

Année 2014-2015

2014TOU3-1138

2014TOU3-1139

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 2 décembre 2014

Par

Anne-Sophie KASSAB

Née le 11 Décembre 1984 à Bourg-la-Reine (92)

Et

Vincent BRISSEAU

Né le 15 Février 1985 à Châtelleraut (86)

**FREINS À LA MISE EN PLACE DES RECOMMANDATIONS DE
PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE CHEZ LES PERSONNES
ÂGÉES FRAGILES EN HAUTE-GARONNE**

DIRECTEUR DE THÈSE : Madame le Docteur Julie SUBRA

JURY :
Président : Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Assesseur : Monsieur le Professeur Bruno VELLAS
Assesseur : Madame le Professeur Fatémeh NOURHASHÉMI
Assesseur : Monsieur le Docteur Serge BISMUTH
Assesseur : Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA
Membre invité : Madame le Docteur Julie SUBRA

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
		Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur J.L. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépatogastro-Entérologie
M. MALAVALD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie	P.U.	
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B.	Chirurgie générale		
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FORTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREUEW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr VIDAL M.

Professeur Associé en O.R.L

WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A.	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSANG S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSANG N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Nous vous remercions pour votre dévouement et votre implication dans la formation des internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées. Nous vous remercions également de porter haut le flambeau de la médecine générale auprès des autres spécialités.

A Monsieur le Professeur Bruno VELLAS, nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail en tant qu'expert reconnu en gériatrie. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance. Votre implication au sein du Gérontopôle est un exemple. Merci d'avoir initié et coordonné les projets de prévention concernant nos personnes âgées.

A Madame le Professeur Fatémeh NOURHASHEMI, nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail en tant qu'expert reconnu en gériatrie. Votre dévouement en gériatrie contribue à travers vos recherches à une prise en charge plus humaine de nos aînés.

A Monsieur le Docteur Serge BISMUTH, nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail. Votre engagement au service de la formation des internes de Médecine générale nous touche particulièrement. Merci pour votre gaieté et votre chaleur humaine.

A Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA, nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail. Merci pour votre accompagnement à nos débuts de médecin généraliste lors des ateliers d'échange de pratiques. Vos conseils et votre expérience nous ont guidés ainsi que votre regard sur notre pratique, à travers vos lunettes vertes bien entendu!

Au Docteur Julie SUBRA, notre directrice de thèse, nous te remercions pour ton implication, ta patience, tes critiques qui ont permis l'aboutissement de ce travail. Fini les excuses de la thèse pour boire un verre le mardi soir mais surtout fini les surgissements intempestifs de la dropbox sur ton ordinateur ainsi que nos mails nocturnes et nos appels le dimanche soir... Enfin tranquille ! Merci encore pour tout !

Enfin, nous remercions les patients de notre étude et l'équipe de la fragilité de la Grave.

REMERCIEMENTS Anne-Sophie

A mes parents, qui m'ont encouragé pendant toutes ces années. A ma mère, merci pour nos fous rires, ton infailible soutien, ta confiance et ton dévouement à notre éducation. A mon père, qui sans nul doute, m'a insufflé cet intérêt pour la médecine, merci pour ton écoute attentive, ton soutien en toute circonstance, ta réflexion et tes paroles objectives (ooooh ! grand sage !). Je vous remercie pour les valeurs essentielles que vous m'avez transmises. Je vous aime.

A Raphaël, mon frère, qui garde un œil protecteur et tendre sur ses sœurs ;). Félicitations pour ton mariage. **A Aude**, ma chère belle-sœur: bienvenue dans la famille! Soyez heureux

A Constance, ma sœur chérie, qui me connaît tellement bien, ces dernières années nous ont énormément rapproché, merci de me livrer tes confidences, je serai toujours là pour les écouter...et aussi toujours là pour sortir et faire la fête ! Et pour faire les boutiques...et pour manger des sushis devant la télé, et pour ...

A mes grands-mères, qui vivent au Liban, loin de nous mais présentes dans nos cœurs chaque jour. A ma petite **Téta**, « hayété », tu vois ça y est j'ai enfin fini mes études ! A ma **Grany**, toujours aussi jeune et pimpante, qui me fait la plus grande joie d'être parmi nous ce jour. Yallah, demain shopping! Je vous aime. **A mes Jeddos, Georges et Joseph** qui me poussaient toujours à atteindre le meilleur.

A mes chers cousins Sokhn et Kassab, à Paris et à Beyrouth.

A mes maîtres de stage, les Dr Rey et Dr Suzanne qui ont su me faire découvrir la médecine générale et me conforter dans mon choix d'exercer cette spécialité. A la famille Rey tout particulièrement. J'ai passé de très bons moments avec vous, je me suis vraiment sentie en famille, c'était un moment inoubliable. Vive le pousse-rapière !

A Vincent, mon collègue de travail et ami. Merci pour ta patience, pour avoir su décrypter mes bouts de phrases énoncées à haute voix sans queue ni têtes lors de la rédaction, pour ton réveil militaire le matin, pour les fous rires (« nous sommes médecins professionnel»), pour l'ambiance détendue mais très studieuse, pour la nostalgie d'un retour à Lannemezan (que je n'aurai jamais cru possible !), à quand la rédaction de l'article! Je ne t'oublie pas **Julie**, merci pour l'accueil chaleureux au sein de ton foyer.

A Charlotte, Aurélie (Lolo) et Aurélie (Lili), mes amis d'enfance, toujours prêtes à se retrouver n'importe où, comme avant, même lorsque les années et la distance nous séparent. Rien n'a changé. Votre amitié m'est précieuse ;) OUKATÉPÉ BABOUN !!!!!!!

A Caroline, Orane et Edouard, ces années de médecine avec vous ce n'étaient pas de tout repos !! Beaucoup d'émotions, de soirées folles, de rebondissement, de révisions (mais pas trop...), c'est à vos côtés que je me suis construite. Merci d'être dans ma vie.

PS : Edouard, Ibiza c'est pas encore pour maintenant il me reste quelques semaines ;).

A Dolores, et sa philosophie tranquille : « maiiiiis Anne So, c'est le cycle de la vie !!!! ».

A Pierre-Yves, ton tour viendra bientôt cher confrère ;), après tout, nous sommes des « professionnels de santé » ;). A notre rencontre en P1 et à nos soirées Grand-rue !

A Alice, Sarah et Leslie (enfin à vous...je sens que vous vous impatientez...manquerait plus qu'elles mordent...) , merci pour cette amitié fofolle et intense, riche en confidences, en éclats de rire, en Chablis et bon dîners, en soirées impromptues et ses lendemains compliqués, en shopping aux galeries Lafayette...mouahahaha !! Je me succule avec vous. Force et honneur les girls ;).

A Audrey. Comme je fus inspiré le jour où j'ai décidé de t'accoster pour être ton binôme !!!!! Merci pour cette amitié naissante, pour ton soutien lors des moments difficile pendant notre internat et à l'internat. C'est formidable de se marrer autant ! Merci de m'avoir fait découvrir les fêtes de Bayonne ;). Et bientôt: à nous la Havane et les mojitos !

A tous les autres qui me supportent depuis des années, **à Caroline, Anne et Anne-Sophie**, les incontournables Independant Women de Poitiers ;), **à Vanessa, Virginie et Maud**, **à Camille et Noëlle, Laure et Marie, Saloua**, merci les filles pour votre amitié, **à Cyrille, Mikhael et Paupau, Loïc et Sarah**, merci pour les moments délirants passés avec vous.

A Thomas, qui veille sur moi

REMERCIEMENTS Vincent

A mes parents qui m'ont soutenu et supporté durant toutes ces années de médecine. Des joies de l'ECN, aux déboires de la P2-D1. Je vous remercie pour les valeurs essentielles que vous avez tenté de me transmettre ! Merci de votre soutien et celui de vos chers frères et chères sœurs !!!

A mes deux sœurs et à ce qui me sert de beaux-frères !! Merci à vous ! Pour Lucie, la correction des fautes d'orthographe, Jean-André mis en exergue pour toi ! Pour Pierre, le correcteur automatique sur Word, tu connais pas m'enfin !

A Mamie et Papi, pour tous ces moments de retour de semaines pictaviennes pendant lesquels un petit gâteau de Savoie m'attendait et pour la prune de 1981. Merci pour vos valeurs sur le travail et votre attachement à la terre qui font ce que je suis aujourd'hui.

A Mémère, avec qui j'ai appris dès mon plus jeune âge la fin de vie d'une manière incroyable, l'approche de la mort et l'approche d'un mort. Si je fais cette thèse aujourd'hui sur ce sujet et que la gériatrie est au cœur de mon métier, tu y es pour beaucoup. Merci pour ton humilité et ton écoute, tu seras toujours un exemple pour moi.

Aux Pr Roger Gil et Pr René Robert qui m'ont fait rêver concernant leur pratique du métier de médecin pendant mon externat à Poitiers. Votre attitude envers les patients et votre sagesse m'ont beaucoup touché et marqué au fer rouge pour de nombreuses années je pense.

A mes Maîtres de stage qui m'ont conforté tout au long de mon internat dans mon choix d'exercer la Médecine générale, Azzedine Assouan (vive Uglas) Gilles Alquier, Yves Carcaillet les albigeois et à Jean-Eudes Bourcier maître échographe urgentiste de Lourdes.

A tous les gériatres de Saint-Gaudens, mais surtout à Caroline Parneix, pour ton compagnonnage si précieux et pour ta vision très humaine ciblée sur le vieux euh la personne âgée, c'est bon !! Merci aussi pour ton esprit de synthèse si précieux.

Aux médecins que j'ai remplacé qui ont osé me confier leurs patients à leurs risques et périls. Merci à Magali Hinh-Thai, Hélène Serny, et le cabinet de Trie sur Baïse. Merci pour tous les échanges que nous avons pu avoir et plus particulièrement ceux gustatifs !!

A Anne-Sophie, oh là, que dire, merci pour tes pyramides, à la lumière de, où encore les

barrières, tant de prouesses de langage qui ont eu le mérite de me faire beaucoup rire ! Chers lecteurs, ces mots ont été gentiment disgraciés ! Merci à ton réveil si précis (à 2,3h près), merci à ta boulangère, ton vietnamien et surtout merci pour ta bonne humeur permanente. Pour toutes mes synthèses que tu as embellies, mes premièrement deuxièmement militaire que tu as su dompter. Je peux te le dire maintenant même si c'est dur, je suis d'accord avec toi !!!

A tous mes amis de médecine et plus particulièrement à **Jojo le corbeau** qui vient d'avoir son permis, bravo Jojo ! **A Gurbuz**, pardon je n'ai pas compris, nurbuz c'est ça ?, mon petit antenne 2 ou mon casque playmobile, tout dépend de l'humeur du jour, enfin mon référent brancardiologue!! Ta présence à Toulouse me ravit et je suis fier de notre amitié ainsi que celle de nos frisées ! Enfin, à **Pierrot** représentant Quechua mais reconverti depuis peu sur petit bateau, merci Nantes !

A tous mes amis Richelais, ça y est les copains, j'ai terminé l'école !

Enfin ces derniers remerciements vont à Julie, ma petite femme, qui non seulement m'a accompagné pendant toutes ces années de médecine mais qui surtout a le plaisir de me supporter depuis maintenant quelques années!! Merci de ton soutien infailible pendant toutes ces années mais aussi pendant ce travail. Merci de ton amour, de notre petite crotte chaude mon petit Louis, et du petit niglou que tu vas pondre...

« Les graines d'un vieillissement en bonne santé se sèment tôt »

Koki Annan

« Vieillir est naturel, savoir vieillir est culturel »

Georges Goma-Gakissa

TABLE DES MATIERES

I Introduction	3
II Objectifs	7
1. Objectif principal.....	7
2. Objectifs secondaires	7
III Matériels et méthodes	8
1. Type d'étude.....	8
2. Population d'étude.....	8
3. Déroulement de l'étude.....	8
4. Réalisation des entretiens et recueil des données	8
5. Analyse des données.....	9
IV Résultats	10
1. Description de la population étudiée	10
2. Analyse transversale thématique.....	10
2.1 Freins à la mise en place des recommandations de prévention	10
2.1.1 Freins liés au patient.....	10
2.1.2 Freins liés à l'environnement	13
2.1.3 Freins liés à l'encadrement par le médecin généraliste	13
2.1.4 Freins liés à l'encadrement par le spécialiste	15
2.1.5 Freins liés à l'encadrement familial	15
2.1.6 Freins liés à l'encadrement par les paramédicaux	16
2.1.7 Freins liés à l'hôpital de jour.....	17
2.1.8 Freins liés aux transports.....	17
2.1.9 Freins liés aux actions sociales.....	18
2.2 État d'esprit face à la mise en place des recommandations.....	18
2.2.1 Stade de contemplation	18
2.2.2 Stade de préparation.....	20
2.3 Concept du bien vieillir	21
2.3.1 Perception du vieillissement.....	21
2.3.2 Perception de leur autonomie.....	22
2.3.3 Perception de la dépendance	23
2.3.4 Perception de la place de la santé.....	24
2.4 Le sujet âgé et la prévention de la dépendance.....	24
2.4.1 Sentiment sur l'utilité des actions de prévention en général	24
2.4.2 Actions menées pour la prévention	25
2.4.3 Aides en place	26
2.5 Vécu de l'hospitalisation et de la mise en place des recommandations au domicile.....	27
2.5.1 Perception de la prise en charge de l'HDJ.....	27
2.5.2 Mode d'adressage.....	28
2.5.3 Fragilités retrouvées	28
2.5.4 Facteurs précipitant la fragilité.....	29
2.5.5 Le plan personnalisé de soins (PPS) perçu par le patient	29
2.5.6 Mise en place des recommandations	30
2.5.7 Encadrement du PPS	31

V Discussion	32
1. Freins psychosociaux du patient antérieurs à toute prise en charge.....	33
2. Freins liés à l'hospitalisation de jour	38
3. Freins lors de la mise en place des recommandations	41
4. Défaut de relation soignant-malade	44
5. Limites de notre étude	46
VI Conclusion.....	48
VII Références	50
VIII Annexes	55
Annexe 1 : Proposition de grille d'entretien semi-dirigé n°2.....	55
Annexe 2 : Extrait de matrice	57

I Introduction

Le vieillissement est un processus naturel et physiologique s'imposant à tous les êtres vivants qui doit être distingué des effets des maladies. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'âge de la vieillesse se situe à 65 ans et plus.

Ce vieillissement physiologique normal correspond à des sujets autonomes et en bonne santé. Ils représentent 65 à 70% des personnes âgées (1). Le vieillissement normal est à différencier du vieillissement dit « réussi », qui lui, correspond à des sujets âgés en « pleine forme ». Il se définit par le maintien des performances cognitives et physiques à un niveau élevé voire très élevé et est associé à un risque réduit de pathologies chez les sujets âgés. Il concerne une minorité des patients âgés (2). En opposition au vieillissement normal, apparaît le vieillissement pathologique faisant état d'une vulnérabilité de la personne âgée, responsable le plus souvent d'un déclin fonctionnel et de la perte d'autonomie. La dépendance d'une personne âgée est définie comme un état durable de la personne, entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser les actes de la vie quotidienne (3). Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans, puis augmente rapidement avec l'âge (3).

En 2010, en France, nous recensons environ 5,6 millions de personnes de plus de 75 ans et 1,2 million de personnes âgées dépendantes (60 ans et plus)(4). Ces dernières sont le plus souvent institutionnalisées, avec l'émergence d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Cette perte d'autonomie a donc un coût (dépenses publiques et privées). En effet, selon le rapport de Bertrand Fragonard, issu du groupe de travail lancé par Roselyne Bachelot, 34 milliards d'euros ont été dépensés en France en 2010 pour la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Si rien n'est fait, ces dépenses continueront de s'accroître puisqu'en 2040, les plus de 75 ans s'élèveront à plus de 10 millions et les personnes âgées dépendantes à plus d'1,55 million de personnes (2,3 millions en 2060) (4).

Corrélés à cette évolution démographique, les différents dispositifs (EHPAD, maison de retraite) ne permettront plus de prendre en charge toutes les personnes dépendantes nécessitant une aide médicale, par manque de place et de subventions.

Mais la dépendance n'est pas une fatalité. Elle peut être précédée d'un état de « vulnérabilité », qui permet de cibler une population particulière : les patients âgés « fragiles ». En France, la prévalence de la fragilité a été évaluée à 15,5 % des sujets âgés de plus de 65 ans vivant à domicile (5). Une des solutions possibles serait de prévenir la perte d'autonomie en repérant à un stade précoce ces patients à risque de dépendance. C'est de cette idée qu'a émergé dans les années 80 aux États Unis et au Canada le concept de

fragilité. Depuis, de nombreuses définitions de la fragilité ont été proposées, celle-ci apparaissant comme un concept dynamique et évolutif (6), chaque auteur ayant sa propre définition. Il existe plusieurs modèles théoriques de fragilité qui ne s'excluent pas les uns des autres (7), et qui peuvent être complémentaires (8). En 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) a adopté, quant à elle, la définition suivante de la fragilité :

« La fragilité se définit comme 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 » (9).

Les personnes âgées fragiles sont des sujets ni en très bonne santé (« fit elderly ») ni très malades (« too sick ») : elles sont dans un état intermédiaire et réversible (10). Même si un consensus sur la définition de la fragilité n'a pas encore été établi, son dépistage fait quant à lui l'unanimité. En effet, plusieurs études ont montré qu'une intervention gériatrique en soins primaires pouvait prévenir le processus d'entrée dans la dépendance en diminuant les risques de fragilité. Elles démontrent ainsi le caractère réversible de la fragilité (11). Un dépistage et une intervention précoce et spécifique pourraient donc retarder voire réduire la dépendance. Ces interventions sont basées sur l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) ou sur la Comprehensive Geriatric Assessment chez les Anglo-saxons. L'efficacité de l'EGS a été largement démontrée à plusieurs reprises aux États-Unis en terme de réduction de la morbi-mortalité (12), et ce d'autant plus qu'elle cible les sujets âgés fragiles (13). Elle permet d'élaborer des actions concrètes auprès de ces populations fragiles, avec une plus grande efficacité lorsqu'elle est réalisée à l'hôpital dans un service adapté (14). On observe également que ces interventions gériatriques permettent une réduction des dépenses de santé chez les personnes âgées fragiles recevant un programme de prise en charge sociale et médicale (15).

En tenant compte de tous ces éléments, il apparaît alors que le repérage et la prise en charge des personnes âgées fragiles font partie intégrante de la prévention chez la personne âgée (16). Cette nouvelle approche gériatrique préventive devient un défi pour les pays à population vieillissante (17). La France y prête une attention toute particulière puisqu'aujourd'hui elle affiche l'espérance de vie la plus longue mais occupe seulement la

dixième place européenne quant à l'Espérance de Vie Sans Incapacité (EVSI). L'EVSI en 2012 est de 61,9 années pour les hommes (espérance de vie 78,2 années) et de 63,5 années pour les femmes (espérance de vie 85,3 années) (18). L'altération de la qualité de vie chez les personnes âgées de plus de 65 ans survient plus tôt qu'en 2008 (62,7 chez les hommes en 2008) (19). Nous vivons donc plus longtemps mais en moins bonne santé. La prévention en gériatrie doit pour toutes ces raisons, être au cœur des actions de Santé Publique. Malheureusement, les dépenses de prévention de la dépendance pour les Groupes Iso-Ressources(GIR) 5 et 6 représentent 1,5 milliard d'euros, soit seulement 4% du coût total des dépenses de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées (aides professionnelles, frais d'hébergement, soins médicaux) (20).

Mettre en place des plans de prévention en gériatrie implique de mieux cerner cette population « fragile ». Pour cela, des moyens de dépistage simples et objectifs sont nécessaires. C'est ce que Fried a élaboré en 1994 en se basant uniquement sur des critères médicaux mesurables. Elle propose une définition phénotypique de la fragilité avec l'émergence du « syndrome de fragilité ». Fried définit la fragilité par cinq critères : *perte de poids, faiblesse, activité physique réduite, lenteur de la marche et faiblesse de la force de préhension* (21).

Une personne âgée est considérée comme « fragile » si elle présente au moins trois de ces critères. Elle est considérée comme « pré-fragile » si seulement un ou deux critères sont présents. Si aucun critère n'est présent la personne est considérée comme robuste. Ce phénotype de la fragilité facilite l'intégration de son concept dans la pratique clinique, en dichotomisant les sujets « robustes » des sujets « fragiles », permettant de décider de la nécessité d'une intervention (8). Ce projet de prévention de la dépendance de patients fragiles entre parfaitement dans le cadre de la nouvelle politique de prévention de la dépendance en France. Il rentre également dans les objectifs de la mission du Gérontopôle, qui mène des travaux de recherche dans le domaine du vieillissement et plus spécifiquement sur des actions de prévention en gériatrie.

C'est tout naturellement qu'en 2011, le Gérontopôle, en association avec le DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale) et soutenu par l'ARS (Agence régionale de Santé) crée l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. Il a pour objectif de repérer les personnes âgées pré-fragiles et fragiles afin de proposer un plan personnalisé de soins pour retarder l'entrée dans la dépendance. Ce repérage passe par le médecin généraliste qui se retrouve devant une difficulté car le patient âgé fragile n'est pas malade et ne se plaint de rien. Pour cela, un outil de dépistage de la fragilité en médecine de ville a été élaboré en se basant sur les critères de Fried. Il comporte six items s'intéressant

à l'isolement social, la perte de poids, l'asthénie, les difficultés à la marche, la plainte mnésique et la vitesse de marche. Une question dite d'«évaluation subjective» où le médecin donne son impression sur la fragilité de son patient, complète la grille (22). Après ce repérage, les patients sont invités à rejoindre l'hôpital de jour (HDJ) pour y être évalués sur la base de l'EGS. Au terme de cette évaluation, et de l'intervention possible de différents acteurs de santé (diététicienne, neuropsychologue, éducateur physique adapté...), les causes de fragilité sont ciblées et un Plan Personnalisé de Soins (PPS) (23) est mis en place pour chacun des patients. Ce PPS est adapté au plus près des besoins et ressources du patient. Plusieurs axes d'intervention sont proposés au sein de ce programme (par exemple kinésithérapie, incitation à la marche, renforcement musculaire, traitement de la dépression, enrichissement des repas, amélioration ou entretien cognitif, consultations spécialisée) (16). Ultérieurement, le suivi des recommandations est évalué par les infirmières du service par appel téléphonique à 1 et 3 mois afin de relancer la dynamique de prévention. L'infirmière évalue la qualité de vie du patient et la bonne mise en place du PPS. Le patient est ensuite revu à un an en hôpital de jour pour un bilan de réévaluation afin de mesurer l'efficacité des actions mises en place.

Depuis la création de l'hôpital de jour de la fragilité, un certain nombre de patients ont été évalués. Aujourd'hui, les résultats montrent que le dépistage réalisé par les médecins ayant adressé ces patients est efficace puisque 93,6% des patients fragiles ou pré-fragiles nécessitaient une intervention médicale (16). Le suivi du bon déroulement de la mise en place des recommandations de prévention de la dépendance devient, de fait, également une priorité et un domaine d'action à privilégier. Or le taux d'adhésion pour un programme mis en place après une évaluation gériatrique varie de 46 à 76% chez les personnes âgées (24). On peut donc supposer que le taux d'adhésion chez la population âgée fragile, tout en restant faible, n'est pas différent. Par conséquent, la connaissance des causes de non-adhésion devient toute aussi importante dans le projet de soins. Celle-ci apporterait plus d'éléments quant à la compréhension de cette population et permettrait sans doute une meilleure adhésion.

Afin de mieux comprendre ces causes, nous nous sommes penchés sur cette population non observante en recherchant les « freins » rencontrés lors de la mise en place des recommandations de prévention.

II Objectifs

1. Objectif principal

Notre étude a pour objectif principal de mettre en avant les freins à la mise en place des recommandations de prévention de la dépendance des patients âgés fragiles ou pré-fragiles de l'HDJ de Toulouse.

2. Objectifs secondaires

A travers cette étude, nous recueillons le vécu de l'hospitalisation et la mise en place des recommandations au domicile, nous évaluons également la compréhension de la prévention de la fragilité et le concept du bien vieillir. Enfin, nous souhaitons connaître la perception individuelle de l'autonomie.

III Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés. Le guide d'entretien a été réalisé grâce aux sept dimensions du PSQ (Patient Satisfaction Questionnaire) validé en France ainsi que l'article « Des données pour décider en médecine générale » (25, 26). Ce guide a été testé sur deux patients puis a été modifié (Annexe 1).

2. Population d'étude

Les critères d'inclusion sont les patients âgés fragiles ou pré-fragiles de plus de 65 ans qui ont été évalués sur l'hôpital de jour de la prévention de la dépendance et de la fragilité de Toulouse de septembre 2013 à juin 2014 et qui n'ont pu effectuer ou ont refusé de faire la ou les actions de préventions personnalisées à trois mois de leur passage à l'HDJ.

Nous avons souhaité, dans la mesure du possible, prendre autant d'hommes que de femmes avec des MMSE (Mini-Mental State Examination) différents et autant de patients pré-fragiles que fragiles. Le critère d'exclusion est le MMSE inférieur à 21.

3. Déroulement de l'étude

Les patients inclus sont appelés par les deux internes de médecine générale en fin de formation qui leur proposent un entretien anonyme à domicile. L'accord oral d'enregistrement est recherché auprès du patient avant l'entretien.

4. Réalisation des entretiens et recueil des données

L'entretien s'est déroulé au domicile des patients selon leur volonté. Les techniques d'entretien dit standard ont mêlé aussi bien la reformulation que les relances, le recentrage ou encore les encouragements à poursuivre (27). L'intégralité des entretiens a été enregistrée sur enregistreur vocal à proximité du patient. Les entretiens ont été retranscrits le jour même ou le lendemain par l'intervieweur sur un fichier Word®.

5. Analyse des données

Chaque entretien est analysé séparément par les deux relecteurs, puis les analyses sont mises en commun selon le principe de la double relecture. En cas de désaccord sur l'analyse, une discussion a lieu afin de se mettre d'accord sur le sens et le contexte exact des mots employés. Une matrice est ensuite élaborée sur un fichier Excel® avec regroupement des verbatim en thèmes, sous-thèmes, rubriques et sous-rubriques.

(Annexe 2)

IV Résultats

1. Description de la population étudiée

Sur les dix-huit patients inclus, onze ont accepté l'entretien, dont quatre hommes et sept femmes âgés de 67 à 91 ans. Sur ces onze patients, six sont diagnostiqués pré-fragiles et cinq fragiles. L'âge moyen est de 79 ans. Le MMSE moyen est de 26,5 (minimum et maximum respectivement de 23 et 29). La mise en place d'une activité physique a été recommandée pour dix d'entre eux. Sur le plan nutritionnel, sept patients devaient enrichir leur repas et deux devaient perdre du poids. Enfin sur les onze patients interrogés, sept présentaient un syndrome dépressif nécessitant un suivi et/ou un traitement. La durée moyenne des entretiens était de 23 minutes.

2. Analyse transversale thématique

2.1 Freins à la mise en place des recommandations de prévention

2.1.1 Freins liés au patient

2.1.1.1 Freins liés à leur état de santé actuel

Parmi les difficultés rencontrées par les patients pour mettre en œuvre les recommandations, les raisons de santé sont souvent évoquées. Les patients décrivent une **limitation physique** lors de leurs activités quotidiennes : « j'ai le cœur qui tape trop après là non je peux pas » (E1-7.1), « c'est bien beau de me dire marchez mais quand j'arrive à ma boîte aux lettres je n'en peux plus » (E3-9.2). **La douleur** revient également très souvent, elle sera d'ailleurs également un frein dans d'autres circonstances : « exercices qui sont plus ou moins réussis selon le serrage de dent » (E3-7.1), « alors je marchais oui, mais là pour l'instant j'ai arrêté parce que mes douleurs ont repris » (E6-13.1). Pour d'autres, **les troubles de la mémoire** les empêchent de mettre en œuvre correctement les recommandations : « tu as de la mémoire et moi je n'en ai pas alors j'ai fait ce que j'ai pu » (E2-9.2). Enfin **les troubles de l'humeur** paraissent être un facteur important de non-adhésion : « j'ai des moments de déprime » (E2-23.2), « et moi je n'ai plus envie, je n'ai plus envie d'autre chose, je suis bien chez moi, je suis pas malheureuse...je crois que je change de caractère quand même ... » (E7-35.3).

2.1.1.2 Freins liés à un événement intercurrent

Les événements imprévus, surtout liés à la santé en majorité, conditionnent aussi la mise en place des recommandations, notamment la survenue **d'une hospitalisation**: « le sport j'en n'ai pas fait suite à ce... » (E4-9.2), « j'ai passé 3 semaines à l'hôpital quand même » (E4-21.1). Mais aussi la survenue de **pathologies aiguës bénignes** : « je peux pas y aller, je peux pas aller mettre les microbes à tout le monde » (E1-11.4) mais aussi les événements plus sévères. **La douleur** est de nouveau citée comme frein : « depuis quelques temps ça s'est nettement aggravé, c'est maintenant mon fémur droit qui souffre » (E3-4.4). La non-adhésion peut aussi s'expliquer, pour certains, par une **amélioration transitoire d'un état, ici la douleur**. La disparition des symptômes entraîne le plus souvent un relâchement du suivi et de la prise en charge : « ça m'avait calmé, alors si vous voulez j'ai pas rempli le dossier qu'on m'avait donné pour aller dans le service de la douleur » (E6-8.1). Enfin, **les chutes et leurs conséquences** sont retrouvées lors des entretiens : « j'ai fait un terrible vol plané » (E2-9.3), « j'ai trébuché » (E2-4.7).

2.1.1.3 Freins liés à la personnalité

La personnalité du patient peut être un frein en elle-même:

- **indifférence aux relations sociales** : « j'étais dans un club...cette année, j'ai tout balayé, je supporte plus » (E7-34.2), « je suis assez sauvage quand même » (E1-37.1).
- **nonchalance** : « J'ai pas de la persévérance dans tout ce que je fais » (E1-14.2), « je me contente des traitements que j'ai » (E11-26.3), « je souffre et après bon c'est quand je peux plus que je vais... » (E6-9.7).
- **perfectionnisme** : « et moi je suis butée à ce trop...trop » (E2-26.3).
- **anxiété** : « parce que ça je suis stressée » (E7-9.1).
- **paranoïa** : « qu'est-ce que vous voulez qu'ils me disent? J'ai étudié y'a ... tout ça, j'ai des livres, j'ai fait un travail de psy, de... avec le Docteur Bim y'a dans les années 90 euh...j'étais très insérée dans le milieu de la santé pour récupérer les choses, et je suis assez pointue pour ce qu'il faut manger et ce qu'il faut faire. Je suis déjà assez pointue » (E10-5.6), « ah bé Je n'arrive pas à le croire encore, si je fais quelque chose pour moi, je n'arrive pas...je suis suspicieuse, je suis méfiante, je me dis qu'est-ce qu'il va falloir que je donne de moi » (E10-17.10).

2.1.1.4 Freins liés aux difficultés de changer les habitudes de vie

Certains ont des difficultés à changer leurs habitudes de vie **sur la nutrition**: « mieux manger on a toujours mangé à la campagne des choses saines » (E5-40.1); d'autres **sur l'activité physique**: « mais moi j'ai jamais été sportive » (E1-7.1), « marcher pour marcher non » (E11-12.3).

2.1.1.5 Freins liés à leurs croyances

La **peur de déranger** revient souvent: « D'aller enfin...embêter...prendre la place de quelqu'un qui... » (E6-9.6), « c'est quand même un peu beaucoup de la faire traverser pour me faire avaler deux pilules » (E7-19.3); ou la **peur du regard des autres**: « pfff voyez bien marchez avec des cannes: aahhhh mais qu'est ce qui t'arrive! » (E6-13.1). Quant à d'autres, ils sont dans le **déni de leur état de santé**: « Si! C'est que je n'en sens pas la nécessité » (E8-15.3), « oui mais j'ai jamais besoin de personne Charlotte! » (E8-36.4), « non...de ne pas entendre...moi je crois que j'entends » (E9-30.1). Certains **ne voient pas l'utilité du médecin**: « Euh...j'ai jamais eu affaire beaucoup aux médecins alors, quand je le vois pas, je crois que je me porte mieux » (E9-18.2). Enfin certains pensent que leurs troubles ne sont **liés qu'au vieillissement**: «...c'est peut-être l'âge aussi, je sais pas parce que je mange autant qu'avant...non un peu moins qu'avant et puis plus ça va moins j'ai envie de manger... » (E9-38.1).

2.1.1.6 Freins liés au manque de motivation

Plusieurs patients décrivent une **absence de motivation** pour effectuer les recommandations: « c'est dur moi maintenant de me motiver » (E1-14.1), « comme j'en n'ai pas trop envie, je vois pas des choses qui pourraient m'aider » (E5-25.1).

2.1.1.7 Freins liés à la situation financière

Certains ont des **difficultés financières** pour la nourriture « la viande je l'aime mais ça coûte cher » (E2-8.1) ou pour faire des activités physiques « je voudrais des activités physiques et sociales mais c'est cher » (E10-17.8).

2.1.2 Freins liés à l'environnement

2.1.2.1 Freins liés à la famille

La perturbation de l'environnement familial est un élément important: « Et là maintenant je n'ai pas recommencé. Bon on a eu des problèmes, entre temps et tout...ça m'a (dit tristement) bon...oui parce que j'ai un de mes frères qui est paralysé qui est...en maison de retraite et alors ça m'a contrarié disons quoi et je n'ai pas repris la gym voilà » (E5-9.3,4) et pour certains **être aidant principal** pose des soucis d'organisation: « je les vois rarement...ça m'arrive pas sou...d'abord ma femme est fatiguée...alors je peux pas la laisser, il faut que je sois tout le temps à la maison...et quand on va les voir, c'est 2 ou 3 heures de perdues, il faut que quelqu'un vienne pour ma femme et tout ça alors hein...» (E9-27.3,4,5,6).

2.1.2.2 Freins liés au manque de médecin

Certains ont des difficultés pour accéder à des consultations de médecine générale **par manque de médecins**: « ils sont deux docteurs mais ils ne consultent pas en même temps. Un jour c'est l'un un jour c'est l'autre alors ça fait que finalement c'est comme si y'en avait qu'un » (E1-20.5).

2.1.3 Freins liés à l'encadrement par le médecin généraliste

2.1.3.1 Freins liés au temps

Le **temps d'attente jugé trop long** en décourage plusieurs: « il faut attendre 2h-2h30 avant de passer » (E1-16.1), « c'est toujours plein archi plein, y'en a un qui est arrivé avec cinq policiers autour bon ils vous passent devant ça, ça m'énerve un peu » (E8-22.2). Les patients ont le sentiment parfois que **le temps de consultation est inadapté** à leur besoin: « oh c'est à dire elle a tellement de boulot aussi, on parle surtout de ce qu'on a et on s'étend pas » (E1-19.3), « il est un peu rapide je trouve » (E8-22.1).

2.1.3.2 Freins liés à un défaut de relation médecin-malade

Les patients décrivent une difficulté relationnelle avec leur médecin liée pour certains à un **manque de professionnalisme**: « je commence à plus avoir confiance. Disons que c'est plutôt un copain maintenant...c'est trop...trop proche » (E4-33-34-35) alors que d'autres trouvent au contraire que leur médecin est trop **paternaliste**: « à suivre les recommandations au pied de la lettre, ça c'est lui qui m'a dit ça et je sais que dans son esprit ça correspond à tout ça » (E2-16.1 et .2), « mon fils et la doctoresse en ont profité pour me dire la voiture c'est terminé » (E3-21.2). Le défaut relationnel peut être aussi secondaire à une **incompréhension entre le médecin et son patient**: « Mon médecin ne veut pas...avant lui...m'enfin j'avais déjà des problèmes de cœur...ne veut pas me donner des anti-inflammatoires costauds. Parce qu'alors j'ai eu des crises à ne pas pouvoir marcher ni rien! Et celui-là il a pas voulu bon je sais pas pourquoi mais il a dit ah non surtout pas, bon. Alors j'ai lâché mais hé la douleur elle reste! » (E7-37.1,2).

2.1.3.3 Freins liés à un manque d'intérêt du médecin généraliste

Pour certains, le médecin généraliste **ne s'intéresse pas de manière générale** à leurs problèmes: « il me pose pas beaucoup de questions » (E2-14.1), « Il me dit pas “vous avez mal là” il me dit “ça va” ça va docteur allez...il tape sur sa machine il me dit rien...il me le donne et quand j'arrive à la pharmacie je dis ça je le veux pas ça je le veux pas ça je le veux pas...parce qu'il me donne des médicaments qu'on me donnait avant que je prends plus mais...voilà comment ça se passe avec les médecins » (E9-35.3). Ils se retrouvent aussi face à un **désintérêt du médecin concernant le plan de prévention personnalisé**: « je crois qu'il n'en parlerait pas et qu'il n'en pense rien...même quand on soulève un détail, un résultat d'examen, il cherche dans son ordinateur » (E2-14.3) qui s'explique pour certains parce que leur médecin **ne s'est pas impliqué dans l'adressage vers l'HDJ**: « et bé je sais pas parce que c'est pas elle au fond...c'est l'autre docteur qui m'a envoyé » (E1-20.1). Enfin certains reprochent un **manque de suivi** de la part de leur médecin: « et bé justement! Y a pas de suivi! » (E4-37.1).

2.1.4 Freins liés à l'encadrement par le spécialiste

2.1.4.1 Freins liés à un défaut de relation médecin-malade

De même, pour les spécialistes, les patients se retrouvent face à des difficultés relationnelles suite à des **incompréhensions**: « alors je pouvais tout faire, enfin doucement ...ça me donne à réfléchir tout ça » (E4-23.5) **ou par manque d'intérêt du spécialiste**: « et bé j'y suis allée pour l'appareil parce que ça faisait pas bien et il a dit que l'appareil était très bon » (E1-17.3), « “alors vous pouvez vous lever ?“ je me lève “ah bon! Et vous pouvez marcher?“ et je lui dis oui...pas un kilomètre mais enfin je peux marcher “et ben c'est bien vous vous en tirez bien!“ » (E3-14.1). Pour plusieurs patients, **l'inefficacité et la mauvaise expérience chez le spécialiste** sont source de rupture totale entre le patient et son médecin: « je n'y suis pas revenu non point que j'ai quoi que ce soit contre lui...et parce que je me dis que ça servirait à rien du tout » (E3-15.2), « ah oui il m'a fait une piqure dans l'œil, ça s'est bien passé, et il devait m'en faire trois et il m'a fait la deuxième, si j'avais eu vingt ans de moins, je lui aurais mis mon poing sur la gueule, tellement j'ai eu mal, mais une douleur, je crois que j'ai jamais eu aussi mal de ma vie » (E9-22.2).

2.1.4.2 Freins liés au manque de disponibilité

La difficulté d'accéder à un spécialiste par **manque de disponibilité** freine l'élan de certains patients: « oui c'est vrai qu'il faudrait que j'aille le voir, il faudrait vraiment que j'aille le voir, mais pour prendre rdv...ils vous donnent un rendez-vous 1 mois ou 2 après...alors...hein » (E9-29.1).

2.1.5 Freins liés à l'encadrement familial

2.1.5.1 Freins liés au manque de stimulation

Certains patients trouvent que leur famille **ne les stimule pas** beaucoup: « la nourriture ils espéraient que je me débrouillais » (E2-19.9), « et bien c'était une marcheuse aussi, et je crois que...elle n'a plus les capacités, ça freine très vite...au bout d'un quart d'heure, d'une demie heure de marche elle commence à peiner et moi avant elle, alors ça n'arrange pas les affaires (E11-12.4), « ma femme a commencé par me refuser parce qu'elle ne pouvait pas marcher maintenant elle marcherait mieux et moi aussi » (E11-22.1).

2.1.5.2 Freins liés à l'infantilisation du patient

Quant à certains ils trouvent que leurs familles sont **trop présentes et les infantilisent** : « quand elle est là c'est comme si j'avais 20 ans au régiment, garde-à-vous, quand elle s'en va je respire » (E9-37.1 et .2).

2.1.6 Freins liés à l'encadrement par les paramédicaux

2.1.6.1 Freins liés à la prise en charge par le kinésithérapeute

Certains considèrent la **kinésithérapie inutile**: « la kiné j'y suis allé, j'ai dû y rester combien 15 jours...j'ai pas vu non plus où était l'intérêt...habitué à des exercices plus énergiques » (E11-11.6,7,8).

2.1.6.2 Freins liés à la prise en charge par l'ostéopathe

D'autres ont été freinés dans leur démarche par **l'avis négatif de certains professionnels de santé** ayant comme conséquence un abandon des activités prescrites: « il me dit le Pilate c'est très bien mais si c'est bien fait...si c'est mal fait que je me fasse mal...euh...alors c'est vrai que le Pilate j'ai un peu abandonné...» (E6-12.2).

2.1.6.3 Freins liés à la prise en charge par l'infirmière

Enfin certains pensent être piégés malgré eux par la nature intrusive des infirmières à domicile avec pour conséquence une **déresponsabilisation du patient**: « euh...ils veulent s'occuper...y'a quinze jours j'ai eu des vomissements, j'étais malade alors ils sont venus me faire les piqûres, et ils croient qu'ils sont autorisés à venir me faire les piqûres tous les jours alors j'ai dit, j'ai pas besoin de vous pour me faire la piqûre, mais ils viennent quand même » (E9-25.1).

2.1.7 Freins liés à l'hôpital de jour

2.1.7.1 Freins liés à un défaut d'organisation de l'HDJ

Certains des patients reprochent quelques ratés **liés à l'HDJ par oubli de convocation**: « on devait me convoquer » (E1-12.2) **ou liés à des interférences pendant la journée à l'HDJ**: « j'ai un peu tendance à la confusion parce qu'après les conseils et le départ de ce service, est arrivé un médecin qui avait pour charge de faire un constat de santé...qui comme moi avait vécu longtemps sous le passage des avions » (E2-5.1).

2.1.7.2 Freins liés à des propositions inadaptées aux patients

Certains ont trouvé leurs **recommandations inadaptées** à leur état: « oui seulement il faut tenir compte de nos capacités et de nos possibilités » (E2-26.1), « Et bé parce que j'estime que c'est encore un peu trop tôt, que je suis capable de le faire en faisant très attention » (E7-9.1).

2.1.7.3 Freins liés aux informations données aux patients

Certains estiment qu'ils ont reçu **trop d'informations**: « j'ai eu du mal à me retrouver dans ce fatras d'informations » (E2-8.2) et parfois elles sont **mal vécues**: « et puis quand on m'a dit que j'avais bien répondu, et que je n'avais ni démence, ni maladie d'Alzheimer, j'ai été...je me suis sentie abandonnée dans ce que je vivais » (E10-3.3).

2.1.8 Freins liés aux transports

Le transport pour certaines personnes devient un parcours du combattant, que ce soit pour **aller aux activités** ou pour **l'accès aux soins** avec pour conséquences une démotivation et un abandon: « Alors en plus on nous a changé les lignes de car, avant c'était assez près pour aller prendre le bus, maintenant il faut aller courir à la gare ou... bon... » (E7-28.3), « Non non...enfin c'est une question aussi...voyez j'habiterais Toulouse j'aurais continué » (E7-28.1).

2.1.9 Freins liés aux actions sociales

Certains ont eu des difficultés avec le **portage des repas**: « Ça, ça été infernal, ça a duré je sais plus combien de temps mais...alors là je ne mangeais plus...c'était...c'était pas bon » (E9-15 {2-3}).

2.2 État d'esprit face à la mise en place des recommandations

2.2.1 Stade de contemplation

2.2.1.1 Idées générales sur la mise en place des recommandations

Beaucoup ont des **idées, de manière générale, sur ce qu'il faudrait faire**: « faire des efforts...petits mais toujours et réguliers » (E2-25.1), « il faut avoir envie bon moi j'ai bien envie d'écouter, j'écoute euh...d'écouter leurs conseils mais y a des moments ou je...» (E6-28.2).

2.2.1.2 Prise de conscience de leur état de santé

Pour d'autres, la journée à l'HDJ fait naître **une prise de conscience**: « il y a une semaine j'ai réalisé que je ne devais pas m'alimenter correctement » (E2-22.11), « j'ai une conscience tout à fait précise de ma diminution intellectuelle » (E3-29.2).

2.2.1.3 Intégration de l'utilité de la prévention

Certains reconnaissent **l'intérêt d'une prévention**: « on fait tout pour nous inciter à rester indépendants mais bon voilà...» (E1-37.1), « je reconnais qu'elles m'ont bien aidé, j'ai la prof de gym, j'ai vu la diététicienne, j'ai vu plein de...non...c'est vrai que pour ça...» (E6-40.2).

2.2.1.4 Peur de la maladie

Chaque patient a son leitmotiv, **la peur de la maladie** pour certains: « si avant je ne voyais jamais de docteur, croyez moi que maintenant...j'ai peur » (E4-31.2), « et je voudrais surtout pas arriver à...au gâtisme là...» (E7-39.3).

2.2.1.5 Désir de rester autonome

Le **désir d'autonomie** pour d'autres: « je voudrais tellement rester autonome jusqu'à la fin » (E1-32.1).

2.2.1.6 Souhait d'action pour préserver sa santé

Enfin le souhait de **garder une bonne santé** peut être une motivation: « Et bé pour la préserver et bé j'aimerais faire davantage un peu plus de sport...davantage euh...pour quand même...pour me conserver quoi » (E6-30.1).

2.2.1.7 À priori sur les limitations à l'activité physique

Certains pensent pouvoir mettre en place certaines recommandations mais avec une **appréhension et des à priori** sur les conséquences: « mais c'est vrai qu'au départ je pense que je vais avoir les jambes lourdes, que je vais avoir mal aux pieds, ce qui est vrai...bon ce qui est pas un mal atroce, c'est une faiblesse... » (E8-33.3).

2.2.1.8 Impulsion pour la mise en place des recommandations

D'autres pensent pouvoir se motiver si la stimulation émane d'une tierce personne comme **les médecins**: « je sais pas si elle me disait peut-être mais bon...je sais pas » (E1-27.1); **les spécialistes**: « s'il me prenait de suite j'irais...et une heure plus tard je suis ici ...» (E9-29.3); ou bien si elle émane de la dynamique d'un **groupe**: « un groupe » (E8-30.1). L'impulsion peut aussi être provoquée par **un animal de compagnie**: « autrement, je sortirais bien, j'irais bien me promener, j'aime bien me promener, je me promenais d'avantage quand j'avais mon chien mais...c'est lui qui m'entraînait » (E11-20.8). Il ne manque à d'autres que le **premier rendez-vous**: « si j'y allais une fois peut être, si je reprenais...peut-être que je continuerais mais j'ai pas repris voyez...je sais pas mais il me manque peut-être...» (E5-23.2) ou l'instauration d'une **contrainte**: « une contrainte... quand j'ai un RDV, je vais toujours à mes RDV. Tant que j'ai pas de RDV bon...ah oui faut m'obliger quoi » (E8-30.2,3). Enfin certains se laissent guider par **la douleur**: « c'est la souffrance qui me fait bouger beaucoup pour ça » (E6-31.2).

2.2.2 Stade de préparation

2.2.2.1 Implication du patient

Certains ont un **désir d'action**: « bon disons que maintenant je vais reprendre ça sérieusement » (E4-9.3) ou un **projet futur** : « c'est mon projet...qui risque finalement de me coûter assez cher mais enfin » (E3-24.2).

2.2.2.2 Implication des médecins

Certains patients décrivent l'attitude qu'ils aimeraient avoir de leurs:

- **médecins généralistes**: « mais si vous voulez euh...je voulais quand même être suivi quoi...parce que j'ai besoin d'être euh... » (E6-17.2), « qu'on me gronde ? Qu'on me mette des mauvaises notes? » (E8-29.2).
- **médecins spécialistes**: « ou alors ils devraient davantage frapper sur la table avec moi je sais pas ... » (E6-16.2), « mon rhumatologue m'a dit soit c'est pour votre bien soit c'est celui pour le regard des autres » (E6-13.3).
- **médecins de l'HDJ**: « le docteur Ghisolfi veut que je sois pris en charge pour que j'aie dans une maison...par endocrinologue, psychologue, tout ça » (E6-20.2).

2.2.2.3 Implication de la famille

Certains pensent que l'implication de leur famille serait **utile** pour les motiver: « mes enfants sont tout à fait d'accord pour que je reste chez moi... » (E3-24.2), « l'intellect là on en fait...elle me contraint à jouer au scrabble » (E8-31.1) ou alors pensent que c'est **inutile**: « moi disons que je sens pas le besoin d'avoir un soutien, ma femme me suffit » (E8-28.1).

2.2.2.4 Implication d'une personne extérieure

L'intervention d'une **tierce personne** pourrait en aider certains : « mettons se promener ...euh...marcher ou...à deux...mais seule...on parle, on marche... » (E1-42.1), « Bon disons qu'il faut que je me mette...en club...enfin pas en club mais...qu'il faut que je sois accompagné d'autres...d'autres personnes quoi. » (E4-53.1). A l'inverse, d'autres savent que cela **ne changerait rien**: « oh non je ne pense pas davantage non » (E5-28.1), « je ne pense pas (stimulation par le médecin) » (E11-25.2).

2.3 Concept du bien vieillir

2.3.1 Perception du vieillissement

Pour certaines personnes âgées, **le vieillissement arrive avec son lot de problèmes** : « le vieillissement comme toutes personnes âgées, parce que je pense que toutes personnes qui avance en âge, sentent qu'elles perdent la mémoire. Moi je ne fais pas exception » (E2-1.2), ou au contraire pour d'autres, **le vieillissement n'est pas un synonyme de difficultés**: « j'en vois beaucoup de gens qui visitent les musées, qui se promènent et ... qui vieillissent bien, j'en ai vu une je ne m'en rappelle plus, des gens qui n'ont jamais été malades ou si peu » (E10-24.2).

Enfin certains ont des idées bien précises sur le vieillissement : « bien vieillir, ne pas être sur un fauteuil roulant » (E5-34.1).

2.3.1.1 Appropriation du vieillissement

Chaque patient avec son vécu, s'approprie le vieillissement. Celui-ci est **plus ou moins bien accepté**: « faut pas demander l'impossible quand même, on a l'âge et aussi les troubles » (E1-35.2), « la respiration jusqu'à présent, je n'en avais pas trop souffert, mais je commence à sentir, il faut pomper quand on fait des efforts inhabituels, je dis pas des efforts extraordinaires, des efforts euh...marcher un peu plus vite monter les escaliers » (E11-33.6) ; **voire pas du tout accepté**: « parce que quand je fais euh...quand je bosse toute une matinée à la maison là si je reste...pfff...quand je me rassois l'après midi et que je me relève on dirait une vieille qui se lève là...» (E6-14.2), « je suis là, je sers pas à grand chose, pour pas dire que je sers à rien...» (E7-39.3), « disons que je voudrais vivre comme quand j'étais jeune quoi...sans douleur » (E8-32.1). **Certains sont nostalgiques de leur jeunesse**: « et puis je...automatiquement on se souvient toujours comment on marcherait comment on était. Quand on est en train de marcher seul sur le trottoir sur la route on s'est putain y a dix ans j'aurais fait ça en courant. Les regrets quoi...regrets de son corps » (E8-33.3,4).

2.3.1.2 Devenir souhaité

Les patients ont exprimé leur souhait quant à leur devenir:

- **rester autonome** : « pouvoir continuer comme on est en ce moment » (E5-34.2).
- **être en bonne santé**: « bien vieillir bah oui ça me parle, j'aimerais bien vieillir, pas avoir les douleurs que...enfin voilà quoi. Être bien dans mon corps quoi ! » (E6-32.1).
- **poursuivre ses loisirs**: « je dirais voyager...j'ai déjà pas mal voyagé mais ça ce serait encore de très beaux rêves » (E11-30.2 et 3).
- **être entouré**: « ah ben, comme je vis moi...normalement...c'est sûr si j'avais ma fille ici, ce serait et mes petites filles ça serait énorme, mais aller je peux pas aller habiter à Paris » (E9-43.1,2,3).
- **ne pas souffrir**: « en espérant que je ne souffrirais pas trop, c'est tout ce que je peux espérer » (E7-33.3).
- **avoir de l'argent**: « ce n'est pas être malade, c'est d'abord avoir suffisamment d'argent pour ne pas faire grise mine. » (E10-24.2).
- **mourir chez soi**: « j'espèrerais être chez moi...pas aller à l'hôpital, pas...si je m'éteins, et ben faut que je m'éteigne comme mon père s'est éteint dignement » (E9-52.1 2).
- **refus d'aller en maison de retraite**: « ah j'vais vous dire puisque vous posez la question j'ai dit à ma fille, ne...surtout ne m'emmenez pas dans une boîte de dans un, dans une maison de retraite, surtout pas ça, ça c'est ma fin... » (E11-34.2 et 3).

2.3.1.3 Devenir indécis ou pessimiste

Certains sont plus **indécis** quant à leur devenir ou **ne l'envisagent pas du tout**: « oh j'en sais rien...je peux être ici...comme je peux être dans une maison, comme je peux être ...au cimetière » (E1-40.2), « ce qui m'ennuie c'est que j'ai un escalier bon...alors peut-être je coucherais sur la canapé...je sais pas » (E7-40.1), « ah je n'y ai vraiment pas pensé, au jour le jour, et dans 5 ans on verra bien, ça je ne peux pas vous répondre là hé !! » (E5-44.2), « pas très loin, pas très loin parce que là ça tourne mal » (E11-33.1). D'autres sont très **pessimistes voir morbides**: « en principe je serai dans le trou ! » (E3-34.4), « je vais vous dire que maintenant il me tarde d'arriver au bout et y a que ça qui m'intéresse maintenant...parce que j'en ai ras le bol » (E7-33.2).

2.3.2 Perception de leur autonomie

2.3.2.1 Vécu antérieur

Les personnes interrogées perçoivent leur **autonomie passée à travers des activités perdues**: « avant je vadrouillais avec ma petite voiture...ça me manque de me mettre les fesses dans la voiture et d'aller chez le toubib et d'être obligé de dire à la gamine accompagne moi...c'est le manque d'indépendance ou si vous voulez » (E3-27.1), « ah bah avant je faisais du jardinage » (E2-21.7). Et pour d'autres, **l'autonomie était liée à des relations sociales**: « avant quand j'allais marcher j'y allais avec une dame là qui habite dans l'immeuble » (E1-42.1), « j'étais dans un club là, un club de Colomiers enfin bon, qui était assez intéressant quand même, bon surtout la lecture enfin bon, on avait des réunions de lecture de choses comme ça, où on rencontre du monde , on discute, enfin bon, sans compter tous les autres clubs...» (E7-34.2).

2.3.2.2 Autonomie actuelle

Les personnes âgées ont une idée bien précise de leur autonomie aujourd'hui et ont **conscience de son importance**: « pour le moment je touche du bois je suis encore autonome » (E1-18.2). Pour certains, leur autonomie est liée à **leurs déplacements**: « elle me conduit là où j'ai besoin d'aller et donc j'ai une relative autonomie grâce, par le truchement de...» (E3-22.3). Pour d'autres, elle est liée à **l'aide humaine sollicitée**, d'ailleurs souvent mal vécue: « on finit par s'y résigner! Parce qu'il n'y a pas d'autres solutions! ça sert à rien de râler...la tête marche encore à peu près convenablement c'est déjà pas mal » (E3-27.2), « mais si vraiment on est en mauvaise posture comme on dit et bé comment faire autrement...les jeunes ils ont leur vie aussi. On ne peut pas leur demander...» (E5-36.2). Enfin, un thème récurrent est **l'absence de douleur qui facilite l'autonomie** « pour être autonome il faudrait que je n'ai pas de...de l'arthrose » (E7-36.1).

2.3.3 Perception de la dépendance

Certains patients ressentent une réelle **aversion de la dépendance**: « je sais que je suis mal quand je vois les émissions je peux pas...on fait voir des maisons de retraite » (E1-32.1), « oui c'est ça. C'est ça. Moi je peux pas regarder quand il y a un malade à la télévision qui passe, qu'on sort du lit, qu'on va laver et tout moi je supporte pas, je me dis putain pourvu que ça m'arrive pas. Et je sais que malheureusement ça peut m'arriver... » (E8-37.1). Quant aux autres ils sont plutôt **fatalistes**: « je me dis après tout ça doit pas être catastrophique » (E5-30.1), « oh ça je ne sais pas si un moment donné on peut l'éviter » (E5-35.1), avec parfois **un sentiment très fort lié à l'âge**: « de toute façon je sais très bien qu'avec l'âge...moi autour de moi j'ai des gens âgés...que ça ne s'arrange jamais hein » (E8-34.1), et **à leur environnement** : « non non parce que honnêtement écoutez je suis pas malheureuse hein, bon j'ai la maison, j'ai le jardin, j'ai des amis, j'ai ma belle-sœur en face, qu'est ce que vous voulez de plus » (E7-31.1).

2.3.4 Perception de la place de la santé

La plupart des patients interrogés accordent une **place importante à leur santé**: « je dirais que c'est la chose la plus importante parce que c'est ce qui nous mine et qui m'empêche de faire ceci ou cela » (E3-27.1) tandis que **certains sont plus évasifs**: « je suis en train de me demander si j'ai jamais accordé beaucoup d'importance » (E11-29.1). Enfin il persiste des **croyanances** en terme de santé : « je suis à la retraite et depuis que je suis à la retraite, il m'arrive que des conneries. Tant que j'étais au boulot tout marchait » (E4-7), « si je tombe malade, c'est parce que ça doit venir » (E9-41.2).

2.4 Le sujet âgé et la prévention de la dépendance

2.4.1 Sentiment sur l'utilité des actions de prévention en général

Certains émettent un **sentiment d'intérêt**: « c'est indispensable » (E3-33.1), « je crois que oui...c'est une fonction du malade...c'est ce que j'aime » (E11-32.1,2). Et d'autres ne trouvent pas d'intérêt parce qu'ils pensent être **trop vieux**: « bah c'est un peu tard hé » (E7-38.1) ou parce qu'ils trouvent que c'est **inutile**: « non je ne pense pas qu'il y ait quelque chose à faire » (E9-40.5).

2.4.2 Actions menées pour la prévention

2.4.2.1 Actions menées par le patient

Sans le définir comme tel, les patients sont effectivement dans une dynamique de prévention en ce qui concerne **leur santé**: « bon le dentiste je m'en occupe demain on m'arrache une dent » (E1-17.4), « pour être sûr...j'ai un semainier j'ai tout ce qu'il faut, notez que je l'avais déjà » (E7-9.1); **leur bien être**: « il y a quelques jours de cela je me suis fait conduire à l'institut de beauté pour me faire faire un massage... » (E3-33.2) ; **les activités physiques**: « parce que je l'ai faite pendant longtemps la gym » (E5-9.2), « à part sortir pour aller promener la chienne, ça m'oblige à sortir tous les jours, ça c'est vrai je sors quand même pas mal...oui...je marche beaucoup, voilà. » (E7-32.1) et la **stimulation cérébrale**: « je m'amuse à faire quelques mots fléchés » (E3-29.1).

2.4.2.2 Actions menées par la famille

« j' ai un frère, il m'avait fait une liste en me disant nourriture des centenaires » (E2-10.2), « mon frère m'avait dit il faut que tu marches au moins une... » (E2-13.2)

2.4.2.3 Actions menées par le médecin généraliste

Le **médecin généraliste** joue un rôle dans les actions de prévention: « alors le docteur m'a regardé la bouche un jour tout ça, bouh il m'a dit, mais vous allez souvent chez le dentiste? » (E1-29.5), « mon médecin m'avait dit au début quand il me trouvait seule d'aller marcher 2h le matin 2h l'après-midi » (E2-13.2).

2.4.2.4 Actions menées par le spécialiste

Ainsi que le spécialiste: « Il faut que je marche avec des...alors euh...mon rhumatologue m'a dit de marcher avec des cannes... » (E6-13.1).

2.4.3 Aides en place

2.4.3.1 Aides de la famille

La famille constitue une aide précieuse pour certains patients: « on discute et puis il me répare les petites conneries que j'ai pu faire et puis il s'occupe surtout de mes intérêts, j'ai tout. Il m'apporte des fruits il me fait des ravitaillements » (E3-20.2).

2.4.3.2 Aide ménagère

Pour d'autres, l'aide leur est apportée par une **personne extérieure**: « j'ai pris le service d'une petite jeune fille...qui déjeune avec moi...elle va faire les provisions » (E3-20.4).

2.4.3.3 Aide paramédicale

Les **soins à domicile** sont également importants: « l'infirmier c'est lui qui vient ici » (E4-25.2).

2.4.3.4 Aide financière

Enfin l'**aide financière** apportée par l'État ou par des organismes privés est très utile: « J'ai été reconnu par l'APA » (E2-11.3), « le chèque emploi service me permettait à des prix raisonnables d'employer quelqu'un pour un peu de jardinage » (E2-20.2).

2.5 Vécu de l'hospitalisation et de la mise en place des recommandations au domicile

2.5.1 Perception de la prise en charge de l'HDJ

2.5.1.1 Vécu de la journée

Les sentiments retenus sur le vécu de la journée sont plutôt **positifs**: « c'est très bien hein, j'ai passé une journée très intéressante, avec des gens, tout le monde très gentil...une journée très agréable c'est vrai » (E7-30.2), « si c'est très bien » (E1-9.3); avec pour certains un **bénéfice ajouté**: « on s'est très bien occupé de moi » (E1-9.1), « elle m'a rassuré (...) qu'est ce que vous voulez ça me rassure » (E5-22.2). A l'inverse certains **points négatifs** sont apparus: « bah disons que j'ai trouvé un peu long, j'étais un peu sidéré » (E1-1.1), « Le seul reproche que je ferai...j'étais énervé quand même parce qu'il fallait attendre jusqu'à 16h pour voir le docteur, tout ça enfin bon, et ça commençait à m'énerver sérieux parce qu'on n'avait plus rien à faire de moi dans l'après midi, et...plus le fait que j'étais pas bien...je pense que peut-être on aurait pu me renvoyer par une ambulance ou quelque chose comme ça » (E7-4.4). Plusieurs patients sont allés à l'HDJ avec des **a priori** sur ce qui les attendait: « en croyant que c'était que la matinée » (E1-1.1), « et quand justement je devais aller là-bas ça me stressait » (E7-4.2). Il y a tout de même plusieurs patients qui ont **oublié** leur journée a l'HDJ: « La première fois je ne m'en souviens pas » (E5-6.1), « me souviens pas très bien d'ailleurs » (E7-1.2), « est-ce que je m'en souviens bien? Voilà le problème » (E11-1.4).

2.5.1.2 Informations données au patient sur son état de santé

La plupart ont retenu des bribes d'informations de **manière générale**: « que c'était assez bien, en gros ce que j'ai retenu, il m'a été dit que ça n'allait pas trop mal » (E2-4.1), « ils m'ont dit que c'était pas affolant...Qu'il n'y avait rien de, pour dire de...me porter vraiment souci » (E5-5.2 et .3). Pour d'autres, les informations ont **été oubliées** ou encore certains disent n'avoir **reçu aucune information**: « on ne m'a rien dit » (E3-3.1), « par contre c'est vrai que sur ma santé on ne m'a pas dit grand chose » (E6-4.1), « ben rien de particulier » (E11-5.2).

2.5.1.3 Motif d'envoi à l'hôpital de jour

Beaucoup ont **compris** pourquoi ils avaient été envoyés à l'HDJ: « parce que mon problème c'était...j'aurai aimé savoir si j'avais euh...un début d'Alzheimer voilà! » (E7-3.2); « parce que j'avais comme des absences » (E5-3.1), « c'était dans le but de nous aider...à vivre » (E11-3.1 et .2); d'autres **ne savent pas du tout**: « on me disait le lieu mais pas le motif » (E2-18.3), « à la vérité non » (E3-1.1). Et puis il y a eu des **déceptions**: « qu'est ce que je venais foutre là...parce que bon moi c'est vrai c'était surtout perdre le... » (E6-39.1), « on m'a proposé cette journée parce que je suis...apparemment je fais une pubalgie » (E6-2.1).

2.5.1.4 Sentiment sur l'utilité de l'HDJ

Plusieurs patients interrogés trouvent que l'HDJ est **utile et efficace**: « on verra si j'ai progressé ou si j'ai descendu...moi je trouve que c'est très bien ce qu'ils font justement pour les personnes âgées » (E1-10.2), « ah bé oui !! parce que sinon je ne serai pas là, ou bon vraiment je pense euh...que je suis tombée sur quelque chose qui va m'aider davantage à voir ce qui m'arrive quoi » (E6-27.1). Et d'autres n'en **perçoivent pas l'utilité**: « personnellement ça en m'a pas beaucoup avancé » (E3-1.5); « c'est vrai que j'étais un peu déçue de ce qu'on m'a apporté finalement maintenant au centre de la fragilité » (E6-5.1).

2.5.2 Mode d'adressage

Le mode d'adressage est très varié: **médecin généraliste**: « et bé c'est le docteur G. » (E1-3.1); **médecin spécialiste**: « je suis allée voir un endocrino (...) qui m'a dirigé sur l'hôpital de la fragilité » (E6-2.2); **famille**: « je crois que c'est ma fille qui avait ramené de l'hôpital (...) des prospectus » (E11-4.1) ou **le patient lui-même**: « oui moi ...euh en réalité c'est moi qui l'avait demandé...! » (E7-2.1). Pour certains le mode d'adressage est **inconnu**: « je ne sais plus » (E2-18.1).

2.5.3 Fragilités retrouvées

2.5.3.1 Fragilités médicales

Quelques patients arrivent à décrire les principaux problèmes retrouvés lors de cette hospitalisation: « c'est un petit peu de dépression » (E1-5.1), « ce qui m'handicape beaucoup c'est de pas avoir d'équilibre et de ne pas entendre » (E1-18.3), « je maigris mais je sais pas pourquoi » (E9-38.1), « j'ai des troubles de la mémoire » (E2-1.1).

2.5.3.2 Fragilités sociales

L'isolement du patient est très souvent mis en avant: « avec le chien et c'est tout ...je me plains beaucoup d'être seule...et de pas avoir de contact » (E1-5.1), et ce pour diverses raisons. Il peut être secondaire à une **modification de son environnement:** « avant c'était un village les années passées, maintenant vous connaissez personne » (E1-5.2), « ont supprimé des commerçants que nous n'avons plus...des tas de choses qui me rendent la vie plus difficile » (E2-13.6) ; à **l'éloignement ou la disparition des membres de la famille:** « vous savez ma famille, mon mari est décédé, mes enfants sont à l'autre bout de la France...ma fille est à Paris et ma fille à Annecy » (E7-24.1) et enfin à la **perte des amis:** « la seule chose que j'avais c'était avec des amies... un jour j'allais chez l'une, un jour j'allais chez l'autre, malheureusement y'en a une qui a la maladie d'Alzheimer, qui est en maison, l'autre qui est décédée » (E1-7.1).

2.5.4 Facteurs précipitant la fragilité

Les deux facteurs décrits par les patients sont les **chutes:** « quant à la chute que j'avais faite qui m'avait valu 6 semaines d'hospitalisation » (E3-4.5) ; et les pathologies aiguës dont les **hospitalisations:** « opération du fémur...cette anesthésie, j'ai eu l'impression qu'elle me démolissait psychologiquement...depuis j'ai toujours eu des ennuis sur le plan psychologique, des oublis...ça tourne pas rond » (E11-1.4), « j'ai eu des problèmes, j'ai eu une pyélonéphrite, je suis restée 15 jours aux urgences et après on m'a mis dans une maison de repos et depuis non...ce n'est plus ça...» (E1-8.1).

2.5.5 Le plan personnalisé de soins (PPS) perçu par le patient

2.5.5.1 Informations retenues sur le PPS

Certains se souviennent de ce qu'il leur a été dit sur les actions à mettre en œuvre: « oui la prise en charge de la douleur » (E6-8.1) ; « de me mettre en contact avec des associations pour ne pas être seule quoi » (E1-6.2) ; « on m'a dit de faire un peu de la marche, de bouger, du vélo... » (E1-6.1) ; « on m'a dit qu'il fallait que je mange un peu de viande le soir » (E2-8.1) ; « oui parce que j'avais maigri » (E9-13.1).

2.5.5.2 Informations oubliées sur le PPS

Mais d'autres les ont oubliées...: « oh de faire...on ne m'a rien dit de faire » (E5-7.1), « pour la nutrition bon bah euh...rien d'extraordinaire je pense...je ne me souviens pas beaucoup » (E7-5.2), « de faire très attention, mais vous dire exactement je peux pas » (E9-6.1).

2.5.6 Mise en place des recommandations

2.5.6.1 Suivi des recommandations

Quand les recommandations sont mises en place, elles sont suivies au prix de certains efforts : « j'ai fait un effort là pour revenir dans le foyer » (E1-25.1) ; « je surveille aussi le poids et je suis contente de voir que ça ne varie pas trop » (E2-14.1) ; « j'ai quelqu'un qui vient, qui me fait faire les exercices, qui sont plus ou moins réussis selon l'état de longueur et le serrage de dents » (E3-7.1).

2.5.6.2 Personnalisation des recommandations

Et parfois les patients font ce qui leur semble correct: « je me suis fait une petite salade maison » (E2-8.2) ; « je l'ai fait toute seule...je vous dirai pas tous les jours » (E7-11.1) ; « oui, enfin, oui on met un peu plus d'huile quand on fait quelque chose mais euh... » (E9-13.2).

2.5.7 Encadrement du PPS

2.5.7.1 Par le médecin généraliste

Le médecin généraliste encadre le PPS **en stimulant le patient**: « alors ma doctoresse m'a dit: bon pourriez quand même essayer! » (E3-15.3) ; « il m'incite à marcher » (E2-16.4) et en **s'impliquant dans le suivi et dans la relation avec le patient**: « je suis bien suivie par ma doctoresse » (E3-4.2) ; « elle suit les résultats qu'on lui donne » (E6-18.1), « parfaite ! Parfaite. L'horreur: il s'en va! » (E7-18.1).

2.5.7.2 Par la modification de l'implication de la famille

La famille aussi soutient le patient à travers un **accompagnement physique et un suivi, que ce soit le conjoint ou les enfants**: « elle est venue pour poser des questions et tout parce qu'elle sait que j'entends pas ou que je comprends pas bien » (E1-22.3) ; « ma famille oui, mon mari est au courant, oui il le sait » (E6-24.1) ; « au contraire elle veut que je me fasse suivre » (E1-21.7) ; « oui oui mais même notre fille, elle insiste » (E5-23.1,2). **Le conjoint peut motiver le patient au quotidien**: « ma femme...qui m'a fait des petits plats plaisants » (E11-21.3), « oui mon épouse oui » (E4-41.1).

2.5.7.3 Par la modification de l'implication des amis

Le soutien des amis est important pour certains patients: « Et puis bon j'ai des amies aussi quand même et elles me soutiennent quand même, parce que quand elle voit que je souffre et tout... » (E6-25.1).

2.5.7.4 Par les professionnels de l'HDJ

Pour d'autres c'est aussi **l'intervention des médecins de l'HDJ** qui les motive: « C'est pour ça qu'elle me propose d'aller au château de...puisque je serai pris en charge par les kinés, par euh...une psychologue » (E6-26.1).

V Discussion

Cette étude qualitative avait pour objectif principal de trouver les freins à la mise en place du PPS des patients âgés diagnostiqués fragiles. Les principaux freins retrouvés ont été les facteurs psychosociaux du patient, la non-intégration du patient à son programme, la douleur, l'isolement ou encore un défaut de relation malade-soignant. Nous avons interrogé onze patients qui étaient passés à l'HDJ de Toulouse et qui n'avaient pas fait une ou plusieurs recommandations. La saturation des données a été validée avec les dixième et onzième entretiens (28). Utiliser la méthode qualitative pour notre étude est en soi novateur concernant cette population de personnes âgées fragiles puisqu'elle recherche des solutions émanant des patients eux-mêmes. Ce recueil de données a été réalisé grâce à un guide d'entretien que l'on a voulu semi-directif car il nous semblait être le bon procédé chez cette population âgée fragile. Les biais d'interprétation inhérents aux études qualitatives ont été limités par la triangulation des données obtenue grâce à une double analyse de chaque entretien.

Les freins vont être discutés de manière chronologique en fonction de la journée sur l'hôpital de jour. En effet dans le but d'émettre des solutions, il nous paraît important d'apporter à chaque étape du patient des propositions adaptées. Ainsi, nous commencerons par discuter les facteurs psychosociaux des patients, présents avant toute prise en charge; c'est-à-dire leurs croyances, l'image qu'ils ont de la vieillesse ou encore l'idée qu'ils se font de leur devenir. Ensuite, nous discuterons des freins découverts lors de la journée sur l'HDJ. Puis nous traiterons ceux intrinsèques aux patients lors de la mise en place des recommandations, tels que la douleur ou l'isolement. Enfin nous terminerons par les difficultés liées à la relation soignant-malade.

1. Freins psychosociaux du patient antérieurs à toute prise en charge

Le bien-vieillir pour les patients interrogés c'est: rester autonome, être en bonne santé, poursuivre ses loisirs, être entouré, ne pas souffrir, avoir de l'argent, ne pas aller en maison de retraite et enfin mourir chez soi. Cette perception est en accord avec les études sociologiques françaises et donc par ce fait valide la congruence de notre population de personnes âgées fragiles avec la littérature (26).

Le bien-vieillir est culturel et sera perçu différemment selon les pays. En France comme en occident, il passe par le maintien de l'autonomie fonctionnelle et cognitive (29). Il peut être également très différent en fonction de la place occupée au sein de la société (30). En effet, après avoir analysé à travers une étude qualitative la conception du bien vieillir de femmes âgées de 65 à 75 ans de divers milieux socioéconomiques au Québec, les auteurs constatent que les conditions socioéconomiques jouent un rôle dans la représentation des éléments favorables à un bon vieillissement. Ainsi, pour les femmes issues de milieux favorisés, il implique une acceptation sereine, une attitude positive devant les pertes induites par le vieillissement. Les femmes de milieux populaires insistent plutôt sur la nécessité d'avoir le nécessaire pour vivre. Cependant, toutes reconnaissent l'importance d'apprécier les plaisirs de la vie, de l'interaction avec autrui et de la préservation de l'autonomie (31). Ce concept diffère également entre les patients et les professionnels de santé qui, eux, idéalisent le vieillissement à travers l'absence de pathologies, d'incapacité, la poursuite d'activités et finalement « vieillir sans vieillir » (32). Diverses théories psychosociales du vieillissement se sont développées depuis plusieurs décennies et toutes tentent d'orienter les individus vers l'adoption de comportements et de solutions pour un bon vieillissement (33). De ces préoccupations est apparu le concept du vieillissement réussi, qui a permis de développer une vision positive venant occulter la vision habituelle négative et fataliste du vieillissement, et favoriser ainsi la prévention (34). Mais vouloir développer vision positive et prévention dans cette population, c'est se heurter à certains obstacles que nous allons tenter de comprendre et d'élucider.

En ce qui concerne le vieillissement, il est important de souligner que dans notre société il est très souvent perçu comme négatif. Il existe souvent une relation étroite de cause à effet entre le vieillissement et la peur de la dépendance que les personnes de notre étude expriment très clairement. Si certains patients sont simplement inquiets sur leur devenir ou dans l'incertitude, d'autres sont plus fatalistes et morbides « en principe je serai dans le trou (E3) », « je vais vous dire que maintenant il me tarde d'arriver au bout et il n'y a que ça qui m'intéresse maintenant...parce que j'en ai ras-le-bol (E7) ». Cette dépréciation de l'avenir fait naître à son tour un manque de motivation qui freine la mise en place des

recommandations et donc l'élaboration d'actions visant à protéger leur santé : «comme j'en ai pas trop envie je vois pas des choses qui pourraient m'aider (E5) », « je suis pessimiste de nature (E7) ». Une étude psycho-sociologique occidentale, a d'ailleurs démontré que la perception négative du vieillissement influe sur la fonction cognitive, la santé psychologique et la santé physique des personnes âgées (35). Nous avons tenté de mettre en avant les facteurs à l'origine de cette perception négative, hormis la peur de la dépendance. En ce sens, nous avons noté que les personnes ayant exprimé ces sentiments négatifs ont en commun une humeur dépressive et que pour Rockwood, la dépression est un critère associé à la fragilité (36). Par conséquent, si la dépression est à la fois un critère associé à la fragilité et un frein à la prévention de la dépendance, nous pourrions en toute logique proposer un traitement pour les patients dépressifs afin d'améliorer la vision pessimiste de l'avenir, et donc favoriser l'adhésion et la prévention. Cependant, il est difficile de se positionner en tant que soignant entre une perception négative du devenir et une réelle dépression, qui elle, permettrait la réversibilité de cette situation en introduisant des traitements spécifiques. La sémiologie de la dépression chez la personne âgée est bien souvent atypique, associée à de nombreuses plaintes psychiques et somatiques. Ces caractéristiques sont retrouvées dans l'échelle d'évaluation validée chez le sujet âgé, la Geriatric Depression Scale (GDS). Malgré l'utilisation de cette échelle, le diagnostic reste délicat car elle ne permet pas de différencier une tendance dépressive, d'une dysthymie ou d'une réelle dépression. Le choix des seuils de positivité peut amener à un diagnostic par excès ou au contraire passer à côté d'une dépression (37). Une autre voie nous amène à penser que ce regard pessimiste est antérieur et qu'il nous est inculqué depuis l'enfance, véhiculé à travers des images sociétales (télévision) ou au sein même de nos familles « Je suis mal quand je vois les émissions, je peux pas, on fait voir des maisons de retraite (E1) ». Cette image négative prédispose inconsciemment à une mauvaise image de sa propre vieillesse (38) et peut être à l'origine d'un refus de vieillir associé à une nostalgie de la jeunesse qu'expriment nos patients « je voudrais vivre comme quand j'étais jeune (E8) » et « des regrets de son corps (E8) ». Cette perception négative de son propre vieillissement empêche, elle aussi, la mise en place d'actions de soins comme l'a montré Levy. Cela va même plus loin car dans cette étude, deux groupes de personnes âgées ont été mis face à d'hypothétiques situations médicales graves les concernant. Le groupe de personnes âgées ayant une perception négative du vieillissement a eu tendance à refuser les interventions pouvant leur sauver la vie alors que l'autre groupe a eu tendance à les accepter. Les résultats suggèrent donc qu'un stéréotype négatif sociétal du vieillissement affaiblit la volonté de vivre des personnes âgées (39).

L'autre difficulté apparaissant chez cette population âgée, réside dans le fait que la prévention pour certains « c'est un peu tard (E7) » ou « je ne pense pas qu'il y ait quelque

chose à faire (E9) ». Il est vrai que la perception de la perte d'autonomie fonctionnelle s'accroît avec l'âge et devient plus marquée après 65 ans (40) (25). Mais percevoir cette notion de risque croissant n'entraîne pas pour autant un changement de mode de vie, notamment favoriser la prévention au quotidien. Nous retrouvons cette notion de trop tard ou d'inutilité chez certains patients, dans ce sentiment d'inéluctabilité qu'ils appréhendent de la dépendance « je crois qu'à un moment donné ce n'est plus possible (E5) », « oui à notre âge c'est déjà pas mal (E5) », « j'aimerais avoir la solution mais malheureusement je ne sais pas s'il y en a une (E1) ». S'ajoute à ce sentiment d'inutilité de la prévention, la difficulté qu'ont les patients de changer leurs habitudes de vie « qui venait modifier mes règles personnelles car j'en avais (E2) », « moi j'ai jamais été sportive (E1) ». On souligne ici l'importance des facteurs psychosociaux puisque les interventions seront rendues inutiles si elles ne réussissent pas à attirer la participation active des personnes âgées pour les plans de prévention. Une étude publiée au Canada sur la recherche des facteurs favorisant l'adhésion à un programme de prévention des chutes, met en avant certaines particularités psychosociales gériatriques. En effet, cette étude conclut que les personnes âgées adhèrent mieux si le programme leur renvoie une image positive d'eux-mêmes et s'il met l'accent sur les bénéfices attendus. Cela est encore plus marqué lorsque le niveau de confiance sur leur capacité à faire le programme est élevé et le soutien environnemental important (41). Tous ces éléments posent clairement un frein à toute perspective de changement et donc à toute action de santé. Mais, plusieurs clés peuvent nous permettre de cibler au mieux cet état d'esprit afin d'en comprendre les mécanismes et de les contourner pour transformer les comportements. L'une d'elle se situe à l'échelle de l'individu, notamment du comportement humain. Parmi les modèles de changement de comportement, celui de Prochaska et Di-Clemente en 1982 (42), appelé Modèle Trans-Théorique (TTM en anglais), est largement appliqué dans le champ de la médecine. Les stades du changement ont été répertoriés de la manière suivante : pré-contemplation (dénier), contemplation (ambivalence), préparation (plan d'action avec initiatives), action (changement effectif), maintien, et terminaison. Entre toutes ces phases, la rechute est possible. D'après ce modèle, les patients décrits plus haut se situent dans la phase de déni ou pré-contemplation en ce qui concerne la nécessité des actions de prévention, phase classiquement retrouvée chez les personnes âgées et également dans notre étude « J'ai 79 ans... Vous croyez que maintenant je vais refaire le monde ? Non. BON (E7) » (43). Ces différents stades servent de trame de fond à l'entretien motivationnel développé dans le même temps par Miller et Rollnick, également applicable dans le champ de la médecine (44). Ils permettent de mettre en place une attitude avisée en fonction du stade auquel le patient se situe et ainsi permettre la mise en place d'actions. C'est ce qu'a montré une étude réalisée à Washington (États-Unis) qui prouvait l'efficacité de

l'application du TTM chez les personnes âgées, et plus particulièrement lors de la mise en place de programmes d'éducation de la santé (Health Stage). Ceux-ci comprenaient plusieurs axes dont l'activité physique, la nutrition ou encore la mémoire. La réalisation d'une grille permettait de situer le stade du patient en fonction de l'axe proposé. En ciblant mieux les populations par ce TTM, les cours d'éducation ont été adaptés et il a pu être observé une augmentation de la participation aux programmes d'éducation de la santé des personnes âgées (45). Nous constatons que la recherche du stade de changement d'un patient à un programme de santé est essentielle. Une personne spécialisée dans le changement comportemental pourrait, lors du passage à l'HDJ, évaluer l'état d'esprit du patient et définir le stade dans lequel il se situe. Par la suite, des entretiens motivationnels pourraient être réalisés lors de consultations de suivi soit par cette personne soit par le médecin généraliste, ce dernier tenant une place de premier ordre dans le système de soins. Nous développerons ce point de vue plus tard.

Cependant, nous pensons que l'éducation de la santé ne doit pas attendre un âge avancé ou la présence de maladie pour être mise en œuvre. L'autre perspective de modification des comportements se situerait à l'échelle de la société, avec le changement en profondeur du système de santé en France, en multipliant et en ciblant les actions de prévention qui restent très modestes. En effet, alors qu'en France, la médecine est avant tout curative, la Suède, elle, a réussi une transition vers une politique de médecine préventive depuis déjà plusieurs dizaines d'années (46). Il est néanmoins important de signaler que l'exemple de la Suède est particulier puisque la médecine en Suède est une médecine d'État, où ce dernier intervient fortement au sein de la population pour la protéger. Cela étant, même si nos cultures et approches médicales sont très différentes, il est tout de même logique de se poser des questions sur notre propre système de santé quand nous nous retrouvons face à une telle efficacité de politique de prévention. Les chiffres parlent d'eux-mêmes puisqu'à espérance de vie comparable (en moyenne dans les deux pays : 80 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes), les Suédois gagnent dix ans d'espérance de vie sans incapacité (EVSI). En effet, l'EVSI en Suède est de 71,7 pour les hommes et 71,0 pour les femmes alors qu'en France elle est de 61,9 ans pour les hommes et de 63,5 ans pour les femmes (5). La particularité de notre système de santé limite la possibilité d'une politique cohérente de santé publique. La place importante laissée aux décisions individuelles et décentralisées des médecins, la façon dont ils perçoivent leurs intérêts face aux pouvoirs publics et une protection sociale centrée essentiellement sur l'accès aux soins, contribuent à n'envisager la santé que sous l'angle du traitement de la maladie. La prévention, surtout lorsqu'elle s'écarte de l'action sur les pratiques individuelles, est considérée comme « marginale et peu prestigieuse » (47). La prévention reste donc isolée et dépendante du médecin. En attendant

que la politique de prévention s'améliore, les messages et actions de santé publique sont véhiculés à travers les médias, qui deviennent parfois plus puissants que l'avis médical, que ce soit pour le bien ou non de la société. En matière de vaccination par exemple, les informations véhiculées par les médias sont délétères et les effets sur la couverture vaccinale de la population en France s'en ressentent. Il est donc possible d'imaginer que les médias puissent relayer des messages de prévention de la dépendance, rendre à la vieillesse ses titres de noblesses, qui souffre d'une image négative comme vu précédemment, et ainsi faire naître une tout autre image du vieillissement en France.

Faire naître précocement au cours de la vie adulte une politique de prévention en matière de vieillissement et de dépendance est impérative si nous voulons faire changer les mentalités et donc à long terme « vivre plus longtemps et en bonne santé ».

2. Freins liés à l'hospitalisation de jour

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. On peut donc supposer 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 : « personnellement, ça ne m'a pas beaucoup avancé (E3) ». Non seulement ces patients ignorent la raison de leur venue mais en plus ils ont retenu que leur état n'était pas préoccupant. En effet, sept patients sur les onze déclarent avoir retenu que leur état de santé n'est « pas trop mal (E2) », ou encore « que c'était pas grave (E5) ». Enfin une majorité des patients a oublié ou mal compris les informations relatives au PPS : « je ne me souviens pas (E5) », « on ne m'a rien dit de faire (E5) ». D'autres estiment que les informations données à l'HDJ étaient inadaptées à leur état de santé alors que d'autres n'ont pas pu réaliser les recommandations en raison de la quantité d'informations reçues en même temps lors de la journée : « J'ai eu du mal à me retrouver dans ce fatras d'informations (E2) »...« trop à la fois (E2) »

Nous constatons qu'aucun patient ne parle de fragilité ni d'état de santé précaire et qu'une grande partie ne se souvient pas des informations concernant leur PPS. Ils n'ont vraisemblablement pas conscience de leur état de santé et ne perçoivent donc pas l'intérêt d'une intervention : « je n'en sens pas la nécessité (E8) ». Or, les patients adhèrent à un programme d'intervention lorsqu'ils en comprennent le bénéfice attendu. C'est ce qu'a montré une étude aux USA sur la mise en place des recommandations chez les patients âgés après une évaluation gériatrique standardisée. Celle-ci a montré que les facteurs clés pour prédire l'adhésion au programme étaient l'intention du patient, sa notion d'utilité du programme, son haut statut fonctionnel, sa perception du bénéfice global attendu, mais aussi sa connaissance des supports avec lesquels on souhaite qu'il travaille et enfin sa connaissance sur les difficultés qu'il pourrait rencontrer (48). Certes, nous savons que la perception que les personnes âgées se font de la maladie est différente voire très différente de celle des soignants (49) et que cette interview a été réalisée entre 4 à 6 mois après leur évaluation sur l'HDJ, mais celles-ci n'expliquent pas à elles-seules cet oubli concernant les informations du PPS. Nous avons donc tenté de trouver une explication à ces oublis au travers des trois éléments suivants mais sans résultats satisfaisants :

- Tout d'abord, nos patients interrogés ont des capacités mnésiques relativement correctes puisque la moyenne du MMSE est de 26/30 [23-29]. Nous pensions justement éviter ce frein de mémorisation, en excluant les MMSE inférieurs à 21, car nous pensions qu'en deçà, les possibilités d'actions devenaient difficiles à réaliser et que l'entretien basé essentiellement sur le souvenir serait biaisé.

- Le deuxième point porte justement sur le délai à trois mois. Le souvenir de la journée sur l'HDJ ainsi que les recommandations prescrites nous paraissaient trop lointaines pour une évaluation basée sur la mémoire à un an et nous pensions que les personnes n'ayant pas fait ou ayant arrêté les recommandations le feraient dans un délai plus court. Le délai à un mois nous paraissait au contraire trop court.

- Enfin, le médecin qui adresse, explique habituellement le motif de consultation ou d'hospitalisation, et même si cette étape est omise, une infirmière appelle les patients pour programmer la journée. Elle leur explique le motif de leur venue et le déroulement de la journée. À leur arrivée, il leur est de nouveau expliqué le but de cette journée ainsi que le déroulement. Malgré ces trois étapes et l'absence d'atteinte mnésique évidente, les personnes âgées ne parviennent toujours pas à identifier le motif. Puis, à la fin de la journée, les interventions qu'on leur demande de réaliser leur sont détaillées oralement et un courrier récapitulatif de la journée à l'attention de leur médecin traitant leur est confié.

Donc, même en prenant toutes les précautions nécessaires, les patients n'ont ni intégré le but de l'évaluation ni les informations sur leur état de santé ni leur PPS. Devant cette situation, nous proposons trois axes de perspectives en vue de modifier ce type de frein.

Tout d'abord, nous pensons qu'un diagnostic clair et adapté au patient favoriserait la compréhension de son état de santé et ainsi permettrait d'augmenter l'adhésion au projet de soins, comme l'ont montré Dracup et Meleis dans leurs travaux sur l'observance (50). Elles décrivent trois postulats pour une meilleure adhésion. Le premier repose sur le fait d'observer ou non un traitement qui est l'aboutissement de l'interaction entre un patient et les soignants. Le deuxième décrit trois conditions essentielles pour pouvoir analyser le comportement d'observance ou de non-observance :

1. le patient doit participer aux efforts destinés à améliorer l'observance,
2. le diagnostic médical doit être exact,
3. et le traitement proposé doit apporter des bienfaits à la personne.

Enfin selon le troisième postulat, l'observance est le résultat des interactions du patient avec son milieu et ses proches.

Nous pensons donc qu'un diagnostic clair permettrait une meilleure adhésion mais quel diagnostic annoncer au patient ? Est-ce que dire à un patient « vous êtes fragiles » ou « votre état de santé est précaire » va apporter l'effet escompté ? En effet, la notion de fragilité est très récente et peut donc être incomprise. Il nous semble préférable d'expliquer les risques auxquels les patients s'exposent et d'utiliser malheureusement la peur comme levier. A l'heure actuelle, la prévention passe par la peur en France, parce que notre modèle sociétal n'est pas en faveur d'une promotion de la santé (modèle curatif et non préventif) comme l'est le modèle scandinave vu au paragraphe précédent. Il ne pointe pas du doigt les

habitudes de vie ayant un impact négatif sur la santé. Par exemple, être une personne âgée et être assise dans son fauteuil toute la journée est mal vu dans certains pays. En France, le message n'est qu'individuel et pour qu'un changement de comportement s'opère en matière de santé il faut que la perception du message préventif provoque une peur plus ou moins sévère, ce qui dépend des caractéristiques individuelles. S'il n'y a pas de peur, alors il n'y aura pas de propension à se protéger. Mais cette étape n'est pas suffisante. Il faut également que les changements à entreprendre pour éviter ce risque soient possibles aux yeux du patient. Si ces deux étapes ne sont pas présentes alors le risque est sous-évalué ou sur-évalué et n'entraîne pas de changements pour le patient (51).

La deuxième proposition porte sur le lieu de l'évaluation. Une évaluation dans un service adapté à l'hôpital, serait d'une plus grande efficacité qu'en libéral comme l'a montré Rubenstein au Canada (14). Cela étant, nous nous posons la question de la représentation de l'hôpital pour nos patients français. En effet, celui-ci véhicule l'image du soin par excellence, avec un schéma préétabli chez les patients : maladie - hôpital - soins - guérison. Il n'est pas établi qu'un hôpital serve aussi de lieu où l'on fait de la prévention. Le message initial que l'on voudrait transmettre est donc faussé et nous pensons que les patients ne vont pas en comprendre les tenants et aboutissants et ainsi compromettre leur adhésion. Tout ceci a abouti sur la réflexion récente d'intégrer la mise en place de programmes de prévention au sein de maisons de santé pluridisciplinaires.

Enfin, la troisième proposition serait de remettre une feuille récapitulative simplifiée à la personne évaluée, concernant les objectifs réalisables en accord avec le patient qui permettraient de favoriser l'adhésion. En effet, il a été démontré qu'une prescription écrite de règles hygiéno-diététiques soulignait l'importance de ces objectifs et augmentait la compliance au même titre qu'une prescription médicamenteuse (52). En France, cette ordonnance clôt toute consultation et en constitue la synthèse. Ce papier ou cette ordonnance, dont les modalités sont à définir, en plus du courrier de sortie, ferait foi et aurait sans doute un impact non seulement sur le patient mais permettrait aussi d'intégrer l'ensemble de la famille aux objectifs à atteindre.

3. Freins lors de la mise en place des recommandations

Un frein récurrent qui peut être évitable est la douleur chronique. Les patients ont très clairement fait part de cet aspect de leur état de santé comme frein à la mise en place d'activité physique : « exercices qui sont plus ou moins réussis selon l'état de longueur et le serrage de dent (E3) », « le Pilates j'ai un peu abandonné parce que j'avais mal (E6) », « alors je marchais, oui, mais là pour l'instant j'ai arrêté parce que mes douleurs ont repris (E6) ».

Malgré le plan national de lutte contre la douleur (53), la volonté de sa prise en charge par les médecins généralistes ou spécialistes avec les moyens thérapeutiques actuels, la douleur des personnes de plus de 65 ans est omniprésente et sous-estimée. En effet, 75% d'entre eux vivant à domicile, déclarent avoir des douleurs (54). La peur des effets secondaires des thérapeutiques antalgiques envisagées (médicamenteuses, chirurgicales) est ancrée chez le médecin : « le médecin ne veut pas (...) me donner des anti-inflammatoires costauds (...) alors j'ai lâché mais la douleur elle reste (E7) ». La douleur chez la personne âgée est plurifactorielle (arthrose, névralgie post-herpétique, douleur post-accident vasculaire cérébral...) et multidimensionnelle, mettant en relation les stimuli nociceptifs, l'affect et les appréciations cognitives (55). S'ajoute à cela l'impact fonctionnel que la douleur entraîne. Elle est de ce fait particulièrement difficile à prendre en charge. Elle est un facteur de morbidité, de repli sur soi, de dépression, de réduction de la mobilité et suscite une plus grande utilisation des systèmes de santé. Sa prise en charge est donc pour toutes ces raisons essentielle et très spécifique. Les objectifs à atteindre chez un adulte jeune sont totalement différents des personnes âgées chez qui, la préservation de l'autonomie est l'objectif le plus souvent visé (54). C'est pourquoi nous pensons qu'une approche multidisciplinaire dans un centre antidouleur devrait être plus largement proposée à ces patients. Une évaluation gériatrique adaptée de la douleur, ainsi que la mise en place d'un programme d'intervention personnalisé permettraient de meilleurs résultats. Même si un centre antidouleur classique est habituellement bénéfique, il a été montré qu'un centre antidouleur multidisciplinaire en Australie s'adressant spécifiquement aux patients âgés montrait de meilleurs résultats. En effet, la douleur était atténuée chez 72% des patients, l'humeur améliorée chez 65% et le niveau d'activité plus élevé chez 53% (56).

L'autre frein sur lequel nous pouvons intervenir est l'isolement. Nous retrouvons les mêmes facteurs d'isolement que ceux décrits dans les enquêtes récentes en France (57) (58). Ceux mis en avant dans notre étude sont les suivants : la perte des amis, l'éloignement de la famille, la modification de l'environnement du patient comme la disparition des commerces

de proximité, la désertification des villages. En effet, bien souvent la famille est loin et/ou le conjoint décédé: « mon mari est décédé et mes enfants sont à l'autre bout de la France (E7) ». La perte des amis entre également en compte : « la seule chose que j'avais c'était des amis (...) maintenant je suis avec le chien et c'est tout ». Les villages sont désertés : « avant c'était un village, maintenant vous connaissez personne (E1) ». Parfois la famille et le médecin sont à l'origine même de la perte d'une partie de leur autonomie par éviction du moyen de transport : « mon fils et la doctoresse en ont profité pour me dire la voiture c'est terminé (E3) ». Leur mode de vie se modifie, les empêchant de poursuivre leurs activités (loisirs, centres d'intérêts, réseaux sociaux ...), entraînant une fluctuation du moral et une nostalgie de leur autonomie passée : « avant je vadrouillais avec ma petite voiture, ça me manque de me mettre les fesses dans la voiture [...] c'est le manque d'indépendance ou si vous voulez l'obligation d'être dépendant de...(E3) ». Naturellement, la mise en place des recommandations devient elle aussi très difficile voire même impossible que ce soit pour les activités physiques : « avant j'allais marcher avec une dame » ; intellectuelles ou pour les déplacements vers des structures de soins ou d'activités : « non je n'ai personne pour m'y amener (E7) ». L'absence de moyen de transport est particulièrement problématique en ce qui concerne cette population, car elle pose clairement un frein à tout acte de soins ou d'éducation de soins. Une étude menée aux Pays-Bas sur les freins à la participation de programmes d'éducation de la santé chez les personnes âgées, retrouve de façon significative un problème de transport chez les personnes n'assistant pas aux programmes (59). Les conséquences de l'isolement sont donc dramatiques pour les personnes âgées, et elles influent fortement sur la mise en œuvre des recommandations. De plus, selon une récente revue de la littérature, l'isolement aurait un impact sur les capacités intellectuelles, immunitaires, cardio-vasculaires, le sommeil et augmenterait la mortalité (60). C'est pourquoi il est aussi considéré comme un facteur de fragilité (36) (22).

Malgré cela, certains patients apportent des solutions pour lutter contre l'isolement et ainsi permettre la mise en place des recommandations. Par exemple, pour certains l'implication de la famille devient plus importante. Mais pas pour tous puisque certains ne pensent pas que leur famille leur serait utile : « alors j'évite de leur donner des détails parce que ça n'arrangerait rien et ils ne peuvent rien pour moi (E7) ». D'autres pensent que l'implication d'une tierce personne leur serait utile pour mettre en place les recommandations : « mettons se promener à deux, on parle on marche mais seule pffff (E1) ». Ces idées émanant des patients peuvent réellement avoir un impact sur leur isolement et la mise en place des recommandations. Il a notamment été prouvé qu'une meilleure implication de la famille augmente l'adhésion au plan de soins dans le cadre d'un programme spécifique de prise en charge Gériatrique (EGS) (61). La famille est une solution mais cela

ne suffit pas car certains n'ont pas de famille proche. Pour toutes les raisons citées plus haut, la lutte contre l'isolement et la solitude des personnes âgées en France est devenue un enjeu de société majeur. En 2012, l'association MONALISA (Mobilisation Nationale contre l'Isolement des Âgés) est créée dans le but de promouvoir cette lutte en regroupant plus de 75 associations en collaboration avec les pouvoirs publics (62). Nous pensons que dans certains cas malheureusement cette attitude ne suffirait pas et qu'un gestionnaire de cas ou « case manager » issu des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), créées en 2011, serait à envisager pour articuler la mise en place des recommandations (par exemple lorsque le médecin est peu investi, ou pour sensibiliser les paramédicaux et spécialistes au PPS) (63) (64). Une étude pourrait mettre en avant les profils de patients ayant besoin d'une MAIA et aider ainsi le médecin à une meilleure prise en charge.

Enfin, les événements intercurrents tels que les chutes, les hospitalisations et les pathologies aiguës font partie des freins retrouvés chez les patients interrogés. Ces freins empêchent clairement l'élan dans la mise en place des recommandations. Nous supposons ainsi qu'après cet événement, le PPS est oublié ou relégué au second plan. De plus, il semble difficile de relancer la dynamique de prévention chez un patient dont l'état de santé ne correspond plus à celui qui a été évalué à l'hôpital de jour et pour lequel un PPS avait été mis en place. En effet, lors d'une pathologie aiguë, le retour « ad integrum » est impossible car celle-ci précipite l'atteinte du seuil d'insuffisance, que le patient soit porteur ou non d'une maladie chronique (le seuil étant atteint plus rapidement encore dans ce dernier cas). C'est une particularité de la gériatrie qu'a décrite Bouchon, à travers le « modèle de Bouchon 1+2+3 » (65) pour schématiser l'importance des répercussions et de la morbidité des pathologies aiguës dans cette population. Pour relancer une dynamique de prévention plus adaptée suite à ces événements intercurrents, il semble important de re-convoquer ces patients à l'hôpital de jour afin de refaire le point sur leur « nouvel » état de santé pour réadapter le PPS.

4. Défaut de relation soignant-malade

Certains patients reprochent clairement à leur médecin un manque d'intérêt global concernant leur santé : « il ne me pose pas beaucoup de questions (E2) », « il appuie sur des boutons, il me donne l'ordonnance et c'est fini (E9) ». Cette relation médecin-malade défaillante émousse la confiance du patient envers son médecin allant jusqu'à vouloir changer de médecin généraliste : « je commence à ne plus avoir confiance (E4) », changement parfois impulsé par la famille : « tu changes de médecin et tu vas plus souvent voir les spécialistes (E9) ». Lorsqu'il y a un problème relationnel et/ou un manque d'intérêt du généraliste, cela entraîne directement des conséquences sur le suivi du PPS et cela pénalise le patient dans sa démarche. En effet, en France, le médecin généraliste est au cœur de la prévention et celui-ci a le rôle clé dans la mise en place des recommandations du PPS (24). Certains patients vont même jusqu'à penser que leur médecin pourrait être le levier manquant à l'observance du PPS : « si elle me le disait peut être...(E1) ». Mais quand celui-ci est défaillant, c'est toute la démarche thérapeutique qui en pâtit. La méta-analyse de Aminzadeh montre que le taux d'adhésion des médecins à un programme de CGS varie entre 49 et 79%, taux d'adhésion similaire à celui des patients âgés dans cette même étude. Celle-ci met également en avant les facteurs corrélés à une meilleure adhésion des praticiens. Ces facteurs favorisant sont le début d'activité, un médecin femme, une bonne communication verbale et écrite entre les praticiens ou encore la perception de l'utilité de ces recommandations. Or, la sensibilisation des médecins à la prévention est déjà défaillante et variable comme nous l'avons vu précédemment. Mais elle l'est d'avantage en matière de prévention en gériatrie et au concept de fragilité car ces notions sont très récentes et très peu connues par ceux-là. Plusieurs initiatives sur le développement de la prévention chez les médecins généralistes ont été lancées mais sans grande efficacité. Mettre le médecin généraliste seul acteur par exemple face à la promotion de la prévention ne suffit pas, même avec une incitation financière, comme par exemple au Royaume-Uni où les résultats sont mitigés (66). D'autres options nous paraissent plus intéressantes mais leur efficacité reste à montrer. La première est une formation plus poussée sur la prévention, déjà générale pendant les études médicales, qui permettrait de faire changer la conception de la Santé, trop curative, comme vu précédemment, puis par la diffusion dans les formations continues de l'utilité d'une telle prise en charge. L'autre solution serait d'envisager un suivi par une personne qualifiée non médicale en complément du généraliste, afin de superviser le bon déroulement du PPS. Cette solution a été testée et validée par une étude aux USA. Celle-ci a montré que les patients suivis initialement par leur médecin puis par une personne volontaire non médicale, amélioreraient leur IADL (instrument activities of daily living) sur 12 mois par

rapport aux patients contrôles (67). En revanche, une autre étude a montré que le passage d'une infirmière spécialisée en gériatrie au domicile des patients apportait moins d'efficacité en terme de recommandations sur l'EGS que le suivi seul par le médecin généraliste (68). Ainsi, ces arguments renforcent le rôle du gestionnaire de cas inscrit dans les MAIA mais également peuvent apporter une réponse avec l'ajout d'un superviseur indépendant.

Nous voyons que le médecin généraliste a certes un rôle très important à jouer, qu'il existe des difficultés d'adhésion de son patient dès qu'il ne se sent pas concerné par le programme mais celui-ci n'est pas le seul à entraver la mise en place des recommandations. Certains patients interrogés soulignent effectivement quelques défauts dans leur relation avec leur spécialiste. Les problèmes de compréhension et le manque d'intérêt sont le plus souvent mis en cause : « je pouvais tout faire enfin doucement...alors ça me donne à réfléchir tout ça (E4) », « j'y suis allée pour l'appareil, il a dit que l'appareil était très bon (E1) », « ah bon et vous pouvez marcher, je lui dis oui je peux marcher, pas un km, m'enfin. Et ben c'est vous vous en tirez bien (E3) ». La mauvaise expérience et l'inefficacité les découragent également : « j'y suis pas revenu non point que j'ai quoi que ce soit contre lui, mais parce que je me dis que ça servirait à rien du tout (E3) ». Tous ces éléments entravent la bonne mise en œuvre des recommandations puisque la confiance du patient envers le spécialiste est d'emblée importante (69) et qu'une seule parole contradictoire bénigne telle que « faire des activités physiques doucement » suffit à annihiler les programmes de prévention mis en place. Les patients demandent eux-mêmes un encadrement plus musclé de la part des spécialistes : « ils devraient davantage frapper sur la table avec moi (E6) ». Par ailleurs, le manque de disponibilité les freine dans la prise de rendez-vous : « s'ils me prenaient tout de suite j'irai (E9) ». Étant donné la difficulté qu'ont les patients fragiles de prendre rendez-vous et de s'y rendre, certains préconiseraient des créneaux dédiés. Enfin, le refus de prendre en charge cette population uniquement parce qu'elle est âgée est une attitude souvent retrouvée et stéréotypée chez les spécialistes. C'est ce qu'écrit également E.Quignard : « le refus du seul fait de l'âge est choquant, et l'on aimerait que les décisions soient prises au terme d'une évaluation des bénéfices attendus et des risques encourus, réalisée de façon pluridisciplinaire et discutée de façon collégiale » (70). L'approche ultra-spécialisée est une entrave à la bonne mise en place des recommandations car elle implique d'adapter des protocoles bien établis non adaptés à la personne âgée. Cette approche socio-psychologique devrait être enseignée pendant les années de formation pour l'ensemble des médecins.

Enfin, l'intervention des paramédicaux (ostéopathie, kinésithérapie) a parfois perturbé la mise en place du PPS, sans vouloir nuire sciemment au patient, en donnant un avis contradictoire « le Pilates c'est très bien, si c'est bien fait, si c'est mal fait que je me

fasse mal alors c'est vrai j'ai un peu abandonné (E6) ». Certains patients interrogés n'ont pas adhéré à la prise en charge des kinésithérapeutes, ne la trouvant tout simplement pas efficace : « je l'ai déjà eu, ça ne m'a pas amélioré (E8) », « la kiné j'y suis allée, j'ai du y rester 15 jours, j'ai pas vu non plus où était l'intérêt (E11) ». Au même titre que pour la médecine générale et la médecine spécialisée, la formation et la sensibilisation des paramédicaux à la gériatrie et à la fragilité reste importante à promouvoir si nous voulons augmenter la prise en charge préventive de nos patients âgés.

5. Limites de notre étude

La méthode qualitative permet d'émettre des hypothèses dans des domaines encore inconnus afin de découler sur des études quantitatives qui, elles, permettent de prouver

l'efficacité ou non des dites hypothèses. Comme dans toute étude qualitative, la présence de biais est inévitable, la nôtre en présente deux principaux: le biais de sélection et le biais d'interprétation. Le biais de sélection dans notre étude vient du fait que seuls les patients n'ayant pas fait une partie des recommandations ont bien voulu accepter notre entretien. Ceux qui n'en n'avaient fait aucune ont tous refusé (environ un patient sur deux a refusé notre entretien). Il est vrai qu'il est déjà difficile de recruter des patients âgés sains alors il l'est d'autant plus chez cette population fragile (71). L'autre biais réside dans l'analyse des données et donc de son interprétation. En effet l'association d'idées par la mise en commun des verbatim (morceaux de phrases choisis dans les entretiens), qui permet de dégager les idées principales répondant à la question de recherche, ne peut se faire que par une méthode interprétative. Afin de diminuer ce type de biais, nous avons donc contrôlé trois critères qui permettent une limitation de ce biais qui sont: la saturation des données, la triangulation de l'analyse et la congruence avec les données de la littérature.

Il existe également un biais lié à l'interviewer et à l'attente de réponses. Nous avons essayé dans la mesure du possible de retranscrire le lendemain de l'entretien afin d'être encore imprégné de l'atmosphère de l'entretien, pour que l'attitude et le langage non verbal de l'interviewé puisse ressortir comme dans une pièce de théâtre. Cette attitude nous semblait convenir pour diminuer le biais de mémorisation des interviewers et être au plus près de la situation orale vécue par l'interviewer. Enfin, pour réaliser nos interviews, nous avons créé une grille d'entretien. Celle-ci s'est inspirée de travaux validés (72) (26), mais les questions émises ont peut-être été trop directives et ont donné lieu possiblement à des réponses souhaitées et non des réponses provenant réellement des patients. Cette grille a été remaniée après les deux premiers entretiens analysés permettant de corriger certaines questions trop directes, mal comprises ou encore non productives de réponses (73).

VI Conclusion

A travers cette étude nous montrons que les principaux freins à la mise en place des recommandations de prévention chez les personnes âgées fragiles sont liés à la douleur, à l'isolement, à la disposition psychosociale du patient face à son vieillissement, à la difficulté de compréhension de leur état de santé et de la finalité du plan de soin, et enfin, à la difficulté relationnelle soignant-malade. Certes, les critères de Fried permettent de bien cibler les patients âgés fragiles. En revanche, nous avons noté que certains facteurs de fragilité, comme la dépression ou l'isolement, étaient également des freins à la mise en place des recommandations. Cela suggère que la présence de ces facteurs serait prédictive de la non-adhésion du patient au PPS. Le frein omniprésent, sous-estimé et pourtant évitable, est la douleur. Étant donnée la complexité de son approche, elle mériterait une prise en charge beaucoup plus intensive et spécifique comme nous l'avons discutée. Enfin, nous avons montré que l'image négative sociétale de la vieillesse et la prédisposition psychologique du patient face au PPS étaient déterminantes. Pour les faire évoluer, cela passe par un développement de la prévention plus précoce et par conséquent un changement culturel et sociétal en profondeur de notre pays.

Il apparaît alors que la personnalisation de la prévention à travers le PPS est essentielle et qu'elle nécessite d'être encore plus approfondie si nous voulons améliorer l'adhésion de nos patients âgés fragiles. La première étape serait d'évaluer par une tierce-personne leur état d'esprit face aux différents changements imposés par le PPS selon « les stades du changement de Prochaska » lors de leur passage à l'HDJ. Une fois ce stade déterminé, l'accompagnement au changement de comportement des patients pourrait être soutenu ensuite par des entretiens motivationnels en ambulatoire. Le médecin généraliste a le premier rôle sur ceux-ci, mais il n'est pas formé à leurs réalisations. Afin d'optimiser ce rôle important, il nous paraît nécessaire de former d'abord les médecins sur la prévention en gériatrie pour qu'ils intègrent les bénéfices attendus sur leurs patients âgés et ensuite de les former sur les clés de l'entretien motivationnel applicable à tous les champs de la médecine. Cependant, nous ne pouvons pas ignorer la nature de la relation médecin-malade et la prédisposition du médecin envers cette population qui peuvent parfois être délétères pour celle-ci. Dans ce contexte, une personne extérieure au système de soins pourrait intervenir et assurer la bonne mise en œuvre des recommandations.

Toutes ces propositions sont des pistes d'actions possibles à évaluer par des études objectives pour connaître leur impact sur l'adhésion des patients aux recommandations de prévention de la dépendance. Mais la première des études serait certainement de prouver l'efficacité des actions de prévention menées à l'hôpital de jour sur les personnes âgées fragiles afin d'appuyer le discours de prévention chez cette population. L'objectif final étant, comme l'exprime les personnes âgées, de « bien vieillir », autrement dit de vivre longtemps et en bonne santé.

VII Références

1. Vellas B, Gillette-Guyonnet S, Nourhashémi F, Rolland Y, Lauque S, Ousset PJ, et al. Falls, frailty and osteoporosis in the elderly: a public health problem. *Rev Médecine Interne Fondée Par Société Natl Francaise Médecine Interne*. 2000 Jul;21(7):608–13.
2. Bousquet E, Andrieu S, Amouyal K, Faisant C, Nicolas A-S, Lauque S, et al. Le vieillissement réussi : Facteurs prédictifs dans la cohorte icare après six ans d'un suivi prospectif. *Age Nutr*. 2001;12(1):39–46.
3. Rebillard C, Duée M. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. www.fedesap.org
4. Charpin J-M, Tlili C. Perspectives démographiques et financières de la dépendance. *Rapp Groupe Trav*. 2011; http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_g2_def-2.pdf.
5. Santos-Eggimann B, Cuénoud 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;64(6):675–81.
6. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ Can Med Assoc J*. 1994 Feb 15;150(4):489–95.
7. 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 Jun 1;109(2):31–45.
8. Cesari M, Gambassi G, Kan GA van, Vellas B. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age Ageing*. 2014 Jan 1;43(1):10–2.
9. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011 Dec 1;9(4):387–90.
10. Winograd, Gerety, Chung, Goldstein, Dominguez F., Vallone. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Aug;39(8):778–84.
11. Monteserin R, Brotons C, Moral I, Altimir S, José AS, Santa Eugenia S, et al. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial. *Fam Pract*. 2010 Jun 1;27(3):239–45.
12. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ, Adams J. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*. 1993 Oct 23
13. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Büla CJ, Gold MN, et al. A Trial of Annual in-Home Comprehensive Geriatric Assessments for Elderly People Living in the Community. *N Engl J Med*. 1995 Nov 2;333(18):1184–9.
14. Rubenstein DLZ, Siu AL, Wieland D. Comprehensive geriatric assessment: Toward understanding its efficacy. *Aging Clin Exp Res*. 1989 Dec 1;1(2).
15. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*. 1998 May 2;316(7141):1348.

16. Tavassoli N, Guyonnet S, Kan GAV, Sourdet S, Krams T, Soto M-E, 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 1;18(5):457–64.
17. Arveux I, Faivre G, Lenfant L, Manckoundia P, Mourey F, Camus A, et al. Le sujet âgé fragile. *Rev Gériatrie*. 2002;27(7):569–81.
18. Sieurin A, Cambois E, Robine J. Les espérances de vie sans incapacité en France: une tendance récente moins favorable que dans le passé. INED; 2011 Jan. Report No.: N°170.
19. Tableau EHLEIS Release. The Joint Action European Health and Life Expectancy Information System; 2012 Apr. www.eurohex.eu
20. Lautié S, Loones A, Rose N. Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement. 2011 Décembre. Report No.: 286. CREDOC. www.credoc.fr
21. 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):M146–156.
22. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B. Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l'expérience du Gérotopôle à travers la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. *Cah Année Gérontologique*. 2012 Sep;4(3):269–78.
23. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA. 2014.www.has.fr
24. Aminzadeh F. Adherence to recommendations of community-based comprehensive geriatric assessment programmes. *Age Ageing*. 2000 Sep 1;29(5):401–7.
25. Ingrand I, Houeto JL, Gil R, Gee HM, Ingrand P, Paccalin M. The validation of a French-language version of the Aging Perceptions Questionnaire (APQ) and its extension to a population aged 55 and over. *BMC Geriatr*. 2012 Apr 30;12(1):17.
26. Le Noc Y, Gallois P, Vallée J-P. Bien vieillir : la tête et les jambes... Prévenir l'apparition de troubles cognitifs ? *Médecine*. 2012 Jun 1;8(6):266–71.
27. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes Qualitatives. *Que Sais-Je*. 2009 Jan 1;(2591):3–10.
28. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deux Partie «Maladie» À «Verbatim» *Exerc*. 2009;88(20):106–12.
29. Gangbè M, Ducharme F. Le « bien vieillir » : concepts et modèles. *MS Médecine Sci*. 2006;22(3):297–300.
30. Quéniart A, Charpentier M. Older women and their representations of old age: a qualitative analysis. *Ageing Soc*. 2012 Aug;32(06):983–1007.
31. Laberge S, Dumas A, Rail G, Dallaire H, Voyer P. Les conceptions du «bien-vieillir» d'aînées de milieux favorisés et défavorisés. *Rev Québécoise Psychol*. 2003;24(3):71–93.

32. Dubé M. Vieillir: réalités actuelles et perspectives futures. *Psychologie*. 2004;18.
33. Noubicier AF. Perception du vieillissement réussi chez les femmes âgées d'Afrique noire de Montréal. 2012; Thèse de Université du Québec à Montréal, 2012. www.erudit.org
34. Aquino J-P. Le plan national «bien vieillir». *Gérontologie Société*. 2008;(2):39–52.
35. Schnittger RIB, Walsh CD, Casey A-M, Wherton JP, McHugh JE, Lawlor BA. Psychological distress as a key component of psychosocial functioning in community-dwelling older people. *Aging Ment Health*. 2011 Aug 23;16(2):199–207.
36. Searle SD, Mitnitski A, Gahbauer EA, Gill TM, Rockwood K. A standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatr*. 2008 Sep 30;8:24.
37. Pinquier C, Weimann N, Pellerin J. Le diagnostic d'une dépression chez la personne âgée. *Rev Gériatrie Tome*. 2003;28.
38. Levy B. Stereotype Embodiment A Psychosocial Approach to Aging. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009 Dec 1;18(6):332–6.
39. Levy B, Ashman O, Dror I. To be or not to be: the effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega*. 1999 2000;40(3):409–20.
40. Steverink N, Westerhof GJ, Bode C, Dittmann-Kohli F. The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001 Nov;56(6):P364–373.
41. Nyman SR. Psychosocial issues in Engaging Older People with Physical Activity Interventions for the Prevention of Falls. *Can J Aging Rev Can Vieil*. 2011 Mar;30(01):45
42. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract*. 1982;19(3):276–88.
43. Nigg CR, Burbank PM, Padula C, Dufresne R, Rossi JS, Velicer WF, et al. Stages of Change Across Ten Health Risk Behaviors for Older Adults. *The Gerontologist*. 1999 Aug 1;39(4):473–82.
44. Rollnick S, Miller WR, Butler C. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. Guilford Press; 2008.
45. Lach HW, Everard KM, Highstein G, Brownson CA. Application of the Transtheoretical Model to Health Education for Older Adults. *Health Promot Pract*. 2004 Jan 1;5(1):88–93.
46. Sandblom M. L'impact culturel sur la politique de santé publique: -une comparaison entre la Suède et la France. 2008; www.uppsats.se
47. Lorient M. L'impossible politique de santé publique en France. Editions Erès; 2002.
48. Frank JC, Hirsch SH, Chernoff J, Wallace SP, Abrahamse A, Maly R, et al. Determinants of Patient Adherence to Consultative Comprehensive Geriatric Assessment Recommendations. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1997 Jan 1;52A(1).

49. Schneider M-P, Locca J-F, Bugnon O, Conzelmann M. L'adhésion thérapeutique du patient âgé ambulatoire : quels déterminants et quel soutien ? *Rev Médicale Suisse*. 2006;2(56).
50. Dracup KA, Meleis AI. Compliance: an interactionist approach. *Nurs Res*. 1982;31(1):31–6.
51. Gallopel K, Petr C. Utilisation de la peur dans les campagnes de prévention des comportements tabagiques: résultats et discussions autour des comportements de jeunes Français. Actes du colloque“ Les Tendances du marketing en Europe”, Università Ca'Foscari, Venise. 2000.
52. Haute Autorité de Santé - Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011. www.has.fr
53. Haut Conseil de la Santé Publique. Évaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006–2010. Mars. 2011; www.hcsp.fr
54. Lussier D. Approche et évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique chez les patients gériatriques. *Rev Gériatrie*. 2000;25:673–82.
55. Price DD. Psychological and Neural Mechanisms of the Affective Dimension of Pain. *Science*. 2000 Jun 9;288(5472):1769–72.
56. Helme R, Katz B, Gibson S, Bradbeer M, Farrell M, Neufeld M, et al. Multidisciplinary pain clinics for older people. Do they have a role? *Clin Geriatr Med*. 1996 Aug;12(3):563–82.
57. Bensadon A-C. Enquête «Isolement et Vie relationnelle». 2006. www.petitsfreres.asso.fr
58. Galdemar V, Gilles L. Etude qualitative des effets de l'intervention bénévole sur l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées. *CREDOC* Octobre. 2013; www.credoc.fr
59. Elzen H, Slaets JP, Snijders TA, Steverink N. Do older patients who refuse to participate in a self-management intervention in the Netherlands differ from older patients who agree to participate? *Aging Clin Exp Res*. 2008 Jun;20(3):266–71.
60. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010 Oct 1;40(2):218–27.
61. Bogardus ST, Bradley EH, Williams CS, Maciejewski PK, Gallo WT, Inouye SK. Achieving Goals in Geriatric Assessment: Role of Caregiver Agreement and Adherence to Recommendations. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Jan 1;52(1):99–105.
62. Serres J. Rapport MONALISA : préconisations pour une MOBilisation NAtionale contre l'ISOlement social des Agés. www.social-sante.gouv.fr
63. Dupont O. Les «MAIA» maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer: un dispositif d'intégration à l'épreuve de la fragmentation des territoires. *Gérontologie Société*. 2010;(1):129–33.
64. Ankri J, Van Broeckhoven PC. Évaluation du plan Alzheimer 2008-2012. 2013;

65. Bouchon JP. 1+ 2+ 3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. *Rev Prat.* 1984;34:888–92.
66. Des Affaires Sociales IG (IGAS). Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable. Doc Fr Paris. 2003; www.sante.gouv.fr
67. Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley J, Rubenstein L. An in-home preventive assessment program for independent older adults: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 1994 Jun;42(6):630–8.
68. Alessi CA, Stuck AE, Aronow HU, Yuhas KE, Bula, Madison R, et al. The process of care in preventive in-home comprehensive geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc.* 1997 Sep;45(9):1044–50.
69. Keating NL, Gandhi TK, Orav E, Bates DW, Ayanian JZ. Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physicians. *Arch Intern Med.* 2004 May 10;164(9):1015–20.
70. Quignard E. Le refus de soins en gériatrie. Espace National de réflexion sur la maladie d'Alzheimer. 2011;
71. Boles M, Getchell WS, Feldman G, McBride R, Hart RG. Primary Prevention Studies and the Healthy Elderly: Evaluating Barriers to Recruitment. *J Community Health.* 2000 Aug 1;25(4):279–92.
72. Ingrand I, Houeto JL, Gil R, Gee HM, Ingrand P, Paccalin M. The validation of a French-language version of the Aging Perceptions Questionnaire (APQ) and its extension to a population aged 55 and over. *BMC Geriatr.* 2012 Apr 30;12(1):17.
73. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ.* 2000 Jan 8;320(7227):114–6.

VIII Annexes

Annexe 1 : Proposition de grille d'entretien semi-dirigé n°2

Thème : Repérer les freins à la prévention de la dépendance

Demander l'autorisation d'enregistrer

Se présenter comme médecin Généraliste travaillant pour la plateforme

1. Vécu du déroulement de la journée a la plateforme :

(Vous avez passé la journée a l'hôpital de jour de la fragilité il y a 3 mois)

- Que s'est il passé pendant cette journée ?
 - o Dans quel but vous a t-on proposé cette journée et qui vous l'a proposé ?
 - o Qu'est ce qu'on vous a dit sur votre santé ?
 - o Qu'est ce qu'on vous a dit de faire ? (modifier, changer, consulter)
 - o Intérêt ?
- Développer les axes du patient et demander :

2. Recherche des obstacles à la non-observance :

- Qu'est ce qu'il est difficile de faire parmi ce qu'on vous a proposé/demandé de faire ?
- (axes du PPS)
 - o Comment se passe les relations avec les IDE, kinésithérapeute, aides ménagères au domicile ?
 - o Et comment ça se passe avec les spécialistes (relation, compréhension de la consultation)
- Comment se passe la relation avec votre médecin généraliste ? Qu'en pense t-il de tout ça ? Est ce que vous pouvez tout lui dire ?
- Et votre famille ? Qu'en pense t-elle ? Vous motive t-elle ?

3. Solutions émanant du patient :

- Selon vous, quelle serait la recette miracle pour suivre tout ce qu'on vous a dit ?
 - o Quelqu'un ?
 - o Quelque chose ?
- Quelles seraient vos idées pour améliorer/préserver votre santé ?

4. Prévention de la dépendance / concept de la dépendance :

- Quelle importance accordez vous à votre santé ?
- Que signifie pour vous bien vieillir ?
- Que suggèreriez vous pour rester autonome ?
- Pensez vous que les actions de préventions sont utiles chez vous ?
- Vous serez où dans 5 ans ?

Annexe 2 : Extrait de matrice

Thèmes	sous-thème	Rubriques	Sous-rubriques	vébatims communs
Évaluation du vécu de l'hospitalisation et de la mise en place des recommandations au domicile	Perception de la prise en charge de l'HD	vécu de la journée	positif	E1-1.1: ça s'est bien passé; E1-4.1: c'est sensationnel; E1-9.3: si c'est très bien E3-1.6: mais j'ai été très bien reçue, très gentiment reçu E5-1.2: normal disons E6-1.1: j'ai été bien accueilli,(...) de suite on m'a pris en main, j'ai pas attendu...non je n'ai rien à dire E7-30.2 C'est très bien hein, j'ai passé une journée très intéressante, avec des gens, tout le monde très gentil...une journée très agréable c'est vrai E9-1.2 ça a été très bien E9-1.3 oui j'ai été satisfait, oui ça s'est très bien passé
			bénéfice	E1-4.1: on s'occupe de soi; E1-9.1: on s'est très bien occupé de moi; E1-9.2: on a vu tout ce qui n'allait pas quoi! E3-1.5: euh un jeune homme s'est occupé de moi E3-33.2: je trouve intéressant oui qu'on s'occupe de moi E5-22.2: elle m'a rassuré (...).qu'est ce que vous voulez ça me rassure E6-38.1: j'ai pas été déçu de l'hôpital de la fragilité...
			négatif	E1-1.1 : bah disons que j'ai trouvé un peu long; E1-1.1: j'étais un peu sidéré E7-1.2: M'enfin j'ai eu énormément de personnes qui sont passées me voir les uns après les autres bien sur, bon on me posait des questions E7-4.4 Le seul reproche que je ferai... j'étais énervé quand même parce qu'il fallait attendre jusqu'à 16h pour voir le docteur, tout ça enfin bon, et ça commençait à m'énervé sérieux parce qu'on avait plus rien à faire de moi dans l'après midi, et ...plus le fait que j'étais pas bien...je pense que peut-être on aurait pu me renvoyer par une ambulance ou quelque chose comme ça ... E7-4.5: parce qu'elle savait quand même que j'étais venue avec le métro...et pour me consoler elles m'ont dit mais non ne vous inquiétez pas!...alors je suis arrivée ici fatiguée E7-9.2: c'est compliqué prendre la voiture, descendre à la gare ici à Colomiers...prendre le bus pour aller à Toulouse, après il faut prendre le métro et après j'ai eu un mal terrible pour trouver l'entrée E7-19.1: c'est ça m'a bouleversé si on peut dire
			à priori	E1-1.1 : en croyant que c'était que la matinée; E2-2.1: j'ai trouvé que c'était beaucoup plus intelligent que ce que je croyais E5-1.2: bon on y va toujours avec...pas de la crainte mais... E7-4.2 et quand justement je devais aller là bas ça me stressait, E10-3.2 Euh, j'ai été ravie, parce ce que je me suis dit on va faire quelque chose pour moi
			oublié	E5-6.1 La première fois je ne m'en souviens pas E7-1.2: me souviens pas très bien d'ailleurs E11-1.4: est-ce que je m'en souviens bien? Voilà le problème
		informations données au patient sur son état de santé	retenues	E2-4.1: que c'était assez bien, en gros ce que j'ai retenu; E2-4.2: il m'a été dit que ça n'allait pas trop mal E2-4.3: l'alimentation était à peu près valable, que j'étais à peu près en forme que mes dosages étaient assez corrects E4-7.1: d'après ce qu'ils m'ont dit que c'était pas mal E5-5.2 et .3 : ils m'ont dit que c'était pas affolant...Qu'il n'y avait rien de, pour dire de ...me porter vraiment souci E5-22.2: on m'a dit que c'était pas grave E7-3.2: Bon. Alors euh réponse évidemment ...on m'a dit donc après ...donc dans cette journée on m'a dit bé on peut pas vous le dire parce que c'est trop tôt. E7-8.2 Bon on ne m'a dit ni oui ni non (rires). Bon c'était un peu tôt c'est vrai. E8-7.1 Bah que ...les fonctions cognitives étaient très atteintes puis le reste bon bah ça allait hein E9-5.1 Euh ça allait bien et ça allait pas très bien, enfin y'avait certaines choses qui allaient normalement et puis, enfin, y'avait... avec mon diabète j'ai un comportement à peu près normal E10-4.3 Ah je ne suis ni démente, ni en maladie alzheimer,
			aucune infos données	E3-3.1: on ne m'a rien dit E6-4.1: par contre c'est vrai que sur ma santé on ne m'a pas dit grand chose E11-5.2: ben rien de particulier

**Freins à la mise en place des recommandations de prévention de la dépendance chez
les personnes âgées fragile en Haute-Garonne**

A Toulouse le 2 décembre 2014

Contexte : Compte tenu de la démographie actuelle, le nombre de personnes âgées dépendantes va considérablement augmenter. Cette perte d'autonomie fonctionnelle est souvent précédée d'un état de fragilité qui semble réversible si on propose une EGS suivie d'un plan de prévention personnalisé. Depuis 2011, l'hôpital de jour (HDJ) des fragilités de Toulouse évalue les patients fragiles selon les critères de Fried et met en place un plan personnalisé de soin (PPS) en collaboration avec le médecin généraliste. Or le taux d'adhésion à ces programmes varie de 46 à 76% chez les personnes âgées. Connaître les difficultés des patients à mettre en place ce PPS permettrait une meilleure efficacité de la prévention de la dépendance.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative auprès de onze patients évalués après leur passage à l'HDJ des fragilités de Toulouse. Les entretiens semi-dirigés sont exploités par analyse thématique par deux chercheurs.

Résultats : Les principaux freins sont liés à la douleur, à l'isolement, à la disposition psychosociale du patient face à son vieillissement, notamment la dépression, à la difficulté de compréhension de leur état de santé et de la finalité du PPS, et enfin, à la difficulté relationnelle soignant-malade.

Conclusion : La dépression et l'isolement seraient des facteurs prédictifs de la non-adhésion des patients au PPS. La douleur, omniprésente, pourtant évitable, mériterait une prise en charge plus intensive et spécifique. Identifier le stade de changement comportemental et accompagner ces patients par des entretiens motivationnels favoriseraient l'adhésion. Tous ces éléments contribueraient à renforcer la personnalisation du plan de soins.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Dépendance – Fragilité – Freins – Prévention – Plan personnalisé de soins – Relation médecin-patient

Université Toulouse III Paul Sabatier - 118 route de Narbonne - 31062 Toulouse Cedex 04 - France

Directeur de thèse : Madame le Docteur SUBRA Julie
