



HAL
open science

Comment les centenaires perçoivent-ils leur qualité de vie ?

Caroline Saingre

► **To cite this version:**

Caroline Saingre. Comment les centenaires perçoivent-ils leur qualité de vie?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01828163

HAL Id: dumas-01828163

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01828163>

Submitted on 3 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2017/2018

Thèse présentée par :

Madame SAINGRE Caroline
Née le 3 avril 1987 à Amiens

Thèse soutenue publiquement le 14 juin 2018

Titre de la thèse : Comment les centenaires perçoivent-ils leur qualité de vie ?

Président	Monsieur le Professeur Bernard Le Floch
Membres du jury	<u>Monsieur le Professeur Jean-Yves Le Reste</u>
	Monsieur le Docteur Patrice Nabbe
	Monsieur le Docteur Cyril Hazif-Thomas

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

**FACULTE DE MEDECINE ET
DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**

DOYENS HONORAIRES :

Professeur H. FLOCH
Professeur G. LE MENN (†)
Professeur B. SENECAIL
Professeur J. M. BOLES
Professeur Y. BIZAIS (†)
Professeur M. DE BRAEKELEER (†)

DOYEN :

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS ÉMÉRITES

CENAC Arnaud Médecine interne

COLLET Michel Gynécologie obstétrique

LEHN Pierre Biologie Cellulaire

YOUINOU Pierre Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS EN SURNOMBRE

LEFEVRE Christian Anatomie

MOTTIER Dominique Thérapeutique

RICHE Christian Pharmacologie fondamentale

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel Réanimation Médicale

COCHENER - LAMARD Béatrice Ophtalmologie

DEWITTE Jean-Dominique Médecine & Santé au Travail

FEREC Claude Génétique

GILARD Martine Cardiologie

JOUQUAN Jean Médecine Interne

OZIER Yves Anesthésiologie et Réanimation

ROBASZKIEWICZ Michel Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ÈRE} CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie médicale
MISERY Laurent	Dermatologie – Vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie

STINDEL Éric	Biostatistiques, Informatique Médicale & technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{ÈME} CLASSE

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
AUBRON Cécile	Réanimation
BEN SALEM Douraied	Radiologie & Imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DELLUC Aurélien	Médecine interne
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie – Virologie
HUET Olivier	Anesthésiologie - Réanimation
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et Médecine nucléaire
L'HER Erwan	Réanimation Médicale
LIPPERT Éric	Hématologie
MONTIER Tristan	Biologie Cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie-Neurochirurgie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MEDECINE GENERALE

LE RESTE Jean Yves
LE FLOCH Bernard

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITÉS DE MEDECINE GENERALE (À MI-TEMPS)

BARRAINE Pierre

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS CONTRAT LRU

BORDRON Anne

Biologie cellulaire

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS HORS CLASSE

JAMIN Christophe

Immunologie

MOREL Frédéric

Médecine et biologie du développement et de la reproduction

PERSON Hervé

Anatomie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1ÈRE CLASSE

ABGRAL Ronan

Biophysique et Médecine nucléaire

CORNEC Divi

Rhumatologie

DE VRIES Philine

Chirurgie infantile

DOUET-GUILBERT Nathalie

Génétique

HILLION Sophie

Immunologie

LE BERRE Rozenn

Maladies infectieuses

LE GAC Gérald

Génétique

LE GAL Solène

Parasitologie et Mycologie

LODDE Brice

Médecine et santé au travail

MIALON Philippe

Physiologie

PLEE-GAUTIER Emmanuelle

Biochimie et Biologie Moléculaire

QUERELLOU Solène

Biophysique et Médecine nucléaire

TALAGAS Matthieu

Histologie, embryologie et cytogénétique

VALLET Sophie

Bactériologie – Virologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2ÈME CLASSE

BRENAUT Emilie	Dermato-vénérologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
LE VEN Florent	Cardiologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement & de la reproduction
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie
UGUEN Arnaud	Anatomie et Cytologie Pathologiques

MAITRE DE CONFÉRENCES DE MEDECINE GENERALE

NABBE Patrice

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MEDECINE GENERALE (A MI-TEMPS)

BARAIS Marie
CHIRON Benoît
DERRIENNIC Jérémy

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE CLASSE NORMALE

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
DERBEZ Benjamin	Sociologie démographie
KARCHER Brigitte	Psychologie clinique
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Électronique et Informatique

MAÎTRE DE CONFÉRENCES ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS (A TEMPS COMPLET)

MERCADIE Lolita

Rhumatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES CONTRAT LRU

DANY Antoine

Epidémiologie et santé publique

GILLES Marlène

Génie informatique, automatique et traitement du signal

PROFESSEURS CERTIFIÉS / AGRÉGÉS DU SECOND DEGRÉ

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

PROFESSEURS AGREGES DU VAL-DE-GRACE (MINISTERE DES ARMEES)

NGUYEN BA Vinh

Anesthésie-Réanimation

ROUSSET Jean

Radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A **Monsieur le Professeur Bernard Le Floch**, Président du jury. Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre implication dans la formation des internes et à la bienveillance que vous nous portez. Soyez assuré de mon profond respect.

A **Monsieur le Professeur Jean-Yves Le Reste**, Directeur de thèse. Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury. Je vous remercie de m'avoir accompagnée et soutenue dans le cheminement de ce travail de thèse passionnant et enrichissant. Merci pour votre implication auprès des étudiants en médecine générale de Brest et notamment lors des groupes de thèse. Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.

A **Monsieur le Docteur Patrice Nabbe**. Merci pour votre présence au sein de ce jury. Merci pour votre engagement au sein de la faculté et pour la formation de qualité qui nous est assurée. Soyez assuré de toute ma gratitude.

A **Monsieur le Docteur Cyril Hazif-Thomas**. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de me faire l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de mon plus grand respect.

A **tous les médecins, co-internes, co-externes, infirmières et personnels soignants** que j'ai pu rencontrer au cours de mes études. Merci de m'avoir fait partager votre savoir et votre expérience.

A **tous mes maîtres de stage** et tout particulièrement au **Docteur Nathalie Ysnel**. Merci de m'avoir initiée à l'art de la médecine générale et ses coulisses. En toi j'ai trouvé un mentor et une amie.

A **mes parents**, merci d'avoir cru en moi, de votre soutien et de vos sacrifices pour me donner les moyens de réaliser mon rêve. Je vous aime.

A **Claire et Gauthier**, votre ainée est enfin diplômée !

A **Mathieu**, merci de ton soutien dans cette aventure. J'ai hâte de vivre les suivantes à tes côtés.

A **Arthur**, mon fils. Puisse-t-on te transmettre les clés du bonheur.

A **ma famille**, merci pour vos encouragements et votre bienveillance. Une pensée pour **Marine**, qui suit le même chemin. Puisse-tu t'épanouir dans cette voie.

A **ma belle-famille**, merci pour votre bonne humeur.

A **mes amis** rencontrés sur les bancs des facs d'Amiens et Brest : Laure, Justine, Lisa, Simon, Jordan, Thomas, Mathieu, Aurélie, Estelle, Zoé Mickael et Paul, Justine Ludo et Juliette, Annaïg et tous les autres, merci pour tous ces inoubliables moments passés ensemble.

Table des matières

Abréviations	12
Résumé.....	13
Introduction.....	15
Matériels et méthode.....	18
1. La « Grounded Theory » ou théorie ancrée.....	18
2. Entretiens semi-dirigés.....	18
3. Population de l'étude.....	20
4. Analyse des données.....	20
Résultats.....	22
1. Description de la population.....	22
2. Analyse des données.....	23
3. Résultats de l'étude.....	23
Discussion.....	31
1. Résumé des résultats.....	31
2. Force interne de l'étude et biais.....	31
3. Apports de l'étude.....	32
Conclusion.....	38
Bibliographie.....	39
Annexes.....	43

Abréviations

AM : aide ménagère.

AS : aide-soignant(e).

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

EVBS : espérance de vie en bonne santé.

IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'Etat.

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques.

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale.

MAPA : maison d'accueil pour personnes âgées.

MMSE : mini mental state examination.

OMS : organisation mondiale de la santé.

Comment les centenaires perçoivent-ils leur qualité de vie ?

Abstract

Introduction : In France, there were 21 393 centenarians in 2016, which could increase to 270 000 by 2070. In France in 2014, life expectancy in good health at 65 years old was 10,7 years for women, and 10,4 years for men, one can question the quality of life felt at 100 years old. The aim of this study was to find out how centenarians perceived it.

Method : A qualitative study was conducted, where semi-directed interviews on selected patients were chosen to represent a maximum variation, based on criteria such as being over 100 years and with a mini mental state examination over 16. A thematic analysis of verbatims was carried out.

Results : The data saturation was made after 11 interviews, revealing four themes : daily living conditions assessment, physical and mental health full assessment, centenarians' quality of life through relationships to others, centenarians' prospects for the future. The study showed that some centenarians judged their health satisfying, which objectively can be misconstrued. Resilience ability and social comparison mechanism played a part in maintaining a good quality of life. The dependency to others was lived as a bad experience for centenarians, a possible explanation could be the tendency of the carers' ageist attitude towards them. It was underlined that the geographic location play a part in their quality of life.

Conclusion : These different factors should be taking into consideration to support centenarians in maintaining and improving their quality of life. Further studies on life quality for centenarians with dementia could complete this study.

Résumé

Introduction : En France, il y avait 21 393 centenaires au premier janvier 2016. Leur nombre pourrait atteindre 270 000 en 2070. Si en France en 2014, l'espérance de vie en bonne santé (EVBS) à 65 ans d'une femme était de 10,7 ans et de 10,4 ans pour un homme, on peut s'interroger quant à la qualité de vie ressentie à 100 ans. L'objectif de ce travail était d'étudier comment les centenaires perçoivent leur qualité de vie.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés sur un échantillon de patients recrutés en variation maximale. Les critères d'inclusion étaient d'avoir plus de 100 ans et un mini mental state examination (MMSE) supérieur à 16. Une analyse thématique des verbatims a été effectuée.

Résultats et discussion : La saturation des données a été obtenue après 11 entretiens. L'analyse des verbatims a mis en évidence quatre thèmes : bilan des conditions d'existence au quotidien, bilan de l'état de santé physique et moral, qualité de vie des centenaires conditionnées par la relation aux autres, perspectives d'avenir des centenaires. L'étude a montré qu'une partie des centenaires jugeaient leur état de santé satisfaisant, ce qui peut paraître paradoxal d'un point de vue objectif. Leur faculté de résilience et les mécanismes de comparaison sociale jouaient un rôle dans le maintien de leur bonne qualité de vie. Les centenaires avaient un vécu négatif de la dépendance à autrui. Une explication possible pourrait être la tendance au comportement « agiste » des aidants et soignants envers les centenaires. Ils ont souligné le rôle que joue leur lieu dans vie dans leur niveau de qualité de vie.

Conclusion : Ces différents éléments devraient être pris en compte dans la manière d'accompagner les centenaires afin de maintenir et d'améliorer leur qualité de vie. D'autres études s'intéressant à la qualité de vie des centenaires déments permettraient de compléter ce travail.

Introduction

En France, il y avait 21 393 centenaires au premier janvier 2016 (1). Selon les projections de l'INSEE, leur nombre pourrait atteindre 270 000 en 2070, soit treize fois plus qu'en 2016 (1). En France, l'espérance de vie à la naissance est de 85,4 ans pour une femme et 79,3 ans pour un homme (2). En vingt ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 3,4 ans et celle des hommes de 5,2 ans (2).

La question de savoir si les années supplémentaires gagnées grâce à l'allongement de la durée de vie sont vécues en bonne ou en mauvaise santé revêt une importance certaine aux yeux de ces patients. Il peut être considéré comme plus important de vivre en "bonne" santé. Ainsi, un autre indicateur a été mis au point : l'espérance de vie en bonne santé (EVBS). Il représente le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre à la naissance (3). L'indicateur EVBS introduit la notion de qualité de vie, définie en 1993 par l'OMS comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». C'est une notion individuelle : chacun, bien portant ou malade, a sa perception de la qualité de vie, avec ses désirs, ses souhaits, sa satisfaction et le but à atteindre. Barbara K. Haas aboutit dans une revue de littérature à la définition suivante (4) : « Evaluation multidimensionnelle de la vie de tous les jours d'un individu, dans le contexte culturel dans lequel il vit et les valeurs qui y sont rattachées. La qualité de vie est avant tout un sens subjectif du bien-être, incluant les dimensions physiques, psychologiques, sociales et spirituelles ». De nombreuses autres définitions existent et peuvent inclure des données plus ou moins similaires.

L'indicateur EVBS mesure également la santé en tant que facteur productif ou économique. L'accroissement du nombre d'années de vie en bonne santé est l'un des principaux buts de la politique de l'Union Européenne en matière de santé. Elle a d'ailleurs lancé un projet pilote (European innovation partnership on active and healthy ageing) qui vise à prolonger de deux ans la durée moyenne de vie en bonne santé des citoyens de l'Union Européenne d'ici à 2020 (5). L'accroissement du nombre d'années de vie en bonne santé se traduirait non seulement par une amélioration du sort des individus (vivre longtemps et en bonne santé étant un objectif primordial de l'activité humaine), mais permettrait également une réduction des dépenses de santé publique (6). Ces dix dernières années, le nombre d'années de vie en bonne santé est globalement resté stable (7). Les gens vivront plus longtemps, mais ils passeront aussi une plus grande partie de leur vie sans problèmes de santé.

De nombreuses études sur les centenaires ont été menées à l'étranger pour tenter d'expliquer les raisons d'une telle longévité. La plupart d'entre-elles se sont intéressées à l'aspect biologique (8, 9) et l'histoire familiale des individus (10), ainsi qu'à leurs habitudes diététiques (11) et leurs style de vie (12). Les quelques études qualitatives menées avec des centenaires ont montré qu'un réseau social sélectionné, une capacité d'adaptation ainsi qu'une tendance à éviter les conflits sont des facteurs permettant de vivre longtemps (13).

Si la durée de vie s'allonge d'une génération à l'autre, l'état de santé de la population vieillissante, en revanche, est moins connu. Il existe actuellement une étude menée par l'INSERM (la 5 Country Oldest Old Project) qui vise à établir du point de vue quantitatif un état de lieux de l'état de santé des centenaires en France (et dans 4 autres pays) (14).

S'il y a bien eu des études concernant la qualité de vie des patients âgés vivant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (15), aucune n'a été menée concernant les centenaires. Si en France en 2014, l'EVBS à 65 ans d'une femme était de 10,7 ans et de 10,4 ans pour un homme (16), on peut s'interroger quant à la qualité de vie ressentie à 100 ans.

Consécutivement, l'objectif de ce travail était d'étudier comment les centenaires perçoivent leur qualité de vie.

Matériels et méthode

Il s'agit d'une étude qualitative avec entretiens individuels semi-dirigés.

1. La « Grounded Theory » ou théorie ancrée

La Grounded Theory est une méthode de recherche initiée dans les années 1960. Le chercheur se présente vierge de toute idée préconçue afin d'aborder le sujet de recherche de manière neutre. Il « suspend temporairement le recours à des cadres théoriques existants au profit d'une ouverture à ce qui émerge des données de terrain. Il s'agit d'un refus systématique d'imposer d'emblée aux données un cadre explicatif » (17). Cette méthodologie permet de faire émerger de nouvelles théories, notamment en sciences humaines et sociales. De nombreuses méthodes d'extraction des données en sont issues dont les entretiens semi dirigés.

2. Entretiens semi-dirigés

L'étude a été réalisée à l'aide d'entretiens semi dirigés individuels. Les participants étaient informés qu'il s'agissait d'un travail enregistré, anonyme, élaboré dans le cadre d'un travail de recherche pour une thèse de doctorat en médecine (annexe 1). Leur consentement écrit était obtenu avant de débiter l'entretien.

Chaque entretien était enregistré avec un dictaphone puis retranscrit dans un fichier Word. Ils étaient alors numérotés selon leur ordre chronologique dans le but d'anonymiser les données. Par la suite, l'entretien était transmis à l'interviewé par courrier postal afin qu'il valide ses propos.

Le guide d'entretien a été élaboré en groupe de recherche. Il était initialement composé de cinq questions ouvertes (Tableau 1).

Question 1	Racontez-moi votre journée d'hier. Que vous a-t-il plu et déplu ?
Question 2	A ce jour, quels sont les éléments qui améliorent votre quotidien ?
Question 3	A ce jour, quels sont les éléments qui détériorent votre quotidien ?
Question 4	Qu'est-ce qui peut améliorer votre quotidien ?
Question 5	Y a-t-il quelque chose que nous n'avons pas évoqué et qui vous paraît important dans votre niveau de qualité de vie ?

Tableau 1 : Premier guide d'entretien

Grâce à la méthode grounded theory, une analyse des données après le 6ème entretien a fait émerger un thème non abordé dans le questionnaire initial. Il s'agissait des craintes des centenaires concernant leurs situations actuelles et leurs perspectives d'avenir. Selon Barbara K Haas (4), « la qualité de vie est avant tout un sens subjectif du bien être, incluant les dimensions physiques, psychologiques, sociales et spirituelles ». En conséquence, ce thème méritait d'être exploré afin de répondre de manière plus complète à la question posée par ce travail de recherche. Deux autres questions ont été intégrées au questionnaire final (tableau 2).

Question 1	Racontez-moi votre journée d'hier. Que vous a-t-il plu et déplu ?
Question 2	A ce jour, quels sont les éléments qui améliorent votre quotidien ?
Question 3	A ce jour, quels sont les éléments qui détériorent votre quotidien ?
Question 4	Qu'est-ce qui peut améliorer votre quotidien ?
Question 5	Dans votre vie quotidienne, y a-t-il des choses que vous redoutez ?
Question 6	Comment envisagez-vous votre avenir ?
Question 7	Y a-t-il quelque chose que nous n'avons pas évoqué et qui vous paraît important dans votre niveau de qualité de vie ?

Tableau 2 : Guide d'entretien final

3. Population de l'étude

Le premier critère d'inclusion était d'avoir 100 ans révolus au moment de l'interrogatoire.

Ces personnes étaient susceptibles de présenter des troubles de la mémoire qui auraient pu altérer la validité des résultats ainsi obtenus. Il a donc fallu déterminer un score de mini mental state examination (MMSE) au-delà duquel les réponses seraient considérées comme exploitables.

Le questionnaire Nottingham health profile est un outil permettant l'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées. L'étude de faisabilité de Tabali (18) montre que les données obtenues par ce questionnaire ne sont exploitables que si le MMSE des personnes interrogées est supérieur à 16. En s'appuyant sur cette étude, le second critère d'inclusion était d'avoir un MMSE supérieur à 16. Ce MMSE a été réalisé au préalable de chaque entretien par l'investigateur.

L'échantillonnage a été constitué en variation maximale en recherchant des personnes des deux sexes, vivant à domicile et en institution ; en milieu urbain et rural ; seul, en couple et en famille. L'investigateur de l'étude a contacté les médecins généralistes et les structures accueillant du public âgé (maisons de retraite, EHPAD), maisons d'accueil pour personnes âgées (MAPA)) de la région du sud Finistère et ouest Morbihan pour constituer l'échantillonnage. Chaque centenaire pouvant répondre aux critères d'inclusion d'après les médecins interrogés, était visité s'il en avait donné son accord, et ce jusqu'à saturation des données.

4. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Excel. Elle consistait en une analyse thématique des verbatims avec un codage ouvert puis axial puis sélectif.

a. Le verbatim

Un verbatim est un ensemble de mots ou de phrases cités par le participant. Chaque verbatim se rapportant à la question de recherche était identifié par deux chiffres (exemple : verbatim 1, 76 : verbatim de l'entretien n°1, situé à la ligne 76) puis classé dans un code ouvert.

b. Le codage ouvert

Un code ouvert regroupe un ou plusieurs verbatims, issus d'un ou plusieurs entretiens, portant sur une même idée. Ce codage permet de dégager des catégories à partir d'éléments récoltés sur le terrain.

c. Le codage axial

Un code axial regroupe plusieurs codes ouverts exprimant une idée similaire. On parle de « conceptualisation » car ce temps du codage permet de classer les données issues du terrain dans un concept plus objectif.

d. Le codage sélectif

Un code sélectif regroupe plusieurs codes axiaux. Il s'agit d'une nouvelle étape dans l'analyse des données. Le codage sélectif permet de passer d'un stade conceptuel à un stade théorique.

Le processus de codage doit se faire de façon itérative. Le chercheur effectue un aller-retour permanent entre les données collectées sur le terrain, leur analyse et leur codification.

5. Saturation des données

La saturation des données était obtenue lorsqu'aucune donnée nouvelle n'apparaissait après deux entretiens successifs.

Résultats

1) Description de la population.

Entre aout 2015 et mai 2017, onze entretiens semi-dirigés ont été pratiqués auprès de centenaires résidant dans le Finistère et le Morbihan. Les entretiens se sont tous déroulés sur leur lieu de vie.

L'investigateur était soit seul avec l'interviewé, soit en présence d'un membre de la famille ayant reçu la consigne de ne pas intervenir durant l'intégralité de la durée de l'entretien.

Patient	Sexe	Age	Lieu de vie	Mode de vie	MMS E	Durée de l'entretien
1	F	101	EHPAD	Veuve, vit seule, passage IDE et AS	18/30	14'20
2	M	101	Domicile particulier urbain	Veuf, vit seul, passage AM	22/30	16'03
3	F	100	Domicile particulier urbain	Veuve, vit avec sa fille et son gendre, passage IDE	17/30	21'21
4	F	101	Domicile particulier urbain	Veuve, vit avec sa fille, pas d'aide extérieure	23/30	23'19
5	F	100	Domicile particulier rural	Veuve, vit seule, passage AM	29/30	64'02
6	F	100	Domicile particulier rural	Veuve, vit avec sa fille et sa famille, passage IDE	17/30	13'52
7	F	100	Domicile particulier rural	Veuve, vit seule, passage AM et IDE	20/30	18'17
8	F	102	EHPAD	Veuve, vit seule, passage IDE	27/30	42'09
9	F	100	EHPAD	Veuve, vit seule, passage IDE	17/30	27'57
10	F	100	Résidence sénior	Veuve, vit seule, passage AM et IDE	21/30	30'17
11	F	100	Résidence sénior	Veuve, vit seule, passage AM	29/30	24'50

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

Abréviations : MMSE : Mini Mental State Examination ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; F : féminin, M : masculin ; AM : aide ménagère ; IDE : infirmière diplômée d'Etat.

Parmi les onze centenaires interrogés (tableau 1), dix étaient des femmes pour un homme. Ils étaient âgés de 100 à 102 ans. La moyenne d'âge était de 100,4 ans. Les lieux et modes de vie étaient variés. Le MMSE moyen était de 21,8/30. La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes.

La population de l'étude répond au critère d'exhaustivité. Elle était composée de centenaires de sexe, de lieu et mode de vie différents (tableau 1).

Suite à l'envoi par courrier postal des entretiens au interviewés, aucune demande de correction n'a été émise.

2) Analyse des données.

L'analyse des verbatims a permis d'obtenir 99 codes ouverts. Le codage axial a été débuté après le sixième entretien, et le codage sélectif après le huitième entretien. La saturation des données a été obtenue au neuvième entretien, confirmée par deux entretiens supplémentaires.

3) Résultats.

A l'issue de l'analyse des verbatims, quatre thèmes se sont dégagés.

A) Bilan des conditions d'existence au quotidien.

a) Repères spatio-temporels nécessaires.

« *Je ne peux pas me passer de ma routine.* » 2, 104-105.

b) Influence des moyens modernes sur la vie quotidienne.

La vie quotidienne des centenaires peut être facilitée par les moyens modernes (« *On a installé une nouvelle baignoire, c'est drôlement bien. Il y a une porte pour rentrer, un siège pour s'asseoir, un accoudoir, un tapis antidérapant. C'est formidable !* » 4, 69-71) ou bien compliquée (« *Je ne sais plus faire avec ma carte bancaire.* » 5, 21).

c) Satisfaction des conditions matérielles de vie.

Les centenaires estiment avoir un confort matériel adéquat (« *Matériellement, je suis pourvu, j'ai tout ce qu'il faut.* » 2, 146).

Ils posent une appréciation positive sur leurs conditions de vie (« *Il n'y a pas grand-chose à changer ni à ajouter. C'est bien comme ça.* » 6, 80).

d) Le lieu de vie influe sur la qualité de vie .

Le lieu de vie quel qu'il soit assure un bien être aux centenaires (« *Je suis bien ici.* » 10, 122).

Ils préfèrent néanmoins rester vivre à leur domicile personnel dans la mesure du possible (« *Je voudrais rester chez moi. Tant qu'on peut, c'est ce qui est important.* » 7, 78).

e) Sources de plaisirs améliorant le quotidien.

Le quotidien des centenaires est amélioré par :

- le fait d'avoir des activités distrayantes (« *Je lis beaucoup, tous les soirs. J'aime beaucoup.* » 8, 74-75) ainsi que le plaisir procuré par le repos (« *J'aime bien être tranquille.* » 1, 11).
- les plaisirs des sens (« *J'aime bien quand l'heure du manger arrive.* » 3, 40-41).
- avoir du lien social (« *Des visites, comme vous. Ça me fais très plaisir.* » 10, 97).
- le plaisir procuré par la visite des enfants et petits-enfants (« *Ils me rendent visite régulièrement, ça me fait plaisir.* » 7, 46-47).
- le plaisir de se remémorer le passé (« *J'aime qu'on me rappelle des souvenirs.* » 6, 61-62).
- le bénéfice de la pratique religieuse (« *Je suis très croyante, c'est ça qui me sauve.* » 8, 76-77).

f) Facteurs détériorant le quotidien.

Le quotidien des centenaires est détérioré par :

- le manque de lien social (« *De ne voir personne, moi ça me fout le cafard.* » 11, 12).
- l'ennui (« *C'est l'ennui mon grand désespoir.* » 8, 119-120).
- le quotidien de la vie en EHPAD peut avoir des aspects négatifs (« *Il manque au moins 10 personnes pour que le travail soit bien fait.* » 5, 109-110).
- des difficultés financières (« *La vie augmente et la paye n'augmente pas.* » 5, 68).
- un sentiment d'insécurité (« *J'ai peur des voyous.* » 5, 213).

B) La qualité de vie des centenaires est conditionnée par la relation aux autres.

a) Liens sociaux et familiaux indispensables.

Les centenaires relèvent l'importance à leurs yeux d'être bien entourés de leurs proches (« *Je suis bien entourée. C'est ce qui compte.* » 6, 96) et saluent leur attitude bienveillante à leurs égards ainsi que celle des soignants (« *Ils sont tous adorables avec moi. Ils me chouchoutent.* » 4, 53-54).

Ils sont également soucieux du bonheur des autres (« *Je n'aime pas voir les gens malheureux.* » 5, 104).

b) Vécu de la dépendance à autrui.

Les centenaires ont un ressenti négatif de la dépendance à autrui (« *S'il faut déranger les autres tout le temps, c'est pas marrant.* » 3, 62-63) mais l'acceptent (« *Arrivé à un certain âge, il faut être accompagnée.* » 8, 67-68).

C) Bilan de l'état de santé physique et moral.

a) Tendance à la dépression.

Certains centenaires montrent une tendance à la dépression avec une tristesse de l'humeur (« *Je pleure beaucoup parce que c'est trop triste de perdre ses enfants.* » 5, 52-53) et une perte de l'élan vital (« *J'en ai marre.* » 5, 252).

b) Etat d'esprit positif.

D'autres centenaires entretiennent un état d'esprit positif grâce à un sentiment de bonheur (« *Oui je suis heureuse.* » 3, 30), le soutien moral nécessaire apporté par les proches (« *C'est formidable, ma famille me soutient.* » 8, 101-102).

La résignation les aide à accepter leur vie telle qu'elle est (« *Il faut bien accepter ça, c'est comme ça.* » 9, 101).

c) Etat de santé physique satisfaisant.

Certains centenaires portent une appréciation positive sur leur état de santé physique (« *Dans mon corps je me sens bien.* » 11, 86) et relèvent l'absence de handicap (« *Je peux encore, je ne suis pas quand même impotente.* » 10, 68-69).

d) Etat de santé physique et moral altéré par le handicap et la dépendance.

D'autres centenaires notent que la dépendance physique engendre une souffrance morale (« *C'est très dur de se sentir diminué.* » 10, 51).

Les sources de handicap des centenaires sont nombreuses (« *Je ne peux pas discuter trop, j'entends mal.* » 9, 41).

Ils souffrent aussi de troubles généraux (« *Je dors mal.* » 5, 241).

Certains centenaires portent une appréciation négatives sur leur état de santé (« *Je ne suis pas en très bon état.* » 10, 138).

e) Désir conserver leur état de santé sans intervention médicale intrusive.

Certains centenaires ont le souhait d'entretenir leur état de santé (« *Il y en a assez (de médicaments), oui. Pour que ça aille bien.* » 7, 81) mais se plaignent d'un suivi médical trop fréquent (« *Au cardiologue je lui demande : « pourquoi vous me faites venir si souvent ? »* » 5, 79-80) et des contraintes de la prise des traitements (« *J'ai tellement de médicaments.* » 5, 147-148).

D) Perspectives d'avenir.

a) Peurs concernant l'avenir.

Les centenaires craignent la dégradation sur le plan physique (« *J'ai peur de rester sans me lever et de faire tout dans mon lit.* » 3, 159-160) et de finir leur vie seul (« *J'ai peur de mourir seule.* » 8, 98).

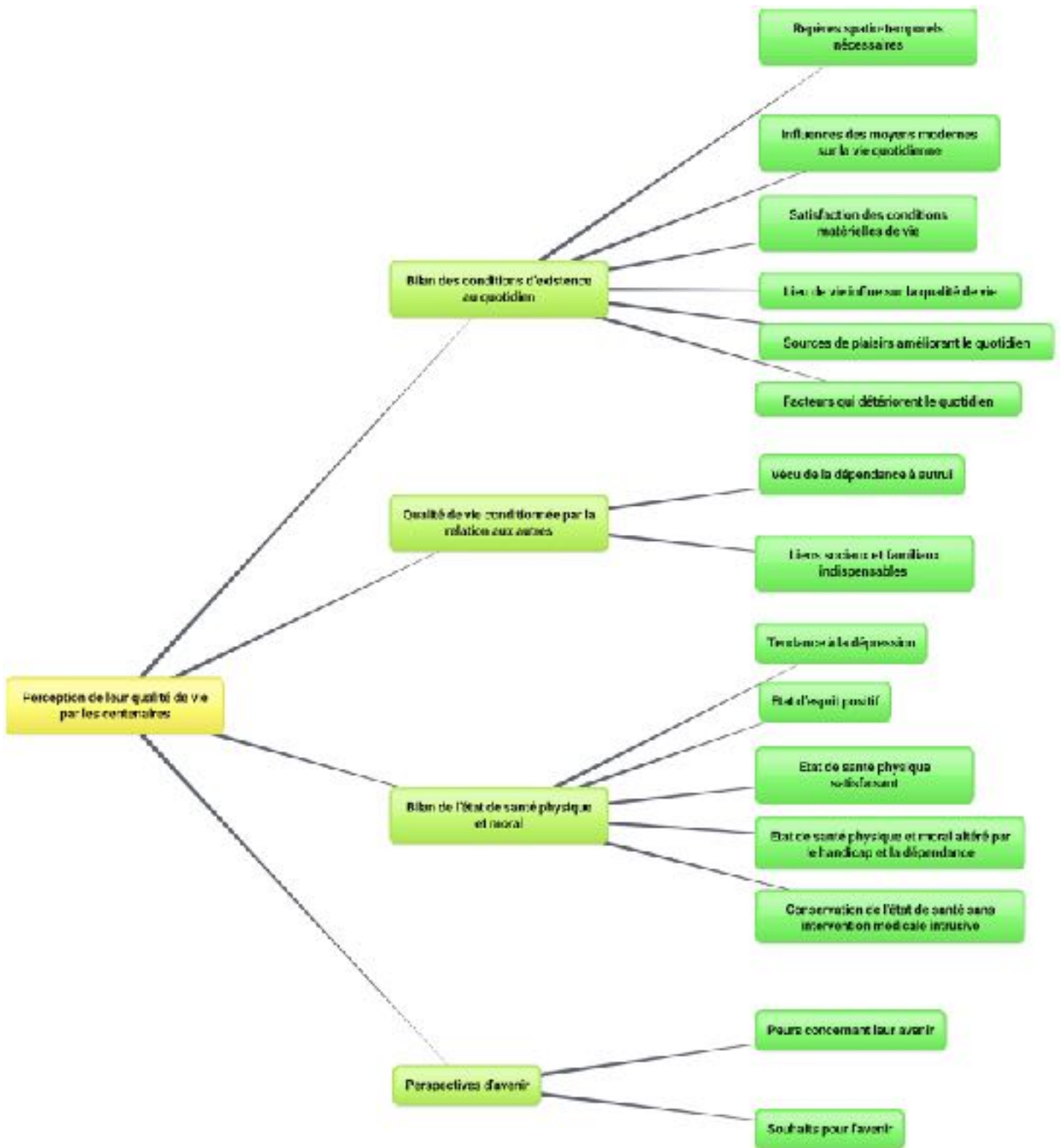
b) Souhaits pour l'avenir.

Les centenaires émettent des souhaits variés par rapport à leur fin de vie (« *Je veux mourir le plus tôt possible.* » 9, 87, vs « *Je fais tout pour rester en vie.* » 8, 98).

Ils espèrent un bel avenir pour leurs enfants (« *Qu'on laisse mes enfants en bonne santé, et qu'il ne leurs manque rien de rien.* » 3, 76-77).

Codes sélectifs	Codes axiaux
Repères spatio-temporels nécessaires	Habitudes
Influences des moyens modernes sur la vie quotidienne	Vie quotidienne facilitée par les moyens modernes Vie quotidienne compliquée par les moyens modernes
Satisfaction des conditions matérielles de vie	Confort matériel adéquat Appréciation positive des conditions de vie
Lieu de vie influe sur la qualité de vie	Bien être assuré par le lieu de vie Préférence pour rester vivre à son domicile personnel dans la mesure du possible
Sources de plaisirs améliorant le quotidien	Activités distrayantes Plaisirs sensoriels Plaisir d'avoir du lien social Plaisir lié à la visite des enfants Plaisir procuré par le repos Plaisir à se remémorer le passé Bénéfice de la spiritualité
Facteurs qui détériorent le quotidien	Absence de lien social Ennui Aspects négatifs de la vie en EHPAD Difficultés financières Sentiment d'insécurité
Vécu de la dépendance à autrui	Ressenti négatif de la dépendance à autrui Acceptation de la dépendance à autrui
Liens sociaux et familiaux indispensables	Attitude bienveillante des proches et des soignants Souhait du bonheur des autres Importance d'être bien entourés des proches
Tendance à la dépression	Tristesse de l'humeur Perte de l'élan vital
Etat d'esprit positif	Bonheur Soutien moral nécessaire Résignation
Etat de santé physique satisfaisant	Appréciation positive de l'état de santé physique Absence de handicap
Etat de santé physique et moral altéré par le handicap et la dépendance	Différentes sources de handicap Dépendance physique engendre une souffrance morale Troubles généraux Appréciation négative de l'état de santé physique
Conservation de l'état de santé sans intervention médicale intrusive	Entretien de l'état de santé Suivi médical trop fréquent Contrainte de prendre un traitement
Peurs concernant leur avenir	Peurs relatives à la dégradation physique Peur de finir sa vie seul
Souhaits pour l'avenir	Souhaits par rapport à la fin de vie Souhait d'un bel avenir pour ses enfants

Tableau 2 : Codage axial et sélectif.



maentethi.uva.hi.hi.be

Schéma heuristique des résultats.

Discussion

1) Résumé des résultats

L'analyse des verbatims des onze entretiens a permis de dresser un bilan de leurs conditions d'existence au quotidien, ainsi qu'un bilan de leur perception de leur état de santé physique et moral. Il est apparu que la qualité de vie des centenaires est conditionnée par la qualité de la relation aux autres. Ils ont évoqué leurs perspectives d'avenir.

2) Forces internes de l'étude et biais.

a) Biais de sélection.

Le biais de sélection était limité. L'échantillon était composé d'une population variée en sexe, et en lieu de vie et en mode de vie. La population de l'étude était ainsi exhaustive.

b) Biais d'information.

Le biais d'information était peu limité car l'analyse des verbatims a été réalisée par un seul chercheur.

c) Biais de confusion.

Malgré le guide d'entretien, l'investigateur intervenait régulièrement dans la discussion pour relancer le participant ou recentrer le sujet. De même, certains entretiens ont eu lieu en présence de membres de la famille qui sont intervenus durant l'interview même s'ils avaient reçu la consigne auparavant de ne pas le faire. Le risque était de diriger le dialogue et d'orienter les réponses des patients.

3) Apports de l'étude.

a) Bilan de l'état de santé physique et moral.

L'étude a montré qu'une partie des centenaires jugeaient leur état de santé satisfaisant. L'appréciation objective de l'état de santé et la perception subjective de son propre état de santé tend à diverger avec l'avance en âge, ce qui peut paraître paradoxal. Leinonen et al. (19) constatent qu'en dépit d'un déclin de leurs capacités cognitives et de leurs performances fonctionnelles en l'espace de cinq ans, de nombreux octogénaires jugent leur état de santé comme étant satisfaisant.

Pour comprendre ce paradoxe, il convient de prendre en compte l'influence de différents facteurs. Le lien entre état et perception de santé varie selon les caractéristiques socio-démographiques des individus (20). Certaines études font état d'un décalage plus marqué selon le sexe (21, 22). A l'effet de ces variables socio-démographiques, il faut ajouter celui de facteurs psychologiques. Des critères d'ordre plus subjectif comme l'idée qu'une personne se fait de la « bonne santé » peuvent expliquer la relation entre état et perception de santé (23).

Les individus très âgés peuvent ainsi dépasser la définition purement biomédicale de la santé et baser leur appréciation sur le maintien de certaines activités sociales, comme c'est le cas dans cette étude, ou encore sur des traits de personnalité comme l'optimisme plutôt que sur leurs capacités physiques ou fonctionnelles (24).

Cette étude a également montré que certains centenaires avaient un état d'esprit positif, ce qui les place dans un cercle vertueux. En effet, dans son étude, Borawski (24) montre que les personnes âgées portant un regard réaliste sur leur relatif mauvais état de santé courent un plus grand risque de mourir en l'espace de trois ans, alors que ceux qui portent un regard optimiste sur leur état de santé sont significativement moins susceptibles de mourir, même s'ils partageaient un état de santé objectif similaire.

Les personnes âgées sont enclines à attribuer une partie de leurs problèmes physiques à la vieillesse et au processus de vieillissement en général plutôt qu'à une pathologie particulière : il leur paraît normal d'avoir des difficultés de santé compte tenu de leur âge avancé et, heureux d'être encore de ce monde. La résilience leur permet de composer avec ces inconvénients (25).

Ces idées préconçues sur la vieillesse auraient un effet bénéfique puisque le décalage entre sa situation personnelle et les attentes négatives engendrées par de tels stéréotypes inviterait la personne âgée à porter un regard satisfait sur son sort (26).

Enfin, plusieurs études (27, 28) ont mis en évidence le rôle de la comparaison sociale utilisée par les personnes âgées dont le recours permet de préserver jusqu'au plus grand âge une perception de la santé relativement positive. La comparaison sociale descendante est la plus couramment utilisée. Elle consiste à se confronter à des personnes moins bien loties que soi. Elle est démoralisante en cas d'identification, encourageante en cas de distanciation (ce qui est le cas le plus fréquent).

Alors que certains centenaires jugeaient leur état de santé satisfaisant bien que ce soit discutable objectivement, d'autres souffraient réellement de l'impact sur leur qualité de vie du handicap et de la dépendance aux autres engendrée. Une étude (29) a montré que la dépression chez les personnes âgées est fortement liée aux problèmes de santé physique qu'elles présentent. Cependant, les progrès de la science et de la médecine devraient tendre à l'avenir à diminuer les handicaps des personnes âgées (30), et donc réduire cet état dépressif et l'impact qu'il a sur leur qualité de vie.

b) La qualité de vie des centenaires conditionnée par la relation aux autres.

Cette étude a montré que les centenaires ont un vécu négatif de la dépendance à autrui. Une explication possible pourrait être la tendance au comportement « agiste » des aidants et soignants envers les centenaires.

Dans sa thèse de 2009, Boudjemadi (31) définit la notion d'agisme ainsi : « mécanisme psychosocial engendré par la perception consciente ou non des qualités intrinsèques d'un individu (ou d'un groupe), en lien avec son âge. Le processus qui le soutient s'opère de manière implicite et/ou explicite, et s'exprime de manière individuelle ou collective par l'entremise de comportements discriminatoires, de stéréotypes et de préjugés pouvant être positifs mais plus généralement négatifs. ». Certaines études (32, 33) ont montré comment des attitudes « âgistes » de certains professionnels de santé peuvent induire des comportements nocifs envers les personnes âgées. Ainsi, lorsque les professionnels de santé utilisent des informations basées sur des stéréotypes pour fonder leurs jugements sur les personnes âgées et leur comportement à leur égard, ils traitent leurs patients en tant que membre du groupe stéréotypé et non pas en tant qu'individu (34, 35). Dans son article, Ory (36) propose des solutions concrètes pour lutter contre l'agisme. Il s'agit, entre autres, de mieux communiquer avec les personnes âgées afin d'accroître l'ef-

efficacité des programmes de promotion de la santé et de la prévention des maladies tout au long de la vie. Ainsi, on améliorerait notamment le bien être psychologique des personnes âgées.

Certains centenaires ont souligné leur désir de conserver tel qu'il est leur état de santé sans avoir à subir des visites médicales trop fréquentes. Une explication possible est que les professionnels de santé, par leur comportement agiste, ont tendance à leurs refléter leur âge et leurs limites, ce qui peut être mal vécu (37).

c) Bilan des condition d'existence au quotidien.

Dans cette étude, les centenaires ont souligné le rôle que joue leur lieu dans vie dans leur niveau de qualité de vie. Pour la grande majorité des personnes âgées et leurs aidants, le domicile personnel est la résidence préférée pour vieillir (38). De forts liens cognitifs et affectifs avec le lieu de vie se sont tissés à mesure que les gens vieillissent et, par conséquent, vivre à domicile dans le grand âge et la prévention d'un changement de lieu de vie comptent parmi les besoins les plus importants des personnes âgées et de leurs familles (38). Il a aussi été prouvé que les personnes âgées vivant dans un environnement adapté et accessible, et qui adhèrent à cet environnement, sont beaucoup plus indépendantes dans les actes de la vie quotidienne, et ressentent par conséquent un bien-être (39).

Dans son rapport de 2013, l'Observatoire National de la Fin de Vie révèle que dans 75% des situations, la décision d'entrer en EHPAD n'a pas été prise par le résident lui-même (40). Dans le rapport de la Commission de Réflexion sur la fin de vie de 2012, il est précisé que les établissements accueillant les personnes âgées souffrent de leur image de mouvoir perçue par le grand public, encourageant ainsi les personnes âgées concernées à redouter ces institutions (41). Cependant, une étude qualitative (42) a montré que la quali-

té de vie ressentie par les résidents des EHPAD apparaît bien meilleure que celle habituellement mesurée par des grilles d'évaluation quantitative classiquement utilisées.

Dans cette étude, les centenaires ont soulignées l'importance des repères spatio-temporaux stables au maintien de leur niveau de qualité de vie. Cela corrobore le fait qu'un déménagement ou une hospitalisation soit un facteur de risque d'épisode d'agitation aiguë chez les personnes âgées (43).

d) Perspectives d'avenir.

Grace à la méthode Grounded Theory, ce nouveau thème a émergé et a pu être exploré. Les centenaires évoquaient leurs craintes concernant l'avenir et certains se sont même imaginés vivre encore quelques années. Cela semble indiquer que même arrivé à l'âge de 100 ans, une projection sur son propre avenir serait toujours possible.

e) Comparaison avec les études concernant la qualité de vie des personnes âgées de moins de 100 ans.

De nombreuses études ont été menées surtout en Asie pour déterminer les facteurs influençant la qualité de vie des populations âgées (44, 45, 46,) mais peu ont été menées pour dresser un état des lieux. Il en est de même en France et pour le monde occidental. Les facteurs influençant la qualité de vie des personnes âgées de 65 ans et plus sont les activités quotidiennes et sociales, l'environnement et le lieu de vie, les relations sociales et familiales, la santé physique et fonctionnelle et la santé psychologique (47, 48, 49, 50). Ce travail a mis en lumière les mêmes composantes.

Il serait judicieux de se demander si le fait d'être centenaire authentifie le statut de personne âgée ou bien s'il s'agit d'une catégorie démographique à part entière. Les enjeux pour la prise en charge adéquate de ces patients en dépendent.

Conclusion

La santé n'est pas un concept unitaire, et la définition que les « profanes » en donnent ne correspond pas nécessairement à celle des « experts ». La plupart des centenaires interrogés portaient un regard positif sur leur qualité de vie, en utilisant comme critères la qualité de leurs relations sociales, le niveau de dépendance, leur état de santé physique et moral, leurs conditions matérielles de vie. Leur faculté de résilience et les mécanismes de comparaison sociale jouent un rôle dans le maintien de leur bonne qualité de vie.

Néanmoins, ont été exclus de cette étude les centenaires déments. Il serait intéressant qu'une autre étude soit menée avec ces patients.

Ces différents éléments devraient être pris en compte dans la manière d'accompagner les centenaires par l'ensemble des soignants et de leurs proches afin de maintenir et d'améliorer leur qualité de vie.

Bibliographie

1. INSEE. 21 000 centenaires en 2016 en France, 270 000 en 2070 ? 2016 [cité 20 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496218#tableau-figure1>
2. INSEE. Tableaux de l'économie française, édition 2017. 2017 [cité 23 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569330?sommaire=2587886&q=esperance+de+vie+%C3%A0%20la+naissance#titre-bloc-3>
3. INSEE. Espérance de vie en bonne santé / AVBS / Espérance de vie sans incapacité / EVSI / EVSI / EVBS. 2016 [cité 23 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2017>
4. Haas BK. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *West J Nurs Res* 1999; 6: 728-42.
5. European innovation partnership on active and healthy ageing. 2018 [cité 23 avril 2018]. Disponible sur : https://ec.europa.eu/eip/ageing/about-the-partnership_en
6. Eurostat. Statistiques sur les données de vie en bonne santé. 2017 [cité 23 avril 2018]. Disponible sur : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics/fr
7. INSEE. Indicateurs de richesse nationale. 2017 [cité 23 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778>
8. Schachter F, Faure-Delanef L, Genenot F *et al.* Genetic association with human longevity at the APOE and ACE loci. *Nature Genet.* 1994;6:29-32.
9. Louhija J, Miettinen HE, Kontula K, Tikkanen MJ, Miettinen TA, Tilvis RS. Aging and genetic variation of plasma apolipoproteins. Relative loss of the apolipoprotein E4 phenotype in centenarians. *Arterioscl Thromb.* 1994;14:1084-9.
10. Willcox DC, Willcox BJ, Hsueh WC, Suzuki M. Genetic Determinants of Exceptional Human Longevity : Insights from the Okinawa Centenarian Study. *Age.* 2006;28.4:313–332.
11. Houston DK, Johnson MA, Poon LW, Clayton GM. Individual foods and food group patterns of the oldest old. *J Nutr Elderly.* 1994;13: 5-23.
12. Clayton GM, Dudley WN, Patterson TO *et al.* The influence of rural/urban residence on health in the oldest-old. *Int J Aging Hum Dev.* 1994;38: 65-89.
13. Darviri C, Demakakos P, Tigani X *et al.* Psychosocial dimensions of exceptional longevity : a qualitative exploration of centenarians' experiences, personality, and life strategies. *Int J Aging Hum Dev.* 2009;14:101–118.
14. Robine JM. 5-COOP : relations entre les niveaux de sélection de la mortalité et l'état de santé des très âgés. 2016 [cité 23 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.axa-research.org/fr/projets/jean-marie-robine>

15. Conversat-Nigay C. Qualité de vie au sein d'une EHPAD : étude du ressenti des résidents. Thèse d'exercice de Médecine. Dijon. 2009.
16. Eurostat. Healthy life years, 2014. 2016 [cité 23 avril 2018]. Disponible sur : [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2014_\(years\)_YB16-fr.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthy_life_years,_2014_(years)_YB16-fr.png)
17. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory ; pour innover. *Rech Qual.* 2006;26(1):32-50.
18. Tabali M, Jeschke E, Dassen T, Ostermann T, Heinze C. The Nottingham Health Profile : a feasible questionnaire for nursing home residents ? *Int Psychogeriatr.* 2012;24(3): 416-24.
19. Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people : a 5-year longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2001;52(9):1329-41.
20. Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health : do they also predict change in functional ability? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1995;50(6):344-53.
21. Fillenbaum GG. Social context and self-assessments of health among the elderly. *J Health Soc Behav.* 1979;20(1):45-51.
22. Pinguat M, Sörensen S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2001;56(4): 195-213.
23. Quinn ME, Johnson MA, Poon LW, Martin P. Psychosocial correlates of subjective health in sexagenarians, octogenarians, and centenarians. *Issues Ment Health Nurs.* 1999;20(2):151-71.
24. Borawski EA, Kinney JM, Kahana E. The meaning of older adults' health appraisals: congruence with health status and determinant of mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1996;51(3):157-70.
25. Leventhal EA, Prohaska TR. Age, symptom interpretation, and health behavior. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34(3):185-91.
26. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol.* 2002;83(2):261-70.
27. Heidrich SM, Ryff CD. The role of social comparisons processes in the psychological adaptation of elderly adults. *J Gerontol.* 1993;48(3):127-36.
28. Henchoz K, Cavalli S, Girardin M. Perception de la santé et comparaison sociale dans le grand âge. *Sci soc santé.* 2008;26(3):47-72.
29. Heidrich SM, D'Amico D. Physical and mental health relationships in the very old. *J Community Health Nurs.* 1993;10(1):11-21.
30. Forette B. Les centenaires : santé et fragilité. *Gérontol soc.* 2000;94:89-100.

31. Boudjemadi V. L'agisme : étude de la nature, des théories explicatives et des mesures directes et indirectes d'un phénomène psychosocial. Thèse de psychologie. Nancy. 2009.
32. Minichiello V, Browne J, Kendig H. Perceptions and consequences of ageism : views of older people. *Ageing soc.* 2000;20(3):253-278.
33. Skotnes LH, Hellzen O, Kuhry E. Perceptions and barriers that influence the ability to provide appropriate incontinence care in nursing home residents : Statements from nursing staff. *Open J Nurs.* 2013;3:437-444.
34. Committee on Aging Frontiers in Social Psychology, Personality, and Adult Developmental Psychology. *When I'm 64.* Washington : National academies press. 2006.
35. Nelson TD. *Ageism : Stereotyping and Prejudice against Older Persons.* 2nd ed. USA : MIT press. 2017.
36. Ory M, Kinney Hoffman M, Hawkins M, Sanner B, Mockenhaupt R. Challenging aging stereotypes : strategies for creating a more active society. *Am J Prev Med.* 2003;25(3 Suppl 2):164-71.
37. Warmoth K. Understanding frailty in older adults and its relationship with ageing perceptions. Thèse de psychologie. Exeter. 2015.
38. Gitlin LN. Conducting research on home environments : lessons learned and new directions. *Gerontologist.* 2003;43(5):628-637.
39. Oswald F, Wahl HW, Schilling O *et al.* Relationships between housing and healthy aging in very old age. *Gerontologist.* 2007;47(1):96-107.
40. Observatoire national de la fin de vie. *Fin de vie des personnes âgées.* 2013 [cité 23 avril 2018]. Disponible sur : <http://www.spfv.fr/sites/default/files/file/PDFRAPPORTONFV2013.pdf>
41. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. *Penser solidairement la fin de vie.* 2012 [cité 23 avril 2018]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>
42. Conversat-Nigay C, Morgny C, Manckoundia P, Lenfant L, Pfitzenmeyer P. Qualité de vie au sein d'un Ehpad : étude du ressenti des résidents. *Ann Gerontol.* 2010;3(3):161-8.
43. Chapitre 10, confusion, démences. Dans : Collège national des enseignants de gériatrie eds. *Gériatrie.* 3ème éd. Paris. Elsevier Masson. 2014.
44. Huang Y, Wu L. Correlates of life satisfaction among older people in China : an examination of two cultural variables. *Aging Ment Health.* 2012;16(8):1028-38.
45. Ghosh S, Bandyopadhyay S, Bhattacharya S, Misra R, Das S. Quality of life of older people in an urban slum of India. *Psychogeriatrics.* 2014;14(4):241-6.

46. Kim SY, Sok SR. Relationships among the perceived health status, family support and life satisfaction of older Korean adults. *Int J Nurs Pract.* 2012;18(4):325-31.
47. Petit S, Bergua V, Peres K, Bouisson J, Koleck M. Construct and validation of a quality of life's scale for older French people. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2014;12(4):379-86.
48. Borglin G, Edberg AK, Rahm Hallberg I. The experience of quality of life among older people. *J Aging Stud.* 2005;19(2):201-220.
49. Xavier FM, Ferraz MP, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(1):31-9.
50. Elosua P. Subjective values of quality-of-life dimensions in the elderly. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45(2):67-71.

Annexes

Les annexes comprennent :

- Fiche explicative remise à l'interviewé avant l'entretien.
- Les enregistrements audio des entretiens.
- Les entretiens retranscrits dans Word.
- Le tableau de codage.

Elles sont disponibles sur Internet en inscrivant le lien suivant : <https://drive.google.com/open?id=1d0x61I-svVAEJUCpTB1wQC8BVx9gYC9a>

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Serment prononcé par le Docteur SAINGRE Caroline , le 14 juin 2018

Pour l'Ordre National des Médecins

Le médecin

IMPRIME 3 – AUTORISATION D'IMPRIMER

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Macame Saingre Caroline
Inscrite en DES de Médecine Générale

Titre définitif de la thèse soutenue : Comment les centenaires perçoivent-ils leur qualité de vie ?

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI

La présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à l'interne susmentionné.

Brest, le 22 Mai 2018.

**Le directeur de l'UFR de médecine et des
sciences de la santé de Brest**


C. BERTHOU

Le président du jury de thèse


Bernard LE FLOCH

SAINGRE (Caroline) – Comment les centenaires perçoivent-ils leur qualité de vie ? -

Th. : Méd. : Brest 2018

Introduction : En France, il y avait 21 393 centenaires au premier janvier 2016. Leur nombre pourrait atteindre 270 000 en 2070. Si en France en 2014, l'espérance de vie en bonne santé (EVBS) à 65 ans d'une femme était de 10,7 ans et de 10,4 ans pour un homme, on peut s'interroger quant à la qualité de vie ressentie à 100 ans. L'objectif de ce travail était d'étudier comment les centenaires perçoivent leur qualité de vie.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés sur un échantillon de patients recrutés en variation maximale. Les critères d'inclusion étaient d'avoir plus de 100 ans et un mini mental state examination (MMSE) supérieur à 16. Une analyse thématique des verbatims a été effectuée.

Résultats et discussion : La saturation des données a été obtenue après 11 entretiens. L'analyse des verbatims a mis en évidence quatre thèmes : bilan des conditions d'existence au quotidien, bilan de l'état de santé physique et moral, qualité de vie des centenaires conditionnées par la relation aux autres, perspectives d'avenir des centenaires. L'étude a montré qu'une partie des centenaires jugeaient leur état de santé satisfaisant, ce qui peut paraître paradoxal d'un point de vue objectif. Leur faculté de résilience et les mécanismes de comparaison sociale jouent un rôle dans le maintien de leur bonne qualité de vie. Les centenaires ont un vécu négatif de la dépendance à autrui. Une explication possible pourrait être la tendance au comportement « agiste » des aidants et soignants envers les centenaires. Ils ont souligné le rôle que joue leur lieu dans vie dans leur niveau de qualité de vie.

Conclusion : Ces différents éléments devraient être pris en compte dans la manière d'accompagner les centenaires afin de maintenir et d'améliorer leur qualité de vie. D'autres études s'intéressant à la qualité de vie des centenaires déments permettraient de compléter ce travail.

MOTS CLES :

ETUDE QUALITATIVE
SUJET AGE DE 80 ANS OU PLUS
QUALITE DE VIE

JURY :

Président : Pr Bernard Le Floch

Membres : Pr Jean-Yves Le Reste
Dr Patrice Nabbe
Dr Cyril Hazif-Thomas

DATE DE SOUTENANCE : 14 juin 2018

ADRESSE DE L'AUTEUR :

