plus marcher. Alors, non. Je m'estime chanceuse, mais en tout cas, elles ne le vivent pas de la même façon que moi. Et puis, y a même des personnes qui sont en bon état, mais qui vieillissent mal aussi, qui le prennent mal.

- I : D'accord. Votre médecin traitant vous a adressé à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités, qu'est-ce que vous en savez de cet hôpital de jour ?

- E11 : Pas grand-chose parce que je suis pas d'ici moi (rires). Y a que cinq ans que je suis là, alors, j'en avais pas du tout entendu parler. Alors, on m'a dit que c'était une ancienne maternité, en fait, enfin c'est un ancien.

- I : Oui, on en discutera tout à l'heure. Voilà, c'est à peu près ça. D'accord. Et votre médecin traitant vous a-t-elle parlé de fragilité ?

- E11 : Non, j'y suis allé. Oui, c'est la remplaçante de mon médecin traitant, et j'y suis allée parce que j'étais fatiguée. Et puis, bon on a fait des examens, et puis, elle a vu que je perdais facilement l'équilibre, alors elle m'a dit est-ce que vous seriez d'accord pour aller faire des examens. J'ai dit oui, pourquoi pas. Voilà. J'ai facilement des pertes d'équilibre.

- I : D'accord, donc c'est par rapport à ces pertes d'équilibre qu'on vous adresse (...)

- E11 : Oui, voilà.

- I : D'accord. Là, je vais vous poser une des questions principales. Pouvez-vous me dire ce que représente pour vous la fragilité de la personne âgée ?

- E11 : La fragilité de la personne âgée. (silence) Physiquement, y a des tas de choses qui se présentent bien sûr. On est plus fatigué, on va moins vite, (rires) on marche moins bien. (silence) Moralement, y a une lassitude qui s'installe.

- I : D'accord. Est-ce que vous voyez d'autres éléments ?

- E11 : Faut que je réfléchisse.

- I : Allez-y, prenez votre temps.

- E11 : (silence) La solitude finit par peser. Oui. (silence) Voilà.

- I : Est-ce que ça évoque quelque chose d'autre, pour vous, la personne âgée fragile ?

- E11 : La personne âgée fragile, ah. (silence) Pour ma part, j'ai toujours peur de peser pour mes enfants (rires), d'être une charge, voilà. Pour moi, c'est ça.

- I : Par rapport à quoi exactement ?

- E11 : Parce que je n'aime pas me plaindre, et je n'aime, je n'aime pas déranger les gens. (silence) Voilà, ce sont mes enfants, j'ai un fils et une belle-fille qui sont très très gentils, mais j'évite de me plaindre quand ils viennent (déclenchement d'un son émanant de l'horloge). C'est avec plaisir qu'on discute. J'aime pas. C'est ma nature.

- I : D'accord. Vous m'avez surtout parlé du physique, du moral, un peu du fait de ne pas devoir peser sur vos enfants, est-ce que, pour vous, la personne âgée fragile, ça représente encore autre chose ?

- E11 : Personne âgée fragile. (silence) Elle a moins facilement de contacts avec les gens, c'est sûr. Là, je suis restée quatre ans sans connaître beaucoup de monde ici. Et puis, cette année, j'ai une, une voisine m'a persuadé de faire, d'aller au club des personnes âgées, quoi, pas des jeunes.

- I : D'accord. Pour y faire des activités de loisirs ?

- E11 : Non, non, même pas. Y a le loto, y a la belote, j'aime bien jouer aux cartes, voilà ! Ca occupe, ça occupe un après-midi par semaine, voilà.

- I : C'est bien, ça vous permet de faire de nouvelles connaissances.

- E11 : Voilà exactement, alors, là, oui, ça a été très bien pour moi. Voilà.

- I : D'accord, ça c'est très bien. Est-ce que vous voyez encore quelque chose à me dire par rapport à vos représentations de la fragilité de la personne âgée ?

- E11 : (silence) Oui, c'est la crainte, la crainte que tout s'amenuise, quoi que tout se dégrade. Une crainte.

- I : D'accord. Et cette crainte que tout se dégrade, c'est par rapport à quels événements, à quels éléments ?

- E11 : Par rapport à mes enfants surtout. (silence) Pas plus. La crainte de plus pouvoir m'occuper, de plus pouvoir sortir. Avant, je sortais beaucoup, je sortais le matin, je sortais l'après-midi, mais là maintenant.

- I : La crainte d'être moins autonome ?

- E11 : Oui. De perdre mon autonomie, ça, c'est (silence).

- I : D'accord. Est-ce que vous pensez à autre chose ou on a fait à peu près le tour de la question sur les représentations du sujet âgé fragile ?

- E11 : J'ai l'impression qu'on a fait le tour, il me semble.

- I : On passe alors à la question suivante.

- E11 : Oui.

- I : Allez, dites-moi, qu'est-ce qui peut rendre, selon vous, une personne âgée fragile ?

- E11 : Fragile (silence). La crainte de tomber. Parce que moi, j'ai fait des chutes. La crainte de tomber, la crainte de ce qui peut arriver en (silence), en mauvais quoi (rires).

- I : Qu'est-ce que vous entendez par « qui peut arriver en mauvais » ?

- E11 : Et ben de tomber, de perdre mon autonomie, de tomber malade, d'être hospitalisée (rires). Y en a des choses.

- I : D'accord. Tous ces éléments, vous considérez que ça peut vous rendre fragile, ou rendre une personne âgée fragile ?

- E11 : Oui, moralement tout au moins.

- I : D'accord. Est-ce que vous voyez d'autres éléments qui peuvent rendre une personne âgée fragile ?

- E11 : (silence) Je calcule. (silence) Non, c'est toujours pour moi, c'est toujours ces craintes.

- I : D'accord. Très bien. Au cours de ces vingt-cinq dernières années, c'est-à-dire depuis que vous avez 65 ans, est-ce que vous avez vécu une ou plusieurs situations dans lesquelles vous vous êtes sentie fragile ?

- E11 : (silence) Euh, physiquement ou moralement ?

- I : Globalement.

- E11 : Ah oui, j'ai perdu un fils.

- I : D'accord, c'était à quel âge ? Vous aviez quel âge vous ?

- E11 : (pleurs) C'était en 93, j'avais (pleurs avec émotion dans la voix), je calcule plus. C'est toujours resté là (en montrant son cou). Il avait 46 ans. (silence, avec émotion) Autrement, la mort de mon mari bien sûr. (silence) Et puis, qu'est-ce que je peux dire (silence), non j'ai pas eu de grande (silence).

- I : Après, par rapport au décès de votre fils, y a eu des circonstances particulières ? Si bien sûr vous voulez en parler.

- E11 : Oui, comment ?

- I : Ça a été une maladie, ça a été quelque chose d'accidentel ?

- E11 : Non, il s'est suicidé. (silence avec grande émotion) Et c'est moi qui l'ai trouvé. (silence et pleurs) C'était difficile. (silence)

- I : Après, par rapport à votre époux, lui, il est décédé (...) ?

- E11 : Il a fait un infarctus, et il est décédé au bout de neuf ans. Il a fait un gros infarctus.

- I : Il avait une insuffisance cardiaque ?

- E11 : Oui, oui, oui. (silence) Il est resté neuf ans malade, quoi.

- I : D'accord, donc là, ce sont deux grandes situations qui vous ont fortement fragilisé (...) ?

- E11 : Oui. Ça c'est sûr, ça c'est sûr. Mais, je travaillais, j'avais un travail qui me (...)

- I : Quand vous avez découvert votre fils, vous habitiez ici ?

- E11 : Non. J'étais dans le G... J'habitais à A...

- I : Et après, ça vous a poussé à quitter le lieu ?

- E11 : Non, non. Je suis restée à A... (tousse), j'ai fait des vertiges de Ménière il y a cinq ans, c'est ce qui m'a poussé à venir habiter par ici près de mes enfants. Parce que j'étais toute seule là-bas, et dès que j'avais un problème, ils faisaient 400 kilomètres pour venir, alors. Comme j'ai eu des problèmes, c'était plus sage.

- I : Vous vous êtes rapproché, comme ça maintenant vous avez votre fils à une dizaine de kilomètres de chez vous.

- E11 : Voilà, voilà.

- I : Ensuite, bon déjà, ça fait de très importantes situations qui vous ont fortement fragilisé, est-ce qu'il y a d'autres situations qui vous auraient fragilisé depuis ces vingt-cinq dernières années ?

- E11 : (silence) Je crois pas. Non. (silence)

- I : Tout à l'heure, vous m'avez parlé de chute.

- E11 : Ah oui, là j'ai fait des chutes.

- I : Vous en avez fait beaucoup ?

- E11 : Oh oui. (silence)

- I : Vous en faites combien ? Vous en faites fréquemment ?

- E11 : Oh oui, facilement. Je tombe facilement. Là, je suis tombée encore chez mes enfants. J'étais là pour les vacances de printemps, au mois de février, parce que mes petits enfants étaient venus, j'étais chez eux, et puis, j'ai accroché ma semelle je sais pas comment, et je suis tombée. Je me suis fait très mal (rires).

- I : D'accord. Et chaque fois, toutes les chutes que vous faites, c'est vraiment des chutes par maladresse ou (...) ?

- E11 : Oh oui, oh oui.

- I : Vous avez pas fait de chute (...) Allez-y !

- E11 : Ah, je suis tombée par maladresse, je me suis cassée le col du fémur à A... (rires).

- I : Ca, vous aviez plus de 65 ans quand vous vous êtes (...) ?

- E11 : Oh oui, oui, oui, oui, c'était y a (silence), je sais plus maintenant (silence).

- I : D'accord, et quand vous vous étiez cassée ce col du fémur, comment vous l'avez vécu ?

- E11 : Mal (rires). Juste mes enfants devaient venir passer quelques jours avec moi, bon, j'étais en clinique, j'ai été opérée. Je l'ai mal vécu d'être immobilisée, après, je suis restée dans une maison de repos, mais j'ai bien récupéré. Sauf qu'ils m'ont mis un clou trop grand, alors, j'ai eu beaucoup de difficultés et j'en ai encore. Je peux pas plier ma jambe comme il faut, je peux pas, voilà. Y a eu une erreur, bon ! L'erreur est humaine disons (rires). Ça m'a pas fait plaisir. (silence) Je marchais difficilement, j'arrivais pas à me remettre, j'ai fait des scintigraphies à N..., et donc, ils en ont conclu cette chose-là, que le clou était un peu trop grand. Voilà.

- I : D'accord. Bon, vous allez bien voir comment ça va évoluer, l'essentiel, c'est déjà que vous puissiez marcher (...)

- E11 : Je marche, oui, oui, je me débrouille bien encore (rires).

- I : D'accord. Bon, ça fait beaucoup de situations qui vous ont fragilisé ces vingt-cinq dernières années.

- E11 : Oui, finalement oui.

- I : Est-ce que vous (...)

- E11 : Je les oublie.

- I : Est-ce qu'il y en a d'autres ? Est-ce qu'il y a d'autres situations qui vous auraient fragilisé ?

- E11 : (silence) La vie avec mon compagnon là pendant quatorze ans. Il était hypochondriaque, il était maniaco-dépressif. Ça n'a pas été toujours facile. Il a fallu vraiment que je m'en sépare.

- I : C'était vraiment par rapport à son comportement ?

- E11 : Oui, oui. Il a fait une tentative de suicide, alors (silence). C'était trop (pleurs). (silence)

- I : Est-ce que vous avez d'autres situations qui vous auraient fragilisé en tête ?

- E11 : Non, c'est déjà pas mal (rires).

- I : Je suis tout à fait d'accord, ça en fait beaucoup.

- E11 : Là, non, je ne crois pas, je ne crois pas. Là maintenant, j'ai une vie assez calme quand même.

- I : Allez, bon, on va passer à la question suivante.

- E11 : Oui allons-y.

- I : Dites-moi, est-ce que vous mettez en place des stratégies pour lutter contre la fragilité ?

- E11 : Oulala (silence). Qu'est-ce que vous entendez exactement par fragilité ?

- I : C'est un peu tout ce que vous m'avez dit par rapport à ce que vous vous représentez de la fragilité, les situations que vous avez vécues.

- E11 : Oui, oui, d'accord. (silence) Je me laisse pas aller. C'est sûr. Je réagis. Je, heu, quand j'ai des mauvaises pensées, j'essaie de penser à autre chose, je m'occupe, je m'occupe, je tricote, je fais des mots croisés, j'écoute de la musique, je regarde la télé, je m'occupe. Je crois que c'est ça qu'il faut faire.

- I : D'accord. A part tout ça, vous mettez d'autres stratégies en place ?

- E11 : Non, non.

- I : Et est-ce que vous pensez qu'il y aurait d'autres stratégies qu'une personne âgée pourrait mettre en place pour lutter contre la fragilité, de façon globale ?

- E11 : (silence)

- I : Pas forcément uniquement pour les fragilités que vous avez vécues, mais aussi pour d'autres ?

- E11 : Non, non. Pour moi, je pense qu'il faut s'occuper beaucoup. Il faut aller de l'avant. Et puis essayer de repousser tout ce qui vient de mauvais en tête. C'est ma stratégie à moi disons. Pour rester quand même avec le moral, et puis un peu de gaieté. J'ai des petites filles et des arrières petits-enfants, qui sont, qui aiment bien que je leur raconte beaucoup de choses.

- I : Ça tombe bien, vous en avez quelques-uns !

- E11 : Oui. J'ai deux petites filles adorables qui me téléphonent tous les jours tantôt l'une, tantôt l'autre. Elles s'inquiètent beaucoup de moi. Je suis gâtée.

- I : Ca, c'est très bien, et en plus ça vous permet de garder le contact.

- E11 : Ah oui, même les petits m'appellent. La petite de 5 ans, c'est elle qui m'appelle. Ah, excusez-moi. (Le téléphone sonne, l'interviewée se dirige vers le téléphone situé dans la même pièce pour y répondre. Elle demande à son interlocutrice de la rappeler un plus tard et revient s'asseoir)

- I : Ça tombe bien, c'est une de vos petites filles qui vous appelait ?

- E11 : Non, une vieille amie (rires). Elle m'appelle souvent aussi. Elle habite pas ici, elle habite dans le G... On s'est séparé difficilement parce qu'on était très très liées.

- I : Elle n'a pas voulu vous suivre ?

- E11 : Ah non, elle est de là-bas elle. C'est elle qui est handicapée, qui marche très difficilement.

- I : D'accord.

- E11 : Alors, où en étions-nous ?

- I : On était en train de parler d'autres stratégies que d'autres personnes âgées pourraient mettre en place pour lutter contre la fragilité. Donc, vous, vous en voyez pas forcément pour d'autres personnes ? Ça ne vous arrive pas de vous dire, ah tiens, telle personne, elle devrait faire ça, ça irait mieux, par exemple ?

- E11 : Heu (silence), non, c'est vrai qu'ici, je fréquente pas beaucoup de gens. Les gens que je vois, c'est au club des personnes âgées. Toutes les personnes, je trouve qu'elles réagissent. Elles sont comme moi, elles vont de l'avant. Bon, voilà.

- I : D'accord, donc il faut réagir.
- E11 : Je pense (rires). Tant qu'on peut.
- I : D'accord. Donc, sur les stratégies compensatrices pour lutter contre la fragilité, est-ce que vous en voyez d'autres ?
- E11 : (silence) Non, je vois pas. Qu'est-ce que je pourrais vous dire d'autre ? Je ne crois pas.
- I : D'accord, allez, on passe à la question suivante. D'après vous, comment peut évoluer une personne âgée fragile?
- E11 : Comment peut évoluer ? Oh la la. (silence) Fragile, eh ben, il faut essayer de réagir et c'est toujours la même chose (rires). Il faut (silence). Il faut se pousser à faire des choses. S'intéresser, s'intéresser à ce qui se passe autour, à tout. Moi, je m'intéresse à tout, à la politique, à la musique (rires). Moi, je pense qu'il faut essayer de s'intéresser. Pas se replier sur soi-même (déclenchement d'un son émanant de l'horloge).
- I : D'accord. Pour vous, une personne âgée fragile, est-ce qu'elle peut s'améliorer, rester stable ou s'aggraver?
- E11 : Tout est possible. Si elle se laisse aller, elle peut s'aggraver. (silence) Si elle réagit, ça peut s'améliorer. C'est ma façon de voir.
- I : D'accord. Et rester stable ?
- E11 : Rester stable, oui peut être aussi.
- I : D'accord, il faudrait qu'elle fasse quoi la personne âgée fragile pour rester stable ?
- E11 : (rires) (silence) Ne pas trop se poser de questions (rires).
- I : Je vais vous poser quelques questions complémentaires. Qu'est-ce que vous attendez de votre passage à l'hôpital de jour des fragilités ?
- E11 : Ah ben, je voudrais savoir pourquoi j'ai cette perte d'équilibre, s'il y a une raison (silence) physique, voilà. Ça, ça m'inquiète quand même.
- I : Donc, un peu comprendre ce qui se passe au niveau de l'équilibre ?
- E11 : Voilà.
- I : Et trouver des solutions ?
- E11 : S'il y en a. Mais, au moins savoir d'où ça vient ?
- I : D'accord, vous ce qui vous intéresse, c'est de savoir d'où viennent vos troubles de l'équilibre.

- E11 : Oui, oui. Parce que ma mère tombait très souvent aussi. Et c'était une femme de tête, elle était très bien. Et puis un beau jour, elle a, elle s'est mise à vomir sans raison, et on a découvert qu'elle avait une tumeur au cerveau. Voilà (silence). Donc, quelques fois, j'y pense. Cérébralement, ça a l'air d'aller pour l'instant. Elle aussi, elle était bien, puis tout d'un coup, elle en avait une qui s'est développée en très peu de temps, dans le lobe frontal. Et en un mois, elle est partie. Ça aussi, ça a été, mais j'étais plus jeune. C'était assez frappant.

- I : A part pour les troubles de l'équilibre, est-ce que vous attendez autre chose de l'hôpital de jour des fragilités ?

- E11 : Non, je ne pense pas, c'est ce qui m'inquiète le plus. Parce que bon, je me débrouille.

- I : Donc, vous vous y allez surtout pour ces troubles de l'équilibre, pour qu'on comprenne qu'est-ce qui se passe et éventuellement trouver des solutions.

- E11 : Voilà s'il y en a.

- I : Pour vous, c'est le point principal. Vous n'attendez pas forcément autre chose de l'hôpital de jour ?

- E11 : Non. Non, non. Non, non. Non, je ne vois pas. Non, je me trouve bien autrement. Mais, c'est cette inquiétude des chutes que je fais.

- I : Là, si je vous pose la question, au jour d'aujourd'hui, est-ce que vous vous sentez fragile ?

- E11 : (silence) Pas trop. Non. Non, je me débrouille bien. Je fais mes courses et tout. Je fais tout. Je me débrouille bien. Non, non, ça serait plutôt voilà la crainte. C'est toujours ce que je vous disais, la crainte que ça, la crainte que ça se dégrade. Voilà. Il ne faut pas s'attendre à autre chose de toute façon (rires).

- I : Donc, au final, les troubles de l'équilibre, vous ne considérez pas que ça vous fragilise ? Vous considérez quand même que vous n'êtes pas fragile, mais qu'il y a quelques petits problèmes, notamment au niveau de l'équilibre.

- E11 : Oui exactement.

- I : Est-ce que vous seriez d'accord pour que je puisse récupérer la synthèse de votre évaluation clinique à l'hôpital de jour, pour pouvoir comparer votre sentiment actuel de fragilité actuelle et la conclusion de l'hôpital de jour ?

- E11 : Ah oui, tout à fait. Oui, oui.

- I : Avant de conclure, est-ce que vous avez autre chose à ajouter concernant la fragilité, ou des éléments dont on n'aurait pas parlé ?

- E11 : Ah ben oui, j'ai des douleurs musculaires. C'est ça qui m'inquiète aussi. C'est ça qui m'inquiète aussi. C'est pour ça que j'avais (sors un document préparé, arraché d'une revue, concernant la fibromyalgie), j'avais trouvé ça, je ne sais pas si vous connaissez.

- I : D'accord, par rapport à la fibromyalgie. D'accord.

- E11 : Parce que c'est ça qui m'inquiète aussi. Je ne vous en ai pas parlé, mais j'ai des douleurs musculaires. Alors, même au toucher, ça me fait mal. Les cuisses, les bras, même les muscles fessiers.

- I : D'accord, vraiment tous les muscles.

- E11 : Oui. Alors, le matin, quand je me lève, ça c'est, c'est dur. Du coup, je fais des étirements. Et puis, après, je prends mon petit Paracétamol.

- I : D'accord, et ça vous soulage ?

- E11 : Ca me soulage, mais je marche pas si facilement qu'il y a quelques temps. Ça se dégrade de ce côté-là.

- I : D'accord, ça, on va en reparler juste après l'entretien. D'accord ?

- E11 : D'accord.

- I : On va le garder (le document) sous la main. Est-ce qu'il y a d'autres éléments dont vous ne m'avez pas parlé et qui concerneraient la fragilité, et qui vous tient à cœur pour lequel je ne vous aurais pas posé de questions ? Ou parmi les questions que je vous ai posées, est-ce qu'il y a quelque chose qui vous revient ?

- E11 : (silence) Non, moi, j'ai mon arthrose qui se développe (rires). Je suis bourrée d'arthrose. Ma colonne vertébrale est en mauvais état bien sûr. Et voilà. L'arthrose, ça aussi, ça m'inquiète parce que je voudrais pas que ça me gagne trop. Maintenant, c'est au pied (rires), c'est mes orteils qui commencent à se (rires). Bon, je fais avec, mais bon, c'est gênant. C'est inquiétant.

- I : Donc, à part les douleurs musculaires et l'arthrose, et tout ce que vous m'avez déjà dit depuis tout à l'heure, est-ce qu'il y a d'autres éléments que vous voudriez ajouter ?

- E11 : Je vois pas, presque j'oubliais mes douleurs musculaires. J'ai pourtant tellement de choses qui m'inquiètent. Non, je vois pas. (silence)

- I : Bon, très bien. Si vous n'avez rien à ajouter, on va clore cet entretien. Je vous remercie beaucoup de votre participation.

- E11 : Avec plaisir.

Annexe 7 : Talon sociologique.

	1	2	3	4	5	6	7
Sexe	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Masculin	Féminin
Âge	83	70	75	82	68	82	65
Niveau d'études	BEPC	Bac professionnel	Licence de sciences et concours interne de professorat	BEPC	DUT	CAP tourneur ajusteur	Lycée (classe de 1 ^{ère}), puis école de bijouterie
Profession	Secrétaire	Secrétaire puis assistante maternelle	Professeur en lycée professionnel	Femme au foyer	Chef comptable	Tourneur ajusteur puis technicien de maintenance	Créatrice de bijoux puis encadreuse
Statut marital	Veuve	Mariée	Célibataire	Veuve	Divorcée	Marié	Célibataire
Enfants	0	1	0	0	0	1	0
Lieu de vie	Urbain - Appartement 4 ^{ème} étage avec ascenseur	Urbain - Maison plain-pied	Urbain - Maison avec étage	Urbain - Appartement 5 ^{ème} étage avec ascenseur	Urbain - Appartement 2 ^{ème} étage sans ascenseur	Semi-urbain - Maison plain-pied	Urbain - Appartement 6 ^{ème} étage avec ascenseur
Personnes au domicile	Vit seule	Époux	Vit seule, accueille parfois une personne	Vit seule	Vit seule	Épouse	Sœur
Aides humaines	Aide-ménagère	Non	Jardinier	Aide-ménagère	Non	Non	Non
Téléalarme	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Durée de l'entretien	22 minutes	52 minutes	75 minutes	11 minutes	19 minutes	17 minutes	24 minutes

	8	9	10	11	12	13	14	16
Sexe	Masculin	Masculin	Féminin	Féminin	Féminin	Masculin	Masculin	Masculin
Âge	79	78	86	90	80	83	83	66
Niveau d'études	Niveau certificat d'études	Licence et concours de l'éducation nationale	Niveau CAP couturière	Ecole de puériculture, puis école d'infirmière	Master de physique	Doctorat en chimie	Brevet des collèges	CAP de comptabilité
Profession	Boulangier puis employé service technique PTT	CPE	Femme au foyer	Infirmière	Maître de conférence universitaire	Enseignant chercheur à l'université	Dessinateur industriel	Gérant d'un café puis chef de magasin
Statut marital	Marié	Marié	Veuve	Veuve, puis séparée	Mariée	Marié	Marié	Célibataire
Enfants	1	1	2	2	4	4	1	0
Lieu de vie	Urbain - Appartement en rez-de-chaussée	Urbain - Appartement 4 ^{ème} étage avec ascenseur	Rural - Maison de plain-pied	Semi-rural - Appartement 3 ^{ème} étage avec ascenseur	Semi-urbain - Maison de plain-pied	Semi-urbain - Maison de plain-pied	Rural - Maison de plain-pied	Semi-urbain - Maison de plain-pied
Personnes au domicile	Épouse	Épouse	Vit seule	Vit seule	Époux	Épouse	Épouse	Vit seul
Aides humaines	Non	Non	Aide-ménagère	Aide-ménagère	Aide-ménagère	Aide-ménagère et Jardinier	Aide-ménagère et Jardinier	Aide-ménagère
Téléalarme	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui
Durée de l'entretien	25 minutes	24 minutes	26 minutes	25 minutes	26 minutes	16 minutes	21 minutes	22 minutes

Annexe 8 : Contextes d'énonciation des entretiens 8 et 13.

1. Contexte d'énonciation de l'entretien n°8.

1- Entretien, cadre de l'entretien et interviewé.

L'interviewé est un homme de 79 ans. L'entretien s'est déroulé au domicile de l'interviewé, dans la banlieue toulousaine, un mercredi après-midi. L'entretien a duré 25 minutes. L'entretien s'est déroulé dans le salon de l'interviewé, autour d'une grande table, et nous étions face à face. L'épouse de l'interviewé était présente pendant toute la durée de l'entretien et s'est installée sur le canapé, à l'autre bout de la pièce afin de ne pas interférer pendant l'entretien.

L'interviewé était très intéressé par cette étude, et a accepté d'y participer et de donner de son temps avec joie.

Un moment d'émotion marqué s'est produit pendant l'entretien lorsqu'il a évoqué son enfance difficile.

Comme pour chaque entretien, après une présentation rapide, je commence par l'entretien afin de ne pas interférer sur les réponses de l'interviewé. Puis, une fois l'entretien réalisé, j'ai expliqué à l'interviewé et à son épouse ce concept de fragilité, et sa place entre personne âgée autonome et personne âgée dépendante, et cette explication se termine par des informations sur les interventions prévues à l'hôpital de jour des fragilités. J'ai répondu à leurs questions pratiques concernant l'hôpital de jour. L'interviewé m'a dit qu'il comprenait mieux ce qu'on lui ferait à l'hôpital de jour et qu'il se sentait moins anxieux.

2- Résumé et points essentiels de l'entretien.

L'interviewé a été adressé à l'hôpital de jour des fragilités par son médecin traitant, sans explication sur la fragilité, après que l'interviewé ait évoqué des troubles cognitifs et qu'il ait bénéficié d'une évaluation cognitive par son médecin traitant : « *Absolument pas, rien du tout. Je ne connaissais pas d'ailleurs, même on en parlait souvent avec la généraliste, je lui ai dit vous savez des fois, je perds un peu la tête comme ça, mais ça en restait comme ça. Alors, alors quand même la dernière fois, elle m'a dit on pourrait faire un petit, je vais vous faire faire un petit test. (...) Donc, elle m'a dit bon mais écoutez, je vais quand même vous envoyer à, à l'hôpital de La Grave. Donc, c'est tout.* ».

Sa représentation de la fragilité lui évoque « *un handicap énorme* ». Par la suite, la discussion a surtout été développée autour de deux idées principales issues de son propre vécu, la limitation de la conduite : « *Voyez, il y a encore trois ans à peu près, je conduisais vraiment bien, voyez, sans problèmes, alors que maintenant, je fais vraiment bien attention* », et la limitation du bricolage : « *il y a quelques années, j'ai jamais été un grand bricoleur, mais enfin, je faisais pas mal de petits trucs quand même, pas mal de petits travaux que maintenant, je me sens pas, voyez* ».

Il a ensuite évoqué plus tardivement et plus difficilement ses troubles mnésiques l'ayant poussé à consulter, et sa colère devant cette situation : « *ça m'énerve de me sentir comme ça* ». Il exprime clairement sa crainte de développer une pathologie cognitive comme sa mère : « *C'est ça qui m'inquiète parce que maman a, l'avait aussi l'Alzheimer, voyez, donc je me dis est-ce que je ne serais pas comme maman* ». Il se demande s'il ne va pas finir comme sa mère : « *je me dis est-ce que tu ne vas pas finir comme maman ?* ». Il reconnaît que sa mémoire lui pose problème depuis « *une quinzaine d'années* », mais, c'est il y a seulement quelques mois qu'il a décidé d'en parler à son médecin traitant.

Ce qui rend une personne âgée fragile, ce sont les moments difficiles de la vie : « *vous savez la vie, j'ai eu une vie un peu très difficile* ».

Lutter est la principale stratégie compensatrice à appliquer. Sur le plan cognitif, il essaie de se concentrer au maximum : « *il faut essayer de bien te concentrer pour éviter de, essaie un peu de ne pas t'évader comme tu fais toujours d'un côté ou de l'autre* ».

Il considère que « *c'est difficile* », et ne croit pas pouvoir lutter : « *Je crois que je ne pourrais pas lutter* ». Mais, s'occuper de ses petites filles l'aide à oublier ses troubles de la mémoire : « *enfin voyez, je me sens un peu évadé, je me sens un peu évadé de tout ça. Je me sens un peu mieux.* ».

Une personne âgée fragile va s'aggraver, mais elle peut se stabiliser grâce aux conseils de l'hôpital de jour des fragilités. Il ne croit pas qu'une personne âgée fragile puisse s'améliorer, mais il l'espère : « *Je pense pas, je pense pas. Maintenant, je peux, j'espère me tromper.* »

Malgré certains points potentiels de fragilité que l'interviewé a évoqué, il ne se sent pas fragile.

3- Points nouveaux et inattendus de l'entretien.

Au cours de cet entretien, l'interviewé se représente la fragilité comme « *un handicap énorme* », élément non retrouvé jusqu'à présent.

Cet interviewé a également développé deux nouveaux points concernant sa propre représentation de la fragilité. Il a développé principalement des notions issues de son propre vécu. Il a relié sa fragilité avec une limitation de la conduite, notamment en lien avec des troubles de l'attention et de la concentration. Il a ensuite évoqué la limitation des travaux de bricolage dans sa représentation de la fragilité.

Concernant ses situations de fragilité vécues, cet interviewé a évoqué une fragilité liée à une intervention chirurgicale (cure de hernie).

2. Contexte d'énonciation de l'entretien n°13.

1 - Entretien, cadre de l'entretien et interviewé.

Pour cet entretien, nous avons décidé de recruter un couple pour diversifier la population et voir l'interaction de couple. Nous avons effectué, avec mon co-interne, le même jour, d'abord un entretien individuel, puis nous nous sommes regroupés tous les quatre pour réaliser l'entretien de couple.

Quand nous sommes arrivés, nous sommes entrés dans le salon et nous nous sommes assis tous les quatre. Puis, nous leur avons proposé de nous séparer pour pouvoir réaliser l'entretien individuel chacun de notre côté, pour éviter toute interférence. Puis, à la fin de nos entretiens individuels respectifs, nous nous sommes regroupés dans ce salon, et nous avons réalisés l'entretien de couple, en nous servant des informations recueillies au cours de chacun de nos entretiens individuels.

L'interviewé est un homme de 80 ans. L'entretien s'est déroulé au domicile du sujet situé à 30 minutes de Toulouse, un dimanche après-midi. L'entretien enregistré a été plutôt bref et a duré 19 minutes, il s'est déroulé dans le salon autour d'une table basse, en tête à tête. L'épouse de l'interviewé était quant à elle dans une pièce adjacente non communicante avec mon co-interne.

Je mets en route l'enregistrement et commence par faire le point sur les données sociologiques. Puis nous entrons dans le vif du sujet avec la première question du guide d'entretien.

À la fin de l'entretien je le remercie, éteins l'enregistreur numérique et attend mon co-interne et l'épouse de l'interviewé afin de réaliser l'entretien de couple.

2 - Résumé et points essentiels de l'entretien.

L'interviewé a été adressée à l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités par son médecin traitant car il y a quelques semaines, il a contracté une grippe assez sévère qui l'a beaucoup affecté tant sur le plan physique que sur le plan thymique.

Son médecin traitant ne lui a pas du tout parlé de fragilité, ni des objectifs et du déroulement de l'évaluation à l'hôpital de jour :

« Votre médecin traitant vous a adressé à l'hôpital de jour d'évaluation de la fragilité, qu'en savez-vous ? Rien, absolument rien... (silence) Rien du tout ? Non rien... Votre médecin traitant vous a-t-il parlé de fragilité ? Euh non absolument pas... Non, non, non, non il n'a absolument pas évoqué la fragilité et ma foi pff... Qu'est-ce que pff... Je ne sais pas ce que c'est finalement la fragilité hein... Je ne sais pas ce que c'est... (silence) »

En ce qui concerne le vieillissement, cela évoque pour lui en premier lieu la mort.

En ce qui concerne ses représentations de la fragilité, pour lui la fragilité c'est avant tout des difficultés à se mouvoir et donc la perte d'autonomie :

« Euh je pense qu'il y a des gens qui se déplacent difficilement premièrement hein, qui se déplacent assez difficilement et bon euh... »

Par ailleurs, il évoque sa peur de développer des troubles cognitifs notamment une démence de type Alzheimer qui est incurable et qu'il oppose aux troubles sensoriels du vieillissement qui certes sont désagréables mais qui peuvent être traités efficacement :

« (silence) Euh non... (silence) Il y a aussi cette fameuse maladie d'Alzheimer hein... (silence) Donc ça évidemment ça... C'est, c'est un coin qu'on n'ose pas soulever... (silence) (...) C'est quelque chose qui vous fait peur ? Euh oui, vraisemblablement oui... (silence) Parce que, oh... on s'aperçoit qu'on entend moins bien, qu'on voit moins bien etc. Il y a différents remèdes à ça, enfin je suppose... (silence) Ce qui vous fait peur dans cette maladie, c'est le fait que les autres éléments du vieillissement, on peut aller contre alors que dans cette maladie on n'a pas vraiment de solution à proposer ? Oui, non on n'a pas encore de moyens... (silence) »

Il évoque une seule situation de fragilité, très récente. En effet, il a contracté une grippe assez sévère durant l'hiver ce qui l'a beaucoup affaibli sur le plan physique mais au-delà il semble avoir pris peur et a même cru qu'il allait mourir : *« Oui j'ai eu pff ... (silence) J'ai eu ces temps-ci une assez mauvaise grippe qui m'a un peu secoué, fragilisé même peut-être et ça m'a donné quand même à réfléchir hein... A tout un tas de chose et évidemment... (silence) Je ne savais pas ce qui allait se passer, comment ça allait se passer... Je, je... »*

De façon très succincte, il confie qu'il a l'impression d'avoir moins de force et de vitalité sans vraiment développer.

Il met en place des stratégies de compensation de la fragilité comme le jardinage ou la marche.

Selon lui, l'évolution d'une personne âgée fragile va surtout dans le sens de l'aggravation et peut être de la stabilité mais en aucun cas de l'amélioration.

Lors de cet entretien, j'ai eu beaucoup de difficulté à obtenir des réponses aux différentes questions que j'ai posées, malgré mon insistance, le sujet répondait de façon toujours très succincte, parfois évasive et même péremptoire. Je me suis senti un peu gêné de devoir insister car j'avais l'impression de l'ennuyer.

Une des explications probables au fait qu'il ait des difficultés à répondre à mes questions est qu'il ne comprend pas pourquoi il a été adressé à l'hôpital de jour et surtout qu'il ne comprend pas du tout le sens du terme fragilité dans ce contexte, cette interrogation sur le sens du terme fragilité est bien présente tout au long de cet entretien : *« Avez-vous quelque chose à ajouter à tout ce que vous avez dit concernant la fragilité ? Non, absolument pas. Je ne comprends pas, j'avoue que c'est un terme qui me choque un peu ce terme de fragilité hein... C'est, c'est... C'est quelque chose qui me semble... pff pas valable hein. Je regrette de vous le dire mais c'est comme ça (rires) »*

3 - Points nouveaux et inattendus de l'entretien.

Aucun nouvel élément n'a été retrouvé au cours de cet entretien.

Representation of frailty in old subjects addressed by the general practitioner to the day hospital of Toulouse for the assessment of frailty.

Qualitative research on 15 subjects.

Introduction: Patients detected as frail by their general practitioner are addressed to the day hospital in order to assess their frailty. Our main objective was to collect to old subjects, before their assessment, their representation of frailty and frailties situations lived. Our secondary objectives were to gather compensatories strategies to fight against frailty and their expectations during the stay at the day hospital for the assessment of frailty.

Methods: We have conducted a qualitative research with semi-structured private interviews.

Results: 15 interviews were analyzed. The most often mentioned representations of frailty and situations of frailty experienced by the subjects interviewed were in the physical and socioeconomic environments. The subjects have spontaneously developed strategies to compensate their frailty. Patient's expectations were consistent with the day hospital's purpose for only two subjects and two other subjects had no expectation.

Conclusion: The representations of frailty and the situations experienced by the subjects addressed to the day hospital were various, mixed and different from the geriatric definition of frailty. Confusion was found on the one hand between frailty and aging and on the other hand between frailty and dependence. The results of our study could be used to improve the care of future patients addressed to the day hospital. Finally, it could be interesting to collect the representation of frailty among general practitioners.

Key words: Frailty – Elderly person – Geriatric assessment – Day hospital – General practitioner – Geriatrics – Representation – Qualitative research.

Représentations de la fragilité des sujets âgés adressés par le médecin généraliste à l'hôpital de jour des fragilités de Toulouse.

Étude qualitative auprès de 15 sujets.

Toulouse, le 10 décembre 2015

Introduction : Les patients repérés comme fragiles par le médecin généraliste sont adressés et évalués à l'hôpital de jour des fragilités. Notre objectif principal était de recueillir auprès de ces sujets âgés avant leur évaluation leurs représentations de la fragilité ainsi que leurs situations de fragilités vécues. Nos objectifs secondaires étaient de recueillir les stratégies compensatrices pour lutter contre la fragilité et les attentes de leur passage à l'hôpital de jour des fragilités.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative avec des entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats : 15 entretiens ont été analysés. Les représentations de la fragilité et les situations de fragilité vécues les plus abordées par les sujets interrogés concernaient le domaine physique et socio-économique. Les sujets mettaient spontanément en place des stratégies compensatrices pour lutter contre la fragilité. Les attentes des sujets interrogés concernant l'hôpital de jour n'étaient adaptées que pour deux sujets et deux sujets n'en avaient aucune.

Conclusion : Les représentations de la fragilité et les situations vécues des sujets adressés à l'hôpital de jour étaient diverses, hétérogènes et différentes de la définition gériatrique de la fragilité. Il existait une confusion d'une part entre fragilité et vieillissement et d'autre part entre fragilité et dépendance. Les résultats de notre étude pourraient être utilisés pour améliorer la prise en charge des futurs patients adressés à l'hôpital de jour. Enfin, il pourrait être intéressant de recueillir les représentations de la fragilité chez les médecins généralistes.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE.

Mots clés : Fragilité – Personne âgée – Évaluation gériatrique – Hôpital de jour – Médecin généraliste – Gériatrie – Représentation – Méthode qualitative.

Faculté de Médecine de Toulouse Rangueil – 133 Route de Narbonne –
31062 Toulouse Cedex 04 – France.

Directeurs de thèse : STILLMUNKES André, CHICOULAA Bruno.