

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014-2015

2014TOU3-1139

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

Présentée et soutenue publiquement le 2 décembre 2014

par

Vincent BRISSEAU

Née le 15 Février 1985 à Poitiers (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



TABLE DES MATIÈRES

I Choix du thème	2
II Rencontres	3
1. Directeur de thèse.....	3
2. Co-investigatrice.....	3
III Réalisation personnelle	4
1. Méthode	4
1.1 Choix de la méthode qualitative	4
1.2 Technique d'entretien et recueil des données.....	4
1.3 Population.....	5
2. Discussion	5
IV Difficulté de l'étude	6
V Anecdote	6
VI Bilan et bénéfice	6

I Choix du thème

Depuis mon entrée en médecine, il y avait un domaine où je me sentais à la fois à l'aise et utile, c'était la gériatrie. Je crois même que j'ai fait médecine pour cela. Plus les années passaient, plus cela devenait une évidence. En effet, la notion de globalité de soins chez une personne me ravissait beaucoup plus que le découpage organe par organe où chaque spécialiste se battait pour savoir quel organe était le plus noble et le plus important. Qui peut dominer les autres. La plus belle spécialité, à mon sens, à ce moment là, était justement l'absence de supériorité d'organe et donc la supériorité de l'être dans sa globalité. L'ultraspécialité devenant la méthode unique d'exercice au CHU, je m'y suis senti mal à l'aise jusqu'à ce que je découvre la médecine générale.

Puis j'ai commencé mon internat et c'est devenu une évidence. La gériatrie faisant toujours une grande partie de mes préoccupations médicales, j'ai toujours pu faire des stages de Gériatrie plus ou moins spécialisés dans un domaine, au plus grand malheur des spécialistes qui refusaient ces patients séniles, gâteux, où leur savoir n'avait pas à s'occuper de ces personnes pré-mortem.

La découverte de la médecine générale et de ses vertues préventives m'ont toujours plus attirées plutôt que de soigner un hashimoto, une néphropathie glomérulaire ou encore une fracture déplacée spiralée du tiers distale de la diaphyse tibiale ! Le contact et le rapport que nous avons avec eux sont prédisposant à toute question plus intime et moins médicale comme le changement de comportement concernant leur mode de vie.

Ce sont donc avec les deux champs de la médecine que j'affectionne particulièrement, d'un côté la gériatrie de l'autre côté la prévention, que j'ai réalisé ce travail de thèse.

II Rencontres

1. Directeur de thèse

Mes premiers pas sur la thèse ont débuté avec le Dr Stillmunkes sur un travail très précis de la maladie d'Alzheimer, et finalement après réflexion, ce travail m'intéressait mais pas au point de passer une année dessus. J'ai demandé au Dr Bismuth des idées de thèse sur la gériatrie et prévention, et il m'a indiqué le Dr Julie Subra.

Nous avons donc réfléchi ensemble et c'est tout naturellement que nous nous accordés sur l'étude qualitative, puis sur le sujet. J'ai alors commencé ma bibliographie en me documentant d'abord sur la fragilité, puis sur la prévention en gériatrie. Ensuite, j'ai commencé à me renseigner sur la méthode qualitative. Et donc une thèse qualitative avec un seul investigateur n'est pas validée scientifiquement. Julie un jour m'appelle et me dit j'ai quelqu'un qui aimerait travailler sur ce sujet également, et elle te connaît !

2. Co-investigatrice

Anne-Sophie Kassab ! Non, incroyable ! Elle provient de la même faculté que moi, faculté de Poitiers. Nous avons également fait notre premier stage d'internat à Lannemezan, où nous avons passé de grands moments, restons-en là pour les détails.

La connaissant un petit peu, je lui ai dit ok, mais alors on fait ça sérieusement !

A partir de là, nous nous sommes partagés les tâches. Comme j'avais fait déjà pas mal de travaux de recherche de bibliographie sur la fragilité et sur la prévention, Anne-Sophie a rattrapé son retard en refaisant de son côté une nouvelle bibliographie dans le but de faire l'introduction. J'ai donc pour ma part fait des travaux de recherche plus poussés sur la méthodologie concernant les études qualitatives.

III Réalisation personnelle

Ayant déjà travaillé sur la bibliographie, c'est donc sur la méthode qualitative que je me suis penché avec de nombreuses lectures d'autres thèses, puis sur des ouvrages concernant cette méthode. Je vais donc vous livrer tout le travail n'apparaissant pas dans la thèse pour ne pas parasiter celle-ci.

1. Méthode

1.1 Choix de la méthode qualitative

Quand il s'agit de comprendre un phénomène humain, une réflexion, une attitude, l'étude qualitative est l'étude de choix pour analyser ce système. (*Alami S, Desjeux D, Garabuau-Mouassoui I. Les méthodes qualitatives. Puf. coll "Que sais-je?". 2009. 126 pages*). Les techniques de recherche qualitative ont surtout été développées en sciences humaines et sociales pour décrire au plus près des modes de vie, des comportements et expliquer sur quoi ils reposent, en laissant libre parole aux sujets. C'est l'étude des sujets dans leur environnement pour créer des hypothèses. Il s'agit d'un cadre conceptuel de recherche centré sur la personne âgée afin de comprendre les facteurs influençant la décision de la mise en place des moyens de prévention ou non. L'étude qualitative est en soi novatrice concernant cette population de personnes âgées fragiles puisqu'elle recherche des solutions émanant des patients eux-mêmes.

1.2 Technique d'entretien et recueil des données

La technique d'entretiens individuels pour le recueil de données a été choisie puisque la population ciblée est une population fragile, avec des difficultés d'accès possible, une diminution des capacités sensorielles auditives rendant impossible toute autre technique de recueil. Cette technique permet la levée des barrières pour être au plus près de leur problème contrairement au focus groupe par exemple.

Le recueil de données a été réalisé grâce à un guide d'entretien que l'on a voulu semi-directif car celui-ci est plus facilement reproductible, permet une liberté dans la conversation, permet de rebondir tout en permettant de remplir nos attentes. Il nous semblait être le bon procédé chez cette population âgée fragile.

1.3 Population

Enfin pour rendre la population plus hétérogène et diminuer les biais de sélection, il a été décidé de prendre autant d'hommes que de femmes, ce qui a été difficile et finalement non réalisable, avec des MMS différents, des patients citadins et ruraux et enfin autant de patients pré-fragiles que fragiles.

Enfin la triangulation des données a été obtenue grâce à une double analyse de chaque entretien : après que nous nous soyons accordés sur la mise en commun des analyses indépendantes initiales, une analyse finale a été constituée. Ainsi la place dans la matrice de chaque verbatim non mise en commun a été discutée. La matrice s'est faite grâce à une grille d'analyse avec l'association des verbatim en thèmes, sous-thèmes, rubriques et sous-rubriques pour dégager les fameux freins et analyser nos objectifs secondaires.

La méthode d'analyse du discours s'est faite par la transcription intégrale et littérale avec la ponctuation et l'utilisation pour les résultats de « verbatim », c'est-à-dire des morceaux de phrases choisies. Elle a inclus aussi bien le discours (langage, forme du discours, ponctuation, champs lexicaux) que l'analyse du contenu avec l'occurrence des thèmes.

2. Discussion

Dans un premier temps, le travail sur la discussion a débuté par la mise en commun des grandes idées, les solutions en fonction de chaque étape du patient. Puis cette étape réalisée, nous nous sommes répartis la tâche. Ainsi j'ai accentué mon travail sur la relation soignant-malade et sur les freins liés à l'hôpital de jour.

IV Difficulté de l'étude

Nos premiers pas nous ont rapidement conduit vers l'hôpital de jour de la prévention de la dépendance et de la fragilité. C'est là que nous avons compris la difficulté de recrutement des personnes âgées. En effet, la moitié des personnes éligibles aux critères d'inclusion a refusé notre entretien.

La deuxième difficulté porte sur l'hôpital de jour en lui-même, où notre réception fut légèrement semé d'embuche pour deux raisons :

- Les entretiens téléphoniques qui devaient être effectués à 3 mois étaient finalement réalisées à 6 mois, voire à 9 mois.
- La liste des patients était dans un classeur, mais celui-ci était souvent hors d'utilisation pris de nombreuses fois par les différents intervenants ou encore même laissé au domicile de certains. Habitant à une heure de Toulouse, je peux avouer que cette situation m'a légèrement frustré pour dire cela poliment.

Enfin la troisième difficulté ou force, est le travail à deux auteurs. Celle-ci d'une part est une force car l'expression d'une idée est différemment perçue en fonction de chacun. Et donc la retranscription écrite est déjà digérée une première fois. Mais d'autre part, la réelle difficulté réside dans le fait que le travail ne va pas à la même vitesse que l'on souhaite, que les disponibilités pour le travail varient en fonction de nombreux critères comme la vie de famille, les obligations professionnelles et la motivation personnelle. Cependant, le point positif se révèle lorsque les deux protagonistes sont motivés, le travail avance deux fois plus vite.

V Anecdote

L'anecdote de cette thèse est le vol de mon ordinateur avec la totalité de ma bibliographie et le début d'introduction que j'avais initié avec cette même bibliographie. Le juste un petit bonjour à un membre de ma famille m'a coûté très cher, pas l'ordinateur qui était en fin de vie, mais toutes les données que j'avais stockées.

VI Bilan et bénéfice

Dans cette étude, j'ai remarqué que les personnes rencontrées mettent à distance leurs difficultés, les intègrent à leur quotidien en acceptant difficilement l'aide professionnelle ou celle de l'entourage. La famille, les proches, dans un souci de respect de la personne, ne souhaitent pas non plus intervenir trop tôt dans la vie de la personne âgée et imposer leur vision des choses. La non ingérence familiale et la résistance psychologique de la personne âgée à la perte d'autonomie participent, sans nul doute, à une dégradation progressive des situations de vie pouvant à terme complexifier le soutien à domicile ou l'entrée en établissement.

La réalisation de ce travail m'a non seulement permis une meilleure connaissance du travail de recherche et de la méthode qualitative, mais a surtout augmenté mes connaissances sur un sujet qui me passionnait. Ainsi tous les travaux de recherche sur la prévention me servent tous les jours dans ma pratique. La prévention par la peur que je réfutais car je me disais que c'était démodé ou bien parce que les personnes étaient suffisamment intelligentes pour comprendre les bénéfices attendus, s'est vu incréée dans ma pratique. Ainsi toutes ces fausses idées que l'on se fait et que l'on croit bonnes sont annihilées par ces études sociologiques si importantes. Si l'on veut changer le regard de nos patients sur la maladie ou plus encore sur la santé décrite par l'OMS qui n'est pas l'absence de maladie mais un état de bien-être complet alors c'est par ce genre de comportement que nous pourrons améliorer la vie de nos contribuables.