

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 03/06/2021 à Poitiers
Par Mme Charlène Roy

Les représentations du bio-psycho-sociale sur l'état d'esprit de la personne en dépassement d'espérance de vie théorique

Entretiens semi directifs auprès de 12 personnes âgées de la région Nord Deux-Sèvres

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe Binder

Membres : Monsieur le professeur François Birault
Monsieur le professeur Bernard Freche

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Jacky Liaigre

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCCA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORLOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGAUD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (retraite 01/03/2021)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (en mission 2020/21)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (en cours d'intégration PH)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c nov.2020)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIU Evelyn, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 1 an)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A mon Président de Jury, Monsieur le Professeur Philippe Binder

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Merci pour le temps que vous passez au service des étudiants, pour nous apporter une formation de qualité, et transmettre combien la médecine générale est une discipline noble et passionnante. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A mon Directeur de Thèse, Monsieur le Docteur Jacky Liaigre

Merci de m'avoir fait découvrir la médecine en cabinet de ville, merci de ta bienveillance confraternelle, du partage de tes connaissances sur la nature humaine.

Ta sensibilité, ton humanité m'ont beaucoup apporté et ont contribué à m'apprendre toute la noblesse du rôle de médecin de famille.

Je t'exprime ma profonde reconnaissance pour m'avoir encouragée, dirigée et soutenue dans ce travail de thèse.

A Monsieur le Professeur François Birault

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse.

Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Bernard Freche

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

Aux personnes âgées présentes dans ce travail

Vous m'avez donné de votre temps et accepté de me faire partager votre vécu. Vous avez permis la réalisation de ce travail. Un grand merci. Ces moments d'échanges ont été très enrichissants et j'espère avoir passé les messages que certains voulaient transmettre.

A Damien,

Pour toutes ces années où tu m'as soutenue, sans faille. Pour ton amour, ta présence, ton écoute et bien sûr ta patience ! Tu es l'épaule sur laquelle je m'appuie, tu m'es si précieux. A toutes tes relectures qui ont embelli cette thèse. Merci pour tout, je t'aime.

A mes parents,

Merci de m'avoir toujours apporté ce dont j'ai besoin, de m'avoir permis de ne me soucier que de mes études, d'avoir toujours cru en moi.

A mes grands-parents,

Vous m'avez inspiré dans ma thèse. Vous êtes mon image d'une vieillesse réussie ! Merci pour vos sourires et votre joie de vivre.

A mes sœurs,

Pour toutes les merveilleuses années passées à vos côtés. A tous nos fous rires et nos chamailleries.

A ma belle-famille,

Pour m'avoir accueillie si chaleureusement parmi vous.

A tous mes amis, Angélique, Audrey, Ophélia, Jonathan, et vous tous,

Pour votre présence, votre soutien, toutes ces années m'auraient paru bien longues sans vous.

A tous les médecins qui m'ont accueillie pendant mes semestres d'internat :

Aux docteurs Liaigre Jacky, Liaigre Peggy, Dupoirion Xavier, Mestassi Faris, Archambault Pierrick, Paineau Dominique, Rembeau Bénédicte ; aux services d'urgences de Bressuire puis du CHNDS, et à ma tutrice le docteur Partaud Lucile.

Vous m'avez accompagné et aidé à devenir le médecin que je suis, je vous en suis infiniment reconnaissante.

A la maison de santé les Magnolias,

Pierrick, Sandrine, Florian, Gaelle, Laurence, Valérie, Solène, Gaelle, Olivier, Emilie, Isabelle, Marina, Romane, Emeline, Thomas, c'est un réel plaisir de travailler avec vous, à votre bonne humeur et à tous nos moments d'échanges, merci.

Et à toi, qui grandit en moi,

Tu es ma plus belle réussite, aujourd'hui je suis fière de clôturer mes dix ans d'étude pour pouvoir me consacrer à devenir ta maman, je suis impatiente de te rencontrer.

SOMMAIRE

I.	<u>INTRODUCTION</u>	8
II.	<u>METHODOLOGIE</u>	11
	1. <u>Question, hypothèse et objectif</u>	11
	2. <u>Enquête de terrain qualitative : méthode et recueil des données</u>	11
	<u>2.1 La méthode</u>	11
	<u>2.2 Echantillonnage</u>	12
	<u>2.3 Mode de recrutement</u>	13
	<u>2.4 Déroulement des entretiens</u>	13
	<u>2.5 Analyse des données</u>	14
III.	<u>RESULTAT</u>	15
	1. <u>Résultats généraux des entretiens</u>	15
	2. <u>Les représentation bio-psycho-social</u>	16
	<u>2.1 Axe biologie</u>	16
	<u>2.2 Axe psychologie</u>	17
	<u>2.3 Axe social, environnement</u>	18
	<u>2.4 Contact avec leur médecin traitant</u>	19
	<u>2.5 Le plus important</u>	20
IV.	<u>DISCUSSION</u>	21
	1. <u>Validité de l'étude</u>	21
	<u>1.1 Les limites de l'étude</u>	21
	<u>1.2 Les forces de l'étude</u>	22
	2. <u>Représentation, prise en compte de la singularité et de la globalité du patient « pour atteindre des objectifs »</u>	23
	<u>2.1 Autonomie sans dépendance</u>	23
	<u>2.2 Isolement de la personne âgée</u>	27
	<u>2.3 Rupture avec l'état antérieur</u>	30

	<u>2.4 Ressenti « d’être vieux »</u>	32
	<u>2.5 Réponse à la question de recherche</u>	35
V.	<u>CONCLUSION</u>	36
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	37
	<u>RESUME</u>	41
	<u>ANNEXES</u>	42
	<u>SERMENT</u>	48

I. INTRODUCTION

Véronique De Bure est l'écrivain du livre *Un clafoutis aux tomates cerises*¹, roman reprenant le journal intime de Jeanne, veuve de 90ans.

Jeanne nous décrit son quotidien, ses émotions au fur et à mesure des jours et des saisons :

- Sa chance d'avoir toute sa tête, ses deux jambes, ses deux bras, ses yeux et ses oreilles.
- Les difficultés rencontrées, pour s'habiller, se chauffer avec les modifications de son corps au fil des années ; ses limitations pour se déplacer, pour conduire, pour s'adapter aux technologies modernes (internet, téléphone portable, GPS).
- Sa tranquillité, appréciable par son quotidien fait de routine.
- L'importance de son jardinier et de sa femme de ménage, l'aidant dans les tâches devenues si difficiles.
- L'inquiétude de ses enfants face à ses chutes, oublis, qui finissent pour se rassurer par l'infantiliser, obligation de porter un collier anti-chutes, interdictions diverses.
- Ses moments de plaisir avec ses amis, ses promenades, discussions, parties de bridges.
- Ses souvenirs la faisant rire ou pleurer.
- La solitude s'accroissant avec le deuil de son mari et de ses amis.
- Sa peur de tout oublier ou de se perdre, comme sa voisine.

Mais malgré tout, Jeanne accepte son âge, par la foi, elle est confiante dans l'avenir, elle imagine et organise ses funérailles avec apaisement, en souhaitant partir dans son sommeil pour rejoindre le sourire de son mari.

Grâce à ce roman, nous nous questionnons sur le ressenti des personnes âgées. Dans nos consultations, nous entendons régulièrement : « ce n'est pas facile d'être vieux », « vous savez à mon âge », « je me sens comme un vieux », « il ne faudrait pas vieillir ».

Questionner sur le ressenti nous fait nous interroger sur la notion de santé.

La santé est définie par l'OMS comme « un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²

Comment définir la notion d'être « vieux » ?

Le Centre d'analyse stratégique³ a défini des « groupes d'âge » en fonction d'un croisement de critères d'état de santé et d'âge.

Il définit les « personnes âgées » autour de l'âge de 75 ans, devant une dégradation durable de la santé et l'apparition des vulnérabilités. Puis scinde cette catégorie en deux sous-groupes.

Un premier, entre 75 et 85 ans, avec maintien d'une autonomie (souvent nommé « troisième âge »)⁴.

Le deuxième, après 85 ans, où la perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne s'accroît très fortement (« grand âge »).⁴

L'étude du groupe Prévoir, intitulée « Les Français et le Bien Vieillir »⁵ fait état d'un sondage réalisé par l'IFOP et notamment de la réponse à la question « Selon vous, à partir de quel âge devient-on vieux ? ».

La moyenne arithmétique à cette question a été de 69 ans. L'analyse de cette étude montre une différence de réponse en fonction de l'âge des interviewés. Pour les moins de 25ans, cet âge est estimé à 61ans. Par contre pour les plus de 65 ans, il est de 77 ans, avec pour 8% d'entre eux une réponse à plus de 80 ans.

Ces notions de vieillissement semblent être en accord avec l'intégration de l'espérance de vie théorique, et ainsi son dépassement.

En 2017, elle était de 79.5 ans pour les hommes et de 85.3 ans pour les femmes⁶.

Il nous paraît important de porter notre attention sur cette population pour plusieurs raisons.

- Population en augmentation :

Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 millions à 5 millions en 2060⁷.

- Population consultante :

Au-delà de 75 ans, avoir au moins une visite annuelle chez un généraliste est la norme. En moyenne, les personnes de 75 ans ou plus ont recours au généraliste 8 fois dans l'année⁸.

- Augmentation des maladies chroniques :

70 % des 85 ans et plus déclarent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique (contre un tiers de la population de 15 ans ou plus)⁹.

- Fréquence des limitations fonctionnelles :

A 85 ans, 70% des hommes et 80% des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, et la moitié cumulent deux voire trois formes de limitations¹⁰.

- Diminution de la perception d'une bonne santé :

Moins d'un tiers des 75-84 ans, et environ un quart des plus de 85 ans se déclarent en bonne ou très bonne santé (donnée de l'enquête SILC 2013-Eurostat)⁹.

C'est avec cette complexité que le médecin généraliste accompagne son patient âgé.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les représentations de l'état d'esprit des aînés en dépassement d'espérance de vie au travers d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de douze personnes, sur leur lieu de vie, dans le Nord Deux-Sèvres, afin de leur proposer un accompagnement encore plus adapté au crépuscule de leur vie.

II. METHODOLOGIE

1. Question, Hypothèse et Objectif

Quel est le ressenti bio-psycho-social sur l'état d'état de la personne âgée en dépassement d'espérance de vie théorique ?

Nous avons perçu à travers notre propre expérience de la médecine générale la complexité de prise en charge de la personne âgée pouvant présenter des pathologies chroniques, des limitations fonctionnelles conduisant à prescrire des traitements, des examens, la mise en place d'aides diverses. C'est avec son vécu, ses représentations et son ressenti que le patient acceptera notre aide.

Nous avons souhaité réaliser une étude auprès des personnes concernées afin d'identifier leurs ressentis sur leur santé, leur moral et leur environnement, pour mieux les connaître et essayer d'améliorer notre accompagnement. Notre travail est de comprendre et de décrire.

Notre objectif principal est d'apporter plus d'informations aux médecins généralistes sur l'état d'esprit d'une personne en dépassement d'espérance de vie théorique, pour un accompagnement encore plus adapté.

L'hypothèse est que chaque patient a son ressenti. Il est donc important de l'interroger individuellement pour une prise en charge adaptée. On suppose alors qu'il existe une prédominance dans leur perception.

2. Enquête de terrain qualitative : méthode et recueil des données

2.1 La méthode

La méthode utilisée pour mener ce travail est une enquête de terrain par des entretiens semi-dirigés. Ceux-ci sont basés sur un guide d'entretien établi au préalable (annexe 1 : questionnaire d'entretien semi directif), mais évolutif au fur et à mesure des informations recueillies lors des entretiens.

L'enquête qualitative est adaptée à l'étude de phénomènes sociaux : elle permet d'explorer les ressentis, les émotions, les représentations des patients ainsi que leurs comportements et expériences personnelles. Elle permet d'étudier les sujets dans leur contexte et leur environnement. C'est la raison pour laquelle il s'agit d'une méthode particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, celle-ci étant basée sur la prise en charge globale du patient.

La réalisation des entretiens permet de produire du discours, distinct de l'opinion qui est, elle, produite préférentiellement par la réalisation de questionnaire. L'entretien individuel permet de garantir la spontanéité et la liberté de réponse de l'interviewé.

Les informations issues des données seront donc des informations émergeant du terrain et non influencées par les idées préconçues du chercheur.

Il ne s'agit pas de répondre à la question « pourquoi ? », mais plutôt à la question « comment ? ». Comment les personnes en dépassement d'espérance de vie théorique expriment-elles leur ressenti sur leur santé, leur moral et leur environnement ?

2.2 Echantillonnage

Nous avons envoyé un mail aux médecins généralistes du secteur de Bressuire, Nord Deux-Sèvres, la question de notre étude avec nos critères d'inclusions et d'exclusions. Cela leur a permis de proposer aux patients éligibles l'autorisation d'être contactés pour participer à l'étude.

Nous avons inclus dans notre étude les femmes âgées de 85 ans ou plus, les hommes âgés de 80 ans ou plus, ayant donné leur consentement.

Les critères d'exclusion étaient d'être sous tutelle ou curatelle, de présenter des troubles cognitifs ou de communication.

Le fait de présenter peu de critères d'exclusion a permis de faire varier au maximum certains paramètres pouvant influencer les résultats : situation familiale et sociale, antécédents médicaux, environnement. Les critères de qualités sont la diversité et non la représentativité¹¹. L'échantillonnage est donc de type variation maximale, c'est-à-dire raisonnée, de façon à obtenir un maximum de diversité dans les représentations, comportements et opinions au sein de la population cible. Cela permet de faire ressortir l'exhaustivité des phénomènes existants y compris les phénomènes les plus marginaux.

Le nombre de participants n'était pas défini à l'avance, mais respectait le principe de saturation des données. Celle-ci est obtenue quand, au fur et à mesure des entretiens et de leur analyse, le chercheur ne trouve pas d'élément nouveau malgré la poursuite des entretiens. C'est à ce moment-là que nous pouvons considérer que nous avons atteint un niveau d'exhaustivité suffisant dans la recherche des critères définis par l'objet de recherche¹².

La saturation a deux buts principaux : permettre de repérer la fin du travail de recueil des données et d'étendre les résultats à l'ensemble de la population auquel le groupe d'interviewé appartient¹¹.

2.3 Mode de recrutement

Le recrutement s'effectue par l'intermédiaire des médecins généralistes du grand bressuirais (Bressuire, Moncoutant, La Forêt-Sur-Sèvre, Cerizay, Saint-Aubin-de-Baubigné, Nueil-les-Aubiers). Les différents médecins étaient informés de l'étude par mail, envoyé par le directeur de thèse, médecin généraliste de Moncoutant, présentant la question de thèse avec les critères d'inclusion et d'exclusion. Cela permet aux médecins d'informer leurs patients éligibles de l'étude. Avec l'accord de ces derniers, ils nous font parvenir leurs identités et leurs coordonnées.

Les candidats volontaires sont ensuite contactés par le chercheur, de façon à confirmer leur consentement, et de convenir ensemble d'une date et d'un lieu de rendez-vous.

2.4 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu au domicile des participants. Cela permettait d'établir un climat de confiance et un discours centré sur la vie quotidienne. L'autre raison était que les participants, des personnes âgées, pouvaient présenter des difficultés à se déplacer.

Avant de commencer l'enregistrement, l'enquêteur se présentait, une étudiante en médecine réalisant une étude sur le ressenti de la vie des personnes âgées dans le cadre d'une thèse.

Il était rappelé que les entretiens sont anonymes, que l'interviewé pouvait décider d'interrompre l'enregistrement à tout moment.

Le participant pouvait ensuite poser des questions avant de signer un consentement éclairé. Ce document devait être signé avant de démarrer l'entretien et l'enregistrement audio. (ANNEXE 2 : Consentement).

Avant de commencer l'enregistrement, l'enquêteur récupérait les informations permettant de définir les caractéristiques de l'interviewé, permettant une « première approche » et d'instaurer un dialogue. (ANNEXE 3 : caractéristiques de la population).

Les enregistrements sont réalisés à l'aide d'un dictaphone numérique afin de conserver un discours au plus proche de la réalité avec le minimum de perte d'information. Cela permettra de multiples lectures et relectures de l'entretien ainsi que la mise à disposition des citations fidèles de la parole des interviewés qui serviront de preuve à l'analyse de l'entretien¹³.

L'enquêteur doit faire preuve d'une écoute empathique et bienveillante en évitant toute interprétation ou jugement, et mettre de côté ses interprétations et connaissances propres¹³. Son rôle est essentiellement de relancer, parfois reformuler pour aider le participant à développer sa pensée. Les questions posées sont au maximum ouvertes, le plus neutres possibles afin de ne pas influencer l'interviewer.

2.5 Analyse des données

Les entretiens sont retranscrits à l'aide d'un logiciel de traitement de texte, de façon intégrale, dans les jours suivant l'entretien. Les répétitions, le langage oral et les messages non verbaux (hésitations, répétitions, rires, soupirs...) ont été retranscrits afin de préserver au maximum l'authenticité du discours initial.

Les données recueillies sont analysées à l'aide d'un logiciel de tableur, en suivant une méthode thématique, avec un double codage par l'enquêteur et par le docteur J. Liaigre, médecin généraliste à Moncoutant-sur-Sèvre (79320) pratiquant la médecine depuis 15 ans, et ayant déjà pratiqué le codage thématique à plusieurs reprises.

Cette analyse consiste tout d'abord en une lecture flottante et répétée des entretiens afin de bien s'imprégner de l'ensemble des données et de leur portée. Ensuite une lecture continue de chaque entretien permet d'identifier et relever des codes (analyse axiale). Il s'agit ici de mettre en évidence dans les données des informations sur les unités minimales de sens (mots, morceau de phrase, phrase entière) qui ont un sens en elle mêmes. Elles sont identifiées dans le texte et relevées, puis sont classées ensuite par codes.

La comparaison continue des codes au fur et à mesure de l'analyse des différents entretiens, permet de les regrouper selon leur saillance (analyse transversale).

Ce processus de codification mène donc à la réduction et à la hiérarchisation des codes. C'est à partir des relations entre les codes émergés des données de terrain que nous pouvons ensuite analyser et discuter les thématiques abordées lors des entretiens et ainsi répondre à nos questions de recherche.

III. RESULTATS

1. Résultats généraux des entretiens

Quinze patients ont accepté d'être contactés à la demande de leur médecin généraliste. Deux n'ont pas répondu au téléphone lors de l'appel de l'interne chargé de l'étude. Un dernier n'a pas été contacté devant l'obtention de la saturation des données. Ainsi, douze entretiens ont été réalisés et analysés.

L'échantillon comptait 5 femmes et 7 hommes âgés de 84 à 98 ans, 11 patients vivaient à domicile (ANNEXE 3 : tableau des caractéristiques des participants). Afin d'anonymiser les données, les participants ont été représentés dans les résultats par un nouveau prénom choisi parmi les plus donnés en 1940¹⁴. La durée moyenne des entretiens était de 39 minutes (22 à 67 minutes). La saturation des données a été obtenue lors du dixième entretien et confirmée par la suite.

Nicole, étant très fatiguée, est restée dans son lit pour l'entretien, et devant son épuisement toutes les questions n'ont pas pu être posées.

Pierre, est resté dans un discours de récit, à raconter ses souvenirs, ce qu'il avait accompli. Lorsque l'interviewer cherchait à obtenir son ressenti le patient esquivait les réponses par un « rien » et il continuait ses mémoires. Cela explique sa moindre présence dans l'analyse des données.

Sont présentés ici les axes retrouvés suite à l'analyse du verbatim et leur classement par thème. Y sont associés les exemples jugés les plus pertinents, extraits des retranscriptions intégrales mot à mot des entretiens. Certains extraits peuvent illustrer plusieurs notions, il est donc possible qu'une citation soit retrouvée plusieurs fois.

2. Les représentation bio-psycho-social

2.1 Axe biologie

	Marie	Jean	Monique	Michel	Claude	André	Nicole	Pierre	Jacqueline	Jacques	Françoise	Bernard	
Les limitations fonctionnelles	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	10
La difficulté à la marche	X	X	X			X	X		X		X	X	8
La bonne santé			X	X	X		X	X		X	X	X	8
La maladie est une souffrance			X			X			X	X	X	X	6
La maladie est une contrainte	X	X				X			X	X			5
La maladie est de multiples causes			X		X		X					X	4
La douleur		X	X			X	X	X				X	6
La fatigue	X				X	X			X		X		5
Une part de chance		X		X			X		X			X	5

Tableau 1. Ressenti du biologique

Le tableau 1 met en lumière les représentations de la santé de la part de l'ainé.

Les limitations fonctionnelles sont citées par 10 personnes : « Mais je ne peux pas tricoter, j'aimais beaucoup tricoter, je ne peux pas coudre, parce que j'ai des fourmillements dans les doigts, et puis quelques fois ça casse, ça tombe et puis... ».

La limitation fonctionnelle verbalisée le plus, est la difficulté à la marche retrouvée dans 8 discours : « j'aimerais bien marcher, j'aimerais bien me déplacer plus facilement ». A noter, dans le discours de Françoise : « Si je ne pouvais plus me bouger, je crois que je souffrirais de rester immobile. L'immobilité me ferait souffrir ».

La notion de bonne santé a été exprimée par 8 individus : « Je suis heureuse d'avoir la santé que j'ai ».

La maladie représente pour 6 vieillards une souffrance : « la maladie je trouve que c'est assez dur quand même, de voir les personnes malades aussi, moi je trouve que c'est dur » ; et pour 5 aînés une contrainte : « c'est ennuyeux, il faut toujours s'essuyer les yeux ».

La maladie est verbalisée pour 4 individus comme la conséquence d'une multitude de causes : « ça représente beaucoup de choses ».

Le ressenti de leur santé est accompagné pour 6 aînés par des douleurs : « là je suis mal fichu, j'ai mal, je n'ai pas dormi » ; pour 5 personnes par de la fatigue : « je me sens fatiguée, bien sûr parce que tout est usé ».

Pour 5 individus, le maintien de la santé fait intervenir une part de chance : « j'ai de la chance, j'ai quand même 88 ans, je suis encore (touche du bois) en bonne santé ».

2.2 Axe psychologie

	Marie	Jean	Monique	Michel	Claude	André	Nicole	Pierre	Jacqueline	Jacques	Françoise	Bernard	
Un bon moral			X		X	X	x			X	X	X	7
L'absence de moral		X		X					X				3
L'évocation de la mort	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X	10
L'acceptation du changement			X	X	X	X			X	X	X	X	8
Les deuils	X	X	X	X		X		X	X	X		X	9
Les regrets	X	X	X					X	X			X	6
L'acceptation de leur âge				X			X	X		X		X	5
Le mauvais reflet du vieillissement	X	X	X			X			X				5
La culpabilité de l'âge	X	X	X			X				X			5
Les convictions religieuses	X		X							X		X	4
La maladie et le moral				X			X	X		X		X	5

Tableau 2 : le ressenti du psychologique

Le tableau 2 montre les représentations de son propre moral par la personne âgée.

Le moral est conservé pour 7 anciens : « j'ai mon âge je suis comme je suis, j'ai la joie de vivre », contre 3 décrivant une absence de moral : « depuis quelques mois, je n'ai pas le moral ».

L'évocation de la mort est verbalisée chez 10 vieillards.

Nous pouvons constater 2 discours différents : pour 2 individus une envie de mourir « si j'étais morte il y a 2 ans, je pourrais dire que j'ai eu une belle vieillesse, parce que j'avais 87 ans, sans maladie grave, une vie agréable, j'avais une aisance suffisante pour vivre heureuse, mais là, je trouve que c'est une triste fin car ça n'en finit pas » ; et pour les 8 autres par une simple conscience de l'arrivée de la mort : « Si je dois partir maintenant, je partirai maintenant, si je dois attendre, c'est très bien ».

Maintenir le moral nécessite une acceptation du changement pour 8 aînés : « Le cerveau se fait à la vieillesse. Quand vous êtes jeunes ça vous affole. (...) Mais le cerveau, il se fait à la situation, si bien que, en vieillissant (rigole) vous acceptez la situation » ; une acceptation de leur âge pour 5 personnes : « tout le monde m'appelle papi. (Rires) C'est un peu plus familier. Moi ça ne me dérange pas », et une aide par les convictions religieuses pour 4 anciens : « ce qui influence, le religieux. Tout ce qui est religieux ».

Le moral fluctue négativement par : les périodes de deuil pour 9 personnes : « Cette peine, c'est surtout d'avoir perdu ceux que j'aime » ; par les regrets pour 6 individus : « quand je pense à mon passé ou mes enfants, mon moral flanche » ; par une mauvaise image du vieillissement pour 5 aînés : « plus on est âgé plus c'est moche » ; avec pour 5 vieillards une culpabilité de leur âge : « ça me fait chier, ce n'est pas normal, qu'on soit encore là, nous des gens assez âgés, et qu'il y en a d'autre à 50-60 ans qui foutent le camp même avant » ; et pour 5 patients par la maladie : « quand ça vous tombe sur le dos une maladie comme ça, après tout est fini, on en parle plus. Plus question de sortir, on est renfermé chez soi ».

2.3 Axe social, environnement

	Marie	Jean	Monique	Michel	Claude	André	Nicole	Pierre	Jacqueline	Jacques	Françoise	Bernard	
Le bénéfice de l'entourage	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	10
Le bénéfice de l'activité	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	10
L'inconfort de la solitude et de l'isolement		X	X		X	X	X		X	X			7
Le désagrément de la dépendance	X		X	X					X	X		X	6
L'acceptation des aides		X			X		X				X	X	5
Le bien-être du domicile	X	X	X		X					X		X	6
Le regret du passé	X	X			X	X		X					5
L'évocation de l'EHPAD		X		X	X				X				4
L'entourage qui préoccupe	X	X	X	X									4

Tableau 3. Ressenti du social

Le tableau 3 représente le ressenti du social chez la personne âgée.

Le bien-être de l'environnement s'accompagne pour 10 individus par le bénéfice de l'entourage : « la moindre petite visite, ou le moindre geste, ça vous fait plaisir » ; pour 10 personnes par le bénéfice de l'activité : « on prend le moral, quand on va à la gym on retrouve les copains, on est une cinquantaine, à la pétanque c'est pareil, on passe une bonne soirée. Ça, ça joue pour le moral. Les rencontres ; ça passe la soirée » ; pour 6 seniors par le bien-être du domicile : « nous avons un but, rester chez nous ; un bien-être. Un bien-être, et puis c'est à nous, on est chez nous » ; pour 5 aînés par l'acceptation des aides : « Oui, j'ai pris sur moi tout un coup, je me suis dit que je vieilli et que je vais avoir besoin de quelqu'un ».

Le ressenti négatif de l'environnement est verbalisé pour 7 personnes par l'inconfort de la solitude et de l'isolement : « La solitude, ce n'est pas facile » ; pour 6 vieillards par le désagrément de la dépendance : « je n'aime pas être dépendant, je ne veux pas déranger » ; pour 5 personnes le regret du passé : « autrefois on était plus ensemble (...) maintenant on est un peu plus renfermé quoi » ; pour 4 seniors par l'entourage qui préoccupe : « c'est terrible à la fin, quand on est avec une personne qu'on a, qu'on ne peut pas converser avec ».

Dans les différents discours, 4 vieillards ont évoqué leur représentation de l'EHPAD. Pour 2 vieillards une représentation de mourir : « c'est un mouir, on attend la mort », pour une personne, elle a été contrainte d'accepter son entrée en EHPAD : « je me suis rendu compte, que je ne pouvais plus assumer toute seule (...) J'accepte. Je ne peux pas faire autrement ». Et un homme a verbalisé une image positive par l'institution de son épouse : « Heureusement qu'il y a quand même ses maisons de retraite qui sont là pour vous soulager ».

2.4 Contact avec leur médecin

Les 12 patients ont verbalisé l'importance du bon contact avec leur médecin traitant : « ça joue beaucoup, quand on est en confiance avec votre docteur, que vous pouvez lui parler, lui dire, ça, ça joue beaucoup » ; « je trouve qu'un docteur qui est très près de ses malades, et bien, ce n'est pas la moitié de la guérison parce que tout le monde ne guérit pas mais, je ne sais pas comment vous expliquer, mais pour le moral ça joue beaucoup ».

2.5 Le plus important

	Marie	Jean	Monique	Michel	Claude	André	Nicole	Pierre	Jacqueline	Jacques	Françoise	Bernard	
La santé		X	X	X		X			X				5
Le moral					X					X			2
L'environnement								X			X		2
L'ensemble	X											X	2

Tableau 4 : le plus important dans le bio-psycho-social

Le tableau 4 représente le plus important parmi le bio, le psycho et le social chez l'aîné.

Pour 5 personnes, la santé : « moi c'est d'être en bonne santé pour aller naviguer un petit peu, sortir, aller voir les amis ».

Pour 2 séniors, le moral : « Je pense que c'est le moral. Si tu as le moral, l'environnement tu ne t'en occupes pas vraiment, et la santé ça ira ».

Pour 2 aînés l'environnement : « quand on vit en famille, on est heureux en famille ».

Enfin, 2 individus n'ont pu choisir devant l'importance de ces 3 axes : « je ne saurais pas dire, car on a besoin de tout ».

IV. DISCUSSION

Notre étude montre l'importance de l'autonomie sans dépendance pour la personne âgée, les effets négatifs de l'isolement et de diverses pertes multiples sur le bio-psycho-social, le regard négatif du vieillard et de la société sur la vieillesse.

1. Validité de l'étude

Notre étude qualitative n'a pas de but statistique, en conséquence les résultats ne relèvent volontairement aucune proportion ni chiffre. L'absence de généralisation au plus grand nombre ou d'extrapolation est inhérente à la recherche qualitative.

Dans notre étude, la saturation des données a été obtenue. Elle a été respectée par le fait que l'échantillon soit raisonné, c'est-à-dire adapté à la problématique et obtenu de telle façon à ce qu'une diversité suffisante étudiée soit prise en considération.

Le choix de la méthode qualitative par analyse d'entretiens semi-dirigés était pertinent compte tenu de la question de recherche posée. En effet l'objectif était de pouvoir apprécier le vécu et le ressenti de la personne âgée sur sa vie actuelle. Les recherches qualitatives sont plus adaptées pour découvrir, identifier, reconnaître et approfondir ce qui relève des valeurs, des croyances et des représentations¹⁵.

1.1 Les limites de l'étude

- Biais de sélection :

La population d'étude était représentée par les patients suivis par des médecins généralistes exerçant dans le Nord des Deux-Sèvres. Les résultats sont donc influencés par les particularités socio-démographiques et la culture, plutôt rurale, de cette population. Le niveau d'étude, la capacité d'extraversion intervenaient dans les réponses apportées.

- Biais de désirabilité et de déclaration :

Ces biais sont inhérents à toutes études qualitatives. En effet, l'image que la personne interviewée veut donner à l'intervieweur influence ses réponses. Dans le cadre de notre étude, l'intervieweur se présentait comme interne en médecine. Cela a pu renforcer le sentiment de relation de soins, relation médecin-malade, avec une volonté de montrer que la personne interrogée est un « bon » patient ; même si nous avons tenté de limiter les barrières physiques et sociologiques.

- Biais d'influence :

Les opinions propres de l'enquêteur et sa manière de conduire l'entretien sont responsables de ce biais. L'interviewer a fait preuve au maximum d'écoute et d'une attitude neutre, sans exprimer ses opinions sur les sujets abordés, mais étant novice en matière de technique d'entretien et d'étude qualitative il a pu cependant influencer involontairement la personne interviewée.

- Biais d'analyse :

Il est difficile de dissocier analyse des résultats et interprétation. L'exposé des résultats a été réalisé de la manière la plus neutre possible, mais le classement thématique peut faire intervenir la subjectivité de l'investigateur. D'autant plus que l'investigateur ayant également réalisé les entretiens, une partie du souvenir des éléments de communication non verbale et de sa perception du discours a pu entrer en jeu. La triangulation réalisée en collaboration avec une personne extérieure à l'étude a permis de s'assurer de la validité du classement thématique choisi en minimisant le biais d'analyse.

- Une expérience limitée de la recherche qualitative :

Nous avons voulu réaliser une étude qualitative, car cette méthode convenait mieux à l'analyse du ressenti de la personne âgée sur sa vie actuelle.

Mais il faut admettre que les connaissances de l'investigateur dans ce domaine de recherche se limitent à des connaissances théoriques. Or, la qualité d'une recherche qualitative est directement liée à l'expérience personnelle de l'enquêteur dans ce domaine.

1.2 Les forces de l'étude

- Echantillonnage en variation maximale :

L'échantillonnage de la population de l'étude a été effectué de telle façon à obtenir une diversité de points de vue, d'enrichir les contrastes de situation et de favoriser l'émergence d'opinions variées.

- Etude multicentrique :

Le recrutement de la population de l'étude s'est effectué avec l'aide de huit médecins généralistes, situés dans six villes distantes chacune de 10 à 30 kilomètres, afin d'essayer de limiter les biais de recrutement pouvant être lié à la pratique d'un médecin de cabinet. Cela a concouru également à une plus grande diversité de l'échantillon de la population.

- Consentement libre et éclairé :

Sur le plan éthique, le consentement était demandé à chaque personne au moment de la prise de contact téléphonique par l'investigateur puis de nouveau confirmé de façon écrite, avant la réalisation de l'entretien. Notre étude n'a pas été confrontée au refus de participer.

- Approche compréhensive et inductive :

La réalisation d'entretiens semi-dirigés, non limités dans le temps, bien que très chronophages, a permis aux participants d'exprimer leurs idées, leurs expériences ainsi que le ressenti et le vécu qui leur était propre. Ces temps d'écoute et d'expression permettaient la mise en place d'association d'idées, l'extériorisation de la pensée avec une liberté d'expression.

La réalisation des entretiens au domicile du patient par l'intermédiaire d'un rendez-vous fixé à l'avance a permis aux participants d'être plus à l'aise.

L'enquêteur évitait d'induire des réponses ou d'émettre un avis, en se positionnant de façon naïve et en posant au maximum des questions ouvertes.

- Double codage :

Afin de limiter le biais d'interprétation des données, un double codage a été effectué pour analyser ces entretiens. Celui-ci a été réalisé de façon ouverte, afin que l'analyse ne soit pas guidée par une hypothèse pouvant induire un biais d'interprétation.

2. Représentation, prise en compte de la singularité et de la globalité du patient « pour l'atteinte des objectifs »

Pour nous médecins, il est important d'essayer de connaître les représentations que nos patients âgés ont de leur vie et de ce qui est important pour eux. Celles-ci peuvent être différentes selon que nous nous plaçons du côté du patient ou du médecin. En conséquence, nos buts peuvent être différents et nos efforts respectifs peuvent ne jamais aller vers le même objectif si nous faisons abstraction des représentations propre à chacun.

2.1 Autonomie sans dépendance

- Définitions :

En médecine, l'autonomie¹⁶ est définie comme la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. L'autonomie est parfois définie comme l'absence de dépendance.

La dépendance est définie comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Les termes d'autonomie et de dépendance ne sont pas opposés car l'autonomie se réfère au libre arbitre de la personne alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide.

- Importance de l'autonomie :

Dans notre étude, les discours font ressortir la grande importance de l'autonomie sans limitation fonctionnelle avec constat d'un bénéfice sur les 3 axes bio-psycho-sociaux.

Dans les 8 discours de personnes se sentant en bonne santé, ils mettent en avant la notion d'autonomie comme image de la santé. « je marche, quand on peut se déplacer c'est formidable », « quand on a une santé à peu près, on peut faire des projets ».

Dans cet échantillon de 12 personnes, 9 verbalisent de façon péjorative des limitations fonctionnelles (troubles de la vision, arthrose des mains, souffle court...) : « ce qui m'agace le plus, c'est les mains (...) je ne peux plus faire ce que je faisais » ; « je ne peux même plus lire »

Parmi ces limitations, nous avons mis en lumière la difficulté à la marche dans 7 discours, avec 1 discours supplémentaire où la personne continue à se déplacer mais verbalise : « Si je ne pouvais plus me bouger. Je crois que je souffrirais de rester immobile. L'immobilité me ferait souffrir ».

Pour 6 aînés, les douleurs influencent l'autonomie de la personne : « Quand je marche, elles ont mal, il y a une grande fatigue dans les genoux. C'est une maladie quoi » ; « la difficulté que j'ai maintenant, c'est de marcher ; les douleurs, de ne pas marcher comme je veux » ; « je ne peux pas rester debout longtemps, parce que toute suite mon dos me fait mal » ; « ce n'est pas grave, qui n'a pas de douleur ? (Rigole) ».

- Activité et moral :

Nous pouvons constater, la répercussion de cette perte d'autonomie sur leur moral « je suis nul, je ne peux rien faire » entraînant une restriction d'activité « je ne peux plus faire mes activités ».

Retarder ou limiter l'apparition des limitations fonctionnelles permet aux seniors de maintenir des activités, des occupations, des passes temps ayant un effet bénéfique sur leur moral, retrouvé dans 10 discours : « comme je suis toujours occupé ou que j'ai quelqu'un je n'y pense pas » ; « on prend le moral, quand on va à la gym on retrouve les copains, on est une cinquantaine, à la pétanque c'est pareil, on passe une bonne soirée. Ça, ça joue pour le moral. Les rencontres ; ça passe la soirée ».

- Les ressources du médecin généraliste :

Il semble primordial face à ce constat que le médecin généraliste recherche et limite l'installation de la perte d'autonomie. Pour cela il bénéficie de plusieurs moyens d'actions^{17, 18}.

Lors de ces consultations, le médecin peut informer sur l'importance d'une hygiène de vie avec une nutrition équilibrée voire enrichie, encourager à une activité physique suffisante avec entretien de la force musculaire. Sur le plan thérapeutique, il peut prescrire des médicaments contre la douleur tout en réévaluant régulièrement ceux pouvant favoriser les chutes. Il peut évaluer et proposer l'intérêt d'une canne, d'un déambulateur voire d'un fauteuil roulant.

Pour maintenir l'autonomie le médecin peut proposer à son patient atteint d'une affection longue durée, la prescription d'une activité physique adaptée (APA)¹⁹. La Haute Autorité de santé (HAS) reconnaît depuis 2011 le bénéfice pour les patients atteints de maladies chroniques de la prescription d'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse²⁰.

La pratique régulière d'une activité physique et sportive a plusieurs bénéfices²¹ : diminuer la mortalité et augmenter la qualité de vie ; prévention des principales pathologies chroniques ; maintenir l'autonomie des personnes âgées ; amélioration de la santé mentale.

Le patient pourra avoir recours à un professionnel bénéficiant de la spécialisation Activité Physique Adaptée et Santé (APAS)²². L'activité physique adaptée favorise la rééducation, la réadaptation, l'éducation, la prévention ou encore l'insertion sociale.

Le médecin généraliste a aussi le rôle de chef d'orchestre de façon à organiser et coordonner des soins plus poussés si nécessaire, ainsi que d'orienter les proches aidant dans leurs démarches de recherche d'aides.

Il peut orienter avec l'accord de son patient vers :

- D'autres confrères : le gériatre ayant comme mission principale la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies et des handicaps liés à l'âge ; l'ophtalmologue pour la prescription de lunettes, chirurgie d'une éventuelle cataracte ; l'orthopédiste pour une prothèse du genou ou de la hanche, etc... ;
- Le masseur-kinésithérapeute, pour permettre de soulager les gênes et douleurs articulaires, rééduquer et redonner plus d'autonomie motrice ou ralentir les dégradations, améliorer la capacité respiratoire et la capacité à fournir des efforts ;
- L'infirmière libérale, permettant les soins à la maison et la surveillance des pathologies chroniques ;
- L'ergothérapeute, formé et habilité à redonner des « marges d'autonomie » aux personnes pour qui les actes de la vie quotidienne se compliquent. Il peut donner des

recommandations sur la sécurisation et l'aménagement du domicile, pour le rendre plus pratique et adapté aux capacités du patient, mais aussi pour trouver des stratégies qui contournent les faiblesses et incapacités ;

- Le psychomotricien, pour agir sur les troubles psychiques qui se traduisent par une altération physique de l'attention et de l'apprentissage, la relation et la communication, la coordination et de l'équilibre, l'image du corps, le tonus musculaire.

- Le recours à des aides :

Lorsque l'autonomie semble compromise, se pose la question de la mise en place d'aides à domicile, de façon à faciliter les actes essentiels de la vie quotidienne (déplacement, toilette, habillage) et maintenir une vie sociale et relationnelle.

Dans ces différents discours, nous pouvons constater un avis mitigé sur l'appréciation et l'acceptation de ces aides.

Dans les discours de refus d'aides, ressort l'importance d'être autonome « pour moi, vivre, c'est au moins pouvoir se débrouiller tout seul » et la volonté de ne pas être vu comme un « poids » pour l'entourage « je n'aime pas être dépendant, je ne veux pas déranger ».

Il ressort de ces discours, pour 5 individus, une première étape d'acceptation : « j'ai pris sur moi tout un coup, je me suis dit que je vieillis et que je vais avoir besoin de quelqu'un », « je vous dis, on s'adapte à tout, on est bien obligé ».

Pour les personnes bénéficiant de ses aides, nous pouvons constater une appréciation et un effet bénéfique sur le moral et la vie social : « ça fait une personne qui remonte le moral », « ça fait une distraction », « une parole souvent ce n'est pas difficile, et ça fait du bien d'entendre quelqu'un parler avec vous ».

- Adaptation des aides aux patients :

Le médecin généraliste peut écouter avec empathie et accompagner son patient dans le processus d'acceptation des aides, en recherchant les difficultés ressenties, son vécu et les solutions proposées par le patient, en l'informant sur les différentes aides disponibles : aides au courses, aides pour les repas, aides aux ménages, aides à la toilette, etc. Le médecin se doit de rester attentif à ses craintes pour le rassurer et mettre en lumière le bénéfice envisagé. Tout en entendant son refus, le médecin doit pouvoir aider son patient à rester décisionnaire quitte à proposer à nouveau des solutions à un moment plus propice.

- L'étape de l'institutionnalisation :

Toutes ses mesures semblent importantes devant les discours de refus d'institutionnalisation et le bien être d'être chez soi, puisque 6 personnes nous ont

verbalisées l'importance de rester à leur domicile : « mon lieu de vie me suffit, il est très bien, je n'envisage pas ... » ; « nous avons un but, rester chez nous ; un bien-être. Un bien-être, et puis c'est à nous, on est chez nous »

Avec pour certains, une interprétation de l'EHPAD comme image de la mort : « c'est un mouroir, on attend la mort » ; « Ces gens-là, vous les auriez mis il y a 10 ans dans une maison de retraite ils seraient morts. »

Une personne a été contrainte d'accepter l'institutionnalisation « je me suis rendu compte, que je ne pouvais plus assumer toute seule (...) J'accepte. Je ne peux pas faire autrement ».

Seulement 1 personne a verbalisé un bien fait de l'EHPAD, par l'institutionnalisation de son épouse : « Heureusement qu'il y a quand même ses maisons de retraite qui sont là pour vous soulager ».

- La résilience :

Ainsi, l'âge est le temps de l'adaptation nécessaire²³. L'adaptation à un corps devient de plus en plus présente par les changements où la question du normal et du pathologique sont omniprésents. L'évolution des sens, des capacités cognitives et conatives rend parfois de plus en plus complexe l'adaptation à un environnement tant social que familial qui peut apparaître de plus en plus confus et dénué de sens. L'adaptation à un lieu, face à une incapacité physique ou psychique à se gérer de manière autonome, devient aussi l'un des marqueurs d'une dernière étape de l'existence. L'ensemble de ces mécanismes adaptatifs est générateur de stress.

2.2 Isolement de la personne âgée

- Définition :

L'isolement social²⁴ réfère à une carence de contacts interpersonnels. Il s'agit d'un paramètre objectif qui peut être mesuré en examinant si une personne vit seule, son statut conjugal, la taille de son réseau social et sa participation à des activités de groupe. L'isolement social est un problème particulièrement fréquent à des âges avancés lorsque la diminution des ressources économiques, l'invalidité ou encore le décès des personnes proches contribuent à diminuer les contacts sociaux. Les études montrent que les individus isolés socialement sont à plus haut risque de maladies cardiovasculaires, de maladies infectieuses (comme le rhume), de détérioration des fonctions cognitives, et de mortalité prématurée.

- La solitude :

L'isolement de la personne âgée²⁵ est mis en avant dans 7 interviews : « c'est le prolongement de ma solitude » ; « tout seul ce n'est pas drôle. Pas drôle du tout même », « La solitude, ce n'est pas facile ».

Ce sentiment de solitude est accentué par le veuvage : « c'est l'absence de sa présence qui me tue » ; « c'est le prolongement de ma solitude » ; « tout seul ce n'est pas drôle. Pas drôle du tout même » ; « Pour moi, ça été difficile quand même. Comme pour toutes celles qui perdent son compagnon, on était mariés depuis 55 ou 56 ans ».

Le vieillissement et la perte des amis favorisent l'isolement : « Alors vous voyez on perd, ces parties, comment je vais dire, on perd, pas ces récréations mais ces parties quoi, ces journées où on pouvait sortir alors » ; « mais avec mon âge, il n'y en a plus beaucoup ».

Le manque de lien avec les personnes plus jeunes est une difficulté : « les vieux sont mis de côté, c'est peut-être normal, nous on a peut-être été pareil », avec une impression que c'était mieux avant : « personne ne s'entend, personne ne veut se voir (réfléchi) nous pendant la guerre, il y avait des veillées le soir, on se retrouvait entre jeunes, on allait se retrouver, on dansait, on s'amusait. On ne voit plus guère ça maintenant (silence) » ; « Autrefois on se voyait en campagne beaucoup, mais maintenant on ne se voit plus ».

Les déplacements limités accentuent l'isolement : « on ne sort pas beaucoup parce que je ne peux pas marcher. Je marche mal » ; « je ne peux rien faire, je ne peux pas faire autre chose. Je ne peux pas, je n'ai pas autre chose à faire. Alors je reste dans le lit », « comme je ne sors pas. Alors, je rumine... et j'attends que ça passe »

- La parole :

Cet isolement est entrecoupé par un grand bénéfice de la visite ou d'un coup de téléphone de leurs proches, verbalisé dans 10 discours : « mes bons moments, c'est de me retrouver en famille » ; « la moindre petite visite, ou la moindre geste, ça vous fait plaisir » ; « tout le monde est enchanté de se retrouver ensemble, tout le monde fait la fête ensemble » ; « Ça fait toujours plaisir, de voir quelqu'un, de ne pas être renfermé toute la journée dans une maison » ; « Et ça passe le temps ; une parole souvent ce n'est pas difficile, et ça fait du bien d'entendre quelqu'un parler avec vous ».

- L'activité physique :

Le maintien des activités est retrouvé dans 10 discours : « on prend le moral, quand on va à la gym on retrouve les copains, on est une cinquantaine, à la pétanque c'est pareil, on passe une bonne soirée. Ça, ça joue pour le moral ».

- Les rencontres :

Le bien-être se retrouve par diverses rencontres : « Les rencontres ; ça passe la soirée » ; « Quand on est heureux, il y a des fois, je vais au supermarché, je vois des gens... on discute, on parle, on prend des nouvelles... autrement on est toujours là, on ne sort pas »

- Le médecin :

La visite du médecin est un moment apprécié du patient : « je trouve qu'un docteur qui est très près de ses malades, et bien, ce n'est pas la moitié de la guérison parce que tout le monde ne guérit pas mais, je ne sais pas comment vous expliquer, mais pour le moral ça joue beaucoup ».

Cela montre l'importance pour le médecin de prendre le temps de discuter, d'écouter, de rassurer de partager un moment de « convivialité » avec son patient.

- Les ressources du médecin :

Pour lutter contre les conséquences de cet isolement, le médecin peut là aussi proposer d'avoir recours à des services d'aides à domicile²⁵.

En effet, les visites régulières d'un auxiliaire de vie contribuent au maintien du lien social. Les seniors ont alors l'occasion de discuter avec une personne bienveillante et à l'écoute. La conversation et l'échange participent à l'estime de soi, stimulent les personnes âgées et contribuent au bien vieillir. De plus, une aide à domicile peut accompagner la personne lors de ses déplacements dans le quartier pour faire quelques courses, participer à une vie associative ou avoir une activité culturelle. Les seniors dépendants se sentent alors soutenus et écoutés. La présence d'un auxiliaire de vie à domicile améliore l'estime de soi des seniors qui ont le sentiment d'être mieux intégrés dans la société et la vie de leur quartier.

De façon à faciliter la coordination des interventions²⁶, il est possible d'orienter vers les dispositifs nationaux de prévention des situations d'isolement sur le département (Monalisa²⁷, Visiteurs volontaires, assistants de convivialité...) en lien avec les CLIC²⁸ et plateformes territoriales de services et d'animation.

Devant la solitude et l'ennui, le médecin peut encourager son patient à s'inscrire dans une association. Les clubs²⁹ pour personnes âgées proposent des activités sur mesure, adaptées aux goûts et à l'âge. Ces activités sont propices aux échanges et permettent de rencontrer de nouvelles personnes ayant les mêmes centres d'intérêts, permettant de développer une vie sociale riche et de bénéficier d'un soutien moral en cas de besoin.

Les individus n'étant plus capables de conduire, peuvent faire intervenir des associations comme transport solidaire³⁰. Le principe est de mettre en relation des

conducteurs bénévoles et des passagers ne pouvant plus se déplacer pour les aider dans leur déplacement du quotidien. Cela participe une nouvelle fois à rompre l'isolement et créer de nouvelles rencontres et un lien social.

Dans nos 12 entretiens, nous avons pu constater les effets négatifs de l'isolement avec un bénéfice des rencontres, des sorties, des activités.

Il est à noter que nos entretiens ont eu lieu de mai à décembre 2019.

Dans les conditions sanitaires actuelle de la COVID-19, nous pouvons supposer que le vécu de l'isolement chez les personnes âgées ainsi que ses conséquences sur leur santé, leur moral et leur vie social pourrait-être ressenti différemment.

2.3 Rupture avec l'état antérieur

- Définition :

La perte des réserves adaptatives ³¹⁻³² due au vieillissement et aux maladies chroniques peut être responsable chez certains vieillards d'un état de fragilité permanent qui se caractérise par une instabilité physiologique. Ces patients, qui sont dans l'incapacité de s'adapter à un stress même minime, sont particulièrement exposés au risque de pathologies en cascade.

Le syndrome de fragilité ³¹⁻³² se caractérise par un risque permanent de décompensation fonctionnelle conduisant à une aggravation de l'état de santé et à la dépendance.

En médecine générale, nous expliquons la fragilité, provoquée par des facteurs intercurrents, avec répercussion biologique, par le schéma 1+2+3 de Bouchon (1984)^{31, 32} (annexe 4).

Ces affections aiguës, surviennent de façon brutale, en coup de tonnerre, et entraînent des répercussions négatives sur la qualité de vie des personnes âgées, sans retour à l'état antérieur.

Dans nos différents discours, nous avons pu mettre en lumière cette notion de pertes multiples.

- Perte des capacités fonctionnelles :

La perte des capacités fonctionnelles a été verbalisé par 9 séniors : « Mais je ne peux pas tricoter, j'aimais beaucoup tricoter, je ne peux pas coudre, parce que j'ai des fourmillements dans les doigts, et puis quelques fois ça casse, ça tombe et puis... ».

- Perte de la santé :

Dans 8 discours, nous avons retrouvé la notion de rupture avec la santé : « quand ça vous tombe sur le dos une maladie comme ça, après tout est fini, on en parle plus. Plus question de sortir, on est renfermé chez soi ».

- Perte des liens sociaux :

Les limitations de contacts avec la famille, les amis, la société a été citée par 8 personnes : « Alors vous voyez on perd, ses parties, comment je vais dire, on perd, pas ses récréations mais ses parties quoi, ces journées où on pouvait sortir alors ».

- Perte de la mobilité :

Dans nos entretiens, 7 vieillards verbalisent ne plus pouvoir se déplacer comme avant : « la difficulté que j'ai maintenant, c'est de marcher ; les douleurs, de ne pas marcher comme je veux » ; « Je ne peux pas marcher convenablement ».

- Perte d'un proche :

La période de deuil, survenant brutalement et de façon irréversible, a été verbalisée dans 7 discours : « des mauvais moments avec le décès de mon mari, et la maladie de mon fils, ça c'est très dur, on n'oublie pas ».

- Perte de l'autonomie

Parmi nos discours, 6 aînés ont verbalisé la perte de leur autonomie : « Oui, j'ai pris sur moi tout un coup, je me suis dit que je vieillis et que je vais avoir besoin de quelqu'un ».

- Perte de la « jeunesse » :

Nous avons pu entendre dans 5 verbatims le regret du passé : « ça me rappelle le bon temps. Le temps où je vivais vraiment. Parce que là, j'estime que je ne vis plus. Je survis. C'est une vie, c'est une vie, oui, c'est une vie végétative ».

- Perte d'un statut, d'un rôle :

Dans nos entretiens, 2 aînés ont verbalisé la rupture avec leur travail, leur fonction : « je ne peux plus rien faire, je suis nul, je n'ai pas de responsabilité, je n'ai plus rien ».

De façon à surmonter ces peines, le sénior doit encore et toujours s'adapter.

- L'acceptation :

Ces différentes pertes nécessitent un temps d'acceptation verbalisé par 8 séniors : « La sagesse c'est d'être ce que l'on est. Accepter ce que l'on est. Et d'accepter où l'on en est (rigole) parce il faut l'accepter quand même, il y a quand même, faut accepter ce qu'on a, on ne peut plus jouer, qu'on a plus grand-chose à pouvoir faire ».

- Les pensées positives :

Cela passe aussi par des pensées positives les aidants à avancer : « on a encore des bons moments quoi. Des bons moments, il ne faut pas trop se plaindre ».

- L'écoute du médecin :

L'envie de communiquer ses peines avec son médecin, leur apporte du « réconfort » : « ça joue beaucoup, quand on est en confiance avec votre docteur, que vous pouvez lui parler, lui dire, ça, ça joue beaucoup » ; « je trouve qu'un docteur qui est très près de ses malades, et bien, ce n'est pas la moitié de la guérison parce que tout le monde ne guérit pas mais, je ne sais pas comment vous expliquer, mais pour le moral ça joue beaucoup ».

- Les ressources du médecin :

Ces différents discours mettent en lumière l'effet négatif de ces pertes multiples sur leur santé, leur moral et leur vie social.

Le médecin généraliste, peut mettre en place une prise en charge relationnelle, prolongement indispensable de la technique médicale. Elle contribue à prévenir chez le malade les conduites de fuite tel que la régression, la recherche de maternage et le refuge dans la maladie, tous pourvoyeurs de dépendance. L'étape thérapeutique doit dépasser le concept de guérison pour conduire à une médecine adaptative.

Cette médecine adaptative est possible par le biais de l'écoute active³³. Cette approche se caractérise par la manifestation d'un respect et une confiance douce et empathique envers l'interlocuteur, pour qu'il puisse lâcher ses défenses, se sentir en sécurité et puisse délivrer ses secrets les plus intimes dans la thérapie.

Ainsi le médecin doit accepter qu'il n'existe pas toujours de réponse, de solution, mais qu'une présence, une écoute empathique peut soulager le patient. Grâce à cette relation, l'ainé se sent écouté, et prend plaisir à discuter, à raconter son parcours de vie, son savoir. Par cet outil, le lien de confiance se crée et se maintient dans le temps.

2.4 Ressenti « d'être vieux »

- Introduction :

Aux prémices de notre étude, nous nous sommes interrogés sur la notion « d'être vieux ». La définition répertoriée dans le Larousse³⁴ est : « Qui est très avancé en âge, dans la dernière période de sa vie ». Nous pouvons constater que cette définition reste imprécise, et ne s'engage pas sur une catégorie d'âge.

Nous avons alors souhaité connaître l'interprétation, le ressenti de cette représentation par la personne âgée.

- Définition d'un aîné :

Dans nos différents entretiens, un individu a verbalisé sa propre définition d'être vieux : « être vieux, c'est quelqu'un qui n'a pas le moral ».

- « La vieillesse est un naufrage²³ » :

Dans les discours la notion d'être vieux est verbalisée pour 5 personnes : « je suis trop vieille » ; « je suis vieux ».

Le vieillissement est stigmatisé dans une impression d'image négative de la part de la société « on est des vieux quoi. Et on le sent bien, des fois on nous traite de vieux, « bonjour les vieux » « comment ça va les vieux » ça c'est... ça me gêne un peu ça », « Bah ça représente... on est vieux. Qu'on gêne peut-être. C'est peut-être dur »

La personne âgée a la sensation de ne plus pouvoir participer à la vie de la société : « je pense que c'est une question d'âge aussi, parce que j'ai entendu plusieurs personnes, en vieillissant, qui étaient moins intéressées par tout ce qu'il y avait autour » ; « on se détache des choses peut-être, je ne sais pas ».

Il existe des difficultés à pouvoir s'exprimer librement : « Quand on a 86 ans on ose plus dire les choses au gens comme on pouvait le faire quand on était jeune, on n'ose pas dire aux gens ce qu'on ressent » ; « Mais si j'osais dire des choses à une personne plus jeune que moi, je me sentrais ridicule. C'est pour ça que je ne dis rien, je garde en moi ». Pour autant, le patient réussi à se confier librement à l'interviewer, présenté comme jeune médecin, d'où le rôle important d'écoute, d'empathie du médecin.

Ils ressentent des sentiments qui sont propres à leur âge : « Quand on est jeune, on ne se rend pas compte, je ne parle pas du bonheur d'être sur terre, on ne se rend pas compte des années qui passent (...) mais plus on est âgé, plus c'est moche ».

- Honte et culpabilité :

L'image négative de la vieillesse renvoie pour 5 individus un sentiment de honte et de culpabilité devant leur âge : « mais il y a tellement de gens malades encore en ce moment, bah dès fois je n'ose pas dire mon âge tellement ça me fait honte, tant de gens qui meurt jeune, et puis moi, qu'aurais bien voulu mourir jeune, et beh vous voyez à 98 ans ça me fait honte » ; « J'ai tellement entendu dire, « qu'est-ce qu'elle fout là-elle », auprès des jeunes qui s'en vont » ; « ça me fait chier, ce n'est pas normal, qu'on soit encore là, nous des gens assez âgés, et qu'il y en a d'autres à 50-60 ans qui foutent le camp même avant » ; « ça me fait chié, ça m'emmerde d'avoir 87 ans » ; « il y a tant de jeunes qui partent, là tu te dis « tu serais quand même mieux à ma place » (...) et puis c'est vrai, mais on ne choisit pas ».

- Acceptation :

A l'inverse 2 interviewés ne se trouvent pas vieux : « 85 ans comme je vous dis, bon. On peut dire maintenant qu'ils ont quand même vécu. Mais on peut dire maintenant aussi que ce n'est pas trop vieux » ; « je ne me sens pas assez vieux... être vieux, c'est (réfléchi), c'est quelqu'un qui n'a pas le moral ».

Et 2 autres individus aimeraient continuer à vivre pour fêter la dizaine suivante : « arriver à 100 ans c'est un bel âge pour... je ne sais pas (...) si je suis venu là, je peux peut-être aller un peu plus loin. » ; « je regarde devant, si je peux aller jusqu'à 90 ça serait bien ».

Pour 1 individu, il a dépassé l'âge qu'il s'était fixé, et laisse sa vie défilé : « Moi, j'avais visé, d'être, (il réfléchit) d'aller à l'an 2000 autrement dit d'avoir 75 ans. Et j'en ai bien plus (rigole) (...) la vie c'est quelque chose qui se déroule ».

- La chance :

Dans 5 discours, la notion de chance est exprimée : « j'ai de la chance, j'ai quand même 88 ans, je suis encore (touche du bois) en bonne santé » ; « L'espérance de la vie augmente tout le temps et tout et pour tout le monde. Là aussi, il y a quand même un facteur chance » ; « j'ai eu de la chance d'arriver jusque-là » ; « il faut compter sur la chance maintenant ».

- Les moyens d'adaptation :

Une image négative de son vieillissement a ainsi des répercussions péjoratives sur sa santé, son moral et son environnement.

Une étude publiée en 2018³⁵, a mis en lumière qu'une perception positive du vieillissement présentait un risque de 2.7% de développer une démence contre 6.1% chez ceux qui en avaient une perception négative.

Il existe une prise de conscience du ministère des solidarités et de la santé, qui lors d'une consultation sur la « Place des personnes âgées »³⁶, met en avant la lutte contre les représentations liées à l'âge : « Ainsi, nous devons collectivement changer de regard sur la vieillesse, qui ne doit pas aller de pair avec inutilité sociale ou dépendance, comme on l'entend souvent. Vieillir est, et doit toujours être, une chance. Il est grand temps que la société prenne conscience de la place fondamentale que tiennent les personnes âgées dans notre société. ».

Dans un article publié dans « gérontologie et société » en 2007 par Jean-Pierre Aquino intitulé Le vieillissement : d'un modèle « déféctologique » à un modèle « ontogénique »³⁷, proposait de rechercher une nouvelle image de la vieillesse pour les jeunes, mais aussi une nouvelle image de la jeunesse pour les anciens.

Pour ce faire, il met en avant des actions intergénérationnelles pour redonner une place à la vieillesse en passant par la nécessaire acceptation de la différence d'âge et réintégrer la vieillesse dans le cycle de vie.

Une étude menée avec l'université de Bâle³⁸ a mis en évidence les avantages des rencontres intergénérationnelles : renforcement du lien social, partage d'un moment convivial, enrichissement personnel. Ces échanges valorisent les personnes âgées et contribuent au sentiment d'appartenance. Les résidents se sentent utiles en s'occupant des enfants : l'estime de soi s'en trouve exacerbée. Les enfants constituent une grande source de motivation pour les adultes âgés.

Développer des lieux de vie alternatifs ou intergénérationnels innovants a été approuvé par les citoyens lors de la consultation de 2018 du ministère des solidarités et de la santé sur « Comment mieux prendre soin de nos aînés ? »³⁹.

Ainsi le médecin généraliste peut encourager son patient à s'inscrire dans des échanges intergénérationnels si ses structures ont été créées à proximité.

A ce jour, les structures d'accueil multigénérationnelles sont peu nombreuses. Il faudra attendre la création de ces structures pour pouvoir en confirmer l'effet bénéfique sur la vieillesse.

2.5 Réponse à la question de recherche

Notre étude a permis de répondre à notre question de recherche.

L'ainé met sur un piédestal l'importance de rester autonome sans dépendance lui permettant de se pourvoir à soit même, de maintenir ses activités et ses sorties avec un effet bénéfique sur son moral et son environnement. Ces limitations fonctionnelles sont exacerbées par différentes pertes qui accentuent l'isolement de la personne âgée et le regard négatif sur la vieillesse dans la société.

Le médecin généraliste riche de cet enseignement peut ainsi améliorer son intervention auprès de son patient âgé. Il se doit de rester attentif au maintien de la santé de l'ainé avec prescription d'aides médicamenteuses, matériels, humaines, dans l'accompagnement de sa santé mentale avec une écoute active et empathique. Il accompagne le sénior dans le maintien d'une vie sociale avec orientation vers différentes structures d'aides, d'activités, de loisirs, le lien avec la famille et l'environnement habituel.

V. CONCLUSION

Le système de santé doit faire face à une augmentation du nombre de personnes très âgées. C'est une population consultante par l'augmentation des maladies chroniques et l'apparition des limitations fonctionnelles. Ceci est un enjeu majeur de santé publique. Afin d'améliorer la santé des aînés et leur qualité de vie, une prise en charge structurée et personnalisée doit être mise en place.

Notre étude qualitative a permis de recueillir le vécu et le ressenti de douze aînés. Ce travail montre la richesse des représentations des patients au sujet de leur santé, leur moral et leur environnement. Leurs perceptions sont forgées par le vécu différent de chacun. Elles ne sont pas figées et évoluent dans le temps au gré des événements de la vie. Il est donc nécessaire de savoir écouter les patients, de prendre du temps pour les aider en repérant leur vulnérabilité du moment et en les guidant dans les différents soins et accompagnements humains et matériels.

A l'analyse de nos résultats, nous pouvons mettre en lumière que le ressenti de nos aînés est très comparable à celui de Jeanne, décrite dans le roman « Un clafouti aux tomates cerises¹ » :

L'aîné doit s'adapter constamment aux changements survenant suite à différentes pertes : les altérations physiques, les défaillances du corps, les atteintes cognitives limitant de plus en plus les capacités d'autonomie et confrontant le vieillard au risque de la perte d'autonomie. Le deuil d'un proche et la confrontation à la mort, les privations sociales par diminution des sorties, des activités, des restrictions de participations entraînent un isolement de la personne âgée et une image négative de la vieillesse.

Nous pouvons essayer de définir les éléments d'une vieillesse idyllique, en accord avec le modèle à six facteurs de Ryff (1989)²³ : l'acceptation de soi, l'existence de bonnes relations avec autrui, le maintien de son autonomie, la maîtrise de son environnement, la poursuite d'objectifs et la recherche d'un certain épanouissement personnel.

Ainsi, le médecin généraliste intervient auprès de son patient âgé : dans le maintien de sa santé avec prescription d'aides médicamenteuses, matériels, humaines, dans l'accompagnement de sa santé mentale avec une écoute active et empathique, dans le maintien d'une vie sociale avec orientation vers différentes structures d'aides, d'activités, de loisirs, le lien avec la famille et l'environnement habituel.

Encore une fois, et plus encore, cette thèse souligne la dimension de la prise en charge du médecin généraliste dans un cadre multifocal qu'est celui du modèle bio-psycho-social.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. De Bure V. Un clafoutis aux tomates cerises, Flammarion ; 2017.
2. Organisation mondiale de la santé, préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946.
3. Gimbert V ; Godot, C. Centre d'analyse stratégique – Vivre ensemble plus longtemps, Rapports et documents 2010 n°28. [En ligne].
http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/vivre_ensemble_plus_longtemps.pdf
Consulté le 11 avril 2021.
4. Haute Autorité de santé, points clés, organisation des parcours, note méthodologique et de synthèse documentaire, prendre en charge une personne polypathologique en soins primaires, mars 2015. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf Consulté le 11 avril 2021.
5. Ennuyer E. Cairn Info, matière à réflexion, A quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus, Dans Gérontologie et société 2011/3 (vol.34/n°138). [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-3-page-127.htm> Consulté le 11 avril 2021.
6. Institut National d'études démographiques, Espérance de vie : Evolution de l'espérance de vie à la naissance et à 65ans, mise à jour en février 2021. [En ligne].
<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/> Consulté le 11 avril 2021.
7. Ministère Solidarité et de la santé, Personnes âgées : les chiffres clés, mise à jour le 02 mars 2018. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles> Consulté le 11 avril 2021.
8. Calvet, L. (DREES), Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus, Comptes nationaux de la santé, 2012. [En ligne].
https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:l7lUhxDw5CgJ:https://www-valid.drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2012_doss2.pdf+&cd=3&hl=fr&ct=clnk&gl=fr
Consulté le 11 avril 2021.
9. LEEM les entreprises du médicament, Innovation et santé : comment vont les français ? 18 avril 2019. [En ligne]. <https://www.leem.org/comment-vont-les-francais> Consulté le 11 avril 2021.

10. HCFEA, Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030, Conseil de l'âge, tome 1 du rapport : état des lieux ; rapport adopté le 7 novembre 2018. [En ligne]. https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/conseil_de_lage_saisi_ne_personnes_agees_2030_tome_1vf.pdf Consulté le 11 avril 2021.
11. Poupart J, groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : G. Morin ; 1997
12. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifique valide ? 2007. P. 99-111.
13. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes – L'entretien. Collection 128, 2^e édition, Armand Colin ed. ; 2009.
14. Le journal des femmes, maman, Prénoms les plus donnés en France en 1940. [En ligne]. <https://www.journaldesfemmes.fr/prenoms/classement/prenoms/les-plus-donnees/1940> Consulté le 11 avril 2021.
15. Auvin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative, Exercer. 2008 ; 19(84) :142-5
16. Université Médicale Virtuelle Francophone, Autonomie et dépendance, Date de création du document 2008-2009. [En ligne]. <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf> Consulté le 11 avril 2021.
17. Collège des Enseignants de Neurologie, Troubles de la marche et de l'équilibre (sujet âgé). [En ligne]. <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/troubles-marche-lequilibre-sujet-age> Consulté le 11 avril 2021.
18. Essentiel autonomie, malakiff humanis, Médecin, soignants, aides : à qui faire appel pour une personne âgée ? Mise à jour le 05 juillet 2019. [En ligne]. <https://www.essentiel-autonomie.com/etre-aide-lorsqu-aide-proche/medecins-soignants-aides-qui-faire-appel-personne-agee> Consulté le 11 avril 2021.
19. Ministère des solidarités et de la santé, Mise en œuvre de la prescription de l'activité physique, publié le 03 mai 2017. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/mise-en-oeuvre-de-la-prescription-de-l-activite-physique> Consulté le 11 avril 2021.
20. Haute Autorité de Santé, Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, Rapport d'orientation, Recommandation en santé publique, mis en ligne le 01 juin 2011. [En ligne]. <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees Consulté le 11 avril 2021.

21. Ministère des solidarités et de la santé, Activité physique et santé, mise à jour le 02 août 2019. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante> Consulté le 11 avril 2021.

22. Sport sur ordonnance, Décret du 1^{er} mars 2017, Coach APAS. [En ligne]. <https://sport-ordonnance.fr/coach-apas-3/> Consulté le 11 avril 2021.

23. Ribes G, Cairn info, matière à réflexion, Résilience et vieillissement, dans Reliance 2006/3 n°21 pages 12 à 18. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-reliance-2006-3-page-12.htm> Consulté le 11 avril 2021.

24. Dr Juneau, M.D, FRCP, Observatoire de la prévention, institut de cardiologie de Montréal, L'isolement social, un important facteur de risque de mortalité prématurée, 3 mai 2017. [En ligne]. <https://observatoireprevention.org/2017/05/03/lisolement-social-important-facteur-de-risque-de-mortalite-prematuree/> Consulté le 11 avril 2021.

25. Proseniors, aides à domicile, Comment prévenir l'isolement des personnes âgées ? 17 mai 2018. [En ligne]. <https://www.pro-seniors.fr/prevenir-isolement-personnes-agees/> Consulté le 11 avril 2021.

26. Direction des solidarités et de l'autonomie des personnes, Schéma pour l'autonomie 2015-2020, Axe 04/ Fiche action 4 – 2 : Faciliter la coordination des interventions autour des personnes en pertes d'autonomie, vers la création d'un service départemental de l'autonomie. [En ligne]. <https://www.deux-sevres.fr/sites/default/files/2017-11/Sch%C3%A9ma-de-l-autonomie-2015-2020.pdf> Consulté le 11 avril 2021.

27. Monalisa, engagés contre l'isolement des âgés. [En ligne]. <https://www.monalisa-asso.fr/> Consulté le 11 avril 2021.

28. Deux-Sèvres, Mon département, Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC). [En ligne]. <https://www.deux-sevres.fr/nos-missions/les-personnes-agees/les-centres-locaux-dinformation-et-de-coordination-gerontologique> Consulté le 11 avril 2021.

29. ABC Senior, Pourquoi rejoindre un club senior ? [En ligne]. <https://www.abc-senior.fr/bien-etre/services-produits-bien-etre/clubs-pour-seniors/#:~:text=Les%20clubs%20pour%20seniors%20ont,%C3%A9quipe%20en%20charge%20du%20club> Consulté le 11 avril 2021.

30. La plateforme du transport solidaire. [En ligne]. <https://transport-solidaire.fr/> Consulté le 11 avril 2021.

31. Université médicale virtuelle francophone, Campus gériatrie, La personne âgée malade, Collège National des Enseignants de Gériatrie, mise à jour le 1^{er} octobre 2009. [En ligne]. <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/personneagee/site/html/1.html> Consulté le 11 avril 2021.
32. Legrain S, Haute Autorité de Santé, Pourquoi développer des aides à la prescription chez le sujet très âgé ? juillet 2008. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-07/justificatif_pmsa_et_cheminements_cliniques_080708.pdf Consulté le 11 avril 2021.
33. Médecine Intégrée, Portail des Médecines Alternatives, L'écoute active, 20 mars 2017. [En ligne]. <https://medecine-integree.com/lecoute-active/> Consulté le 11 avril 2021.
34. Larousse, définitions, [En ligne]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieux/81940#:~:text=Qui%20est%20tr%C3%A8s%20avanc%C3%A9%20en,ans%2C%20il%20%C3%A9tait%20d%C3%A9j%C3%A0%20vieux> . Consulté le 24 avril 2021.
35. Génétique, 1^{er} site d'actualité bioéthique. [En ligne]. https://www.genethique.org/avoir-une-mauvaise-image-de-la-vieillesse-augmente-le-risque-de-demence/#_ftn1
36. Ministère des solidarités et de la santé, Consultation – « Place des personnes âgées », 18 décembre 2020. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/consultation-place-des-personnes-agees/> Consulté le 11 avril 2021.
37. Aquino J-P, Cairn Info, matière à réflexion, Le vieillissement : d'un modèle « déféctologique » à un modèle « ontogénique », dans gérontologie et société 2007/4 (vol. 30/n°123), pages 13 à 29. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-13.htm> Consulté le 11 avril 2021.
38. LNA Santé, soigner et prendre soin, Le lien entre génération au cœur de la philosophie LNA Santé, publié le 28 novembre 2018. [En ligne]. <https://www.lna-sante.com/actualite/le-lien-entre-generations-au-coeur-de-la-philosophie-lna-sante> Consulté le 11 avril 2021.
39. Ministère des solidarités et de la santé, grande cause make.org, Comment mieux prendre soin de nos aînés ? [En ligne]. <https://grande-consultation-aines.make.org/> Consulté le 11 avril 2021

RESUME

Introduction : L'augmentation du nombre de personnes âgées est un enjeu majeur de santé publique. Afin d'améliorer la santé et la qualité de vie des aînés, une prise en charge bio-psycho-social personnalisée doit être mise en place. Le but est d'améliorer la prise en charge globale du patient. Nous avons voulu évaluer le ressenti et le vécu des patients en dépassement d'espérance de vie théorique vis-à-vis de leur santé, leur moral et leur environnement.

Matériel et méthodes : Cette étude qualitative avec analyse thématique du discours a été réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés, auprès de douze patients âgés de plus de 80 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes du Nord Deux-Sèvres. Une triangulation du codage axial puis thématique a été effectuée.

Résultats : Les patients interrogés sur le ressenti de leur santé ne verbalisent pas sur leur pathologie chronique. Ils interpellent sur les répercussions de leur autonomie avec apparition de limitations fonctionnelles, en verbalisant l'ensemble des difficultés à se déplacer. Cela entraîne des répercussions au niveau de leur moral, d'une part en se sentant diminués, d'autre part face à un sentiment d'isolement par restriction de participation à la vie sociale. Les aînés verbalisent alors un sentiment de rejet et d'inutilité face à la société. Ce sentiment est accentué par diverses pertes : fonctionnelles, humaines, sociales, survenant en coup de tonnerre, pour la plupart irréversibles, nécessitant acceptations et adaptations perpétuelles.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en exergue l'importance du maintien d'une autonomie, en palliant l'apparition des limitations fonctionnelles par prises en charges humaines et matériels, pluridisciplinaires. On limite ainsi l'isolement de la personne âgée et le sentiment d'inutilité. Il semble primordial de changer le regard négatif sur la vieillesse. Une écoute active et une présence empathique permet de soutenir et d'accompagner l'ainé dans son processus de deuil et d'adaptation.

Mots clés : Personne âgée, vieillesse, autonomie, limitation fonctionnelle, isolement, pertes multiples, acceptation, adaptabilité, entourage, occupation, médecin généraliste, bio-psycho-social, empathie.

ANNEXE

ANNEXE 1 : Questionnaire d'entretien semi directif :

Question : Quel est le ressenti sur votre vie actuelle ?

- Généralité
 - Suite à mon entretien téléphonique, spontanément, qu'avez-vous envie de me dire ?
- Partie biologique
 - Comment décririez-vous votre état de santé actuel ?
 - Au quotidien, comment ça se passe ?
 - Une maladie pour vous ça représente quoi ? Quelle solution pour vous ?
 - Qu'est ce qui peut aujourd'hui influencer votre santé ?
- Partie psychologique
 - Comment est votre moral actuellement ?
 - Qu'est ce qui influence votre moral ?
 - Quels sont les points positifs à votre moral ?
 - Quels sont les points négatifs qui influencent votre moral ?
- Partie social/environnement
 - Avec votre entourage comment ça se passe ?
 - Qu'est ce qui influence vos relations ?
 - Comment faites-vous ?
 - Que pensez-vous de votre lieu de vie ?
- Et avec votre médecin traitant ?
- Parmi ses trois axes (santé, moral, environnement), quel est pour vous le plus important ?

Annexe 2 : consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet :

Ressenti de la vie chez des hommes de plus de 80 ans et des femmes de plus de 85 ans.

Personnes responsables du projet

Charlène Gaillard, interne en médecine générale.

Ce projet d'étude est réalisé dans le cadre de mon doctorat en diplôme d'étude spécialisé en médecine générale, réalisé à la faculté de médecine et de pharmacie à Poitiers. Mon directeur de thèse est le docteur Liaigre Jacky, exerçant rue des grands champs, à Moncoutant (79320).

Financement du projet de recherche

Ce projet de recherche ne reçoit aucun financement public ou privée.

Objectif du projet

Recueillir le ressenti global de vie de la personne âgée, de façon à aider les médecins généralistes à accompagner de façon encore plus individuel le patient dans sa santé et son environnement.

Raison et nature de la participation

Votre participation à ce projet sera requise pour une entrevue d'environ 1 heure. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions sur le ressenti de votre vie dans le domaine de votre santé, de votre moral et de votre environnement. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous apportera l'avantage de communiquer votre expérience personnelle. À cela s'ajoute le fait qu'elle contribuera à l'avancement des connaissances entourant l'accompagnement des personnes âgées.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits ?

Oui ☐ Non ☐

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : initial, sexe, date de naissance, origine ethnique, profession exercée, enregistrements vidéo ou audio, habitudes de vie, résultats de tous les tests, examens et procédures que vous aurez à subir lors de ce projet, etc.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un pseudonyme. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Résultats de la recherche et publication

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.
Surveillance des aspects éthiques La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a donné son aval concernant la conformité de cette recherche. Numéro de déclaration : 2212208 v 0

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (nom en caractères d'imprimerie), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet. Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____, le _____

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____ chercheur principal de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

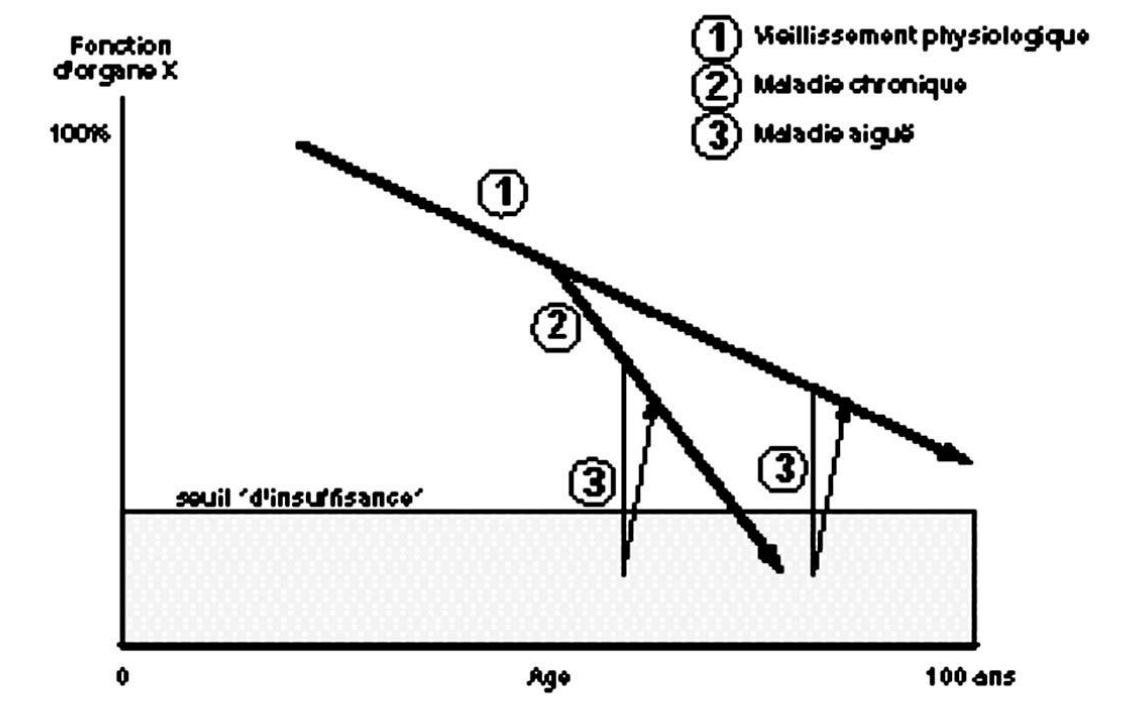
Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____ certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité. Signature : _____

_____ Fait à _____, le _____.

Annexe 3 : Caractéristique de la population

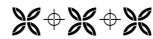
	Marie	Jean	Monique	Michel	Claude	André	Nicole	Pierre	Jacqueline	Jacques	Françoise	Bernard
SEXE	F	H	F	H	H	H	F	H	F	H	F	H
AGE	98	87	88	88	90	88	97	84	89	86	85	94
Situation familiale	Veuve	Veuf	Veuve	Veuf	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Marié	Veuve	Veuf	Mariée	Marié
Enfant	2	3	2	3	0	0	0	6	0	1	2	0
Autonomie	Autonome	Aides à domicile	Autonome	Autonome	Autonome	Autonome	Aides à domicile	Autonome	Autonome	Autonome	Aides	Aides
Lieu de vie	Domicile	Domicile	Domicile	Domicile	Domicile	Domicile	Domicile	Domicile	EHPAD	Domicile	Domicile	Domicile
Métier	Femme de ménage	Agent de maîtrise	Mère au foyer	Mécanicien	Agriculteur	Agriculteur	Polyvalente	Ferronnier	Institutrice	Employé de bureau	Femme d'agriculteur	Ingénieur
ATCD	Arthrose HTA Appendicite	Diabète ; IDM ; colostomie	Arthrose, hypocalcaémie	Cataracte ; cécité œil gauche ; AC/FA	HTA ; dépression il y a 1an	Diabète ; HTA	Arthrose ; tassements vertébraux	HTA, pacemaker, DMLA	Inscardiaque. DMLA, cataracte, HTA, arthrose	IDM	AC/FA ; ulcère veineux ; HTA ; arthrose	Arthrose HTA
Date	21/05/2019	04/06/2019	18/06/2019	25/06/2019	02/07/2019	09/07/2019	16/07/2019	24/07/2019	30/07/2019	06/08/2019	13/12/2019	20/12/2019



J.P. Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, Rev Prat 1984, 34:888.

Sur cette figure, nous constatons en 1- les effets du vieillissement qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seul entraîner la décompensation ; en 2- les affections chroniques qui altèrent les fonctions, et enfin en 3- les facteurs de décompensation qui sont souvent multiples et associés chez un même patient (affections médicales aiguës, pathologie iatrogène, stress psychologique).

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

