

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014-2015

2014TOU3-1138

MÉMOIRE DE 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)

**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 MATIERES

1. Naissance du projet de thèse	2
2. Première phase : recueil et analyse des données	2
1. Type d'étude et inclusion des patients.....	2
2. Déroulement des entretiens	3
3. Analyse des données.....	3
3. Rédaction de la thèse.....	4
4. Conclusion du travail de thèse	5
5. Bénéfices personnels de ce travail.....	6

1. Naissance du projet de thèse

Tout a commencé en mars 2013, je cherchais un projet de thèse auprès du DUMG. Le Dr Bismuth m'a proposé de travailler sur des questions de recherche en Gériatrie et m'a mis en relation avec le Dr Julie Subra, qui travaille actuellement au Gérontopôle, à l'hôpital de jour de la Fragilité. Au départ nous nous intéressions aux personnes âgées fragiles n'ayant pas fait les recommandations de prévention de la dépendance mis en place après leur passage à l'HDJ, mais plutôt du point de vue quantitatif. Puis très rapidement elle nous a mis en contact Vincent et nous a proposé de travailler ensemble. L'idée était de mener une recherche qualitative sur les raisons de la non-adhésion des personnes âgées fragiles n'ayant pas suivi les recommandations du plan personnalisé de soins (PPS). Nous avons tous deux accepté et c'est ainsi que le projet est né.

2. Première phase : recueil et analyse des données

1. Type d'étude et inclusion des patients

L'objectif principal était de mettre en avant les freins à la mise en place des recommandations de prévention de la dépendance chez les personnes âgées fragiles en Haute-Garonne.

Les objectifs secondaires étaient de recueillir le vécu de l'hospitalisation et la mise en place des recommandations au domicile, d'évaluer également la compréhension de la prévention de la fragilité et le concept du bien vieillir. Enfin, nous avons souhaité connaître la perception individuelle de l'autonomie. Nous avons tenté également de mettre en avant les solutions possibles apportés par les patients qui les aideraient dans la mise en place des recommandations.

Nous avons donc choisi de réaliser une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés. Pour faire notre grille d'entretien nous avons débuté par rechercher des références traitant de la non-observance chez la personne âgée, de l'image de la vieillesse et du concept du bien vieillir perçu dans notre société. Nous avons également rechercher des références sur la méthode qualitative.

Nos critères d'inclusions étaient les suivants : patient n'ayant pas suivi les recommandations à 3 mois, habitant en Haute Garonne et étant au moins pré-fragile.

Le critère d'exclusion était le MMS à 21/30 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.

L'inclusion des patients était fait sur place à l'HDJ à partir d'un classeur dans lequel était répertorié chaque patient appelé à 3 mois avec le résumé du suivi de la mise en place des recommandations.

Nous nous sommes rapidement aperçus qu'il était très difficile de sélectionner les patients n'ayant pas fait la totalité des recommandations car ils ne souhaitaient pas s'entretenir avec nous. Nous avons donc recruté également des patients n'ayant pas fait seulement une partie des recommandations.

2. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont commencé en Décembre 2013 et se sont poursuivis jusqu'en août 2014. Ils se sont déroulés à domicile. Nous avons enregistré les entretiens avec un dictaphone, après accord du patient. La retranscription devait se faire dans les 48h de l'entretien afin de coller au mieux au ressenti du patient et de l'interviewer. Nous sommes arrivés à saturation des données avec les 10ème et 11ème patient.

3. Analyse des données

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.

En cas de désaccord sur l'analyse, une discussion avait lieu afin de se mettre d'accord sur le sens et le contexte exact des mots employés. Une matrice a été ensuite élaborée sur un fichier Excel® avec regroupement des verbatim en thèmes, sous-thèmes, rubriques et sous-rubriques.

3. Rédaction de la thèse

Pendant l'analyse nous avons commencé à rédiger le corps de la thèse. Mon choix s'est porté pour initier l'introduction et celui de Vincent pour la partie Matériel et Méthode. Toutefois, il est important de souligner que ces parties ont été re-travaillées à deux pendant de longues heures, en complémentarité. Vincent avait plus de facilité pour faire des liens entre les parties de l'introduction et j'avais pour ma part fait une recherche bibliographique un peu plus poussée sur cette partie. Pour le matériel et méthode c'est Vincent qui s'est occupé de la bibliographie et de la rédaction.

La rédaction des résultats s'est faite à deux, à partir de la matrice que nous avons imprimée et collée au mur pour plus de lisibilité. De manière générale la réflexion s'est faite à deux, Vincent me dictait les résultats alors que je les tapais.

La rédaction de la discussion a été plus complexe. Tout d'abord, nous avons tenté de fondre les résultats en essayant d'en faire ressortir les idées générales. Nous avons commencé à voir apparaître les différentes parties de la discussion avec le fil conducteur suivant : freins présents avant – pendant – et après l'HDJ.

Après ce premier jet, notre directrice de thèse nous a suggéré de refondre encore plus nos parties. Finalement nous nous sommes rendu compte que certains paragraphes pouvaient se mêler pour en dégager des idées plus générales, comme par exemple le défaut relation médecin-malade qui lui est présent tout au long de la prise en charge, et pour souligner l'importance de certains freins qui méritaient une partie dédiée (douleur et isolement). La recherche bibliographique s'est donc faite à deux sur les différentes parties de la discussion. Une fois nos quatre parties bien mises en évidence nous nous les sommes réparties pour les approfondir. J'ai choisi de retravailler la partie freins psychosociaux et freins lors de la mise en place des recommandations (douleur, isolement, événements intercurrents) et Vincent la partie freins liés à l'hospitalisation de jour et défaut relation médecin-malade.

J'ai souhaité travailler tout particulièrement sur la partie douleur car ce sujet m'intéresse beaucoup et il est vrai qu'en pratiquant la médecine générale, je me suis vite rendu compte que la douleur était omniprésente et mal prise en charge.

Enfin, la conclusion a été initié par Vincent qui a mis en place les grandes idées mais le travail de réflexion a été réalisé a deux pendant de longues heures également.

4. Conclusion du travail de thèse

L'originalité de la thèse tient du fait qu'aucune étude qualitative n'a été menée jusqu'à présent dans le domaine de la fragilité. De plus, notre étude s'est aussi intéressée aux solutions que pouvaient amener les patients pour mettre en place les recommandations, ce qui est en soi novateur.

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.

Le rôle important du médecin généraliste a également été au devant de la scène. Actuellement c'est par lui que passe les messages de prévention et le bon déroulement du PPS. Nous avons

souligné les répercussions délétères que pouvaient engendrer une relation défailante avec le médecin généraliste.

Enfin il est logique de se demander si les actions du Gérontopôle concernant la prévention de la dépendance sont efficaces pour appuyer les messages de prévention auprès de la population gériatrique.

5. Bénéfices personnels de ce travail

Ce travail m'a beaucoup apporté et sur tous les plans.

Tout d'abord, au niveau intellectuel et médical, j'ai approfondi mes connaissances sur la prévention en gériatrie et sur la fragilité. La prévention fait partie de ma pratique mais il est vrai que mes connaissances sur les spécificités de la gériatrie souffraient de certaines lacunes que j'ai pu identifier au travers de ce travail.

Cela m'a sensibilisé sur ma pratique de soignant avec les personnes âgées. J'aimais travailler avec des personnes âgées avant même la thèse et cette recherche m'a conforté dans cette idée, notamment au travers du contact avec les personnes âgées lors des différents entretiens. J'ai même pu appliquer le dépistage de la fragilité en médecine de ville lors de mes remplacements et ai ainsi adressé quelques patients à l'hôpital de jour. J'ai été plus alerte et plus réactive concernant la perte d'autonomie, notamment la prescription d'activité physique et la prise en charge de la douleur.

Je pense avoir amélioré ma pratique médicale tout au long de cette thèse. Il m'apparaît encore plus clairement la nécessité d'avoir une formation médicale continue de qualité si je veux évoluer dans ma pratique et surtout m'améliorer.

Ensuite, sur le plan de la recherche, ce travail m'a permis de me lancer dans des lectures d'articles de différents pays, d'étoffer mes connaissances et d'ouvrir ma réflexion sur les pratiques médicales mondiales. Sans parler de la révision de l'anglais ...

Enfin sur le plan affectif et personnel, j'ai pu apprendre le travail a deux. Ce n'est pas aussi évident qu'il n'y paraît. Heureusement mon collègue et moi avions des points de vue souvent en accord. La réflexion a deux fait avancer, plus rapidement et elle suscite des idées qui n'auraient peut-être pas germées lors d'une réflexion individuelle. Ce fût une expérience très enrichissante. Si je veux extrapoler au maximum, je dirai que cela m'a permis de me rendre compte qu'en amenant une réflexion collective au sein d'un même cabinet médical cela peut engendrer une dynamique constructive et une ouverture d'esprit et donc une meilleure pratique.