



**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Implication des personnes âgées en bonne santé face à une potentielle perte  
d'autonomie et approche avec leur médecin traitant.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 9 Décembre 2020**

**Par Madame Cecile ARCHAMBAUD**

**Née le 14 février 1992 à Aix-en-Provence (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie**

**Président**

**Madame le Professeur GENTILE Stéphanie**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan**

**Assesseur**

**Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur POUJOL Jean-Louis**

**Directeur**





**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Implication des personnes âgées en bonne santé face à une potentielle perte  
d'autonomie et approche avec leur médecin traitant.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 9 Décembre 2020**

**Par Madame Cecile ARCHAMBAUD**

**Née le 14 février 1992 à Aix-en-Provence (13)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie**

**Président**

**Madame le Professeur GENTILE Stéphanie**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan**

**Assesseur**

**Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur POUJOL Jean-Louis**

**Directeur**



## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	<b>1 - Pr. Georges LEONETTI</b>
<b>Vice-Doyen aux affaires générales</b>	<b>2 - Pr. Patrick DESSI</b>
<b>Vice-Doyen aux professions paramédicales Conseiller</b>	<b>3 - Pr. Philippe BERBIS</b>
	<b>4 - Pr. Patrick VILLANI</b>

### Assesseurs :

<b>aux études à la recherche</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Kathia CHAUMOITRE</b>
<b>à l'unité mixte de formation continue en santé pour le secteur NORD</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Jean-Louis MEGE</b>
<b>Groupements Hospitaliers de territoire aux masters</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Justin MICHEL</b>
	<b>:</b>	<b>Pr. Stéphane BERDAH</b>
	<b>:</b>	<b>Pr. Jean-Noël ARGENSON</b>
	<b>:</b>	<b>Pr. Pascal ADALIAN</b>

### Chargés de mission :

<b>sciences humaines et sociales</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Pierre LE COZ</b>
<b>relations internationales</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Stéphane RANQUE</b>
<b>DU/DIU</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Véronique VITTON</b>
<b>DPC, disciplines médicales &amp; biologiques</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Frédéric CASTINETTI</b>
<b>DPC, disciplines chirurgicales</b>	<b>:</b>	<b>Dr. Thomas GRAILLON</b>

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	----------	------------------------------

### Chargés de mission

<b>PACES – Post-PACES</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Régis GUIEU</b>
<b>DFGSM</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Anne-Laure PELISSIER</b>
<b>DFASM</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Marie-Aleth RICHARD</b>
<b>DFASM</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Marc BARTHET</b>
<b>Préparation aux ECN</b>	<b>:</b>	<b>Dr Aurélie DAUMAS</b>
<b>DES spécialités</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Pierre-Edouard FOURNIER</b>
<b>DES stages hospitaliers</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Benjamin BLONDEL</b>
<b>DES MG</b>	<b>:</b>	<b>Pr. Christophe BARTOLI</b>
<b>Démographie médicale</b>	<b>:</b>	<b>Dr. Noémie RESSEGUIER</b>
<b>Etudiant</b>	<b>:</b>	<b>Elise DOMINJON</b>

### **ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE**

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

**1er cycle** : **Madame Estelle**  
**2ème cycle** : **BOISSIER Madame**  
**Cécile NINA**

### **ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION**

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

**Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle** : **Madame Béatrice CAORS**  
**Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle** : **Madame Joannie HENRY**  
**Mutualisation des enseignements** : **Madame Géraldine DEPRES**

### **ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES**

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

**Chargée de mission** : **Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES**  
**Chargé de mission** : **Monsieur Christophe ROMAN**

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCES Yves
	ASSADOURIAN Robert		FRANCOIS Georges
	AUFFRAY Jean-Pierre		FUENTES Pierre
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GABRIEL Bernard
	AZORIN Jean-Michel		GALINIER Louis
	BAILLE Yves		GALLAIS Hervé
	BARDOT Jacques		GAMERRE Marc
	BARDOT André		GARCIN Michel
	BERARD Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BERGOIN Maurice		GAUTHIER André
	BERLAND Yvon		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUBE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARPIN Denis		LOUCHET Edmond
	CHARREL Michel		LOUIS René
	CHAUVEL Patrick		LUCIANI Jean-Marie
	CHOUX Maurice		MAGALON Guy
	CIANFARANI François		MAGNAN Jacques
	CLAVERIE Jean-Michel		MALLAN- MANCINI Josette
	CLEMENT Robert		MALMEJAC Claude
	COMBALBERT André		MARANINCHI Dominique
	CONTE-DEVOLX Bernard		MARTIN Claude
	CORRIOL Jacques		MATTEI Jean-François
	COULANGE Christian		MERCIER Claude
	DALMAS Henri		METGE Paul
	DE MICO Philippe		MICHOTEY Georges
	DESSEIN Alain		MILLET Yves
	DELARQUE Alain		MIRANDA François
	DEVIN Robert		MONFORT Gérard
	DEVRED Philippe		MONGES André
	DJIANE Pierre		MONGIN Maurice
	DONNET Vincent		MONTIES Jean-Raoul
	DUCASSOU Jacques		NAZARIAN Serge
	DUFOUR Michel		NICOLI René
	DUMON Henri		
	ENJALBERT Alain		

MM NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

**EMERITAT****2008**

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

**2009**

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

**2010**

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

**2011**

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

**2012**

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

**2013**

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

**2014**

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

**2015**

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016



**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

**2019**

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François Détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANÇON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERDAH Stéphane	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	EBBO Mikhaël	LECHEVALLIER Eric
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	MACE Loïc
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHIARONI Jacques	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHINOT Olivier	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
		OVAERT-REGGIO Caroline

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TRIGLIA Jean-Michel
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TROPIANO Patrick
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TSIMARATOS Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	TURRINI Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VALERO René
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VELLY Lionel
PETIT Philippe	SARLES Jacques	VEY Norbert
PHAM Thao	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIQUET Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIRRO Nicolas	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
POINSO François	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
RACCAH Denis	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RAOULT Didier	SIMON Nicolas	XERRI Luc
REGIS Jean	STEIN Andréas	
REYNAUD/GAUBERT Martine	TAIEB David	
REYNAUD Rachel	THIRION Xavier	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THOMAS Pascal	
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	

---

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
 AGHABABIAN Valérie  
 BELIN Pascal  
 CHABANNON Christian  
 CHABRIERE Eric  
 FERON François  
 LE COZ Pierre  
 LEVASSEUR Anthony  
 RANJEVA Jean-Philippe  
 SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE**

GENTILE Gaëtan

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
 FILIPPI Simon

### **PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)**

LOUIS-BORRIONE Claude

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

AHERFI Sarah	DEVILLIER Raynier	LOOSVELD Marie
ANGELAKIS Emmanouïl ( <i>disponibilité</i> )	DUBOURG Grégory	MAAROUF Adil
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	DUCONSEIL Pauline	MACAGNO Nicolas
BARTHELEMY Pierre	DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André
BEGE Thierry	ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna
BELIARD Sophie	FABRE Alexandre	NGUYEN PHONG Karine
BENYAMINE Audrey	FAURE Alice	NINOVE Laetitia
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	FOLETTI Jean-Marc	NOUGAIREDE Antoine
BERTRAND Baptiste	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BEYER-BERJOT Laura	FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile
BIRNBAUM David	FROMNOT Julien	PESENTI Sébastien
BONINI Francesca	GASTALDI Marguerite	RADULESCO Thomas
BOUCRAUT Joseph	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BOULAMERY Audrey	GIUSIANO Bernard	ROBERT Philippe
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROMANET Pauline
BOUSSEN Salah Michel	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BUFFAT Christophe	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
CAMILLERI Serge	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
CARRON Romain	GUERIN Carole	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
CASSAGNE Carole	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
CERMOLACCE Michel	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
CHAUDET Hervé	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
CHRETIEN Anne-Sophie	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
COZE Carole	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CUNY Thomas	KASPI-PEZZOLI Elise	TOMASINI Pascale
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	L'OLLIVIER Coralie	TOSELLO Barthélémy
DALES Jean-Philippe	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
DAUMAS Aurélie	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
DEGEORGES/VITTE Joëlle	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	VELY Frédéric
DELLIAUX Stéphane	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DESPLAT/JEGO Sophie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSILI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THIERY Didier (nomination au 01/10/2019)

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)  
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
*DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre*  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
*SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
*BERNARD Jean-Paul (PU-PH) Retraite au 25/11/2019*  
*BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)  
 BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Héliène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
*BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre*  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**IMMUNOLOGIE 4703****HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603****MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)  
 ELDIN Carole (MCU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301****MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE 5303****MEDECINE D'URGENCE 4805**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

*KERBAUL François (PU-PH) détachement*  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

**NEPHROLOGIE 5203**

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 NUSSELI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) (nomination au 01/10/2019)

BRUNET Philippe (PU-PH)  
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
 MOAL Valérie (PU-PH)

**NUTRITION 4404****NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)  
 RACCAH Denis (PU-PH)  
 VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)  
 FUENTES Stéphane (PU-PH)  
 REGIS Jean (PU-PH)  
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**NEUROLOGIE 4901****ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
 FELICIAN Olivier (PU-PH)  
 PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*  
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
 POINSO François (PU-PH)  
 GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 MICHEL Justin (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 OVAERT Caroline (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANÇON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101****RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 GREILLIER Laurent (PU PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802****THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)



## **Remerciements:**

### **À Madame le Professeur Sylvie Bonin-Guillaume**

*Je vous remercie sincèrement de l'honneur que vous me faites de présider cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.*

### **À Madame le Professeur Stéphanie Gentile**

*Vous avez accepté de participer à mon jury de thèse, soyez assurée de toute ma considération.*

### **À Monsieur le Professeur Gaëtan Gentile**

*Je vous remercie de me faire l'honneur d'être présent pour juger mon travail, soyez assuré de mon plus profond respect.*

### **À Madame le Docteur (MCU-PH) Aurélie Daumas**

*Vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse, veuillez accepter mes remerciements respectueux.*

### **À Monsieur le Docteur Jean-Louis Poujol**

*Je vous remercie de m'avoir encouragée, soutenue, dirigée dans ce travail de thèse et pour toutes les aides apportées pour sa bonne réalisation.*

*Encore merci pour ce stage en SASPAS qui m'a ouvert les yeux sur la plus belle vision de la médecine générale que j'ai pu voir à l'œuvre.*

*Au Docteur Michèle Berenger et au Docteur Alain Santoni, merci pour votre disponibilité et merci d'avoir accepté que je réalise ma thèse dans vos cabinets avec vos sympathiques patientèles.*

*Merci à tous les patients qui ont accepté de participer à mon travail de thèse, nos échanges m'ont été humainement très enrichissants.*

### **À ma famille,**

*Merci Mam' pour ton soutien immense pour cette étape et pour toutes les autres déjà réalisées, je n'y serais pas arrivée sans toi,*

*Merci ma Juju d'être toujours présente dans les bons (et y en a plus!!) et les mauvais moments ! Je sais que tu me supportes depuis un bout de temps maintenant mais je serai toujours là pour toi aussi :)*

*À Cyril le bricolo, skieur de l'extrême je t'embrasse (même si c'est pas Covid:))*

*Merci Pap' et Gait pour toute votre aide pendant ces 10ans la médecine on s'en souviendra !*

*Je sais que je n'ai pas toujours été un cadeau et je ne serais pas là où je suis aujourd'hui sans vous tous. J'ai de la chance d'avoir une si belle famille, je pense qu'on peut en être fier, je vous aime.*

*À tout le reste de ma famille, grand-parents, tantes, oncles, cousines et cousins, je pense à vous.*

### **À mes amis,**

*À ceux de médecine, les marseillais, mon cher Lulu le grimpeur avec bientôt sa tendinite chronique de hanche, tellement de belles galères ensemble tu resteras toujours un ami unique pour moi, Marion notre maman nationale sans qui on ne partirait jamais en voyage je t'embrasse, Florian le gentil crétin et sa douce voix, Julie la skieuse/ danseuse/ organisatrice de nouvel an en chef, à quand le cab ensemble ?, Jérémy et ton accent du sud qui tient chaud, l'improbable Laurent, Tatou et ta gentillesse, Axel et ta réassurance, et Mathilde notre future correctrice orthographique (et surtout future grimpeuse professionnelle)*

*Et à ceux de médecine qui sont partis, mon petit Adrien danseur endiablé un peu du sud au final, Floriane la rémoise non assumée, Thomy et ton grain de folie, Zineb, Charly et tous les autres !*

*Tellement d'anecdotes folles à raconter avec vous tous depuis la P2 !! Presque contente aujourd'hui d'avoir doublé pour vous connaître... A toutes nos futures sorties, voyages et supers moments ensemble qui arriveront ;).*

*Aux filles du sud, Marine à notre vie marseillaise et nos débrief' sur le genre humain, ma Audrey tu m'as montré la voie dans la médecine, sans toi ça n'aurait pas été pareil je t'embrasse fort (aussi la bise à Alex le mécano de scoot !), ma Laurine je suis tellement contente qu'on soit là où on est aujourd'hui, je serai toujours là pour toi, et je n'oublie pas Émilie même si tu me manques car tu es partie vivre bien trop loin, et Mathilde et notre coloc. A toutes nos difficultés, les filles, franchies ensemble pendant ces études, à notre amitié toujours forte, à tous nos rires et aux prochains!*

*À Laura, ma marseillaise de cœur préférée, ton soutien et ton conseils sont parfaits, tu es géniale reste comme ça, à Caro et Zoé et nos délires d'ado, vous compterez toujours pour moi.*

*À Soso et Michmich mon exemple de couple parfait, vivement qu'on se voit plus!*

*À Nico et Anais et votre bonne humeur de bons vivants merci d'être là, Barbara ma partenaire de silent party remonte moral, Justine et Sylvain mes déménageurs particuliers. Merci à tous les cinq pour votre soutien, je ne vous oublie pas (partez pas trop loin avec vos officines j'aurai besoin de vos conseils ;))*

*À Yannou nouveau mahorais, à ma petite Popo et ton rythme communicatif, à Camille la dresseuse d'ours polaire, à Julien, Vio, ...*

*À Julien et Caro et nos futurs moments de sobriété !*

*À mon petit Simon et nos sorties vélo digne d'une épreuve de survie olympique, heureusement que je te l'ai fait payer en sorties escalade et soirées de cauchemar yaourts-gnocchi haha! Merci de m'avoir supportée pendant ces mois-ci ;)*

***À toutes les personnes rencontrées pendant mes quelques années d'internat,***

*À Camille et Bruno, mes co-internes « Dignois » des urgences, un super semestre rempli de rire et d'entraide avec vous!*

*À mes « chefs » super efficaces, Roxane et Céciline, de gériatrie d'Allauch, j'ai passé un stage génial avec vous, plein de foux rires, à Tatiana ma cointernne de décompression aux repas !*

*À Camille De Lapeyrière merci pour ton apprentissage de la médecine générale, une vision qui me plaît beaucoup :)*

*À toutes les équipes médicales et paramédicales des urgences de Dignes, du service de gériatrie d'Allauch et de la PMI d'Aubagne (Aline, Delphine, Laeticia, Michèle, Florence, ...) merci pour votre gentillesse, votre accueil, votre apprentissage, votre soutien...*

*À 2020 qui fut pour moi une belle année...*

## Sommaire

Abréviations.....	2
Introduction.....	3
Partie A : Matériel et Méthode .....	6
I Type d'étude.....	6
II Recherche bibliographique.....	6
III Population de l'étude.....	6
IV Recrutement de la population.....	7
V Recueil des données / Méthode de collecte de l'information.....	7
VI Analyse des données.....	9
VII Démarches réglementaires.....	10
Partie B : Résultats - Analyse.....	11
I Questionnaire quantitatif sur le profil des personnes interrogées .....	11
II Analyse sur l'implication des personnes âgées en bonne santé face une potentielle PA.....	13
II.1 Vision des personnes âgées sur la PA.....	13
II.2 Un manque de réflexion (faire le choix de ne pas y penser).....	19
II.2.1 Incompréhension.....	19
II.2.2 Dénial.....	19
II.2.3 Refus de la discussion.....	23
II.2.4 La volonté de ne pas changer son quotidien.....	24
II.2.5 Ambivalence / Naissance d'un questionnement (pendant l'entretien).....	25
II.3 Réflexion (faire le choix de réfléchir).....	26
II.3.1 Nécessité de la réflexion.....	26
II.3.2 Anticipation déjà concrète.....	27
II.3.3 S'adapter si il y a un changement de situation.....	29
II.4 D'autres ressentis face à la PA.....	33
II.4.1 Ressenti face à son expérience autour de la PA.....	33
II.4.2 Importance accordée aux dernières volontés de vie.....	36
II.4.3 Prévenir le vieillissement, la dépendance.....	36
II.4.4 L'utilité jusqu'au bout.....	38
II.5 Et l'entourage dans tout ça ?.....	40

II.5.1 Autour de la famille.....	40
a) Dépendre du soutien de sa famille.....	40
b) Ne rien attendre de sa famille.....	41
II.5.2 Autour du couple.....	43
a) Bénéfice du couple.....	43
b) Contrainte du couple.....	44
III Analyse sur l'approche avec leur médecin traitant.....	47
III.1 Sujet non abordé.....	47
III.1.1 Ceux qui n'ont pas d'attentes particulières.....	47
III.1.2 Ambiguïté sur l'évocation du sujet.....	49
III.1.3 Sujet en réalité abordé sur certains aspects.....	51
III.2 Attentes envers le MT se rapportant ou non à une PA effective.....	52
III.3 Limites du corps médical.....	59
Partie C : Discussion.....	63
I.1 Forces et faiblesses méthodologiques de l'étude.....	63
I.2 Apport de l'analyse avec les principaux résultats et leur discussion.....	67
I.2.1 Concernant la partie implication des personnes âgées en bonne santé face une potentielle PA.....	67
I.2.2 Concernant la partie approche avec leur MT.....	71
I.3 Ouverture sur d'autres discussions, d'autres travaux.....	77
Conclusion.....	79
Bibliographie.....	80
Annexes.....	85

## Abréviations

PA : perte d'autonomie  
MT : médecin traitant

## Introduction

En France, l'espérance de vie augmente (selon l'INSEE, en 2019, à la naissance, elle est environ de 85 ans pour les femmes et presque 80 ans pour les hommes ; à 60 ans, elle est de 27 ans à vivre chez les femmes et 23 ans chez les hommes). De plus, le nombre moyen d'années vécues sans incapacité augmente aussi (à 65 ans, une femme française peut espérer vivre encore 10 ans environ en bonne santé) (1–3).

En 2040, 14,6 % des Français auront 75 ans ou plus soit une hausse de 5,5 points en 25 ans. Cette hausse de l'espérance de vie et l'arrivée à un âge avancé des premières générations du baby-boom posent toujours plus la question de la prise en charge des personnes âgées en PA. La PA liée à l'âge concerne 4 personnes sur 10 personnes qui décèdent en France, dont 2 de façon sévère et 3 qui ont vécu leurs derniers jours en établissement. La PA est donc incontestablement un risque social.

La population française étant donc vieillissante, il était urgent de s'intéresser au devenir de nos personnes âgées et d'améliorer les conditions de prise en charge de leur PA. C'est ce qu'il ressort essentiellement de la littérature dont plusieurs études récentes et plans nationaux (dont les rapports de 2019 sur la « Concertation nationale sur le grand âge et autonomie » de Dominique Libault avec une concertation citoyenne massive et de 2018 « soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 ») (4–6).

Ces études se sont concentrées sur le but de structurer l'offre de soin (coordonner les différentes structures d'aides sur le territoire, création de réseaux), d'améliorer l'accessibilité aux aides (recherche d'une meilleure lisibilité, fluidifier les démarches) et de garantir la qualité des services (dont une augmentation de la présence humaine mieux formée) (7–17). Elles révèlent aussi la nécessité de donner une place plus importante à la prévention de la perte d'autonomie, trop peu présente en France.

Elles ont également recherché les opinions de tous les acteurs dans ce domaine (équipes médicales, paramédicales, aidants mais aussi et surtout les personnes âgées). Chez nos aînées, leurs envies propres, leurs attentes mais aussi leurs freins en particulier liés à la méconnaissance des aides ont été mis en avant. De plus, il leur a été demandé leur préférence sur leur devenir (maintien à domicile/ institutionnalisation) qui révèle sans surprise une forte demande de rester chez soi avec un entourage de qualité pour éviter l'isolement.

La recherche des préférences, des choix sur le devenir a été très souvent effectuée chez des personnes âgées déjà en situation de PA et souvent dans des conditions urgentes (hospitalisation) ou a posteriori (déjà institutionnalisées) (18).

Nous connaissons les répercussions sur les personnes âgées devant des placements non choisis (par exemple, le syndrome anxio-dépressif en EHPAD) et nous savons également que l'avis de la personne âgée est moins recherché dans des situations sociales urgentes (19–32).

D'autre part, dans un contexte de soins primaires, le médecin généraliste, traitant, apparaît comme la personne de premier recours dans le système de soins, connaissant ses patients âgés souvent depuis de longues années et est confronté en premier lieu à la naissance d'une PA et à sa prise en charge (33–35). Pour toute personne âgée et quelles que soient ses capacités cognitives, les objectifs du MT demeurent toujours l'explication des soins prodigués, l'écoute de la volonté propre du patient, de ses choix qui doivent primer sur ceux de ses proches et enfin le respect de son autonomie qui impose souvent une négociation centrée sur ses souhaits.

C'est pour cela qu'il semblait pertinent d'aborder les ressentis, les représentations des personnes âgées sur leur devenir, en amont d'une PA, pour en faire ressortir leur implication, et enfin les questionner sur l'approche de ce sujet avec leur MT, et connaître en particulier leurs attentes sur ce sujet.

Pour rappel, *selon le collège national des enseignants de gériatrie (36) :*

#### Définitions du vieillissement et d'une « personne âgée »:

La vieillesse apparaît socialement comme l'âge de la cessation d'activité professionnelle (environ 65 ans). La définition du sujet âgé est variable selon les contextes :

- à partir de 60 ans pour les prestations sociales en France ;
- à partir de 65 ans pour l'Organisation mondiale de la santé ;
- à partir de 75 ans pour le risque de perte d'autonomie et de fragilité ;
- à partir de 75 ans pour entrer dans un service de gériatrie, avec une moyenne de plus de 80 ans.

Le vieillissement, lent et progressif, modifie la plupart des fonctions de l'organisme, sans pour autant provoquer l'insuffisance du fonctionnement de l'organe en question. Il réduit, par la diminution des capacités de réserve fonctionnelle, la capacité de réaction du corps à faire face à un stress, ceci étant variable d'un sujet à l'autre au même âge.

#### Définition du vieillissement en bonne santé :

La notion de vieillissement en bonne santé fait référence au fait de n'avoir qu'une faible diminution des capacités fonctionnelles, d'avoir peu de maladies chroniques, et de vivre sans dépendance, en étant capable de réagir en présence d'un stress, à la différence d'un vieillissement réussi qui intègre des aspects psychosociaux propres à chacun. Le vieillissement réussi peut donc s'envisager en étant dépendant à la différence du vieillissement en bonne santé.

### Définition de l'autonomie et de la dépendance :

L'autonomie se réfère au libre choix de la personne, alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide humaine.

L'autonomie est la capacité à se gouverner soi-même, et présuppose :

- la capacité de jugement (capacité de prévoir et de choisir) ;
- la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement, dans le respect des lois et des usages communs.

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer, sans aide humaine, les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement, le terme de perte d'indépendance fonctionnelle est préféré.

Donc, l'autonomie ne peut être réduite à l'absence de dépendance.



# Partie A : Matériel et Méthode

Description de la méthodologie et du déroulement de la recherche :

## I Type d'étude

L'étude effectuée est une étude qualitative.

Pour sa réalisation dans le domaine qualitatif, un apprentissage a été fait à partir des livres de Alain Blanchet et Anne Gotman « l'enquête et ses méthodes : l'entretien » et surtout « le manuel d'analyse qualitative, analyser sans compter ni classer » de Christophe Lejeune (37-38).

La présente étude est sous la forme type IMRAD (Introduction, Matériel et Méthode, Résultats et Analyse, Discussion).

## II Recherche bibliographique

Tout d'abord, une recherche bibliographique a été faite sur le portail documentaire de la bibliothèque de la faculté de médecine Aix-Marseille sur des bases de données (en particulier sur Science Direct, EM, Cismef, Sudoc, Pubmed, le Cairn, Lisséa, la Banque de données en Santé Publique et Biblio Med).

Les mots clés utilisés ont été :  *sujet âgé - vieillissement – gériatrie - médecine générale – autonomie personnelle – jugement – attitude- comportement de choix - institutionnalisation*

Les sources répertoriées étaient de manière non exhaustive des articles scientifiques, des thèses de médecine, des articles de concertation de plans nationaux, ...

Les références bibliographiques sont à la norme Vancouver.

## III Population de l'étude

Les critères d'inclusion étaient :

- Patients autonomes dans leur quotidien (scores ADL et IADL au maximum)
- Aucune aide au domicile hormis une aide ménagère possible
- Âgés de plus de 65 ans
- Ayant pour médecin traitant le médecin où se déroulait l'entretien soit l'un des trois cabinets du SASPAS (Dr Poujol, Dr Santoni, Dr Berenger)
- Avec ou sans antécédents médico-chirurgicaux spécifiques

Il semblait effectivement intéressant d'inclure des patients âgés de plus de 65 ans, avec critères de diversité (pas de groupe), l'objectif étant alors d'obtenir un panel plus large de population et ainsi

d'évaluer si l'âge pouvait impacter d'une façon ou d'une autre sur les représentations d'une perte d'autonomie future et éviter certains biais de sélection.

#### Les critères d'exclusion :

-Aides au domicile déjà en place hormis l'aide ménagère

-Troubles cognitifs

-Patients âgés ayant un médecin traitant différent du médecin généraliste du cabinet où se déroulait l'entretien

## **IV Recrutement de la population**

Le recrutement des patients pour la participation à cette étude s'est fait dans les trois cabinets de médecine générale, pendant la durée du stage en médecine générale, sur le terrain du SASPAS. Il s'agissait du cabinet du Dr Poujol à Aubagne, du Dr Berenger à Marseille, du Dr Santoni à Marseille, après accords des médecins généralistes pour la réalisation de cette étude.

Un échantillonnage par choix raisonné devant les critères d'inclusion et d'exclusion de la population a été effectué. Dans les trois cabinets, après sélection de la patientèle répondant aux critères voulus, un appel téléphonique était réalisé pour joindre les potentiels participants.

## **V Recueil des données / Méthode de collecte de l'information**

Après les explications du projet de recherche, des modalités méthodologiques et leurs accords verbaux, nous convenions avec les patients d'un rendez-vous pour la réalisation d'un entretien semi-structuré (dit aussi semi-dirigé).

Les lieux de recherche étaient les trois cabinets libéraux de médecine générale.

Il s'agissait d'un seul entretien d'une trentaine de minutes pouvant aller jusqu'à une heure en fonction des réponses du patient. Il se déroulait dans la salle habituelle de consultation de leur médecin traitant mais sans la présence du médecin pendant la séance.

L'intérêt de réaliser ses entretiens dans le cabinet du médecin traitant du patient permettait une approche globale, à l'écoute du patient dans un environnement connu, pouvant laisser place à l'intimité et à la libération des opinions. Cela permettait de mieux appréhender le ressenti et le vécu des personnes interrogées.

La méthode de collecte des données se basait sur l'enregistrement d'entretiens individuels semi-dirigés qui se sont effectués sur la période allant de janvier 2020 à mai 2020 (pendant la période du choix du SASPAS).

Le consentement oral et écrit (signature de deux exemplaires de recueil de consentement) a été demandé avant le début de chaque entretien, et après la ré-information sur le thème de l'étude, son déroulement et la possibilité était offerte aux patients de se rétracter s'ils le souhaitaient.

Les entretiens étaient basés sur une grille d'entretien à questions ouvertes, après obtention de données personnelles et anonymisation de l'identité. Ils étaient adaptables selon la direction que

prenait l'entretien et ont été modifiés en cours d'étude, afin d'intégrer de nouvelles données recueillies lors des premiers entretiens.

#### Données personnelles recueillies par un court questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon :

- Sexe
- Age
- Profession/niveau d'étude
- Antécédents médico-chirurgicaux
- Entourage des patients
- Aide à domicile
- Domicile actuel

La chercheuse était l'intervieweuse donc participante et tendait à rester le plus neutre possible. Tous les entretiens étaient enregistrés avec un dictaphone, après accord des participants, pour être analysés ensuite. Ils ont été menés jusqu'à saturation des données (c'est-à-dire lorsqu'un nouvel entretien n'apporte plus de nouvelle information) obtenue après une douzaine d'entretiens, ceux-ci confirmés jusqu'à quinze entretiens pour s'assurer de ce constat.

#### *Le Guide d'entretien*

##### Autour de l'implication des personnes âgées en bonne santé face une potentielle PA :

- Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez envisagé, réfléchi au fait de possiblement perdre votre autonomie dans les années à venir ?*
- Qu'est-ce que vous en penseriez si c'était le cas ?*
- Que représente pour vous la bonne santé/ la perte d'autonomie ?*
- Quelle serait votre posture/ représentation/perspective vis-à-vis de cette perte d'autonomie ?*
- Quels sont vos questionnements sur votre avenir ?*
  
- Quelle est votre expérience personnelle de la perte d'autonomie ?*
- Et si vous y avez déjà réfléchi dans quelles circonstances/ situations/ pour quelles raisons cela s'est-il fait ?*
- Pensez-vous qu'un jour vous pourriez ressentir le besoin d'être aidé chez vous ?*
- Comment cela se passe-t-il en pratique/ quelle est votre autonomie dans votre vie de tous les jours ?*
- Pouvez-vous me décrire votre situation au quotidien actuellement ?*

##### Autour de l'approche avec leur MT :

- Est-ce qu'il vous est arrivé d'aborder ce sujet avec votre médecin généraliste ?*
- Si réponse négative :*
- Pourquoi ?*
- L'avez-vous abordé avec quelqu'un d'autre ?*

*Si réponse positive :*

*-Comment ? Que s'est-il passé ?*

*-Comment avez-vous ressenti ces choses-là ?*

*-Quelles seraient vos attentes envers le MT dans ce domaine-là ?*

*-Comment aimeriez-vous qu'on aborde ces choses-là ?*

*-Quelles sont les difficultés/ obstacles/ craintes/ hésitations que vous voyez ?*

*-Quelles seraient vos suggestions à apporter sur ce sujet avec le MT ?*

*-Avez-vous quelque chose à rajouter ?*

## **VI Analyse des données**

Après chaque entretien une retranscription manuelle et fidèle puis une analyse a été réalisée, pour intégrer des modifications du carnet de bord/ guide d'entretien avant un nouvel entretien, ceci selon une démarche inductive (explication issue d'un fait, de données brutes) dans le but d'une objectivité. La méthode par théorisation ancrée a été utilisée.

Pour cela, une analyse du matériau pur (entretien) a été effectuée, en commençant par une analyse verticale qui étudiait chaque entretien séparément. Le but était d'en faire ressortir des verbatim (reproduction intégrale des propos prononcés, des phrases, mots-clés, de l'interviewé, le patient) correspondant à une étiquette (explication ou analyse du verbatim).

Ces étiquettes étaient choisies en fonction de leur susceptibilité à désigner une propriété (une caractéristique) d'une catégorie théorique. Ces dernières (catégories) sont des concepts qui nomment, désignent, analysent, identifient le phénomène à étudier. Ces catégories sont donc définies par les propriétés, ces étiquettes spécifiques.

Ensuite, une analyse horizontale ou codage axial a été fait en croisant les données des différents entretiens, afin d'organiser ses propriétés, de les articuler, de les intégrer.

Enfin un codage sélectif ou analyse transversale a été réalisé, permettant ensuite d'effectuer un ensemble cohérent des propos afin de mettre en lien les différents concepts pour répondre à la question de recherche.

Les données de l'étude sont les réponses littérales des patients, personnes âgées interrogées. Il s'agit d'extraits de leurs entretiens, les verbatim, et non pas les entretiens entiers, cela dans le but de permettre de garder l'anonymisation.

Une relecture de tous les entretiens par le directeur de thèse, ayant une expérience dans l'encadrement de thèses qualitatives et donc de sa méthodologie, a également été réalisée. Ceci dans le but d'éviter des biais en particulier celui d'interprétation (lié à une seule chercheuse).

## VII Démarches réglementaires

Elles étaient celle d'une recherche observationnelle et sont passées par :

### L'anonymisation des données identifiables :

Toutes les données ont été gardées anonymes. Aucune information nominative ni référence à un lieu ou une personnalité n'a été conservé ni n'apparaît dans l'étude. L'anonymisation des données s'est déroulée par numérotation des patients, pour être cités dans l'étude, en fonction de leur ordre de participation aux entretiens. Une anonymisation des trois médecins traitants a été effectuée par les lettres A, B, C. De plus, dans les extraits le pronom « il » sera utilisé pour désigner n'importe quel MT pour éviter sa reconnaissance. Les entretiens ont été détruits après la rédaction de l'étude. Comme décrit précédemment, des extraits (verbatim), seulement, ont été joints dans ce manuscrit final de thèse et non pas les entretiens entiers pour éviter au maximum la reconnaissance des participants.

### L'information des participants :

Elle était effectuée via le formulaire d'information avant la réalisation de l'entretien et les patients le conservaient. La réflexion sur un sujet sensible qui était de parler d'une projection d'une "faiblesse" que les personnes âgées n'ont pas encore pouvaient amener à la possibilité de questions anxiogènes pour elles. La proposition était faite de pouvoir rediscuter si nécessaire avec leur médecin traitant de ces questions, suite à l'entretien.

### La recherche d'un consentement éclairé écrit :

Elle était validée avec la signature du « formulaire d'information et de consentement » qui était réalisé avant le début de l'entretien. La possibilité de retirer à tout moment pour la personne interrogée son consentement et donc sa participation était exprimée. Aucun patient ne l'a effectué.

Le comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille a émis un avis favorable le 10 septembre 2020 pour la réalisation de cette étude.

## Partie B : Résultats - Analyse

### I Questionnaire quantitatif sur le profil des personnes interrogées

En préambule d'entretien, les questions se portaient sur :

- l'ancienne profession ou le niveau d'étude
- les antécédents médico-chirurgicaux
- l'entourage des patients et domicile actuel
- la présence ou l'absence d'une aide à domicile (uniquement aide ménagère)

A cela, on pouvait noter également,

- le sexe
- l'âge
- le médecin traitant (A, B, C) du patient
- la durée de l'entretien

**Un total de 15 participants a été inclus dans l'étude.**

Répartition du nombre de participants :

Par cabinet :

- Cabinet du médecin traitant A :  
4 participants
- Cabinet du médecin traitant B :  
8 participants
- Cabinet du médecin traitant C :  
3 participants

Par sexe :

- Ratio de 9 F / 6 H  
avec ratio de 3 femmes / 1 homme pour le cabinet du médecin traitant A  
avec ratio de 4 femmes / 4 hommes pour le cabinet du médecin traitant B  
avec ratio de 2 femmes / 1 homme pour le cabinet du médecin traitant C

Par âge :

- Age moyen de 74,7 ans (avec âge minimal 65 ans et maximal 85 ans) intervalle de 20 ans,  
âge médian de 75 ans  
Avec un âge moyen de 73,3 ans pour les femmes et 76,8 ans pour les hommes.

#### Durée entretien :

Une moyenne de 32 minutes (minimum de 11 minutes, maximum de 55 minutes) a été recueillie.

#### Ancienne profession/ niveau d'études (39):

*selon la classification de l'INSEE*

Cadres, profession intellectuelles supérieures : 5 participants

Professions intermédiaires : 5 participants

Employés : 4 participants

Ouvriers : 1 participant

#### Antécédents médico-chirurgicaux (40)

Prise d'au moins un traitement permanent : 12/15

Pathologies :

-cardiovasculaire (cardiopathie ischémique, HTA, athérome carotidien, thrombose veineuse profonde, ...) : 5

-endocrinien (dysthyroïdie, diabète) : 4

-néoplasie : 1

-urologique : 3

-psychiatrique: 2

-neurosensoriel (cataracte, presbyacousie, ...) : 4

-infectieux (pulmonaire, intra-abdominal, ...): 4

-orthopédique (fracture, hernie discale, ...) : 4

Antécédent avec perte d'autonomie temporaire ou impact sur le rythme de vie :

6 participants / 15

#### Domicile actuel et entourage :

-Vivre en appartement : 4 participants contre 11 dans une maison avec jardin,

-Proximité avec ses enfants (estimation d'une entente et d'un soutien si besoin) : 12/ 15 dont proximité géographique 8/ 15

-Présence d'un conjoint à domicile : 11 participants contre 4 participants vivant seuls dont 3 en appartement.

#### Aide à domicile (ménagère) :

→ ratio de la présence est de 4 / 15, mais en réalité l'aide ménagère est uniquement chez des patients en couple (donc un ratio de 4/11 dans cette population).

## II Analyse sur l'implication des personnes âgées en bonne santé face une potentielle PA

### II.1 Vision des personnes âgées sur la PA

- Être réaliste face à la PA :

La plupart des patients se disent réalistes, lucides voire fatalistes sur la PA et ses conséquences. Ils associent cela à un vieillissement inéluctable, une aggravation probable de leur état physique et mental, une diminution de leurs activités dans l'avenir et de ce fait à une dépendance possible.

*« La perte d'autonomie ben c'est, j'imagine que c'est une étape marquante de la vie, pratiquement sans retour en arrière, parce que, voilà et puis c'est une dépendance de ceux qui sont autour de vous obligatoire et bon un rythme de vie qui n'a vraiment plus rien à voir, on rentre dans un, dans un système collectif à moins d'avoir les soins chez soi » E14*

*« Vous savez, à 76 ans, on va pas se mentir je ne vais pas vivre vingt ans encore. » E13*

La conscience d'une vulnérabilité médicale est rapportée.

*« je sais qu'on n'a plus la même vie qu'avant parce que, parce que on est plus vulnérable, mais ça ne m'a pas spécialement, ça... ça m'a fait peur, ça m'a fait très très peur. » E10*

*« je sais que là j'ai pas mal de facteurs de comorbidités » E9*

De plus l'angoisse de n'avoir statiquement plus beaucoup d'années à vivre, d'aller vers la PA peut être un sujet sensible.

*« je me fais déjà du stress quand je sais que mon avenir il est à une décennie près » E11*

Certains relativisent sur la notion de tristesse dans ce contexte et évoquent surtout le souhait de vivre mais en bonne santé.

*« le tout c'est de garder une autonomie donc après. Bon ben c'est sûr que là je me regarde dans la glace, c'est triste de vieillir mais je n'ai jamais été Miss Monde non plus. Tout est relatif (...). C'est pour ça que je me dis être centenaire, je n'en ai pas envie. » E8*

- Représentation de la PA comme progressive :

Une notion de temps se dégage quant à l'évolution de la PA qui paraît le plus souvent progressive ; il est donc possible de s'adapter et de réaliser des aménagements de manière graduée.



*« alors la perte d'autonomie, elle ne vient pas d'un seul coup, elle vient par étapes et je me dis si il y a quelque chose à être attentif pour moi (...) comment dire, je n'aime pas perdre de temps, je serai plutôt rapide dans les choses. » E7*

*« ce que je veux dire c'est que il ne faut pas non plus se lever le matin en pensant à ça, sinon on ne s'en sort pas, je pense qu'on se lève et on est comme y hier, comme avant-hier » E15*

Pour certains l'apparition de la PA revêt la vision d'une négligence dans leur vie quotidienne (domicile, perte de vigilance pour la conduite, apparition de troubles cognitifs).

*« Je ne sais pas, ce serait vraiment de négliger la maison (...) Il faudrait que la maison, je me rende compte que je ne peux plus vraiment l'entretenir, alors là je verrai peut-être autrement » E7*

Même s'ils ont conscience de l'intérêt d'une réflexion et d'une discussion sur la PA, plusieurs font le choix de la retarder alors qu'elle semble être une obligation. Ils reportent cette réflexion tant qu'une bonne santé est ressentie.

*« je sais que c'est quelque chose où il faudra y arriver mais le plus tard possible (...) Je n'ai pas vraiment réfléchi, je vais repousser au maximum mais je sais qu'un jour il faudra y arriver. » E10*

*« C'est obligatoirement un souci qui arrivera à un moment ou à un autre mais bon on essaie toujours de, tant qu'on est en santé correcte, non pas de différer mais de reporter, et même la réflexion, à un peu plus tard (...). Parce qu'on se sent dans l'instant moins, moins impliqué » E14*

- **Réaliste face à la possibilité d'un évènement aiguë :**

Dans la grande majorité, les personnes interrogées ont conscience de la possibilité que des évènements aigus puissent survenir par rapport à leur santé. Cela pourrait remettre en question leur inaction.

*« je suis bien aujourd'hui et donc je ne me préoccupe pas de demain.(...) alors faudrait vraiment que je me casse une patte, qu'il m'arrive un accident ou quelque chose qui là remettrait en question » E7*

*« c'est comme ça que je réagis tiens j'ai de la chance de ne pas avoir ce souci-là. Mais demain ça va me tomber dessus mais ça c'est autre chose, ce sera demain » E3*

- **La notion de hasard :**

Cette notion d'imprévisibilité, de l'inconnu face au déroulement de l'avenir est omniprésente dans les entretiens et participe à l'anticipation ou non d'une réflexion sur la PA.

*« c'est sûr comme tout le monde on ne sait pas ce qui va arriver et quand. » E5*

*« mais je me dis j'ai peut-être un peu de bol moi. Le bol pourvu que ça dure. Je reste positif et c'est tout. Après un AVC ça peut m'arriver en sortant de chez vous. Vous voyez ce que je veux dire, on n'imagine rien. » E3*

Cette incertitude entraîne certains à se rattacher à des notions plus rationnelles comme la notion d'hérédité avec l'idée d'hériter de la longévité et de la bonne autonomie de leurs aînés.

*« Enfin au plus je peux rester tranquille, maman est morte à 93 ans et elle faisait tout son train-train toute seule, je pense que je tiens d'elle. Ma grand-mère maternelle est morte à 98 ans, alors tout le monde me dit tu vas finir centenaire.» E1*

*« je vois que dans ma famille, ma mère elle a vécu jusqu'à 86 ans, sans perte d'autonomie, j'ai des oncles et des tantes qui ont vécu jusqu'à..., mon grand-père jusqu'à 100 ans sans perte d'autonomie, donc je me dis que quelque part ça peut être héréditaire. Je me console comme ça » E6*

- **Vision positive ou négative de la PA :**

Une personne interrogée souhaite montrer qu'il reste de la beauté dans la vieillesse.

*« Ne serait-ce que pour montrer que la vieillesse c'est aussi positif. Bon ça c'est mon truc aussi de pouvoir montrer que vieillir ce n'est pas une catastrophe automatiquement » E8*

Le rôle de la religion et la protection ressentie grâce à la foi modifient également la vision de la PA. Une patiente croyante semble indiquer qu'elle accepte sa vie telle qu'elle est car c'est celle donnée par son Dieu, de ce fait elle accepterait une PA de la même manière.

*«je suis engagée au point de vue bénévolat (religieux), l'heure viendra si elle vient, sans aucune inquiétude (...). Donc si je fais aujourd'hui ce que je fais, je le fais envoyée par mon église et dans la foi au Christ. Donc je me dis il s'occupe de moi, je m'occupe de lui. Ça s'arrête là. Je ne vais pas plus loin. » E7*

Beaucoup de patients associent la PA à un drame et ne ressentent qu'une seule issue oppressante, le décès. Le refus de se projeter est donc fort. Ils ont la sensation, la vision de mauvaises conditions de vie futures.

*« c'est projeter quelque chose mais on va mourir donc je ne projette rien. On verra, ça se présentera comme ça se présentera » E2*

Ils pensent vivre cela comme une catastrophe, un malheur où ils seraient dépendants de tous. Une sorte d'endurance du quotidien et de perte de liberté apparaissent alors.

*« c'est une catastrophe pour nous qu'est-ce qu'on ferait on serait obligé de subir ce qui doit se faire. » E3*

*« Disons que ce serait, façon de parler dramatique, parce qu'on serait tributaire de tout. » E2*

- **Le sentiments de peur, crainte , inquiétude, angoisse autour de la PA et ce qu'ils entraînent:**

Ce sont des sentiments fortement évoqués dans le sens où ils amènent à une perte de plaisir (mobilité, sensoriel) et une perte de maîtrise de sa vie (cognitif, dépendance, sentiment d'inutilité).

Ils sont évoqués sur l'aspect physique (peur d'une dépendance, d'une pénibilité, d'une douleur).

*« c'est de la peur, c'est tout on a peur d'avoir mal, on a peur » E11*

*« Mais si vous êtes alité c'est un problème (...). Je ne voudrais surtout pas rester dans un lit comme ça » E2*

Ils sont aussi évoqués sur l'aspect cognitif (peur d'une démence et de son aggravation).

*« ça me fait un peu peur mais bon maintenant je marque tout voilà (...) pour des petits détails comme ça, ça m'embête, parce que c'est là, j'ai toujours été un peu distraite mais là ce n'est pas de la distraction. Parce que je mets un objet il est là il faut que tu te souviennes pfff. Une demi-heure après je ne sais plus. » E10*

Et enfin sur l'aspect sensoriel.

*« Ça m'inquiète un peu, enfin ça me gêne un peu, je suis un peu embêté parce que la nuit je ne peux pas sortir. Voilà, question de vue, j'ai été opéré de la cataracte, et là, la nuit vous savez c'est pas tellement... Enfin même dans la journée c'est pareil. Les gens qui conduisent... » E5*

- **Malgré une absence de PA, une mise en doute de la réalité de sa bonne santé :**

L'inquiétude sur sa santé (par exemple lors de l'attente de résultats) apparaît importante pour des patients. Un soulagement arrive lorsque que le patient peut être rassuré.

*« En bonne santé je ne sais pas, je sais qu'on m'a fait des biopsies et ça va mais c'est vrai qu'on est anxieux (...) tant qu'on n'a pas les résultats on se pose des questions, on s'interroge, est-ce qu'il n'y a pas une méchanceté qui va nous tomber dessus, donc quand j'ai eu la réponse j'étais content » E3*

*« Ah ça je ne sais pas si je suis en bonne santé, personne ne le sait. » E5*

Il s'agit d'une angoisse, d'un stress sur le risque d'une annonce d'une maladie grave, incurable ou le risque de tomber malade. Cette angoisse est souvent en lien avec le fait d'être seul face à sa gestion, de se retrouver seul, sans aide.

*« Après oui les maladies qui me font peur, bien sûr le cancer me fait peur, notamment le cancer du sein (...) j'ai quand même cette crainte d'être malade. » E12*

*« C'est ça qui m'angoisse un peu maintenant que je suis toute seule. C'est d'avoir un souci et d'être toute seule chez moi (...). J'ai cette crainte d'être toute seule, d'être malade (...) mais pas d'attraper la maladie mais d'avoir ses complications qui font que je peux me retrouver à l'hôpital et toute seule. » E12*

Tous ne réagiraient pas de la même manière à cette annonce, certains souhaitent volontairement un déni, une ignorance s'ils ont une maladie grave.

*« Mais par contre je ne sais pas si je souhaiterais qu'il (en parlant du MT) me dise que c'est très grave ou quelque chose comme ça. Parce que là ça risque de me faire (...). Ben je ne sais pas ça m'empêcherait de dormir » E11*

D'autres pensent que l'annonce d'une maladie réelle serait le moteur d'une nouvelle réflexion.

*« le médecin traitant m'aurait dit bon là y a un gros problème, bon ben là j'aurai peut-être changé mon fusil d'épaule et vu les choses différemment, automatiquement » E3*

Cette inquiétude sur sa santé peut perdurer si la réponse médicale semble insuffisante.

*« quand j'ai eu le problème des jambes, je veux dire quand ça me prend la nuit, je vous dis franchement passé un moment je m'étais posée la question que si je n'avais pas un cancer des os, tellement que je souffre. Et quand j'ai vu le rhumatologue, il y a quelques années déjà, il m'avait dit depuis que vous avez mal, il a longtemps que vous ne seriez pas là à me parler, bon moi je veux bien le croire mais il y a des moments où on se fait des soucis. » E13*

## II.2 Un manque de réflexion (faire le choix de ne pas y penser)

### II.2.1 Incompréhension

Pour envisager une réflexion, il est d'abord nécessaire de comprendre le sujet, ce qui n'a pas été le cas pour l'un des patients interrogés. Cette difficulté provient ici à la fois d'une limitation des capacités langagières (classe sociale ouvrière, manque d'instruction), d'un déficit sensoriel (auditif) et d'un isolement social. On pourrait donc retrouver cette incompréhension dans des catégories de personnes âgées plus souvent qu'on ne l'imagine.

*« Je ne peux pas vous répondre je ne connais pas. Il y a des choses que je comprends et des choses que je ne comprends pas (...). Il y a des choses que je ne comprends pas beaucoup moi, parce que je n'ai pas des amis, je parle pas, alors il y a des mots que je ne comprends pas. » E5*

### II.2.2 Dénî

- **Sensation d'être en bonne santé :**

Les patients rapportent pour beaucoup un bon ressenti de leur santé et une bonne opinion de leur autonomie actuelle ce qui participe au fait de ne pas y réfléchir.

*« Pour l'instant (en parlant de son autonomie) complète, il n'y a pas d'empêchement, on conduit tous les deux, on fait tous les travaux, enfin les travaux, ce qu'il y a à faire à la maison librement, jusqu'à présent si on a des déplacements à faire ben on les fait. » E14*

*« je le reconnais que je suis quand même en bonne santé, je fais tout à pied, oui je prends la voiture, là je vais faire 200km avec la voiture » E7*

Ils donnent parfois l'impression de relativiser sur leur santé, presque d'avoir un sentiment d'absence de risques, d'invincibilité.

*« jusqu'à présent toutes les maladies que j'ai eues ça s'est bien passé, je touche du bois, j'ai peut-être été vacciné contre pas mal de choses » E11*

Certains, n'ayant pas de problèmes médicaux invalidants, n'ont pas la sensation d'être vieux, ne veulent pas accepter leur âge.

*« je n’y pense pas, je suis en bonne santé, voilà, je vis bien, je n’ai pas l’impression d’être malade » E9*

*« je suis comme un enfant comme une personne jeune, je ne pense pas du tout à ça » E2*

Ils relativisent en se comparant à d’autres personnes plus en difficultés et sont rassurés par leur capacité à entretenir, à maintenir un quotidien de qualité qu’ils associent à une bonne autonomie.

*« je me dis souvent, j’essaye toujours de voir ce qu’il y a... les personnes qui ont... au-dessous et pas au-dessus. J’essaye toujours de me dire regarde il y a plus mal loti, regarde voilà. Pour moi ça me permet que j’avance mieux » E12*

*« pour l’instant c’est vrai que je me débrouille bien, tout ça voilà donc peut-être que je ne l’envisage pas pour l’instant. » E12*

Un sentiment de stabilité de leur autonomie actuelle est aussi identifié, avec la sensation de réaliser les mêmes activités depuis plusieurs décennies.

*« moi je me trouve bien là, bon d’accord qu’il y a un étage, ça va quoi, (...) Ma voisine, elle monte la petite dans les bras, les paquets, les commissions, on a un peu le même truc toutes les deux » E15*

*« pas pour l’instant car je fais encore beaucoup beaucoup de choses, mon autonomie bon j’ai 77 ans mais je fais la même chose qu’à 50 ans. » E10*

L’expression de ce déni est retrouvée lorsque ce sentiment de stabilité s’accompagne d’une reconnaissance de prémices de sénescence (déficit sensoriel, douleur physique).

*« c’est plus au jour le jour où je constate des petites faiblesses, des petites diminutions, mais sur le reste je n’ai pas du tout pensé je dirai à pire. » E3*

*« je vis comme il y a dix ans. Simplement j’ai un peu plus de difficulté à mettre mes chaussettes le matin, c’est tout. » E11*

Pour beaucoup, ces faiblesses sont jugées normales pour leur âge et ils ne se questionnent pas plus, même si de la frustration apparaît.

*« Je me sens, vous savez quand je fais deux tours de ménage, j’ai mal aux reins comme tout le monde, mais bon ça va, je fais avec comme on dit ici. » E13*

*« je bricole (...) en dix minutes pour me redresser, c’était pénible j’avais mal dans les articulations, ça, ça m’énerve, là je le fais mais peut-être que dans 5 ans, j’aurai encore plus de mal à le faire. » E3*

D'autres enfin révèlent s'y adapter sans regret ni ressentiment, ils s'accommodent de cet état et estiment avoir une bonne capacité physique résiduelle.

*« bon il y a des choses... enfin qu'on ne fait plus, je ne saute pas d'un mur, attendez je le faisais avant, je ne descends pas en courant de la montagne, voilà mais bon ce n'est pas parce que je le fais à pied que je suis handicapé ou frustré, mais bon, à ce jour, je n'ai pas... de frustration ou je ne ressens pas le fait de ne pas avoir pu réaliser quelque chose » E14*

Certains paraissent conscients du déni de leur âge sans plus de réflexion sur l'avenir :

*« je vais avoir 75 ans, (...) et même moi je me dis quand j'étais gamin quelqu'un de 75 ans c'était un vieux, donc je sais que je le suis mais ce n'est pas que je l'accepte pas, pour l'instant je ne le ressens pas » E3*

- **Indifférence au sujet :**

Le tempérament de chacun est un élément fort dans l'intérêt ou l'indifférence pour le sujet.

*« cela dépend du caractère et avec mon caractère je me soucie guère de ça (...). Pour l'instant, je n'anticipe pas dans ce domaine. » E3*

Certains patients paraissent simplement insouciant, vont même parfois jusqu'à l'aveuglement.

*« On verra, ça se présentera comme ça se présentera. Comment vous le voyez-vous ? » E2*

*« (rires du patient) Je ne me sens pas concerné. » E9*

Ils pensent laisser le problème lorsqu'il se présentera à autrui (en particulier leur famille), quitte à dépendre d'eux.

*« je ferai face à ce moment-là si je peux sinon ce sera ma femme et mon fils. » E9*

Il se dégage le sentiment que ce n'est pas leur préoccupation actuellement, et que d'autres sujets plus concrets, parfois sources d'angoisse importante, prennent le dessus.

*« Pour moi ce n'est pas quelque chose qui m'inquiète (...) mais ça viendra et ou pour l'instant je vous dis c'est parce que je ne veux pas y penser, justement peut-être parce que, encore je suis pas dans le deuil mais ça fait que 4 ans (décès époux), j'essaye au contraire d'apprendre à vivre seule voilà. » E12*

*« aujourd'hui intimement ce n'est pas quelque chose qui me tracasse, j'ai déjà assez de soucis (...) je me dis la vie est encore belle. Je n'ai pas dit parfaite car il y a les soucis pour l'instant ce n'est pas des vrais soucis de santé majeure. » E3*

Ces sujets plus concrets sont pourtant parfois en rapport avec des diminutions physiques liées à l'âge, aux comorbidités et aux prises de médicaments qui en découlent. L'impact sexuel est par exemple une problématique concrète expliquée par un patient.

*« Je n'ai qu'un point c'est la sexualité, même à mon âge, ça a remarché puis ça s'est éteint (...). Ça c'est quelque chose qui me pèse, c'est le seul point, parce que j'ai une femme plus jeune. Ça c'est le vrai sujet, le reste il n'y a rien même si c'est un détail (...) ça je ne l'accepte pas, je mets ça sur l'âge (...) ce constat-là m'ennuie fortement. C'est un point précis, le reste de façon général, je dirai ne me touche pas. Ou ne m'est pas venu à l'esprit. » E3*

- **Méconnaissances autour de la PA :**

La méconnaissance de ce qu'implique la PA, les risques possibles et les aides pouvant être apportées, participe au déni des personnes âgées sur ce sujet.

*« je n'ai jamais eu à l'esprit une perte d'autonomie. C'est sûr que dans les derniers jours ça peut mal se passer » E9*

*« voyez je ne pense pas à avant à si je suis malade, comment je suis malade, avec quoi je suis malade et comment je vis. » E2*

*« Mais moi je n'ai pas droit à l'aide-ménagère (...). Je ne sais pas, APA qu'est-ce que c'est ? Une somme ? Nous on n'a rien, on s'en fout de ça » E15*

- **Confiance ou défiance dans le système actuel de santé et d'aides dans la PA :**

Certains sont très optimistes quant à leur future prise en charge et à l'offre que leur apportera le système actuel, ils peuvent même avoir en ce système une confiance assez aveugle.

*« j'ai une assurance, j'ai une bonne assurance chez pro-BTP, voilà. Je n'ai pas d'inquiétude sur le plan financier ni sur un suivi médical, voilà (...) s'il m'arriverait quelque chose où ce serait nécessaire j'irai dans une maison de retraite sans me poser de questions. » E9*

*« Je vous dis ce que je pense et on verra plus tard. Maintenant quand je vais me retrouver... que j'arriverai ici... avec une ambulance... je vais vous dire, écoutez faut faire quelque chose, me mettre dans un endroit, vous faites ce que vous voulez mais je ne peux plus rester comme ça. » E2*

D'autres gardent une défiance vis-à-vis du système. Un sentiment de persécution, d'injustice peut apparaître suite à l'échec d'une demande d'aide sociale ou financière. Cette défiance, ce sentiment d'injustice, entretiennent le désintérêt pour ce sujet et son délaissement.



*« ils me font des demandes aussi, j'ai jamais droit à rien, là je ne parle pas d'argent je parle ne serait-ce que d'aide (...) tout ce qu'on demande que ça me concerne, que ça me concerne, c'est tout ennuyeux, refusé, comme vous voulez, je ne sais pas comment dire. Je ne comprends pas, je ne comprends pas. » E15*

### **II.2.3 Refus de la discussion**

- **Sentiments négatifs autour de la PA et de sa réflexion :**

L'impression de rejet, d'interdit autour de l'évocation de la PA est majeure pour certains sujets âgés.

Même si les personnes âgées ont conscience de la possibilité d'une PA, elles mettent un tabou à la réflexion car celle-ci alimente des angoisses, des peurs, assimilées souvent à la dépendance et à la mort.

*« Je trouve que ce n'est pas utile. Sinon vous ne vivez plus, c'est que vous vivez sur la crainte » E2*

*« je vous dis que oui ça peut m'arriver, mais je vous dis c'est quelque chose auquel j'essaye de ne pas penser (...). Je ne veux pas trop me projeter, ça fait monter des angoisses » E12*

*« maintenant de dire sur tel sujet avant c'était comme ça et maintenant ça ne l'est plus, parce qu'il y en a, parce qu'il y a la fatigue, y a l'âge(...). Je veux dire aujourd'hui ça ne m'atteint pas directement par rapport à mon futur parce que je vais commencer à sortir mes mouchoirs » E3*

*« L'avenir non je n'y pense pas, j'ai peur que d'y penser ça me tracasse. » E15*

- **Impuissance sur leur potentielle PA :**

Cette volonté de refuser la réflexion provient aussi de l'impuissance qu'ils s'imaginent avoir sur la PA.

*« on n'en parle pas, on n'en parle pas (...) On n'en parle pas ce n'est pas la peine, ça sert à rien » E2*

Cette réflexion est perçue comme un frein, un poids pour avancer dans leur vie et être heureux. Leur inaction apparaît comme leur système de protection pour continuer à vivre.

*« j'y pense sans y penser mais à un moment donné c'est où choisir de continuer à vivre, ou c'est se supprimer quoi ! Mais ça je ne suis pas sûr d'en être capable mais je choisirais la vie ça c'est sûr, à quelles conditions (...). Pessimiste, mais je ne sais pas si il y beaucoup de gens de mon âge qui sont si optimistes que ça. » E10*

*« Je pense que si on est lucide et qu'on est disons bloqué par soit le lit soit par les mouvements c'est pour tout le monde pareil c'est dramatique on ne voudrait pas en arriver là (...). Ce n'est pas que moi je pense que c'est tout le monde, si vous posez la question à quelqu'un et que vous lui dites « vous voulez mourir ou rester au lit pendant 10, 15 ans, 5 ans enfin peu importe » je me flinge. Mais ça je n'y ai pas pensé pas du tout on n'en est pas là. Pas la peine d'anticiper ça ne sert à rien. » E2*

#### **II.2.4 La volonté de ne pas changer son quotidien**

- **Fierté de sa vie passée et actuelle :**

L'absence de réflexion découle aussi de la satisfaction de leur vie présente qui n'est pas propice à un raisonnement sur le futur. Ils se sentent fiers de leur parcours et de leur situation actuelle, et ne veulent donc pas la modifier. Ils semblent donc optimistes, positifs sur leur vie.

*« je suis bien aujourd'hui et donc je ne me préoccupe pas de demain. Je pense que tout et là (...) je ne me projette pas demain donc j'ai assez de vivre aujourd'hui (...) si je prends tous les jours de la semaine, comment mes journées sont remplies, je vois bien qu'il n'y a pas d'échec » E7*

- **Vivre l'instant présent :**

La volonté de profiter du moment actuel est très présente au cours des entretiens, il apparaît aussi le sentiment de faire déjà assez d'efforts et le refus de se priver de tout qui semble associé à la PA.

*« c'est un peu au jour le jour et on verra quand ça arrivera » E2*

*« Est-ce qu'il faut vivre avec ça ? Moi je ne vis pas du tout avec cette crainte de plus tard. J'ai des amis, je suis content cette semaine, je vais leur préparer un couscous (...) et c'est tout, avec une bonne bouteille de vin et voilà. C'est ça la vie ! » E9*

#### **II.2.5 Ambivalence / Naissance d'un questionnement (pendant l'entretien)**

- **Questionnements sur leur indifférence :**

Lors des entretiens avec les patients, plusieurs questionnements sont apparus sur le fait que la réflexion ne les atteint pas.

*« peut-être que je fais un peu l'autruche je ne sais pas, mais pour l'instant je ne me projette pas encore là-dedans. » E12*

*« Donc je vous dis peut-être que je me voile la face, que je triche avec moi-même (...). Mais par rapport à notre entretien je devrais peut-être m'en soucier mais je ne le fais pas. » E3*

- **Questionnements sur la façon de réagir :**

On note la prise de conscience de s'impliquer davantage, et en particulier de l'intérêt d'en discuter avec sa femme, ses enfants, et le MT, avec la nécessité d'un questionnement plus profond en amont de la PA.

*«peut-être voyez l'ambiance actuelle qui règne, le fait que vous m'ayez demandé de venir pour ce type de questionnaire, bon ça, ça me pousse à réfléchir et à en parler avec mon épouse. » E14*

*« Euh je préférerais en avoir parlé à la famille, alors peut-être que le médecin traitant peut apporter des voies je ne sais pas (...) Oui je préférerais avoir un petit peu cette assise avant que oui que le médecin puisse... Ce sera sûrement instructif aussi j'imagine. Mais bon moi je le vois plutôt dans cet ordre. » E14*

## II.3 Réflexion (faire le choix de réfléchir)

### II.3.1 Nécessité de la réflexion

- **Mais peu de questionnement :**

Pour certains, il y a une légère émergence d'une réflexion, mais elle reste brève car il leur est difficile d'imaginer leur PA et ses conséquences, ils semblent très indécis sur les solutions à adopter.

*« J'avais réfléchi un petit peu, mais on verra après, un plus tard, comment ça finira » E5*

*« ben comme ça, très fugitivement ce n'est pas de toute façon, on n'a pas défilé ou je n'ai pas défilé euh les situations éventuelles qui pourraient se présenter. C'est un peu global. » E14*

*« C'est difficile de s'imaginer de moins en moins vaillant, mais on n'a pas suffisamment réfléchi pour savoir ce que après, ou la dépendance, ou le fait de se trouver seul pouvait entraîner dans le style de vie courante qu'on peut adopter. » E14*

- **En discuter et anticiper pour diminuer l'angoisse :**

Pour d'autres, cela apparaît comme une obligation, une exigence pour pouvoir continuer à profiter de leur vie actuelle.

*« je suis obligée de penser qu'un jour, déjà, il peut y avoir une perte d'autonomie donc dans un premier temps ce sera, ou déménagement, ou modification de la maison, moi je suis très matérielle(...). Oh oui ça largement, largement mais sans aucune angoisse. » E8*

*« Mais je l'aborde et par chance ça ne me crée pas d'angoisse. » E8*

- **Besoin de se renseigner :**

Une facilité à trouver l'information est ressentie, même si la recherche est souvent faite par rapport à des questionnements précis.

*« Je lis beaucoup déjà, j'ai beaucoup d'informations » E6*

*« Je saurai où les chercher, justement il y a des gens compétents pour me renseigner à ce moment-là, si il y a quelque chose de plus » E8*

Le sentiment de pouvoir se perdre avec des fausses informations et la nécessité de sites fiables est aussi évoquée.

*« Ce qui serait bien c'est s'il y avait des sites ou des choses comme ça de savoir que quand on cherche sur internet parce qu'il y a beaucoup de choses sur internet, on cherche sur des endroits intelligents parce que y a certains forums où on dit n'importe quoi. » E4*

### **II.3.2 Anticipation déjà concrète**

- **Besoin de planifier et d'agir pour son avenir :**

Les personnes qui souhaitent anticiper leur PA, organisent leur avenir et ont un certain nombre d'exigences pour leur futur quotidien. Ce sont souvent des personnalités exigeantes, perfectionnistes et organisatrices depuis toujours. Elles ont souvent besoin de tout contrôler, de tout maîtriser.

*« pour moi c'est la vie et j'essaye simplement de l'organiser voilà et c'est une organisation pour moi avant tout matérielle. » E8*

*« C'est mon caractère, il faut toujours que j'anticipe, que je calcule, que je prépare, que j'organise. » E4*

Les anticipations portent sur de nombreux domaines (finances, héritage, logement, se tenir à jour des nouveautés, ...), les plus importantes concernent leur futur quotidien.

*« donc j'essaye au maximum au niveau de l'informatique de me tenir pour être capable de le faire. Voilà j'y ai beaucoup réfléchi sur des petites choses comme ça. C'est concret, c'est des petites choses. » E4*

*« on est en train de vendre, on essaye de vendre tout de moins. Et dès que c'est fait, on voit un petit peu ce qu'on peut faire où on peut aller, comment aménager notre futur logement voilà.(...) J'aimerais quelque chose de plein pied, et puis avec des aménagements c'est à dire avec une salle de bain adaptée avec une porte à la baignoire au cas où on ne puisse plus rentrer comme on le fait maintenant, euh voilà des choses comme ça, un mobilier aussi adapté si je dois être assise. Je pense à toutes ces choses-là en espérant que ça n'arrive pas. » E6*

- **Réaction devant l'évolution de son état personnel :**

Ce qui motive l'anticipation d'une PA c'est souvent le constat d'une diminution physique personnelle et donc l'envie d'agir pour organiser un quotidien plus sécuritaire avant que la PA ne s'installe.

*« On y a pensé disons il y a trois quatre ans, quand j'ai commencé à avoir les jambes qui flageolaient un petit peu, là j'ai commencé à me dire peut-être qu'il faudra que...Parce que quand j'ai mes crampes ou quand je vois que j'ai quelques petites difficultés à monter les escaliers donc je me dis ça peut aller en empirant et dans ce cas de figure il faudra faire quelque chose. » E6*

*« Mais moi quand je me suis vue complètement handicapée avec mon pied cassé je me suis dit que si un jour ça m'arriverait il faudrait que je pense à faire quelque chose. » E6*

- **Un conjoint plus impliqué, plus sensibilisé à la PA :**

L'un des conjoints du couple est souvent le moteur du changement, l'acceptation de ses prises de décisions par l'autre est recherchée mais quelque fois imposée. Il peut aussi avoir l'impression d'agir seul dans cette vision de l'anticipation de la PA.

*« je lui montre que ce serait intéressant donc il faut prévoir, mais ça il est d'accord parce que comme il ne s'occupe de rien il me fait confiance. Et je lui explique pourquoi il ne faut pas tout donner et puis voilà, je fais des calculs à ce niveau-là. Mais je le généralise à tous les deux, chaque fois en disant que ça peut être moi. » E8*

- **Bénéfice d'une anticipation :**

Le bénéfice d'une aide ménagère mise en place à domicile ou d'un changement de domicile pour un lieu plus adapté est constaté chez certains patients et apporte un soulagement dans leur quotidien.

*« je suis au 3ème étage, au dernier étage, j'ai une très belle vue, j'ai une grande terrasse, je suis de plein pied dans mon appartement et j'ai l'ascenseur qui est juste à ma porte.(...) Je n'ai qu'à sortir de ma résidence et en fait j'ai deux pharmacies, j'ai un centre médical (...) J'ai tout à proximité. Il avait choisi ça parce que justement lui il voulait ça. On a le boucher, on a le petit casino, on a l'épicerie voilà. » E12*

### II.3.3 S'adapter si il y a un changement de situation

- **L'adaptation vue comme contrainte :**

Certaines personnes âgées ne se sentent pas préparées à cette PA. Elles envisagent les adaptations possibles (aides extérieures, port de courses ou repas à domicile, maison de retraite...) comme une contrainte et une dépendance.

*« Après faut s'habituer à l'idée c'est difficile aussi, on en parle le maximum aussi pour s'habituer à l'idée je pense. » E4*

*« je sais que, bon je suis une personne raisonnable, je sais qu'un jour il faudra passer... par un appartement, enfin ce serait encore facile mais peut-être une maison spécialisé, ça je le sais... » E10*

La nécessité d'accepter cette future situation et de se résigner pour pouvoir continuer à vivre est aussi forte.

*« ben ce serait faire comme tout le monde soit de rentrer dans une maison de retraite, comment disons accepter ça quoi. Mais on est obligé on y arrive, petit à petit on y arrive mais là comme on dit toujours on verra » E2*

- **Ouverture d'esprit sur la PA :**

On perçoit que certaines personnes âgées semblent conciliantes, accommodantes sur les possibilités autour de leur PA, des aides à domicile, de l'EHPAD. Ils peuvent se projeter, suggérer des solutions.

*« par chance avec mon mari en revanche on n'est pas des grands exigeants » E8*

*« ce n'est pas une angoisse et « vous me mettez dans une moins cher en plus (EHPAD)» parce que ça m'est égal, si c'est correct si c'est propre, si ils viennent (en parlant de ses enfants), bon j'aime bien bouffer donc que ce soit pas trop dégueulasse. » E8*

La représentation de leurs besoins est souvent attachée à des priorités simples de la vie.

*« si j'étais en appartement c'est pareil je pourrais lire tout le temps, et puis le fait de pouvoir sortir aller chercher mon pain, je dirais ça me suffit, je n'ai pas besoin d'aller (...) tant que je peux lire encore que je peux, faire des mots-croisés, que je peux regarder la télé, que je peux jouer avec ma tablette et mon téléphone, tout va bien. » E11*

- **Questionnement autour de la nécessité financière :**

L'anticipation financière pour faire face aux besoins de la PA apparaît essentielle pour certains.

*« j'adore donner de l'argent à mes enfants mais je fais dans la limite où il m'en reste assez, je calcule c'est très calculé, faudrait que l'idéal que ce soit mon mari ou moi on est au moins 3000<sup>e</sup> par mois. ça veut dire qu'il faut mettre des sous de côté. » E8*

*« Ben par chance on habite un pays où il a pas mal de solutions sauf que c'est évident il faut des sous. C'est tout (...). Préparons financièrement cette perte d'autonomie » E8*

Alors que d'autres personnes âgées sont rassurées par leur auto-suffisance et n'ont pas de crainte dans ce domaine.

*« Je n'ai pas d'inquiétude sur le plan financier » E9*

*« on a des bonnes retraites, on a des revenus financiers, non ça va. » E13*

- **Ressentis autour de l'EHPAD :**

Ils sont divisés parmi les patients qui se refusent à aller en EHPAD et envisagent cela comme un malheur, une décadence programmée, voir un lieu déshumanisé, et n'y pensent qu'en dernier recours.

*« un jour il faudra penser à la maison de retraite, ce genre de chose et je sais que je le vivrai très très très mal(...) enfin il y a des trucs, c'est presque de la maltraitance, ça vous fait réfléchir, non mais attendez on est quoi ? Pour ces gens-là des objets ?(...)Voyez et j'ai perdu confiance, j'ai perdu confiance dans ces EHPAD » E10*

A l'opposé, d'autres l'imaginent de manière positive comme un lieu de soutien, où l'on est entouré, pris en charge, aidé et qui rompt avec l'isolement du domicile.

*« Si cela arriverait, je sais la maison de retraite où j'irai. Ça peut arriver, c'est pas pour demain, tout en me disant cette maison de retraite me plaît, j'aime bien, il y a une bonne ambiance » E7*

*« je pense que le vieillissement c'est l'isolement peut-être c'est pour ça que l'EHPAD me paraît adapté (...). Moi il y a des jours où je me dis « ouf je vais être prise en charge, j'ai plus à calculer mon repas de midi, je n'ai plus à faire mon lit » E8*



- **Ressenti autour d'une potentielle PA cognitive :**

Il ressort des entretiens le besoin d'être attentif à l'apparition de troubles cognitifs, de manière à pouvoir agir en temps voulu sur cette éventuelle PA. Cela met en avant la volonté d'un contrôle sur sa vie.

*« Aujourd'hui je sais qu'il faut que je note (...) donc je vois bien j'arrive à 86 ans, je vois qu'il faut que je note davantage. Et c'est peut-être ça qui conditionnerait, si je perdais vraiment la mémoire, de ce que j'ai à faire, mon repas, des choses comme ça, mais pour le moment, ça ne se pose pas. Je ne resterais pas dans le « peut-être », peut-être que ça reviendra, non ça je ne l'accepterais pas (...) Voilà et puis si on attend trop, non de tempérament j'aime gérer ma vie et j'aimerais gérer ça. » E7*

Une grande inquiétude par rapport à la PA cognitive et un sentiment d'abandon sont également constatés.

*« moi le plus qui me fait peur c'est l'Alzheimer. Voilà on a beau dire tout ce qu'on dit ce n'est pas vrai, on n'est pas soutenu. » E13*

- **Savoir s'adapter au bon moment :**

Des difficultés sont ressenties sur le choix du moment adéquat pour réaliser des changements (par exemple, un changement de logement). Pour certains, l'adaptation sera faite à un moment qui apparaîtra évident (suite à une négligence du domicile, une diminution physique importante...). D'autres trouvent le moment du choix délicat (angoisse d'être trop en avance ou trop en retard), mais pensent aussi que le changement peut s'effectuer rapidement au moment où il sera décidé. La volonté reste forte de se remettre en question rapidement si un événement aigu survient.

*« Euh voilà, j'estime qu'organiser ce n'est pas imaginer non plus tous les problèmes trop tôt sinon finalement on ne vit que dans ce futur qui n'est pas très agréable. » E8*

*« Le gros problème est de savoir à quel moment on se décidera à changer de maison. » E4*

- **Souhait de rester à domicile mais ressenti d'une impossibilité :**

Rester à son domicile et l'adapter avec des aides, des aménagements, voire envisager un changement de logement est le souhait principal de toutes les personnes âgées.

*« comme justement notre maison n'est pas adaptée, il y a des escaliers, on a décidé de vendre pour aller à un endroit où on pourrait par la suite l'adapter si on a une perte d'autonomie quelconque ou lui ou moi. » E6*

Elles sont néanmoins réalistes face aux contraintes liées à l'importance de l'entretien de certains logements, face aux risques d'accidents engendrés par des lieux inadaptés, et surtout face au sentiment de solitude que l'isolement à domicile peut entraîner.

*« Bon je pense qu'avec des travaux ce sera adaptable. Mais est-ce que moi j'ai envie d'être dans une maison de quatre mille mètres de terrain (...). Être seule dans une grande maison, des fois, on angoisse, de la peur de vide, de pas savoir si on va faire une grosse bêtise qui nous met en danger » E8*

*« Parce que tout seul, je ne vois pas l'intérêt de rester tout seul dans une maison » E11*

## II.4 D'autres ressentis face à la PA

### II.4.1 Ressenti face à son expérience autour de la PA

- **Apprendre et réagir face à une expérience vécue :**

Les réflexions engendrées par des expériences d'aidant pour ses proches, des expériences personnelles ou des expériences entendues, sont nombreuses. La nécessité de se remettre en question, apprendre de ses erreurs est souvent présente.

*« On y pense régulièrement parce j'ai accompagné toutes ces dernières années mon père et ma mère qui avaient perdu leur autonomie. Je sais bien ce qu'il en est et j'ai bien vécu tous les détails donc on y pense régulièrement » E4*

*« je me projette en me disant il peut arriver ça, il peut arriver ça, j'ai tellement de gens autour de moi qui n'ont pas prévu puis un jour ils se sont retrouvés le bec dans l'eau. Donc je me dis mon dieu, il vaut mieux peut-être anticiper. » E6*

Ces expériences semblent servir d'élément déclencheur pour un changement concret.

*« Ma crise cardiaque et c'est là qu'on a changé pour une maison de ville confortable » E11*

- **Être satisfait ou déçu d'une prise en charge de son entourage :**

Le plaisir d'avoir pu aider ses parents, la fierté que l'on en a tirée, le fait de n'avoir eu aucun regret par rapport à leur prise en charge, accompagnent souvent la bonne prise en charge ressentie pour un proche en PA. Le rôle salvateur de l'EHPAD peut apparaître également.

Mais de la tristesse, des regrets peuvent aussi se dégager des entretiens face à l'impression d'avoir failli dans son rôle d'aidant.

*« moi je n'ai eu aucun regret. J'ai accompagné papa, maman jusqu'au bout du bout, au bout du bout. On a pu tout se dire même s'ils n'avaient plus leur tête. Il n'y a aucun regret, aucun remords, il y a rien. On les a connus jusqu'au bout. On n'a pas l'impression qu'on aurait pu vivre autre chose avec eux. » E8*

*« je l'ai vécu très récemment avec maman, ça fait un an et demi qu'elle est morte ça va faire deux ans au mois de mars, et j'ai vécu ça tellement proche tellement de l'intérieur et je me suis dit que c'était une telle réussite(...). C'était une réussite dans pratiquement tous les domaines je veux dire, tout s'est tellement passé exactement comme elle voulait... » E4*

- **Sentiments douloureux autour de la PA :**

La tristesse des aidants à accepter la PA des proches est aussi très présente. Elle peut aussi être en lien avec la souffrance que leurs proches peuvent avoir.

*« Ben mon père son agonie a duré presque deux ans, Alzheimer c'est atroce (...) C'est dingue ça, c'est affreux, c'est affreux ce truc.(...) parce que lui je ne sais comment il était, moi ça me faisait pleurer de le voir comme ça, je ne sais pas s'il avait des sentiments, s'il se rendait compte de ce qui arrivait, alors si on n'est pas conscient... Mais on fait de la peine à son entourage. » E11*

Le rôle d'aidant principal largement rencontré dans ce contexte côtoie le sentiment d'épuisement personnel, souvent prévalent.

*« Donc moi de 99 à 2019 j'ai vécu 20 ans tous les deux jours en allant voir quelqu'un qui n'allait pas. Et pendant plusieurs années c'est moi qui faisais docteur, qui les amenais chez le médecin, qui faisais la comptabilité, qui faisais les courses... » E8*

- **Souhait ou refus d'imiter une prise en charge vécue :**

Le transfert à soi-même d'une situation de PA est courant lorsque le rôle d'aidant a été long.

*« elle (en parlant de sa mère) avait déjà préparé dans sa tête, c'était déjà clair donc si j'arrive à être comme ça, ça simplifie la vie des autres, je peux vous dire. » E4*

*« voilà, je peux transférer sans problème maman est décédée il y a quatre mois, fin novembre à 95 ans... » E8*

Certains refusent de reproduire les situations rencontrées (refus de rendre leur enfants aidants, d'être dépendants d'eux).

*« On ne peut pas se mettre à côté d'eux pour réclamer toujours quelque chose. C'est ce qui s'est passé pour mes beaux-parents qui ont voulu se rapprocher de nous, à partir du moment où ils se sont rapprochés de nous, ils ont été malades tout le temps tout le temps mon mari n'était plus à la maison mais avec son père, avec sa mère. Donc ça je ne veux pas de ça pour mes enfants. » E10*

*« j'ai eu une mère qui ne m'a jamais épargné ses problèmes, et que je ne veux pas reproduire la même chose pour ma fille. » E12*

- **Ne pas tirer de leçon pour soi-même d'une PA personnelle ou de son entourage :**

En général, les personnes âgées qui souhaitent n'avoir aucune réflexion sur la PA, ne tirent pas, non plus, profit d'avoir été aidant pour autrui.

Elles s'impliquent souvent plus dans l'aide et le combat pour leur proche que dans la réflexion.

*« surtout ma sœur aînée c'est moi qui m'en suis occupée, j'ai vu comment elle était mais je n'ai pas pensé que ça pouvait m'arriver à un moment donné (...). J'étais dans l'action jusqu'au bout et puis dans ces moments on ne réfléchit pas on essaye d'aider. » E10*

On retrouve ces mêmes notions lors d'une PA personnelle (ou lors d'une expérience d'une maladie grave). La récupération de son état antérieur induit un déni d'envisager l'avenir autrement, voire des bénéfices secondaires.

*« Mais au début on s'affole on se dit « oh » et puis on se rend compte qu'on n'est pas si mal que ça, j'y pense même plus, je prends mes deux pilules par jour et puis ça va. » E11*

*« je n'ai pas perdu mon autonomie du tout. J'ai fait de la chimiothérapie, j'ai maigri beaucoup j'ai perdu 18kg, c'était super ma femme était contente je ne faisais plus que 88kg (rires). Et non... Non vraiment j'étais confiant ça se passait bien j'allais à l'hôpital, je retournais faire la chimiothérapie je ne peux pas dire avec plaisir mais si vous voulez mais bon... » E9*

- **Respecter le choix de ses parents dans leur PA :**

Il peut être délicat de respecter ce choix et même d'honorer les promesses qui ont pu être faites à ses proches. Une divergence peut apparaître aussi avec ses propres opinions. Souvent le respect des volontés des proches importe pour les patients interrogés et fait écho à l'espoir que leurs propres choix soient également pris en compte pour leur avenir.

*« ça m'a posé beaucoup de questions parce que quand elle (en parlant de sa mère) a été malade vraiment je me disais comment on va faire, si elle ne peut plus rentrer chez elle, ça allait être catastrophique pour elle. Parce que je lui avais toujours promis qu'elle... Qu'elle resterait chez elle et qu'on mettrait tout en œuvre pour qu'elle puisse rester chez elle. » E12*

*« maman elle avait toute sa tête et on voulait respecter ses décisions jusqu'au bout. » E4*

#### **II.4.2 Importance accordée aux dernières volontés de vie**

- **Souhait de transmettre ses dernières volontés :**

Contrairement à ceux concernant la PA, les souhaits qui entourent la fin de vie, le décès (enterrement, incinération, ...) sont la plupart du temps déjà réfléchis par le patient et annoncés à son entourage. Ils peuvent avoir la volonté de les mettre par écrit mais le plus souvent la transmission est orale.

*« j'ai beaucoup réfléchi j'ai assisté à plein d'enterrements récemment, on a été gâté, et j'ai réfléchi vraiment à plein de choses si je mourrais j'ai vraiment réfléchi à tout ça (...). J'ai quand même réussi à dire que je voulais être incinérée et qu'on me mette tout de suite au jardin du souvenir » E4*

*« vous savez ma fille est au courant de... Elle sait que si on vient à partir on veut se faire incinérer » E13*

- **Souhait de maîtriser sa fin de vie :**

L'envie de faire connaître ses volontés émane pour certains de la peur que ces souhaits ne soient pas respectés, en particulier le souhait de l'absence d'un acharnement thérapeutique en fin de vie. Certains vont même jusqu'à évoquer la possibilité d'une euthanasie. Des patients veulent aussi contrôler leur devenir post-mortem. L'importance d'y réfléchir en amont lors d'une absence de PA apparaît alors.

*« je n'ai pas envie d'être un légume. Je n'y tiens pas, donc je leur ai déjà dit, si vraiment je ne sers plus à rien ou il n'y a plus rien, il faut faire quelque chose il ne faut pas me laisser comme ça. Alors je vais peut-être faire un courrier. » E6*

*« c'est à ce moment-là qu'il faut le faire (en parlant des directives anticipées), ce n'est plus quand on est à moitié grabataire (rire). C'est quand on est en bonne santé qu'on a toutes ses facultés qu'il faut penser à son avenir, sinon... Enfin c'est ce que je pense. » E6*

### **II.4.3 Prévenir le vieillissement, la dépendance**

- **Rester actif :**

Pour la prévention de la PA, les personnes âgées envisagent de nombreux moyens dont la pratique d'une activité physique, une hygiène de vie, le maintien de relations sociales et intellectuelles. Le fait d'être dynamique, très occupé dans leur quotidien participe à les rassurer sur la conservation de leur bonne autonomie. Le bénéficie d'avoir une épouse plus jeune est aussi ressenti.

*« j'essaye au maximum de me tenir en forme (...). Alors je me dis que tant que je peux je vais continuer à bouger(...). Pour l'instant je fais tout ce que j'ai à faire, mes courses, ma lessive, tout, même plus parce que je m'occupe beaucoup de mes enfants et mes petits-enfants. Je me débrouille le maximum en informatique aussi, parce que j'ai réfléchi à ça et je me suis dit que je pourrais remplacer les courses par l'informatique » E4*

*« J'ai ma femme qui est plus jeune que moi, douze ans de moins c'est une gamine, façon de parler, donc d'une certaine part j'ai aussi cette chance-là. » E3*

- **Prendre en considération son âge / Écouter son corps :**

Être attentif à sa santé, s'écouter, prendre du temps pour soi sont aussi des notions rapportées pour conserver sa santé, ainsi que diminuer certaines activités jugées trop risquées.

*« j'ai fait du sport dans ma vie assez souvent, maintenant depuis quelques années je fais un peu attention mais tant que je peux faire ça, l'entretien de ma maison, bon j'estime que ça va, ça me fait du bien, le jour où je n'y arriverai plus, là il faudra que je me fasse aider. » E10*

*« Mon travail sur moi, voilà. Je sais que le travail que j'ai à faire sur moi, c'est de prendre le temps. Je vais à l'hôpital depuis chez moi à pied, je reviens à pied automatiquement. Je me dis allez, recommence, tranquille, je marche tranquillement » E7*

- **Suivre les recommandations médicales :**

Une rigueur dans leur suivi médical et la nécessité de faire des efforts pour respecter des règles d'hygiènes et de diététiques sont aussi rapportées.

*« bon je veux bien faire un peu attention. Boire un peu moins de vin mais bon. » E9*

- **Volonté d'aller de l'avant :**

Les notions de faire abstraction des petites difficultés de la vie et de continuer à avancer sont fortes dans les entretiens. Ces personnes ressentent dans la prévention de leur PA cette volonté de progresser et de continuer à apprendre, à s'adapter. Cela passe pour un certain nombre par des réflexions sur la suite, sur une anticipation de la PA. La volonté d'aller de l'avant fait aussi écho au besoin de vaincre ses angoisses pour y arriver.

*« ça m'angoissait d'aller dans des endroits en voiture que je ne connais pas. Ben maintenant voilà, je le fais et ça me fait moins d'angoisse voilà des choses comme ça (...). Voilà et j'ai fait justement plus d'effort, je me pousse quelque fois à faire des choses parce qu'il faut, donc quelque fois je me suis poussée à faire du sport parce que je ne suis pas sportive à la base. Mais je me dis il faut tu en as besoin, il faut te muscler, il faut donc je me pousse à faire donc les choses » E12*

#### II.4.4 L'utilité jusqu'au bout

- **Obligation, plus ou moins implicite, familiale :**

L'abnégation pour un membre de sa famille lors d'une PA est très présente. C'est pour eux une normalité, un devoir marital ou familial de prendre en charge son conjoint, un autre membre de sa famille en cas de nécessité.

*« je l'ai fait parce que c'était mon mari c'était mon devoir de le faire, c'est normal, je m'étais déjà occupée de sa mère il y a quelques années qui avait une maladie d'Alzheimer on l'avait prise à la maison je l'ai gardée pendant cinq ans les derniers temps c'était une catastrophe mais enfin je l'ai accepté je l'ai fait. » E1*

- **Vivre pour autrui en particulier sa famille :**

L'importance de vivre pour protéger, aider sa famille est aussi mise en avant. Pour certains, elle semble être leur seule motivation à leur existence, leur obsession. Il apparaît que leur seule crainte dans la PA serait de ne plus pouvoir continuer à aider, à se dévouer à ceux qu'ils aiment.

Le souhait de simplement faire le don de sa personne pour aider autrui est aussi évoqué, cet engagement peut être religieux ou non.

*« Comment dire, je me suis surtout donnée aux autres que pour moi, j'ai pas, on n'a manqué de rien, je me suis toujours faite plaisir il n'y a pas de soucis, mais moi c'est ma fille et mon petit-fils (...) moi mon souci c'est d'accompagner mon petit-fils jusqu'à sa majorité, que je puisse, qu'on puisse faire ce qu'il faut (...). Moi ça n'a pas d'importance. » E13*

- **Bénéfice ressenti pour soi :**

Le sentiment de bonheur obtenu en rendant service est la contrepartie de leur implication, de leur générosité. Leur épanouissement personnel se construit par le bonheur qu'ils rencontrent en aidant les autres.

*« Parce que, toujours dans l'idée que je veux être utile, parce que ça me fait du bien aussi, ça ne fait pas que du bien aux autres, à moi, ça me fait du bien, une personne qui me dit vous m'avez... J'ai rien dit pas un mot, pas un seul mot et elle me dit vous m'avez fait un bien immense. Et je me dis merci mon dieu. Donc moi elle me fait du bien. » E7*

Ils sont bien sûr réalistes du fait qu'ils pourront, eux-mêmes, avoir besoin d'aide plus tard (être en PA) mais certains veulent pouvoir continuer, à leur niveau, à rendre service.

*« Ça m'ennuie parce que je ne pourrais plus aider autour de moi et ça c'est un truc voilà et rien que de dire ça, ça me donne les larmes aux yeux. » E8*



## II.5 Et l'entourage dans tout ça ?

### II.5.1 Autour de la famille

#### a) Dépendre du soutien de sa famille

- **Suivre, consentir au choix de sa famille :**

Certains préfèrent se laisser guider par les choix de leur famille concernant leur PA, ils sont prêts à dépendre alors de leurs enfants. Le plus souvent, ces derniers partagent la même opinion qu'eux sur la PA. Ces personnes âgées ont souvent la volonté de leur laisser la gestion de leur PA.

*« On est resté 38 ans dans les alpes et mon mari est mort il y a environ 10 ans d'un cancer du colon. Et donc comme j'étais seule là-haut mes enfants m'ont fait revenir ici » E1*

*« en parlant j'ai dit « mon dieu un jour ça risque de m'arriver », « écoute de toute façon on ne te laissera jamais aller dans une maison de retraite on est assez nombreux pour te prendre en charge, on se débrouillera »(...) on verra quand ce sera le moment en fait, on fera ce qui faut faire, on verra si c'est l'un qui me prend ou si c'est l'autre mais ils s'arrangeront, qui s'occupera de moi je ne sais pas.» E1*

- **Nécessité d'une adhésion familiale :**

D'autres sont influencés par leurs enfants, et ont besoin de leur aval dans leurs choix de vie future (par exemple, changement de logement).

Ils font confiance à leur famille pour s'investir dans leur future PA (détecter les prémices d'une PA, les conseiller, ...). Ils souhaitent avoir leur soutien et leurs réactions, en amont d'une PA car ils pensent qu'ils seront nécessairement impliqués dans celle-ci.

*«enfin avoir leurs avis parce que a priori bon ils seront amenés à être un peu plus présents, bon pour voir leurs réactions et leurs positions pour un futur de cette nature. » E14*

- **Besoin de la proximité familiale :**

La nécessité d'être entouré est forte pour les personnes âgées. Elles ont une grande espérance dans la présence, le soutien futur de leur famille. Un rapprochement familial peut parfois être envisagé.

*« enfin moi je souhaiterais être un peu plus près de chez eux (...) ben pour qu'ils puissent intervenir si jamais il y a un problème, c'est quand même le plus pratique d'avoir un proche, à côté de chez soi. » E11*

- **Un bonheur ressenti grâce à sa famille :**

Pour beaucoup, leur famille leur est bénéfique, en particulier moralement, et participe à leur bonne santé, ils rapportent pour cela une cohésion, une entente familiale et un lien d'attachement fort qu'ils pensent réciproque. Leurs efforts d'autonomie peuvent être encouragés par leur famille.

*« on est toutes les semaines en relation par le téléphone. J'ai eu trois garçons (...) que j'aime beaucoup et qui m'aiment. Et on a vraiment des liens très forts entre nous et ils ne passeraient pas un dimanche sans m'appeler ou me demander ce que j'ai fait (...) il (son fils) est attentif « allez maman, on baisse pas les bras », à me bousculer et puis je suis aussi d'un tempérament un peu similaire. » E7*

*« On est tous très liés on est tous toujours ensemble, on forme une petite équipe » E6*

**b) Ne rien attendre de sa famille**

- **Déception de sa famille :**

Un ressentiment envers sa famille, empreint de tristesse, est rarement retrouvé. Il renvoie à des regrets sur sa vie et une résignation. L'indifférence est également constatée et semble se rattacher à un manque de proximité.

*« Personne y va me prendre chez eux c'est tout, j'ai des neveux et tout mais personne y veut me prendre. Je vais rester dans la rue c'est tout, alors j'ai pensé ça voilà (...). Y pas de problème, j'ai pas de soucis parce que je n'ai pas d'enfants, je suis pas marié, y a pas de problème » E5*

*« On fait des enfants c'est pas pour les avoir. Les enfants ils vont faire après leur vie. » E2*

- **Volonté d'épargner ses enfants :**

Le refus d'être une charge, l'envie d'épargner, de ne pas importuner sa famille sont majeurs pour les personnes âgées voulant maîtriser leur avenir. Ils souhaitent les préserver de la difficile charge décisionnelle, ceci en les informant, en anticipant leur PA en amont.

*« Je me dis que c'est quand on est en bonne santé, on doit penser à son avenir, à ce qui peut arriver, à se mettre nous à l'abri, à ce que les enfants ne soient pas démunis devant tout ça. » E6*

*« les institutions puissent me prendre en charge et pas mes proches parce que je trouve que c'est très difficile pour les proches » E8*

*« je voudrais si c'est possible embêter le moins possible mes enfants. Tout ce que je peux organiser ou gérer avant je le ferai » E4*

- **Divergence sur la réflexion sur la PA :**

L'envie d'évoquer le sujet de la PA est importante pour beaucoup et de l'anticiper. Mais cette volonté peut être taboue, niée, voire interdite par les enfants qui refusent la discussion. Il s'agit d'un probable déni de voir vieillir leurs aînés.

*« si je mourrais j'ai vraiment réfléchi à tout ça mais je n'ai pas... mes enfants ils n'arrivent pas à entendre ça. » E4*

*« Qu'on te garde le plus longtemps possible (rires). Donc ils ne veulent pas me répondre (...). Et bien ce n'est pas un sujet tabou mais ils n'ont pas envie de l'entendre donc dès que je leur dis quelque chose ils me disent « hop hop hop on verra plus tard ». » E6*

- **Souhait d'indépendance :**

Le besoin de se battre pour conserver son quotidien, son autonomie est fort et se rattache au besoin d'indépendance. Il s'agit en particulier de personnalités déterminées qui sont combatives depuis toujours et ont la volonté de le rester. Ces personnes âgées ont le souhait de prouver leurs capacités, de continuer à être respectées. La crainte d'une perte de liberté est rapportée si elles viennent à dépendre d'autrui dont la famille.

*« Mes enfants, ils m'ont dit « tu sais tu pourrais venir », non mais je suis bien, moi, dans ma maison, je gère les choses, et là on est dépendant quelque part.(...) Donc j'aime, ça va jusque-là, que j'aime ma liberté de parole (...). Et je pense que tant que je suis chez moi, je suis maître. Et en dépend quelque part, le fait de quitter mon lieu pour aller se rapprocher, je perds quelque chose. » E7*

*« Vu la vie que je vois comme elle arrive la vie de maintenant, je pense qu'il va falloir que je me batte jusqu'à la fin de ma vie (...). Pour garder mon autonomie, pour qu'on me respecte. »E15*

- **Réaliste face aux difficultés personnelles de leurs enfants :**

Certains restent humbles et attendent de voir réellement si les volontés affichées par leurs familles seront respectées. Ils conçoivent que les vies de chacun sont complexes et restent réalistes tout en craignant que leurs familles ne puissent honorer leur parole de leur venir en aide.

*« Mes enfants m'ont dit, j'ai trois enfants et six petits-enfants, ils m'ont tous dit il est hors de question que tu ailles dans une maison de retraite, on se débrouillera pour te garder chez l'un ou l'autre, ma foi, espérons qu'ils tiendront parole. » E1*

## **II.5.2 Autour du couple**

### **a) Bénéfice du couple**

- **Partage des réflexions :**

Le bénéfice d'une discussion à deux est retrouvé. La cohésion est déterminante dans les couples sur les projets d'avenir et permet de les aborder avec moins d'angoisse.

*« oui on y a pensé avec mon époux (...) on y a réfléchi tous les deux » E6*

*« avec mon mari, on en parle souvent oui tous les deux. » E4*

- **Bénéfice d'être entouré :**

L'intérêt d'être entouré par son conjoint est rapporté. Il prévient la crainte de la solitude, mais il peut aussi entraîner une certaine dépendance de l'autre. Il peut s'agir d'une entraide pour la gestion du quotidien ou pour faire face aux épreuves de la vie.

*« parce que là on est deux, donc il y en a toujours un qui pense pour l'autre mais le jour où... » E10*

*« Et puis c'est vrai qu'au point de vu argent, il s'occupait de tout ça et j'ai horreur des chiffres, j'ai horreur, j'ai bien du mis m'être évidemment mais voilà ça il m'épargnait beaucoup ces choses-là. » E12*

Il semble qu'un conjoint est souvent influencé par l'autre, par sa volonté, sa réflexion propre sur la PA, il peut tirer parti a posteriori du bénéfice de l'avoir écouté, suivi.

*« il ne se reconnaissait plus et il en a eu assez de vivre là. Moi je l'ai mal vécu, est-ce que dans sa tête il ne se disait pas, elle sera peut-être mieux dans un appartement (...). Au début mon jardin*

*m'a beaucoup manqué, ma maison me manquait, je suis partie un peu parce qu'il m'a forcé la main, mais maintenant, depuis qu'il n'est plus là je me dis heureusement que je suis là oui. Oui oui, maintenant pour moi c'est positif. » E12*

## **b) Contrainte du couple**

- **Réflexion divergente sur la PA future et son évolution :**

Les opinions entre conjoints peuvent être différentes autour de la PA. Il arrive qu'un des deux rende la discussion taboue.

De manière générale, les femmes se sentent peu soutenues par leur conjoint au quotidien. D'autant plus lorsqu'elles cherchent à initier une réflexion ou une anticipation sur la PA. Elles agissent seules dans un premier temps dans l'attente d'une acceptation de l'autre. Celui-ci peut parfois amorcer une réflexion quand débute sa propre diminution physique.

*« Alors moi j'ai un mari qui, bon ce n'est pas de la critique, je veux pas, mais qui ne fait plus grand-chose, il passe ses journées à lire, il lit beaucoup, il fait des courses quand même, il s'occupe de la piscine, mais sinon moi je fais le reste le jardinage, la cuisine, le repassage, enfin tout ce que fait une femme de mon âge qui peut encore (rires). Donc voilà, mais j'ai des journées qui sont bien remplies même à deux. » E10*

*« mais je lui avais dit, tu sais aux alentours de 75 ans, j'estime qu'il faut prévoir un appartement avec du confort, un ascenseur, des choses confortables parce que à un moment donné on peut plus (...). Alors évidemment que ce n'était pas passé. Là c'était en train de passer. Parce qu'il commence à évaluer la fatigue lui-même du jardin. » E8*

- **Inquiétude sur la santé du conjoint et ressenti d'un nouveau rôle d'aidant :**

De nombreuses femmes sont préoccupées et inquiètes pour la santé de leur conjoint.

*« quand j'ai appris que mon mari il a Parkinson je me suis dit dès que je verrai des handicaps auxquels je ne pourrais plus faire face c'est sûr que je m'inscrirais dans les associations de Parkinson etc. » E8*

La différence d'autonomie est mise en avant ainsi que le rôle qu'elles jouent déjà ou se voient jouer dans l'avenir pour leur époux (par exemple, surveillance de l'aggravation de son état, possibilité d'épuisement en tant qu'aidant, appel à une aide extérieure...).

Parfois ce rôle d'aidant est minimisé pour éviter l'arrivée d'aides extérieurs au domicile.

*« il a déjà beaucoup de choses qu'il a abandonnées, il n'a pas cette espèce de niaque que j'ai, de vouloir faire, apprendre, avancer. Il n'a pas ça. Son âge est plus marqué que le mien si vous voulez.*

*Il ne marche pas, il ne sort pas beaucoup (...) là chaque fois qu'il y a un truc nouveau il m'appelle il ne sait plus comment il faut faire. » E4*

*« C'est mon mari, c'est mon mari qui est, qui est vraiment, comment dire, et bien il n'est plus autonome, il n'arrive plus à prendre une douche, il faut qu'il soit assis, il se rase... il se rase assis, il n'arrive plus trop bien à marcher, il marche comme les petits vieux (...). Des fois je suis fatiguée, mais j'en parle pas, j'en parle pas » E13*

- **Contrainte de dépendre de son conjoint :**

Un conjoint peut ressentir une dépendance à l'autre dans des domaines variés (gestion informatique, finance, cuisine, aides extérieures obtenues par son intermédiaire, ...). Certains culpabilisent. L'impression d'être infantilisée par son époux a aussi été mentionnée.

*« c'est mon mari, il avait fait de l'informatique avant l'informatique pratiquement, donc c'est... il est très à l'aise, moi pas (...) mais quand vous devez faire une déclaration d'impôts, c'est là-dessus, la banque, c'est là-dessus, c'est tout comme ça, si vous n'y arrivez pas par vous-même... Moi j'ai l'impression d'être par moment handicapée. (...) J'ai essayé de m'y mettre, je ne suis pas patiente, je suis maladroite, je ne retiens pas... » E10*

*« Il m'enlevait des craintes il me protégeait trop. Parfois je lui disais « non mais attends j'ai 60 ans maintenant, je suis grande, laisse-moi vivre, tu m'étouffes, tu m'étouffes » » E12*

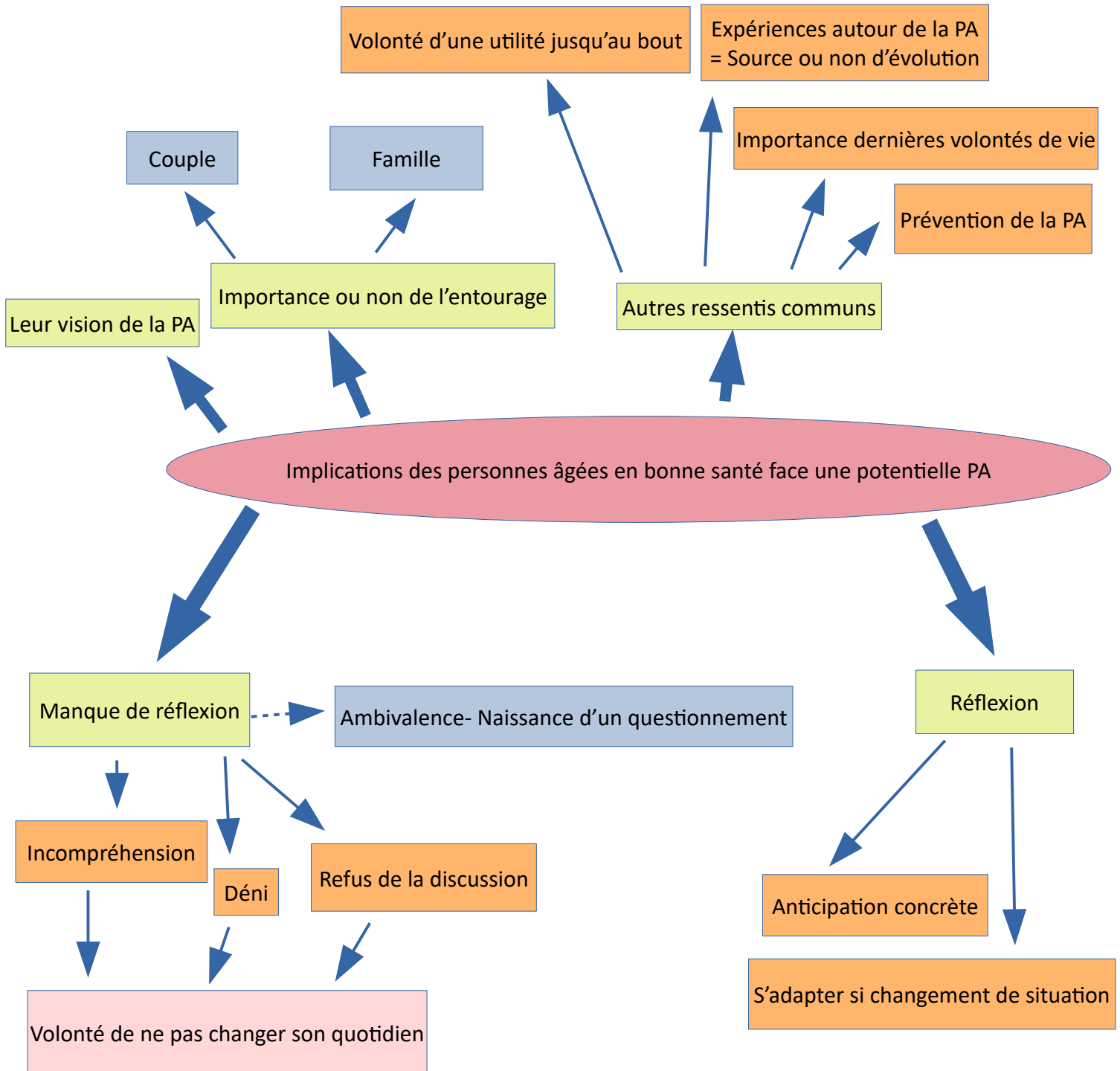
- **Inquiétude liée à la solitude :**

Le fait d'avoir une relation de couple depuis des décennies entraîne chez des patients le sentiment anticipé d'abandon si l'autre n'est plus présent. Cette angoisse liée à la solitude est importante et s'accompagne d'une envie de décéder avant son conjoint.

*« Le moment difficile je pense ça va être la séparation du couple. Si il y en a un des deux qui est handicapé et l'autre non, donc là mon problème ce serait si c'est mon mari qui a un handicap en premier, psychologiquement une impression d'abandon. » E8*

*« enfin j'espère que ce sera moi qui partirait avant à la limite... parce que ça m'angoisse de me retrouver seule à un moment donné. » E10*

Schéma récapitulatif : Implications des personnes âgées en bonne santé face une potentielle PA



### III Analyse sur l'approche avec leur médecin traitant

#### III.1 Sujet non abordé

##### III.1.1 Ceux qui n'ont pas d'attentes particulières

- **Un sujet semblant être abordé trop précocement :**

L'indifférence, le désintérêt des patients pour ce sujet ressort des entretiens. Ceci est lié au fait que les patients se considèrent en bonne santé.

*« Voilà, vous êtes mon médecin Dr XX je ne vous dirais pas plus. Je vous dirai, on a le temps de venir » E2*

*« c'est trop tôt peut-être qu'à un moment donné oui il faudra le faire mais pas tout de suite. » E10*

Pour eux, il serait trop tôt pour que la discussion leur apporte un quelconque bénéfice car elle ne serait pas adaptée à leur cas particulier et l'évolution de leur santé serait trop aléatoire, imprévisible.

*« Qu'est-ce que le médecin en dehors des informations générales disons que je citais, de conférence, mutuelle ou sécurité sociale, qu'est-ce qu'il va adapter à mon cas ? De particulier. Bon il va voir que j'ai tel ou tel, je ne sais pas, faiblesse ou manque enfin aujourd'hui je ne vois pas très bien même si j'ai des traitements. » E14*

*« non car je ne suis pas du tout concerné par ça (...) il y a des tas de modifications que je ne connais pas l'évolution, que moi demain je peux me réveiller quelque chose donc j'en sais rien. » E8*

- **Questionnements sur l'utilité du MT sur ce sujet :**

Certains patients n'envisagent qu'un rôle uniquement médical au MT, celui de soigner et guérir. Ils sont dubitatifs sur l'aide pouvant être apportée sur ce sujet par le généraliste. Cette méconnaissance des compétences possibles du MT est souvent relevée.

*« je ne vois pas chacun son métier, c'est leur truc, c'est pas des assistantes, il y a des assistantes sociales, il y a des psys, il y a des trucs, le médecin généraliste il est un petit peu tout ça mais dans le cadre de son cabinet » E11*

*« comme je n'ai pas besoin de choses très précises au point de vue santé, je pensais que le rôle du médecin était au niveau de la santé et de la gestion de ces problèmes-là » E4*



D'autres relèvent l'intérêt de protéger le MT de ces sujets jugés sociaux, familiaux et peu en rapport avec son domaine premier de compétences.

*« Maintenant il n'entre pas trop dans... les soucis familiaux, tout ça, ça fait beaucoup de choses pour eux quand même (rire). » E11*

- **Obtention d'une information suffisante :**

Cette information vient de leur propre initiative ou est envoyée par différents organismes. Les personnes âgées pensent savoir bien s'informer par elles-mêmes (internet, relations humaines) ou ne recherchent pas particulièrement d'information. Souvent, elles ne donnent pas suite à celle qui leur est apportée directement (par exemple par la mairie, par la sécurité sociale ou la mutuelle).

*« j'ai déjà reçu des documents par des mutuelles d'aller à des séances... moi je déchire ça (rires) pour l'instant je ne me sens pas concerné. » E3*

*«j'ai déjà du en recevoir je ne sais pas de qui, ou de la mutuelle, ou de la sécurité sociale, ou même de la ville, ils ont déjà proposé... il me semble mais bon je n'y suis pas allé (...) je n'ai pas donné suite mais le fait de recevoir bon des propositions d'information bah je trouve que c'est pas mal. » E14*

- **Gêne pour en discuter :**

Certains avouent une gêne à la discussion, une peur de déranger avec sujets-là. D'autres considèrent qu'ils sont du domaine de l'intimité, de la famille.

*« je ne vais pas l'embêter avec des détails qui ne me paraissent pas importants pour le moment. » E4*

- **Besoin de discuter de d'autres sujets :**

La nécessité de discuter d'autres sujets plus importants est aussi largement rencontrée. Les motifs de la consultation, les demandes précises en matière de santé sont abordés en priorité ; la PA apparaît comme un sujet sans caractère d'urgence ou de gravité. C'est encore plus notable chez des patients qui consultent rarement.

*« On vient parce qu'on est fatigué. Voilà j'ai mal ici, ça va,... Et puis c'est tout après ce sera autre chose. » E2*

*« Parce que d'abord les occasions sont rares de rencontrer le médecin (...). Mais comme la question ne se pose pas aujourd'hui (de la PA), je ne peux pas vous répondre. »*

- **Déni :**

Le déni de la discussion est très perceptible chez certains patients qui retardent le moment de consulter en dépit de prémices possibles de PA. Ils minimisent leur gêne. Une angoisse liée à l'idée du diagnostic semble apparaître.

*« j'avais l'intention de le faire je lui en avais parlé la dernière fois que je suis venue et puis je n'ai jamais pris de rendez-vous, je fais cinquante mille choses je n'ai pas pris rendez-vous. Donc ce n'est pas dramatique pour le moment donc ça pouvait attendre ce n'est pas grave. » E4*

*« je vais l'aborder mais pour l'instant ce n'est peut-être pas assez évident quoi. On va voir (...). Je vais lui en parler, de ça (troubles mnésiques) et d'un problème d'arthrose qui m'ennuie depuis quelque temps là. Bon je vis bien, je dors à peu près normalement, je mange, je m'active. » E10*

Le refus de la discussion peut aussi provenir du caractère anxiogène que les patients lui attribuent, car ils ne pensent pas pouvoir envisager leur avenir de manière apaisée.

*«Peut-être un peu des fois, comme je vous dis je suis très content quand je sors de chez vous et qu'on me dit « ça va très bien » ou « ce que vous avez là votre analyse pour votre âge ce n'est pas grave » ». E11*

### **III.1.2 Ambiguïté sur l'évocation du sujet**

- **Certaine ouverture à la discussion :**

L'intérêt de l'évoquer en médecine générale apparaît, avec l'apport de renseignements probablement généraux dans un premier temps. Pour beaucoup, c'est une notion nouvelle qui peut amener à la réflexion mais ils restent partagés à cette idée. Certains privilégient l'information orale plutôt qu'écrite.

*« Non mais une consultation, ça pourrait déjà être je ne sais pas une information générale sur voilà un tableau général qui se présente.» E14*

*« Non parce que je ne sais pas sur quel sujet précis. (...) je préfère voir ça le jour J. » E3*

- **Rôle du MT pour amener la discussion :**

Le MT semble être celui qui doit amener à réfléchir sur cette PA future, peut-être en posant la question du devenir, et en choisissant le moment propice pour aborder le patient sans le vexer.

L'idée de faire germer un raisonnement par une simple phrase, une simple question, à un moment adapté, apparaît.

*« Oui peut-être enfin peut-être que le médecin généraliste à un moment donné de la vie... enfin prenne ou pose au moins la question du devenir de la personne quoi et qu'est-ce que... Sans pour autant le questionner précisément mais l'amener à réfléchir parce que ce n'est pas... On peut avoir une idée qui nous traverse l'esprit mais ça sera fugitif quoi, alors que c'est vrai, il y a un moment il faut quand même creuser un peu plus. » E14*

L'utilité du MT serait de choisir ce bon moment car les patients repoussent le plus souvent cette réflexion. Son rôle d'entretenir une réflexion sur la PA peut être intéressant.

*« Ben oui oui mais faut être un peu aiguillonner non pas par euh une difficulté mais par voyez un entourage, un questionnement..., voilà faut que soit, amener la personne à la réflexion même si ça n'est que ça » E14*

*« Comment voir le bon moment, même si ça n'est qu'une phrase pour que la réflexion germe, parce que ça peut être non adapté à la période (...) mais d'une façon pas trop incisive, quoi, poser la question, parce que ce n'est pas naturel, enfin naturel, chacun peut y penser mais sans vraiment creuser les solutions, les hypothèses, on y pense, ben oui oui, allez dans une maison de retraite, c'est toujours plutôt on verra ça plus tard... » E14*

De plus, du fait de son objectivité vis à vis du patient et de ses connaissances médicales, il ressent et repère mieux la présence d'un début de PA.

*« je me dis ce qui arrive à moi, c'est peut-être des petits repères, tout doucement, des petits jalons, des petits signes, peut-être que le médecin pourrait nous aider aussi à dire, à faire le plat de notre vie. Il dirait « est-ce vous voyez des petits signes ? ». » E7*

- **En discuter après sa propre réflexion et une réflexion familiale :**

Pour certains patients, la discussion avec le MT passerait après une réflexion familiale et serait plutôt à l'initiative du patient. Il se sentirait alors préparé à la discussion avec le MT.

*« je préférerais en avoir parlé à la famille, alors peut-être que le médecin traitant peut apporter des voies je ne sais pas, oui des solutions, mais bon, oui il faudrait, je pense d'abord que ce soit un peu familiale comme réflexion. » E14*

### III.1.3 Sujet en réalité abordé sur certains aspects

- **Ressenti d'un trouble mnésique, à l'initiative de la patiente :**

Un entretien rapporte une consultation pour suspicion de perte mnésique ressentie par la patiente. C'est elle qui a consulté pour cette inquiétude. Il ressort une satisfaction de sa prise en charge avec une réactivité notée par la réalisation de tests spécifiques, et dans son cas une réassurance.

*« d'abord je lui avais parlé car je perdais... que j'avais moins de mémoire (...) j'avais dit ça au médecin, et il m'a dit « vous croyez que je n'inscris pas moi, tout ». (...) Aujourd'hui je sais qu'il faut que je note et je lui en avais parlé au Dr XX, un jour il m'avait fait faire des tests. Il m'a dit « non mais ça va, ça va » » E7*

- **Ressenti d'une diminution physique, à l'initiative du MT :**

Un deuxième entretien, concernant une patiente présentant des difficultés motrices ressenties, met en avant des démarches réalisées à l'initiative du MT. Il s'agit d'un souhait d'aménagement du domicile. La patiente est en accord avec ses démarches, mais celles-ci ne semblent pas aboutir actuellement. L'impuissance du MT et l'injustice face à cette inaccessibilité se dégagent du discours de la patiente.

*« Ben il a fait la demande pour que j'ai la douche, il a fait la demande pour... qu'est-ce que c'était, qu'est-ce que c'était qu'il avait demandé, enfin plusieurs, je crois qu'il a fait trois demandes qui ont été rejetées » E15*

*« Ça a été refusé aussi, ils me l'ont refusée, pourtant il faut que je relève la jambe pour la monter, ils s'en foutent, enfin ils s'en foutent, tout tout tout, ça ça me révolte quelque part parce que je vois des gens qui ont, qui sont disons en invalidité « malade des nerfs » (...) moi que je suis quand même handicapée dans un certain truc, j'ai droit à rien » E15*

### III.2 Attentes envers le MT se rapportant ou non à une PA effective

- **Rôle du MT :**

Le rôle du MT est ainsi rappelé comme essentiel, celui d'une vision parfois ancestrale qui reste comme la personne de confiance, qui a la connaissance et possède un lien unique avec le patient.

*« c'était la confiance et si vous voulez c'est toujours l'image que j'ai du généraliste l'homme de confiance, l'homme ou la femme qui est à l'écoute, et qui rassemble les choses et qui étudie, qui conseille... » E9*

La spécificité d'un bon MT semble être celle de connaître son patient (physiquement, psychiquement) et savoir repérer chez lui des signes de faiblesses, de changement.

*« un généraliste est toujours un bon médecin, toujours, pour peu qu'il vous connaisse, parce que finalement il vous connaît, physiquement, il connaît vos faiblesses il connaît tout... Mais c'est ça un médecin, c'est ça un généraliste, c'est celui qui pressent que vous n'êtes pas bien quand vous êtes... voilà. Je crois que c'est le plus beau métier pour un médecin, d'être médecin généraliste » E9*

La spécificité de la médecine générale vient du fait que le MT apparaît comme le seul à regarder le patient dans sa globalité, dans son ensemble. Son rôle de synthèse, multidisciplinaire est rappelé également.

*« Voilà parce que c'est lui qui gère tout. Quand vous avez affaire à des spécialistes ils gèrent votre point de ce qui se passe, alors que la synthèse, qui est importante je crois que le généraliste c'est vraiment la personne la plus importante dans la relation médicale, d'un adulte, d'un enfant, etc. » E9*

*« un bon médecin généraliste joue un rôle essentiel, essentiel, parce que quand on va voir ponctuellement les spécialistes pour eux... faire le scanner d'un cerveau, voir si ça va... pour vérifier... c'est jamais global, c'est jamais pris dans un ensemble et tout. » E8*

- **Établir une relation de confiance mutuelle :**

Le besoin d'avoir confiance dans son MT, dans ses réponses est indispensable pour les patients. L'aspect reposant ressort lorsqu'ils peuvent se fier entièrement au MT. Cette relation de confiance se base sur le fait que le MT a également confiance dans la sincérité des paroles du patient. L'échange est vu comme libre, sans tabou.

*« dans ma relation avec mon médecin généraliste ça a toujours été comme on échange là sans aucun souci, sans cachotterie car ça ne sert à rien de se cacher si vous pouvez m'aider dans un truc. » E2*

*« c'est la grande confiance dans le médecin, dans le généraliste. » E9*

- **Consulter sur la question d'une possible PA:**

Tous les entretiens rapportent la volonté des patients de consulter, sans hésitation, en cas de nécessité. La discussion leur semble facile si un évènement apparaissait, s'ils étaient confrontés à des débuts de PA ; en somme, si leur situation actuelle changeait.

*« j'imagine que dès qu'on, je dis on, ma femme ou moi, enfin nous ressentirons une difficulté dans la mesure où on peut l'apercevoir, euh ben on en parlera, on ne va pas garder ça. » E14*

*« Je crois que si j'avais besoin je n'hésiterais pas à lui demander » E4*

Le MT paraît être le premier intervenant, et la première, voire la seule, ressource dans ce domaine.

*« On demanderait à notre docteur c'est normal. Sinon à qui d'autre à part le docteur (...). C'est avec lui que je discuterais si j'avais un souci aussi bien pour moi que pour mon mari. » E13*

- **Consulter pour un autre motif :**

De manière générale, les patients disent consulter pour tous les sujets et en particulier, pour des motifs précis, importants, qui demandent l'expertise du MT car ils n'ont pas pu le résoudre seuls.

*« Pour en parler au docteur, si y avait quelque chose et tout je lui téléphone et je lui explique et voilà c'est tout. » E5*

*« ben quand je veux savoir quelque chose je consulte je demande (...) j'essaye de me renseigner un peu sur internet quand même, auprès des médecins, auprès du Dr XX si vraiment je trouve que j'ai quelque chose d'important. J'essaye d'avoir l'information par tous les moyens possibles. » E6*

- **Nécessité ressentie du MT :**

Le MT est ressenti comme une aide nécessaire, une personne indispensable, pour répondre de manière adaptée à une situation anormale. Le souhait d'un soulagement, le besoin d'être rassuré font partie des attentes des patients.

*« Comment je pourrais le dire, pas un ami, comment je pourrais dire, une personne en qui j'ai confiance, que ce soit lui ou vous, une personne en qui j'ai confiance je viens là j'ai mal ou j'ai un problème, je vous pose le problème et vous me répondez et moi je le vois comme quelque chose*

*dont j'ai besoin, parce que une amie m'a dit les généralistes si il n'y en a pas... Ben oh parle pour toi, moi le généraliste j'en ai besoin moi hein. » E15*

*« Bon ça me rassure, c'est vrai que comme chaque fois que je vous dis je sors de chez un praticien avec une crainte quelconque je sors tout re-gaillardi parce qu'on m'a rassuré » E11*

- **Percevoir des signes de PA avant le patient et y réagir :**

Certains patients paraissent assurés que le MT détectera les signes de PA avant eux, qu'il y aura une possible anosognosie de leur part. Ils préfèrent que ce soit le MT qui fasse le choix d'aborder en premier cette conversation.

*« il les verra, il les verra comme il fait actuellement avec le Dr XX » E11*

Un besoin d'agissement rapide est demandé auprès du MT. Les souhaits d'être encadré dans sa PA, d'être soutenu dans les démarches d'aides (sociales, médicales), d'être orienté si besoin sont aussi importants.

*« qu'il soit présent, qu'il soit réactif tout à fait » E6*

*« J'ai beaucoup confiance dans le médecin généraliste moi pour me guider, pour me guider, dans mes démarches et puis on franchira les étapes (...). Il nous donne des voies bon ben voilà il n'y a plus qu'à suivre. » E8*

Les patients se laissent guider par le MT, voire porter par sa décision. Il apparaît alors comme maître du jugement, après une possible recherche d'avis auprès de la famille.

*« Je pense que c'est lui qui me dira. C'est lui qui me dira, à moins que ce soit lui qui contactera mes enfants éventuellement pour ça. Parce qu'à un moment donné il faut bien poser la question à quelqu'un. Donc qu'est-ce qu'il aura le toubib, la famille proche c'est d'abord celle à laquelle on s'adresse, et il pourra peut-être là... Mais je pense que petit à petit les enfants s'en apercevront » E11*

- **Informé, conseiller :**

Les patients recherchent une réponse, un conseil, une aide, une expertise auprès du MT. Ils s'appuient sur ses informations.

*« Certainement un rôle de conseil oui, oui ce serait d'aller le voir. (...) Une recherche d'information, une visite, un conseil c'est ça aussi un médecin » E9*

*« bien quand j'ai besoin d'information le Dr XX me les donnent il n'y pas de souci » E6*

- **Être professionnel, être reconnu pour son savoir :**

La recherche de sa connaissance médicale, de son expérience de MT est recherchée lors d'une consultation.

*« je sais que le Dr XX, j'ai une grande confiance en lui mais il sera remplacé un jour, mais moi ce que je demande, ce que je recherche, c'est quelqu'un de vrai en face de moi, de sincère, qu'il fasse bien ce qu'il fait » E7*

*« quand on a un généraliste comme nous avons, c'est fabuleux parce que c'est hyper reposant. Et moi j'ai à la fois le sens un peu de l'autonomie mais je suis très docile c'est à dire pour moi celui qui sait en connaissant tout, et pas celui qui sait ponctuellement, j'ai vraiment envie de lui faire confiance. » E8*

- **Reconnaître de possibles erreurs :**

Certains patients apparaissent réalistes face à une possible erreur humaine, ils sont conscients de la faillibilité du MT, mais ils attendent de lui qu'il réagisse en conséquence, répare son tort et reconnaisse son erreur.

*« Non ce que je leur demande c'est qu'il me soigne bien, et c'est tout, s'il se trompe qu'il change et peut-être comme ça. » E11*

- **Expliquer et prendre le temps :**

L'importance de la vulgarisation est essentielle pour les patients. Ils attendent du MT qu'il prenne le temps des ré-explications, des relectures et ceci revêt un aspect sécurisant. De plus, beaucoup ressentent le besoin de s'impliquer dans la décision médicale.

*« moi je me serais fait expliquer ce que ça voulait dire (en parlant d'une consultation de son époux), je ne sais pas c'est important de savoir(...). Moi j'aurais aimé me faire expliquer par le médecin. » E4*

*« non mais le temps qu'il nous consacre, parce qu'on vient souvent à deux là, euh je trouve que c'est... reposant enfin reposant, sécurisant de voir que ce n'est pas qu'un enregistrement etc. » E13*

- **Respecter les volontés du patient :**

Il apparaît aussi que le MT doit pouvoir être le garant des volontés du patient dans sa PA (de manière écrite ou orale), un garde-fou en particulier lors d'une hospitalisation.



*« quand ils ont parlé à un moment donné qu'ils voulaient opérer et qu'elle a dit non et qu'ils ont insisté et que j'ai dit non, elle a dit non c'est non elle a 97 ans (refus de sa mère en fin de vie). Et le conseil dont j'avais besoin j'ai appelé le médecin d'avant que je connais personnellement avec qui je ne me gênais pas et je lui dis il y a ça, ça et ça qu'est-ce que tu en penses, qu'est-ce que je dois faire » E4*

*« ça m'intéresserait, oui tout à fait. Prévenir le médecin au cas où (...). Le médecin généraliste, oui il n'y a pas de souci, on en parle on dit ce qu'on pense, et puis voilà oui qu'il puisse le noter ça se serait une bonne chose. » E6*

- **Autres qualités indispensables recherchées :**

Des qualités essentielles sont aussi largement évoquées comme celle de l'écoute, attachée à l'attention, l'acceptation des plaintes des patients. Elles sont en lien avec la bienveillance, l'empathie indispensables à toute consultation.

*« Qu'il soit à l'écoute déjà mais pour ça, quand on parle il m'a beaucoup écouté moi » E13*

La disponibilité du MT et la franchise médicale lors d'une consultation sont aussi très importantes à leurs yeux.

*« c'est le genre de médecin que j'aime bien, il ne se cache pas derrière le petit doigt pour vous dire quelque chose, c'est comme ça. » E9*

*« Donc après je demande conseil et c'est des gens joignables avec qui on peut parler. » E8*

Enfin des qualités dans l'apport des conseils comme la délicatesse, la gentillesse, sont aussi notées.

*« écoutez moi avec Dr XX, que ce soit ma femme ou moi on a un excellent contact avec lui, c'est quelqu'un de très gentil, de disponible » E9*

- **Aspects en lien avec une longue relation de suivi :**

L'intimité, la proximité unique qui découle d'une relation de longue durée avec son MT est mise en avant. Les patients ressentent le besoin d'être suivis par un MT leur ressemblant, partageant les mêmes valeurs, parfois des amis (relation vue comme moins stressante) ou ayant un lien familial ; ils n'en sont que plus fidèles.

*« Quand on voit un docteur depuis très longtemps un médecin généraliste (...), il s'établit une relation qui est à la fois très agréable parce que ce n'est pas amicale ce n'est pas le mot mais enfin c'est presque devenu de l'intime » E4*

*« tous les médecins généralistes que j'ai eus, ont souvent été des copains, (...) ce n'est plus du tout la même relation, or les relations quand on a un médecin qui est un copain c'est pas tout à fait pareil, il nous suit quand même mais il fait ça en rigolant un petit peu aussi, c'est bien, c'est rassurant parce qu'il est disponible, on peut l'avoir le dimanche, on peut l'avoir le truc au téléphone, etc. » E11*

Ils restent réalistes, conscients, qu'ils devront faire face à son futur départ en retraite.

*« Mais maintenant le problème c'est qu'il va partir, certainement à la retraite un jour ou l'autre. » E10*

- **Ressentis des patients lors d'un lien de qualité :**

Une satisfaction pour son MT ressort de nombreux entretiens et permet un respect des prescriptions, des conseils du MT.

*« Je suis très bien soignée avec le Dr XX, il a une qualité rare d'écoute, d'attention, de respect, de délicatesse (...). J'ai une confiance absolue en cette homme, en ce docteur. Donc je m'appuierai sur ses conseils. » E7*

*« jusqu'à présent j'avais mon médecin généraliste qui était parfait. » E8*

- **Attentes différentes en fonction de sa vision de la relation médecin malade :**

Pour certains patients, le suivi et la confiance aveugle envers son MT sont présents alors qu'à l'inverse, d'autres patients ont besoin de comprendre pour accepter les décisions médicales. Ils rappellent deux notions différentes de la pratique de la médecine générale (de la relation paternaliste à l'alliance thérapeutique).

*« le docteur me dit faut faire-ci, faut faire-ça je ne vais pas trop demander je vais le faire en me disant, il sait mieux que moi ce que je dois faire, dire que ça va me faire plaisir c'est une autre paire de manche. » E2*

*« j'ai toujours eu cette manie de vouloir comprendre pourquoi, tout en sachant que je n'étais rien et que je ne connaissais rien, savoir pourquoi. Pareil quand on me met un médicament j'essaye toujours avant de le prendre, de savoir pourquoi, ce qu'il a marqué. » E4*

- **Ressentis autour d'un changement de médecin :**

La confiance en un jeune médecin est aussi évoquée.

*« Et puis j'ai l'impression que le Dr XX qui va le remplacer est très bien aussi » E8*

*« c'est Dr XX, et puis grâce à lui je connais des jeunes médecins comme vous. Puis ça ne me fait plus peur. » E11*

Certains peuvent avoir des a priori sur les jeunes médecins (peur d'un manque d'expérience), mais un autre patient souligne que les jeunes générations peuvent également plus se remettre en question.

*« Il y a des docteurs à qui on n'oserait pas le dire quand même (reproches) (...). Peut-être que la jeune génération de docteur est un peu différente ou c'est une question de personne peut-être. » E4*

### III.3 Limites du corps médical

Les limites sont multiples et concernent certains médecins (spécialistes, autres MT évoqués, MT de l'entretien) ou structures hospitalières. Il apparaît que le rôle du MT est mis à mal par la réalité et les limites auxquelles il doit faire face.

- **Autour de la consultation :**

L'impression d'une relation routinière avec une perte de profondeur des consultations est notée lors d'un renouvellement de traitement, avec l'impression d'une moindre implication du MT. Le ressenti d'une perte de professionnalisme, d'une perte d'objectivité liée à une relation trop amicale est aussi présent.

*« la visite qu'on fait tous les trois mois à l'air plus d'une formalité. Alors qu'est-ce qu'il vous faut ? Vous voyez ce que je veux dire. Ceci étant, je ne veux pas dire par là qu'il fait mal son travail (...). C'est vrai que la visite des trois mois elle fait un peu l'impression de venir faire ses courses (...). Ça perd de sa profondeur » E4*

*« Le Dr XX il n'a pas un avis très objectif sur mon mari, c'est pas facile non plus (rires) parce qu'il a suivi mes péripéties de vie conjugale qui a été compliquée quand même et je lui dis mon mari il fait des choses bizarres et il me dit il a toujours été un peu bizarre votre mari (rires). Donc c'est vrai qu'il n'est pas objectif » E4*

Le constat de surmenage des MT souvent débordés est évoqué, il entraîne un manque de temps pour discuter de ces sujets. Les patients critiquent alors la rapidité de la consultation, qui restreint souvent la discussion au strict minimum.

*« Le problème c'est que parfois ben les médecins généralistes, je les comprends, ils sont assez débordés, ils ont beaucoup de patients dans la salle d'attente et ils n'ont pas toujours le temps d'aborder certains sujets. » E12*

- **Autour de l'erreur médicale :**

Une déception et une perte de confiance peuvent apparaître face au constat d'une erreur médicale.

Le besoin de reconnaissance par le médecin de ces erreurs est fort.

L'importance accordée au maintien à jour des dossiers médicaux, sources d'erreur, est aussi notée.

*« on en a pris une jeune docteur qui était sympathique comme tout, qui était gentille... Alors elle a fait une petite bourde à mon avis (...) j'avais tellement d'estime pour elle que je lui ai dit elle m'a dit que non que c'était pas... Je ne suis quand même pas arrivée à la croire en plein. » E4*

- **Autour des qualités nécessaires :**

Le manque d'écoute, de confiance et de compassion du médecin envers son patient (sur ses symptômes, ses plaintes) est souvent signalé dans les entretiens.

*« j'ai eu affaire à des docteurs vous savez, on se languissait de partir, parce qu'on avait l'impression qu'on les enquiétait et on nous prend pour une demeurée » E13*

Il s'associe au manque de communication du médecin, parfois à un manque de réactivité, de présence de sa part. Cela peut amener le patient à avoir peur de participer à la discussion, de faire des remarques, voire à se méfier des conseils ou traitements donnés, et le conduire à consulter ailleurs.

*« Avec le Dr XX ? Non non non. Alors le problème c'est qu'il me dit jamais rien ce n'est pas normal. » E5*

*« je n'ai pas eu d'écoute de mon chirurgien et ça, ça m'a perturbé, parce qu'à cause de ça j'ai thrombosé donc j'aurais bien aimé qu'il m'écoute, qu'il prenne en compte ce que j'avais à lui dire quand je lui ai dit que j'avais le facteur V, que j'étais pas madame tout le monde. Mais il ne m'a pas écouté donc ça j'aimerais bien que les médecins puissent écouter le patient parce qu'on se connaît quand même donc voilà. » E6*

- **Autour du respect des choix du patient :**

La peur d'un acharnement médical et du non respect des dernières volontés en milieu hospitalier est signalé.

*« dans un hôpital vous avez peur de perdre la main sur toutes les décisions » E4*

- **Autour des habitudes de fonctionnement du cabinet :**

La présence d'un tiers dans le cabinet peut perturber le patient et donc la relation MT malade. Le patient doit aussi s'adapter à certaines habitudes de travail du MT, comme par exemple son refus de visite à domicile.

*« je suis beaucoup moins à l'aise depuis qu'il y a toujours quelqu'un d'autre. Ça c'est... Il faut comprendre que c'est normal, il faut le faire, c'est important pour les jeunes, mais quand même je trouve je ne sais pas il y a quelque chose qui fait que c'est complètement différent et que du coup peut-être que si j'avais des choses vraiment personnelles à aborder ça m'embêterait. » E4*

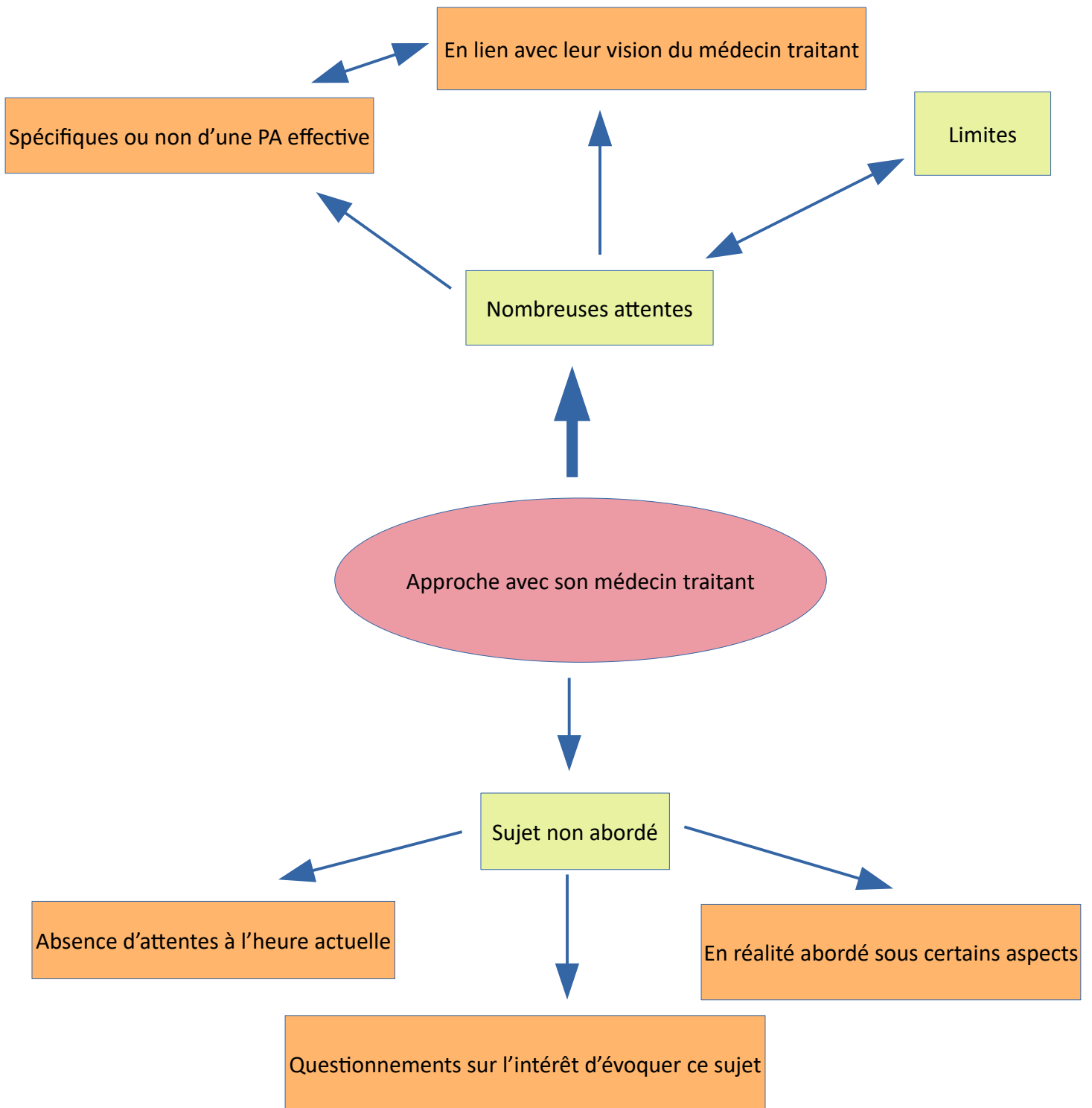
- **Autour de la transmission des informations médicales :**

Un manque de transmission des informations entre médecins est relevé. L'intérêt d'un dossier partagé est suggéré devant la faillibilité des patients sur leur pathologies (antécédents, médicaments) qui s'accroît souvent avec la naissance d'une PA.

*« y a un autre problème qui ne se rattache pas à l'autonomie mais qui se rattache dans tous les cas à la vieillesse qui n'est pas normal, c'est qu'on n'est pas quelque part ou sur notre carte vitale ou sur un carnet de santé je ne sais pas quoi, toutes ces choses-là qui soient écrites. (...) Et on n'est pas obligé en tant que patient de penser à dire au fait je prends tel médicament ou tel truc. Et on se retrouve dès fois chez des spécialistes qui posent des questions et la mémoire elle n'est pas toujours impeccable pour répondre. » E4*

*« ce qui est quelque fois enfin un peu compliqué, c'est quand, plus mon épouse, quand elle a à suivre plusieurs médecins, ça doit se passer mais bon la coordination, l'information intra-spécialité enfin ce n'est pas toujours évident quoi, même si informatiquement(...). C'est délicat, enfin ce n'est pas systématique, quelque fois on s'attend à ce que, ah bah non il n'a pas été informé » E13*

### Schéma récapitulatif : Approche avec leur médecin traitant



## Partie C : Discussion

### I.1 Forces et faiblesses méthodologiques de l'étude

- **Faiblesses liées aux biais potentiels :**

Les limites d'une étude qualitative viennent en partie de ses biais (41).

Les biais *internes* sont rattachés aux caractères personnels de la chercheuse et des participants et peuvent entraîner de nombreuses incompréhensions entre intervieweuse et interviewé.

Ils peuvent être compliqués à contrôler et ont été potentiellement limités, ici, en se formant en amont pour la chercheuse à l'apprentissage de la réalisation d'un entretien qualitatif ; puis en reformulant, lors de l'interview, le discours des participants pour en vérifier la bonne compréhension.

Les biais *externes* sont le fait de l'environnement où se déroule l'entretien.

Le choix du lieu était dans cette étude la salle de consultation habituelle, connue, du cabinet de leur médecin traitant, sans autre intervenant que le patient et l'enquêtrice, cela a permis de diminuer ce phénomène.

Le biais *d'investigation*, qui est un de ceux les plus difficiles à limiter, intervient dans le recueil des données lorsque l'intervieweuse interroge les participants d'une manière qui peut influencer le discours.

Il a été minimisé par des questions ouvertes, avec relances sur des thèmes abordés par les patients selon les guides d'apprentissages de recherche qualitative.

Enfin le biais *d'interprétation* possiblement présent car l'analyse n'a été effectuée que par une seule chercheuse, a néanmoins été diminué par une relecture et discussion avec le directeur de thèse.

- **Faiblesses liées à la population sélectionnée :**

Une grande diversité dans la population sélectionnée est apparue, du fait d'un large choix au niveau de l'âge (à partir de 65 ans) et de la variété des situations personnelles des patients rencontrés ; et cela, malgré le critère commun « en apparence bonne santé et autonome dans leur quotidien ». Le critère de sélection commun passait aussi par le fait que les patients devaient se rendre de manière autonome au cabinet médical pour l'entretien.

Cette trop grande diversité pouvait rendre les patients choisis difficilement comparable entre eux.



Le respect des critères d'exclusion, a parfois été délicat, surtout celui de l'absence d'aides à domicile (dont infirmières). Il a conduit à plusieurs sollicitations téléphoniques qui n'ont pas abouti.

Le fait d'avoir vu en consultation de médecine générale des personnes âgées à inclure potentiellement dans l'étude a pu influencer le choix de l'enquêtrice dans sa sélection. Elle a pu inconsciemment privilégier la sélection de patients avec qui elle a eu un meilleur contact.

On peut discuter d'un biais de sélection si le fait d'accepter de participer aux entretiens provenait de patients en bon terme avec leur MT. Mais pour autant, cela n'a pas empêché ces patients de pouvoir exprimer lors de l'entretien des reproches envers le corps médical, dont leur MT.

Et la demande de la participation à cette étude ayant été faite par voie téléphonique par l'intervieweuse seule (thésarde), le patient n'a pu être directement influencé par son MT.

- **Faiblesses liées aux difficultés rencontrées au cours du recrutement, au cours des entretiens :**

Le sujet de la PA est un sujet dont l'acceptation peut être délicate, en particulier lorsqu'il est abordé dans cette catégorie de personnes dites âgées et en bonne autonomie. L'accueil par les patients a parfois été difficile surtout par ceux qui se refusent encore à cette discussion. Néanmoins, ces patients interrogés dans les entretiens selon le protocole établi, n'ont effectué aucun retrait de consentement et ont voulu que leur point de vue soit exprimé dans la thèse.

D'autres ont manifesté, lors de la sollicitation par téléphone, un complet désintérêt pour ce sujet, ce qui a simplement amené à un refus d'une participation à un entretien (deux appels).

Enfin un échec dans l'organisation d'un rendez-vous a conduit un des patients à retirer finalement son acceptation téléphonique à l'étude.

Tous les entretiens réalisés ont donc été inclus.

L'étude a subi un arrêt des entretiens pendant la période du premier confinement national pour cause d'épidémie mondiale. Une moitié des entretiens a donc été réalisée de janvier à mars 2020 puis une seconde moitié de mai à juin 2020. Les patients interrogés de mai à juin ont pu être marqués par cet épisode, et ne pas réagir lors des interviews tel qu'ils l'auraient fait s'ils avaient été interrogés avant le confinement.

### Résumé des faiblesses :

<u>Biais potentiels</u>	<u>Population sélectionnée</u>	<u>Recrutement et déroulement entretiens</u>
Biais interne (caractéristiques personnelles chercheuse et participants)	Diversité d'âge et de situations personnelles rencontrées chez les patients	Sujet de discussion difficile dans cette catégorie de patients interrogés (mais entretiens réalisés)
Biais externe (en fonction de l'environnement)	Influence potentielle de la chercheuse si consultation en amont avec patients	Désintérêt total du sujet (refus téléphonique)
Biais d'investigation (recueil des données)	Influence des patients à la participation à un entretien si bonne relation avec MT	Échec dans l'organisation d'un rendez-vous (retrait d'un accord téléphonique)
Biais d'interprétation (analyse)	Respect des critères d'exclusion	Arrêt temporaire des entretiens pendant confinement national

- **Avantages d'une étude qualitative :**

L'analyse qualitative a tout son intérêt dans ce domaine de prédilection qui est le recueil et l'analyse des postures, des ressentis propres, des représentations des personnes âgées autour de la PA. Mettre en lumière ce qui était ou n'était pas abordé avec leur médecin traitant ne pouvait s'envisager également qu'avec ce type d'étude.

- **Avantage de la population choisie :**

Le large choix de population a permis de mettre en évidence des concepts non attendus, en rapport avec l'âge, pour les plus jeunes de la population choisie, explicités ci-dessous dans la discussion des résultats.

De plus, l'avantage du stage de SASPAS et de ces trois cabinets de médecine générale permettait de disposer d'une patientèle facile d'accès, variée, habituée à différentes pratiques de la médecine générale et de situations géographiques et sociales diverses, pouvant amener à une plus grande exhaustivité dans les résultats évoqués.

La sélection des patients selon les critères choisis a été facilitée par l'utilisation des logiciels de dossiers médicaux et du logiciel de sécurité sociale Ameli qui propose le répertoire de patients dont le médecin généraliste est le médecin traitant.

De manière générale, malgré le tabou et la difficulté à aborder ce sujet dans la population âgée en bonne santé, la sélection de patients a été aisée à réaliser.

L'intérêt d'avoir effectué le SASPAS pendant cette période aidait à la compréhension du lien qu'entretenaient les patients âgés avec leur MT. Le fait d'avoir suivi des consultations au début du SASPAS a permis de mieux appréhender le mode de fonctionnement de chaque MT avec ses patients âgés.

En amont de l'entretien, chez certains participants (6 sur 15), une consultation de médecine générale sans lien avec le thème de la PA avait été effectuée par l'enquêtrice alors dans son rôle de médecin généraliste en formation dans le cadre du stage du SASPAS.

Par la suite, l'acceptation après sollicitation téléphonique de ces patients était donc plus aisée pour la chercheuse. Cela semblait participer à la confiance qu'ils pouvaient avoir lors de leur futur entretien.

Il apparaît qu'ils avaient plus de facilité à se livrer, à exprimer leurs idées, peut-être du fait de la connaissance de l'intervieweuse.

De manière globale, il est apparu que les sujets âgés interrogés, face à une personne inconnue (enquêtrice), et même en situation de refus, de déni sur ce sujet, avaient tout de même une facilité, une envie de se confier, de faire connaître leur point de vue, jusqu'à partager parfois des propos intimes.

#### Résumé des avantages liés à la population choisie :

- une sélection étendue pour l'âge amène à des résultats relevant de ce critère
- une diversité de la sélection de la population (trois cabinets de MT) tend à une diversité, une certaine exhaustivité dans les résultats
- sélection aisée de cette population, facilitée par logiciels médicaux, portail Ameli
- vision du fonctionnement de chaque MT avec sa population de patients âgés, lien MT-patient
- acceptation plus aisée de l'entretien si patient rencontré en amont en consultation
- facilité des patients âgés à se confier à une intervieweuse souvent inconnue

## **I.2 Apport de l'analyse avec les principaux résultats et leur discussion**

### **I.2.1 Concernant la partie implication des personnes âgées en bonne santé face une potentielle PA**

- **Différence entre santé ressentie et santé réellement constatée :**

Les personnes âgées ont pour la plupart une bonne santé ressentie ceci du fait qu'ils leur semblent que leur vie a peu changé depuis des décennies et qu'ils effectuent des activités identiques. Même si certains constatent avoir plus de douleurs dans leur quotidien ou une plus grande fatigue pour réaliser des activités, ils semblent ne pas y prêter attention. Ce déni entraîne un questionnement sur leur santé réelle et donc sur l'autonomie qui en découle.

Il apparaît que les personnes âgées peuvent choisir de diminuer d'elles-mêmes certains loisirs ou certaines activités spontanément sans pour autant le mettre sur le compte d'une PA. Ils mettent cela en rapport plutôt avec la perte de leur envie à réaliser cette activité (voyage, activités sociales) et quelque fois avec la dangerosité que cela peut représenter (sport, ...).

D'autres, doutent au contraire de leur bonne santé en apparence, ils semblent surtout inquiets qu'un évènement aigu puisse leur arriver (annonce d'une maladie) et attendent du MT une forte réassurance. Chez eux, le déni de l'avenir est également fort et la perspective d'être rassuré par le corps médical les incite à rester dans l'inaction au quotidien et dans le refus de changer.

Dans tous les cas, la recherche de signes de faiblesses des patients âgés par le MT semble donc essentielle pour évaluer leur bonne ou mauvaise santé ressentie.

- **Repérage de deux catégories principales parmi les personnes interrogées :**

L'analyse des résultats met en évidence deux catégories distinctes de personnes âgées en bonne santé, en fonction en particulier de leur tempérament, de leur sexe et de leur autonomie réelle.

La première catégorie concerne des patients qui sont dans la réflexion sur la PA, voire même dans l'action, l'anticipation ; il s'agit le plus souvent de femmes, qui ont l'habitude de maîtriser leur vie depuis toujours et souhaitent donc continuer à maîtriser leur avenir. Elles apparaissent plus impliquées que leur conjoint dans la PA.

Le souhait de rester indépendante d'autrui est très fort et en particulier, en situation de PA, de dépendre le moins possible de la famille et d'aides extérieures. Il apparaît également qu'elles ont souvent une meilleure santé apparente (plus actives, plus sportives, ...), et sont davantage dans la prévention que les personnes âgées qui ne désirent pas réfléchir sur la PA et l'anticiper.

La deuxième catégorie de patients âgés rencontrée est celle qui ne souhaite pas évoquer la PA. Ces personnes sont dans le déni ou le refus du fait souvent d'une peur, d'une angoisse de cet avenir et préfèrent s'adapter selon leur évolution clinique au moment voulu.

Il s'agit le plus souvent d'hommes, qui ont tendance à ne gérer que très peu le quotidien et l'ont rarement fait, parfois le questionnement autour de leur autonomie réelle dans le quotidien peut se poser. Ils se laissent guider, porter dans leur choix de vie par ceux de leur famille (épouse, enfants). La plupart du temps, ils éprouvent simplement un réel désintérêt pour ce sujet et se disent peu exigeants pour la suite. Ils perçoivent l'avenir souvent comme un drame inéluctable, sur lequel on ne peut effectuer de changement, on ne peut avoir d'impact. Ils semblent également n'avoir aucune gêne à dépendre d'autrui (famille, ...) si le besoin s'en ressent. Souvent, ils présentent plus de comorbidités et une moindre prévention dans leurs actions.

#### Résumé des caractéristiques :

Catégories de personnes âgées en fonction des questionnements :	1ère : réflexion, discussion, ± anticipation	2nde : refus de la réflexion, de la discussion ou déni
Sexe	Femmes	Hommes
Tempérament	Organisateur depuis toujours Besoin de tout contrôler Gestion de son quotidien dont PA	Peu de gestion du quotidien Se laisse guider pour avenir, Désintérêt du sujet Se dit peu exigeant
Dépendance aux autres	Souhait indépendance autrui	Pas de gêne à être dépendant d'autrui
Santé et autonomie réellement constatées	Meilleure santé et autonomie Prévention de la PA	Moins d'autonomie possible et plus de comorbidités Peu de prévention

- **Lien entre un âge moins avancé et une implication plus importante dans sa future PA :**

Les entretiens ont mis en avant, dans cette étude, un possible lien entre une catégorie de personnes âgées plus jeunes (de 65 ans à environ 70 ans) et le fait de davantage réfléchir et s'investir dans sa PA.

A l'inverse, des personnes plus âgées (75 ans et au-delà) n'avaient pas de réflexion sur ce sujet alors qu'elles pourraient être les premières concernées.

Les hypothèses avancées :

→ On peut s'interroger sur une éventuelle faiblesse au niveau du recrutement de la population interviewée (car sur la tranche d'âge de moins de 75 ans, aucun homme n'a été interrogé), et les

entretiens ont montré que les femmes de cette tranche d'âge sont souvent plus impliquées avec un tempérament à vouloir tout organiser.

→ On remarque aussi que ces femmes, ayant travaillé toute leur vie et ayant eu la gestion, l'organisation de leur vie depuis toujours, apparaissent plus actives et donc plus impliquées dans leur PA. Par comparaison, les autres femmes interrogées, souvent plus âgées, qui ont été mères au foyer malgré des études initiales, semblent n'avoir que peu de réflexions à ce sujet.

→ On peut aussi et surtout se poser la question d'un changement lié à une différence de génération. Les jeunes personnes âgées sont souvent plus sensibilisées que leurs aînés à la question de la PA et ses implications.

Ce changement pourrait donc s'expliquer par un fait sociétal. Malgré la persistance d'un tabou sur ces sujets et d'un épineux questionnement social (accroissement de la population âgée avec un système d'aides et d'offres de soins en pleine évolution), ils sont largement plus évoqués dans notre société actuelle (information par les communes, sécurité sociale, mutuelle, etc.).

Dans tous les cas, les personnes âgées indiquent ne pas ressentir le besoin d'informations. Soit ils se renseignent assez bien par eux-mêmes (internet, entourage...), soit ils indiquent recevoir des informations d'organismes publics mais souvent, ils ne souhaitent pas y répondre ni être davantage informés.

- **Un sujet tabou mais des adaptations concrètes :**

Dans l'ensemble, lors des entretiens, la PA est donc peu évoquée chez les personnes âgées en bonne santé. Il apparaît pourtant qu'environ une moitié des patients interrogés ont déjà envisagé ou réalisé des adaptations concrètes en fonction de leur évolution clinique. Certains ont même déjà effectué des changements alors qu'ils refusent d'évoquer ce thème.

Il y a donc une ambivalence entre l'évocation du sujet qui inquiète et le fait que probablement pour une partie de la population âgée en bonne santé, la réflexion et l'action autour d'un changement de vie au quotidien se réalise pendant une période où ils sont en parfaite autonomie.

Ce changement concret est quasiment toujours ciblé sur le logement, intérêt central dans la PA. L'envie pour la personne âgée de conserver un chez soi à la hauteur de ses envies, ses volontés est essentiel.

Cela passe pour beaucoup par un déménagement pour un logement plus adapté à une future PA (maison plus petite avec moins d'entretien, avec une chambre au rez-de-chaussée, avec des commodités à proximité, un ascenseur si appartement, ...); cela peut passer aussi par l'idée d'aménager le domicile (salle de bain adaptée, pente douce à la place de petits escaliers, ...), mais aussi parfois par la projection dans une résidence senior ou même un équivalent en EHPAD en fonction de son autonomie.

Ces réflexions sont souvent intimes, entourées de pudeur et souvent non associées au mot de PA. Les entretiens semblent les ramener à la surface et quelquefois aident à les faire mûrir.

- **Notion de déprise :**

Certains patients âgés expliquent s'être recentrés avec le temps sur certaines activités réellement essentielles à leurs yeux. Ces activités souvent simples, sont suffisantes à leur bonheur (lecture, faire des magasins, bien manger, ...). Cela peut faire référence au concept social de déprise qui a vu le jour à la fin du XXème siècle. Il s'agit d'un concept lié au vieillissement. Il met en avant une forme de recentrage des forces sur les relations qui comptent le plus ou les déplacements et les activités qui ont le plus d'importance pour la personne âgée (42-43).

Ce concept répond à une stratégie de substitution (ou de remplacement, d'atténuation des activités) pour permettre de conserver un maximum d'autonomie et de maîtrise de sa vie. Les activités et relations délaissées peuvent être remplacées par d'autres demandant moins d'efforts.

- **Notion d'être utile pour vivre :**

Pour beaucoup, la PA semble se réduire à une perte d'utilité, à une perte de son rôle social dans nos sociétés. Retraités, ces personnes âgées sont actives, ont des activités multiples, sont souvent très aidants pour leur famille (enfants, petits-enfants), quelquefois participent à des actions de bénévolat, etc. Il s'agit souvent de patients souhaitant anticiper leur PA et donc la maîtriser.

Ils laissent entendre qu'en ne produisant plus rien du fait d'une future PA, ils ne vaudraient donc plus rien. Cela renvoie à des questions plus philosophiques sur la vie et la valeur de chacun. Mais on peut se demander s'il faut réellement être utile pour bien vivre ou pire encore avoir le droit de vivre.

D'autres personnes âgées ne placent pas l'utilité comme un besoin essentiel à leur existence, ils semblent se contenter de plaisirs simples de la vie. Ce sont souvent des patients dans le déni ou le refus de l'évocation de la PA.

Pour tous, la PA tend finalement à se rapprocher d'un synonyme de la mort et elle engendre le plus souvent un tabou plus important qu'une discussion sur la mort.

- **Absence d'évolution de la réflexion sur la PA avec le contexte du confinement national :**

La pandémie mondiale, ayant induit un premier confinement national pendant deux mois et une pause à la moitié des entretiens, a accentué les sentiments anxieux chez les personnes âgées. Les patients ont évoqué une conscience de leur vulnérabilité liée à leur âge, à leurs comorbidités.

Ils ont aussi révélé avoir été largement inquiétés par ce contexte, et en particulier craindre de tomber malade et pour certains craindre d'avoir une PA plus rapidement.

Des symptômes dépressifs ont pu être notés chez certains.

Pour autant, les patients interrogés n'ont globalement pas modifié leur réflexion, leurs comportements suite au confinement en ce qui concerne la PA. Cette période particulière n'a pas incité les personnes à plus de réflexion, plus d'agissement en amont d'une PA. Un seul patient note que l'entretien effectué et le contexte de pandémie lui ouvrent les yeux quant à la nécessité d'une discussion anticipée.

### **I.2.2 Concernant la partie approche avec leur MT**

- **Importance de rechercher des signes de fragilité :**

Il apparaît donc que la recherche d'une PA par le MT ne doit pas se limiter à un simple questionnement car les représentations des personnes âgées sur la PA sont variées du fait de leur tempérament et de leur vécu (44–49).

Par exemple, des réponses plus précises autour des motifs d'une diminution d'une activité sportive, sociale pourraient être intéressantes pour évaluer le retentissement du vieillissement sur une personne âgée, apparemment en bonne santé.

La compréhension de ces phénomènes paraît essentielle et passe par la recherche d'un changement dans les habitudes de vie ou les loisirs, la recherche d'un évènement aigu de vie (pouvant provoquer des retentissements psychologiques, dépressifs...) ou une investigation plus poussée lors de l'apparition, l'augmentation d'une douleur physique, voire de l'apparition de troubles cognitifs.

Si le MT est amené à douter de la véracité de l'opinion de la personne âgée sur sa PA, il pourrait se poser la question de consulter l'entourage. Celui-ci pourrait devenir une aide dans la vérification de ses suppositions mais le MT devra agir en respectant les principes du secret professionnel et du respect de la volonté propre du patient.

Cette recherche d'une fragilité par le MT est connue et étudiée dans la littérature comme un syndrome gériatrique facilement mesurable, qui permet d'appréhender de manière plus globale la vulnérabilité du sujet âgé, et repose sur au moins trois critères de Fried sur cinq (36):

- 1. Perte de poids involontaire dans la dernière année.
- 2. Impression subjective de fatigue.
- 3. Réduction des activités physiques.
- 4. Vitesse de marche.
- 5. Force musculaire (mesure par hand grip).

D'autres grilles d'évaluations de la fragilité peuvent être utilisées (souvent plus complexes par exemple la grille SEGA) (50).



Le collège national de gériatrie rappelle que tous les sujets âgés ne sont pas fragiles. La fragilité est associée à un déclin fonctionnel, au risque de passer en institution, mais présente l'intérêt d'être parfois réversible et donc améliorable par des interventions ciblées comme la nutrition, l'activité physique, l'activité sociale, les traitements avec leur réévaluation, d'où le rôle du MT dans cette prévention.

Le fait de vieillir « en forme » via la prévention est essentielle en menant tout au long de sa vie des activités qui entretiennent les réserves fonctionnelles et mettent en jeu les capacités d'adaptation de l'organisme. Tout ceci via l'entretien, voire l'amélioration du capital de base intellectuel, physique et relationnel, la prévention de maladie (grippe, maladies cardiovasculaires...), la prise en charge précocement de maladies ou autres troubles susceptibles d'évoluer négativement (troubles de la marche, état dépressif, altération de l'état nutritionnel...).

- **Constat de la difficulté pour aborder le sujet en médecine générale :**

Il apparaît que le sujet même de la réflexion en amont d'une PA n'est jamais abordé en médecine générale quelle que soit la catégorie de personnes âgées rencontrées.

C'est lors de problèmes particuliers, souvent jugés médicaux, que les MT peuvent être sollicités et interviennent. Pour beaucoup de patients, le rôle du MT est uniquement relatif à la santé, son rôle médical principal est de soigner et guérir.

Le sujet de la PA semble mal venu, tabou pour une grande partie des personnes âgées en bonne santé.

Ceci vient en particulier du fait qu'ils ne prennent pas en considération leur âge mais plutôt leur bonne santé ressentie. L'impression que leur vie peut changer du jour au lendemain ne serait pas due à leur âge mais plutôt à une malchance possible (et celle-ci à n'importe quel âge). Ils n'imaginent tout simplement pas qu'une réponse moindre de leur corps peut se produire lors d'un stress, d'un événement extérieur et cela simplement du fait du vieillissement, même physiologique.

Les comorbidités des personnes âgées semblent en revanche bien comprises et sont bien prises en charge. Mais, encore une fois, cette connaissance n'incite pas ces patients à la réflexion sur l'avenir avec le MT.

Il est probable que certaines personnes âgées ressentent le besoin de cet optimisme, de cette volonté de se battre pour conserver leur futur à l'identique, et que l'évocation ou la réflexion même avec le MT est synonyme de résilience, et de choix d'une adaptation à un état qui va s'aggraver. Ces personnes-là déclarent qu'une telle discussion leur apporterait plus d'angoisse, de peur, sans contrepartie utile.

Cet avis n'est pas partagé par l'unanimité des sujets âgés, certains voient au contraire la nécessité d'une réflexion et d'une anticipation en amont pour, justement, enlever cette angoisse sur l'avenir,

avoir la certitude d'être pris en charge comme ils le souhaitent, et de voir ses volontés respectées. Mais ils ne pensent pas prendre conseil auprès de leur MT lors de leur réflexion, leurs agissements et trouvent des réponses à leur questionnement par leurs propres moyens.

Les sentiments de crainte autour de l'évocation de la PA proviennent aussi de personnes âgées qui sont dans une méconnaissance de ce que peut être réellement la PA et des possibilités de sa prise en charge (diversité de PA et diversité de services autour de la PA). Leur vision semble réductrice, certains annoncent le souhait de ne pas vouloir en connaître davantage sur le système autour de la PA, d'autres semblent plus ouverts à une discussion et assument leur méconnaissance.

D'autres, même s'ils conservent un sentiment d'angoisse à l'idée d'évoquer le sujet, ont déjà initié des réflexions sans pour autant les évoquer avec leur famille ou le MT, avec des hypothèses d'adaptation en fonction de la PA.

Enfin, certains se représentent leur avenir tout tracé par une prise en charge familiale ou par la société, ce qui justifie à leur yeux leur refus d'aborder ce sujet.

On peut donc se demander l'intérêt, réel, d'amener le sujet autour de la PA, non présente au moment de la discussion, chez les personnes âgées.

C'est ce qui apparaît également dans le questionnement autour de la fin de vie et de sa discussion avec le MT dans une thèse de médecine générale d'Aix-Marseille en 2018 (51). Malgré les certitudes initiales des auteurs de l'intérêt de discuter de la fin de vie en médecine générale ainsi que l'intérêt apporté à cette discussion par certains MT interrogés, la plupart des patients ne souhaitaient pas en discuter.

Les raisons invoquées étaient plutôt le caractère anxiogène du sujet, l'inutilité de la discussion, l'imprévisibilité de l'avenir, ou encore le déni autour de sa santé, le désintérêt pour cette conversation, l'envie d'évoquer le sujet seulement au moment venu.

Ces mêmes raisons sont aussi mentionnées autour du refus de la réflexion sur la PA.

#### Résumé des raisons évoquées au manque de discussion de la PA en médecine générale :

- rôle du MT uniquement médical, de soigner « guérir » un problème particulier de santé
- tabou du sujet car anxiogène
- l'évocation du sujet diminuerait leur envie d'être combatif pour conserver leur autonomie actuelle
- sentiments d'angoisse, de crainte signalés à l'idée d'évoquer le sujet quelle que soit la catégorie de personnes (réflexion, anticipation personnelle ou non)
- inconscience de leur santé physiologique réelle et de la diminution de leurs capacités adaptatives
- si une réflexion est présente, et des réponses à leur questionnement trouvées seuls, ils ne pensent pas au MT pour les aider dans ce domaine
- méconnaissance de la diversité des PA possibles et des services d'aides adaptés, peu de volonté de s'informer davantage
- avenir tracé par une prise en charge familiale

- **Importance de la prévention en amont :**

En dépit de la difficulté d'aborder ce sujet en médecine générale, la prévention semble occuper une place centrale pour beaucoup de patients, souvent plus fréquente chez les patients se souciant de leur avenir avec une PA, dans le but de limiter celle-ci.

Ils n'évoquent encore une fois pas l'aide du MT pour limiter cette PA, par exemples par des actions de prévention.

Ceci semble rappeler que, malgré le rôle important et connu du MT à jouer dans ce domaine, il n'est tout simplement pas assez mis en avant, et on peut se demander si le MT œuvre encore assez dans ce sens. C'est aussi ce qui est mis en évidence dans le rapport sur « la concertation grand âge et autonomie » de 2019 (4).

Les travaux de recherche, validés en 2018 par l'Organisation mondiale de la santé, ont pourtant démontré que la PA n'était pas une fatalité, or on constate encore que la France n'investit pas suffisamment dans sa prévention.

Le rapport propose notamment de s'appuyer sur les standards reconnus par l'OMS pour déployer sur tout le territoire une approche renouvelée et systémique de la prévention de la perte d'autonomie.

Cela suppose de développer des actions de prévention ciblées entre 50 et 75 ans pour maintenir le plus longtemps possible les capacités essentielles attachées à l'autonomie, et dès 75 ans pour suivre ces fonctions et alerter en cas de risque de perte fonctionnelle.

Cette démarche suppose la mise en place d'actions de sensibilisation, de rendez-vous de prévention et le déploiement d'actions de formation pour l'ensemble des professionnels du grand âge (52–60).

- **Analyse de l'apport des entretiens pour les patients :**

Il est intéressant de faire remarquer qu'il naît chez certains patients interrogés une réflexion pendant l'entretien. Certains évoquent juste leur constat d'un déni de ce sujet et essaient d'en comprendre les raisons. Un patient reste partagé par l'idée ou non d'aborder cette discussion, mais il pointe quand même la nécessité d'une réflexion à amorcer en amont en famille, avant la discussion avec le MT.

D'autres, en particulier les femmes ayant eu l'envie d'anticiper leur avenir, révèlent avoir apprécié cet entretien qui leur a permis de discuter de ces sujets souvent tabous en famille. Les raisons au tabou en famille sont probablement que leurs enfants ne souhaitent pas imaginer leurs aînés en PA ou décédés.

Ces sujets sont aussi non évoqués en médecine générale. Ces patientes avouent ne pas avoir à l'esprit ce sujet lors d'une consultation classique en médecine générale, et se disent que l'initiative

devrait plutôt venir du MT lui-même. Pourtant, l'envie de discuter de ces sujets est apparue forte présente et ces patientes semblent ne pas avoir d'endroit pour en parler.

- **Intérêt du rôle du MT dans l'approche du sujet de la PA en médecine générale :**

Bien que le sujet soit refusé par certaines personnes âgées, en raison de ces sentiments de crainte, d'angoisse, de peur de l'avenir ou de celle de vivre dans un avenir très pessimiste, il est évident que l'intérêt d'une réflexion en amont est connu, pour ne pas prendre en charge une PA dans la précipitation, et repose sur un plus grand investissement du patient concernant sa PA future.

La discussion apparaît très difficile à amener, il convient pour cela de parfaitement connaître ses patients, voire de prendre le temps même sur plusieurs années d'instiller cette réflexion. Celle-ci semble nécessaire à un âge où l'état clinique peut changer rapidement malgré une apparente bonne autonomie, elle a aussi pour but de connaître et respecter les choix des patients.

L'intérêt serait d'amener la naissance d'une réflexion sur la PA en amont de celle-ci, discrètement, en s'enquérant du devenir du patient, à un moment que le MT juge opportun, par un questionnement simple, une phrase (et non une réelle consultation dans un premier temps). Le but recherché est de permettre d'orienter le patient sur ce sujet pour lequel il a pu souvent avoir de vagues idées sans réelle réflexion, et ceci, sans le froisser, ni le blesser.

Le fait d'initier une vraie réflexion chez le patient, qui peut alors y réfléchir, en discuter en famille, permet ensuite d'en rediscuter concrètement avec le MT. Cette discussion permettrait bien évidemment de renforcer le lien MT-patient. Elle permettrait aussi au MT d'apporter des réponses adaptées au questionnement du patient et parmi les offres disponibles sur son territoire, de lui proposer des aides, des solutions en rapport avec l'évolution de son état.

Tout ceci est essentiel pour mettre en évidence les choix des personnes âgées en amont d'une PA invalidante, pour leur éviter une prise en charge en urgence, pour connaître leurs représentations, leurs préférences sur les possibilités multiples de se faire aider (domicile, institution, ...) et surtout pour les conseiller, les orienter et leur faire aussi découvrir des possibilités de prise en charge méconnues.

### **I.3 Ouverture sur d'autres discussions, d'autres travaux**

Cette étude s'est attachée à comprendre les représentations des patients âgés sur le sujet de la PA en amont de leur possible propre PA. Elle a également cherché à cerner les attentes envers leur MT dans ce domaine.

Il apparaît que les comportements des personnes âgées dites en bonne santé sont divers autour de leur implication ou non sur une PA future.

Certains patients auront déjà tout prévu, anticipé à l'avance ; d'autres ne souhaitent pas en parler mais ont tout de même un plan d'avenir tracé ; et il y a ceux qui sont dans un déni, un refus total d'aborder ce sujet et surtout préfèrent attendre le dernier moment, voire une prise en charge en urgence.

Il semble que le MT doive davantage s'impliquer dans sa connaissance du devenir de son patient âgé en bonne santé même si sa PA est souvent lente sur des années, elle peut aussi s'accroître rapidement suite à un événement aigu. Et il vaut mieux profiter du temps où le patient est en toute faculté pour répondre à ce sujet.

Le MT devrait donc en particulier s'attacher à savoir s'il a affaire à un patient qui refuse la réflexion et pour qui la prise en charge sans aucun aménagement, sans aucune réflexion préalable sera peut-être plus complexe.

Pourtant, le bénéfice de la réflexion semble évident, en médecine générale, en amont d'une PA (par exemple : aider les patients dans leur questionnement autour de la PA, connaître les volontés des patients sur leur avenir pour les respecter, assurer la prévention d'une PA), mais ce bénéfice n'est en réalité pas encore perçu comme tel dans la conscience collective.

Un tabou sur ce sujet reste ancré, malgré une meilleure information personnelle des personnes âgées.

Le rôle du MT ressenti par les patients concerne son action médicale et ses agissements au moment seulement d'une PA. L'intérêt d'un repérage plus important de signes de fragilité par le MT est noté, et aussi par les patients eux-mêmes, mais cela semble les inciter à être davantage portés, guidés par le corps médical, et à délaisser leur réflexion sur leur avenir.

Il semble donc nécessaire en piste de travail que le rôle de prévention du MT dans la PA soit davantage appuyé, peut-être par une proposition de consultation systématique pour les personnes « âgées », en particulier pour ceux encore en bonne santé, à certains âges de la vie. A l'instar des visites systématiques en pédiatrie, elles seraient uniquement orientées vers les domaines de la prévention, du maintien de l'autonomie, cela pour pallier les consultations classiques habituellement liées à un problème aigu de santé où le manque de temps et l'orientation de la consultation n'est évidemment pas propice à une discussion sur la prévention.

La prévention est pourtant parfois évoquée au moment des consultations de renouvellement des ordonnances de médicaments pour des pathologies chroniques mais il est possible que cela engendre un trop plein d'informations ; ce qui soulève la nécessité d'une consultation de prévention spécifique.

Le sujet de la PA étant anxiogène, l'amener de manière détournée par l'évocation de la prévention, comme énoncé précédemment, semble intéressant pour que la personne âgée ne se sente pas agressée par cette discussion. Des réflexions sur la prévention sont d'ailleurs aussi un moyen pour le patient âgé d'exprimer ses idées sur son avenir, et sur sa future PA si l'envie est présente.

Pour résumer :

→ Il faudrait donc peut-être réévaluer les pratiques actuelles de prévention, pourtant souvent évoquées en médecine générale, et envisager de nouvelles modalités.

→ On pourrait se poser la question d'un intérêt à évoquer ce sujet de société très actuel de la PA plus tôt, voire à tout âge pour essayer d'éliminer l'aspect tabou, éliminer cette angoisse autour de la PA et de sa discussion, en particulier lors d'un âge se rapprochant d'un risque de PA.

En fait, il est important de faire savoir qu'une bonne prise en charge de sa PA, quelle qu'elle soit, peut être possible et passe par une meilleure connaissance et accessibilité au système d'aides. L'idée est de limiter les sentiments de crainte de la population autour de la PA.

## Conclusion

Les résultats s'attachent, en première partie, à la vision des personnes âgées sur la perte d'autonomie. Pour certaines, leur manque de réflexion est lié à un déni du sujet ou à la volonté de ne pas changer leur quotidien. Mais les entretiens ont parfois fait apparaître la naissance d'un questionnement pour ces personnes interrogées. A l'opposé, d'autres patients ont largement réfléchi sur le sujet, parfois en anticipant déjà concrètement, ou en étant prêts à s'adapter dès que nécessaire.

D'autres ressentis sont aussi mentionnés sur leurs expériences de la perte d'autonomie, l'importance accordée aux dernières volontés de vie, la prévention du vieillissement, la notion d'être utile jusqu'à la fin de sa vie, et le rôle joué par le conjoint et la famille.

La deuxième partie met en évidence un sujet qui n'est que rarement abordé avec le médecin traitant, en amont de la perte d'autonomie. Certains patients sont dans l'indécision sur l'intérêt d'évoquer ou non ce sujet. Les attentes sont nombreuses envers le médecin traitant mais concernent souvent une perte d'autonomie déjà effective et ne se rattachent qu'au rôle primaire du médecin (repérage de signes avant-coureurs de fragilité, écoute, conseils, aide, ... ).

La discussion souligne une différence notable entre santé ressentie par le patient âgé et santé réellement constatée par le médecin. Deux catégories distinctes de personnes rencontrées apparaissent et découlent de facteurs variés comme le tempérament, le sexe, la santé et l'autonomie réelles, le rejet ou non d'une dépendance. D'autre part, plusieurs hypothèses sont avancées sur un lien possible entre un âge moins avancé et une implication plus importante dans la future perte d'autonomie. La notion de déprise (ou recentrage autour d'activités essentielles), celle du besoin de se sentir utile pour vivre et enfin l'absence d'évolution de la réflexion suite au confinement national sont évoqués.

Enfin, l'importance de la prévention de la PA et de la recherche des signes de fragilité est majeure. Cette prévention de la PA semble non suffisante actuellement. Les raisons de la difficulté à aborder le sujet en médecine générale sont nombreuses. Il s'agit toujours d'un sujet tabou, méconnu. Le rôle du médecin traitant est d'éveiller une réflexion chez le patient sur son devenir, pour que ce sujet revienne plus facilement dans les consultations futures et que le médecin puisse y apporter une aide adaptée.

Une recherche sur les moyens d'allier prévention de la perte d'autonomie et médecine générale, pourrait ouvrir de nouvelles perspectives d'avenir. L'idée d'une consultation systématique proposée à certains âges, en particulier chez des patients en bonne santé donc peu vus chez leur médecin traitant, avec une prise en charge intégrale, ou la proposition de questionnaires plus généraux de santé sur les thèmes de la prévention en santé ou de la PA proposés par l'assurance maladie pourraient être évaluées.

## Bibliographie

1. Espérance de vie en 2019 | Insee [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749>
2. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070, Les personnes de plus de 75 ans deux fois plus nombreuses qu'en 2013. INSEE Première [Internet]. nov 2016 [cité 9 avr 2020];(1619). Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02150585>
3. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
4. Libault D. Concertation Grand âge et autonomie | Vie publique [Internet]. 2019 [cité 9 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/38637-concertation-grand-age-et-autonomie>
5. Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 | Vie publique [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/38137-le-soutien-lautonomie-des-personnes-agees-lhorizon-2030>
6. HCAMM. Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie | Vie publique [Internet]. 2018 [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/38020-systeme-de-sante-et-personnes-agees-fragiles-ou-en-perte-dautonomie>
7. Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>
8. Philippon S. Accueillir et accompagner la personne âgée : quelle audace pour quels possibles ? Perspective soignante. 1 sept 2014;50:73-9.
9. Lellouche A. Aides au domicile: évaluation des connaissances et représentations chez les personnes âgées autonomes [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2018.
10. Delanghe G, Delaup J-P. État des lieux et perspectives sur le bassin d'Apt pour le maintien au domicile de la personne âgée en perte d'autonomie: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des aidants familiaux [Thèse d'exercice]. [Marseille]: Aix-Marseille Université; 2016.
11. Lafargue LA. Intérêt au déploiement du PAERPA dans l'Oise ? Comparaison des pratiques des médecins généralistes avec un territoire pilote [Internet]. 2017 [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01813311>
12. Métayer D, Demers M, Lapierre A, Parent M-J, Pérusse M-C, Sacchitelle C. L'intervention auprès de la personne âgée en perte d'autonomie: une pratique psychoéducatrice innovante. (Collection Psychoéducation).



13. Yang R, Menard D. La prise en charge de la personne âgée dépendante à domicile qui refuse les aides [Thèse d'exercice]. [Limoges]: Université Limoges; 2017.
14. Bacconnier-Baylet S, Chaudet B, Madoré F. Les modes de vie dans les ensembles résidentiels pour personnes âgées autonomes. *Gerontologie et société*. 3 juill 2018;40(156):199-216.
15. Escourrou E. Perception du risque de perte d'autonomie par les personnes âgées : étude qualitative dans le cadre du projet pilote national PAERPA sur le territoire pilote des Hautes-Pyrénées (65) [Internet] [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/809/>
16. Larcher A, Zerbib Y. Personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile: quels sont les freins à l'acceptation des aides médico-sociales ? Lyon: Université Claude Bernard; 2017.
17. Écroulant P. Ressenti des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile selon leur autonomie et leurs aides en 2015 [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2015 [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01305454>
18. Foureur N. Et si les vieux nous disaient comment bien vieillir ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 oct 2018;18(107):291-8.
19. Moulias R, Poch B. Le syndrome d'« entrée en institution non consentie ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 déc 2017;17(102):382-8.
20. Péruchon M. Ruptures, alliances, liens en institution ou de la souffrance à la résilience. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 oct 2017;17(101):294-8.
21. Motet F, Mateus A, Myslinski M. L'entrée en institution gériatrique : protocole d'accueil institutionnel et ressources psychiques personnelles de la personne âgée, deux éléments déterminants du processus d'adaptation du sujet âgé à son nouvel environnement. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 déc 2008;8(48):39-44.
22. Villain A-S, Donnio I, Villain A, Somme D. C'est la vie... Jamais j'aurais cru. Ressentis lors de l'entrée en établissement. *Gerontologie et société*. 4 nov 2019;41(160):135-53.
23. Harzau-Ugo H, Bouisson E. Promouvoir la dignité et le respect de la personne âgée en institution. *Soins Gerontol*. déc 2010;(86):33-4.
24. Maubourguet N, Gervais X. L'admission en Ehpad. In: Aquino J-P, éditeur. *Guide Pratique du Vieillessement* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2016 [cité 9 avr 2020]. p. 376-9. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294749049000701>
25. Thomas C. L'EHPAD comme tiers séparateur. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 avr 2017;17(98):114-7.
26. Thomas P, Hazif-Thomas C. Respect des rituels et des habitudes de vie chez la personne âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 oct 2017;17(101):285-6.
27. Lefebvre des Noettes V. Comment préparer les personnes en situations de handicaps vieillissantes à l'entrée en EHPAD ? Des histoires singulières et des questionnements éthiques. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 oct 2019;19(113):263-9.

28. Capron (Christophe). La recherche du consentement chez la personne âgée entrant en EHPAD, un idéal restant à mettre en oeuvre : Une illustration à travers les EHPAD du pôle médico-social du Centre Hospitalier de Laval (53). Rennes: E H E S P; 2015. 61 p.
29. Charazac P-M. La parole dans le soin aux patients dementés. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 juin 2017;17(99):173-6.
30. Obeid S, Kazour F, Kazour G. Milieu de vie et activation des schémas cognitifs dysfonctionnels au troisième âge : étude comparative réalisée chez 80 sujets âgés. L'Encéphale. 1 juin 2015;41:S29-36.
31. Polard J. EHPAD, mon amour : repenser l'EHPAD comme un tiers lieu. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 oct 2018;18(107):299-304.
32. Charazac PM. Soigner l'EHPAD. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 avr 2017;17(98):77-8.
33. Fernandez G. Quand des décisions touchent à l'autonomie des personnes : quelle place pour les médecins généralistes ? Retraite et société. 13 mai 2014;67(1):111-29.
34. Araye L. Enquête qualitative sur le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes sur Marseille centre auprès de 28 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université; 2016.
35. Rougeron C. La médecine générale en France de la Révolution à aujourd'hui : la métamorphose. Ethics, Medicine and Public Health. 1 avr 2015;1(2):283-8.
36. Gériatrie | Collège National des Enseignants de Gériatrie | download [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: <https://b-ok.cc/book/3718967/9586e8>
37. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. 2e édition refondue. Paris: Nathan; 2010. (128).
38. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer [Internet]. De Boeck; 2019 [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/243204>
39. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge | Insee [Internet]. [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546>
40. Maladies - Accidents – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303476?sommaire=3353488>
41. Frappé P, Petersen W. Initiation à la recherche. 2e édition. Saint-Cloud Paris: Global Média Santé CNGE; 2018.
42. Meidani A, Cavalli S. Vivre le vieillir : autour du concept de déprise. Gerontologie et société. 8 mars 2018;40(155):9-23.
43. Gagnon É. La déprise comme interrogations : autonomie, identité, humanité. Gerontologie et société. 8 mars 2018;40(155):33-44.

44. Martin-Kleisch A, Drame M, Zulfiqar AA. Faisabilité de l'évaluation de la fragilité chez les patients de 65 ans et plus en médecine générale. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 mai 2019;67(3):169-74.
45. Vellas B. Fragilité des personnes âgées et prévention de la dépendance. *Bull Acad Natl Med*. mai 2013;197(4-5):1009-17; discussion 1017.
46. Lee L, Heckman G, Molnar FJ. La fragilité. *Can Fam Physician*. mars 2015;61(3):e119-24.
47. Guillet A, Robert D, Grange Leymonie C, Hennion C, Duboeuf L, Siriex M, et al. Intérêt de la prise en compte de la fragilité en HAD : étude prospective de 210 patients. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 oct 2017;17(101):331-9.
48. Bertillot H, Bloch M-A. Quand la « fragilité » des personnes âgées devient un motif d'action publique. *Revue française des affaires sociales*. 2016;(4):107-28.
49. Sirven N, Bourgueil Y, Laboratoire interdisciplinaire de recherche appliquée en économie de la santé, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, éditeurs. *La prévention de la perte d'autonomie: la fragilité en questions : apports, limites et perspectives : actes du séminaire*. Paris, France: IRDES; 2016. 118 p.
50. Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité SEGA [Internet]. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: [https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/grille\\_de\\_fragilite\\_volet\\_a-b\\_2014.pdf](https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/grille_de_fragilite_volet_a-b_2014.pdf)
51. Geyer M, Bihan A-CL. Comment aborder le vieillissement et la fin de vie avec les personnes âgées en médecine générale [Internet]. 2018 [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01960214>
52. Bouilly C, Piccoli M, Cristancho-Lacroix V. Dépendance: Autonomie et dépendance : évaluation et prévention. In: Trivalle C, éditeur. *Gérontologie Préventive (Troisième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2016 [cité 9 avr 2020]. p. 206-27. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294746147000143>
53. Ter S, Teytu A, Tricot M. Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : étude prospective pour déterminer la valeur pronostique d'un outil d'évaluation des risques du domicile, la grille EVALADOM [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Grenoble Alpes; 2014 [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01080369>
54. Cornu C, Carré C, Guetemme G, Ravis B, Théron S, Gueyffier F, et al. Prévention de la dépendance des personnes âgées: étude randomisée dans la communauté. *Thérapie*. oct 2003;58(5):451-6.
55. Santé M des S et de la. Prévention des risques pour les personnes âgées [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/prevention-des-risques-pour-les-personnes-agees/>
56. Activité physique et vieillissement. *Gérontologie et société*. 2018;40(156):9-231.
57. de Katz S, Ford A, Moskowitz R, Jackson B, Jaffe M. Studies of the illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;21:914-9.

58. Tessier A. L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. [Internet]. ResearchGate. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/277555683\\_L'autonomisation\\_des\\_personnes\\_en\\_perte\\_d'autonomie\\_liee\\_au\\_vieillissement](https://www.researchgate.net/publication/277555683_L'autonomisation_des_personnes_en_perte_d'autonomie_liee_au_vieillissement)
59. Alexia D, Amandine S, Yves-Marie le G. Vieillir aujourd'hui. Perspectives cliniques et politiques. Champ social Editions; 2019. 313 p.
60. Adam S, Missotten P, Flamion A, Marquet M, Clesse A, Piccard S, et al. Vieillir en bonne santé dans une société âgiste.... NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 déc 2017;17(102):389-98.

## Annexes

### Échelle des activités de la vie quotidienne (ADL de Katz)

Activités	État	
Toilette (lavabo, bain ou douche)	1	besoin d'aucune aide
	0,5	besoin d'aide pour une seule partie du corps (dos, jambes ou pieds)
	0	besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible
Habillage (prend ses vêtements dans l'armoire ou les tiroirs, sous-vêtements et vêtements d'extérieur compris ; utilise boutons et fermeture éclair)	1	besoin d'aucune aide
	0,5	besoin d'une aide uniquement pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair
	0	besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou reste partiellement ou complètement déshabillé(e)
Aller aux W.-C. (pour uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)	1	besoin d'aucune aide (aide possible pour se rendre aux W.-C. : canne, fauteuil roulant...)
	0,5	besoin d'une aide
	0	ne va pas aux W.-C.
Locomotion	1	besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur)
	0,5	besoin d'une aide
	0	ne quitte pas le lit
Continence	1	contrôle complet des urines et des selles
	0,5	accidents occasionnels
	0	incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente
Alimentation	1	besoin d'aucune aide
	0,5	besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain
	0	besoin d'aide complète ou alimentation artificielle

Source : d'après Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. *Studies of the illness in the aged. The index of ADL : a standardized measure of biological and psychosocial function.* JAMA 1963; 21 : 914-9.

## Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de Lawton)

Activités	Définitions	Homme	Femme
Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
Courses	Achète seul(e) la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
Cuisine	Prévoit et cuisine les repas seule		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seule des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
Linge	Lave tout son linge seule		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
Transports	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
	Ne voyage pas	0	0
Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

Source : Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9 : 179-86.

## 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 les 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.**





# Implication des personnes âgées en bonne santé face à une potentielle perte d'autonomie et approche avec leur médecin traitant

## Résumé :

**Introduction :** Le devenir des personnes âgées est un sujet majeur d'actualité, l'importance d'une refonte du système d'aides et de services en adéquation avec les besoins et les volontés de la population est connue, et cette refonte est en cours. Il n'empêche que l'opinion des personnes âgées est encore demandée trop souvent tardivement lorsque la perte d'autonomie est déjà avancée et que les prises en charge peuvent alors se faire dans la précipitation. Le médecin traitant apparaît le plus souvent comme le premier intervenant face au sujet de la perte d'autonomie, surtout lorsqu'il a assuré le suivi de son patient sur de longues années. La présente étude s'interroge donc sur l'implication des personnes âgées en bonne santé par rapport à une potentielle perte d'autonomie future ; elle se concentre en particulier sur leurs représentations et leurs ressentis face à cette situation. Elle s'intéresse ensuite à l'approche de ce sujet avec leur médecin traitant et cherche à connaître les attentes des patients vis-à-vis de ce professionnel.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative, ayant permis de réaliser 15 entretiens semi-dirigés, individuels, de patients âgés en bonne santé, à partir de l'âge de 65 ans ; les critères d'inclusion étaient l'absence d'aide à domicile et l'autonomie dans le quotidien. Le recueil et les entretiens se sont faits dans trois cabinets de médecins traitants. Chaque patient a été interrogé dans la salle de consultation habituelle de son médecin.

**Résultats :** Les comportements des personnes âgées dites en bonne santé sont variés autour de leur implication sur une perte d'autonomie future : anticipation extrême, tabou du sujet mais plan d'avenir tracé, déni et refus du sujet avec souhait d'attendre le dernier moment pour agir... Des ressentis sont aussi mentionnés autour de leurs expériences de la perte d'autonomie, de la prévention du vieillissement, de la notion d'être utile jusqu'à la fin de sa vie, et du rôle joué par le conjoint et la famille dans la perte d'autonomie. D'autre part, il est mis en évidence que le sujet n'est que rarement abordé avec le médecin traitant, en amont de la perte d'autonomie. Les attentes sont nombreuses envers le médecin traitant mais concernent souvent une perte d'autonomie déjà effective et ne se rattachent qu'au rôle « de soin » du médecin traitant.

**Discussion :** Une différence notable entre santé ressentie par le patient âgé et santé réellement constatée par le médecin est mise en avant. Deux catégories principales de personnes apparaissent, découlant de facteurs variés comme le tempérament, le sexe, la santé et l'autonomie réelles, le rejet ou non d'une dépendance. Enfin plusieurs hypothèses sont avancées sur un lien possible entre un âge moins avancé et une implication plus importante dans l'anticipation d'une future perte d'autonomie. La recherche, par les médecins traitants, de signes de fragilité mais surtout la prévention de la perte d'autonomie sont majeures et semblent non suffisantes actuellement. Les raisons de la difficulté à aborder le sujet en médecine générale sont nombreuses. Il s'agit toujours d'un sujet tabou, méconnu. Le rôle du médecin traitant semble être d'éveiller une réflexion chez le patient sur son devenir, pour que ce sujet revienne plus facilement dans les consultations futures et que le médecin puisse y apporter une aide adaptée. Une recherche sur les moyens d'allier prévention de la perte d'autonomie et médecine générale pourrait ouvrir de nouvelles perspectives d'avenir.

**Mots-clés :** sujet âgé, vieillissement, gériatrie, médecine générale, autonomie personnelle, attitude, comportement de choix, *aged, aging, geriatrics, general practice, personal autonomy, attitude, choice behavior.*