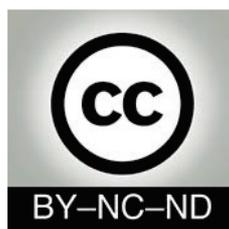




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2021 N°2

**Évolution et vécu des personnes âgées fragiles ayant participé au programme de rééducation en « Hôpital de Jour - Soins de Suite et de Réadaptation » au Centre Hospitalier Gériatrique du Mont d'Or :
Une étude quantitative et qualitative**

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **12 janvier 2021**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine par

Marine BALEZEAU

Née le 22 février 1990 à Lyon 3ème

Thèse coréalisée avec **Pierre BÉNET**

Sous la direction du docteur **Aurélia MARFISI-DUBOST**

Faculté de Médecine Lyon Est

<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2020-2021

Président de l'Université Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales Pierre COCHAT

Directeur Général des Services Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen : Gilles RODE

UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD -
CHARLES MERIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET
BIOLOGIQUES (ISPB)

Directeur : Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Doyen : Dominique SEUX

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION (ISTR)

Directeur : Xavier PERROT

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE
RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Anne--Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR FACULTE DES SCIENCES

Directeur : Bruno ANDRIOLETTI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES
PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. LYON 1

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES
(ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directeur : Isabelle DANIEL

INSTITUT NATIONAL SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE
L'EDUCATION (INSPE)

Directeur Pierre CHAREYRON

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants

2020/2021

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COCHAT	Pierre	Pédiatrie (<i>en retraite à compter du 01/03/2021</i>)
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FINET	Gérard	Cardiologie
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
MIOSSEC	Pierre	Rhumatologie
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (<i>retraite 1/4/21</i>)
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Cardiologie (<i>en disponibilité jusqu'au 31.08.21</i>)
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Charles-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MERTENS	Patrick	Neurochirurgie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Endocrinologie
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie

DUBERNARD	Laurence	Physiologie
DUBOURG	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
FROMENT (TILIKETE)	Caroline	Neurologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUICHAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
	Mickaël	Chirurgie générale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROSSETTI	Yves	Médecine Physique de la Réadaptation
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
COUR	Martin	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
EKER	Omer	Radiologie ; imagerie médicale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA	Gaëtan	Génétique
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MOKHAM	Kayvan	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Pédiatrie
PIOCHE	Mathieu	Gastroentérologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROMAN	Sabine	Gastroentérologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie

Professeur des Universités Classe exceptionnelle

PERRU Olivier Épidémiologie, histoire des sciences et techniques

Professeurs des Universités - Médecine Générale Première classe

FLORI Marie
LETRILLIART Laurent

Professeur des Universités - Médecine Générale Deuxième classe

ZERBIB Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE Thierry
LAINÉ Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD Annick Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
CHVETZOFF Gisèle Médecine palliative
LAMBLIN Géry Gynécologie ; obstétrique

Professeurs émérites

BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SCHEIBER	Christian	Biophysique ; Médecine Nucléaire
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques

TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARRIERE	Sybil	Endocrinologie
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAU	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Neurochirurgie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

LACON REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Néphrologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences Classe normale

DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
GOFFETTE	Jérôme	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LASSERRE	Evelyne	Ethnologie préhistoire anthropologie
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALON	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de Conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	Marc
------------	------

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

Remerciements

Aux membres du jury :

Monsieur le professeur Laurent LETRILLIART,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury. Il nous paraissait indispensable d'avoir le regard d'un médecin généraliste expert de la question de la fragilité. Merci pour la relecture critique et méthodique de nos conclusions qui nous a permis d'approfondir notre travail.

Madame le Professeur Marie FLORI,

Nous vous remercions vivement d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Votre expertise en recherche qualitative nous est précieuse.

Monsieur le Professeur Pierre KROLAK-SALMON,

Votre présence dans notre jury nous est apparue comme une évidence. Votre expérience en tant que gériatre et chercheur est nécessaire à la relecture de notre travail. Merci de participer à ce jury.

Madame le Docteur Aurélia MARFISI-DUBOST,

Merci de ton accompagnement tout au long de ce travail. Merci de ton enthousiasme et de l'énergie que tu donnes pour améliorer le quotidien des personnes âgées fragiles. Merci pour la confiance que tu nous as faite et pour la liberté que tu nous as donné pour analyser les données de l'HDJ-SSR.

Madame le Docteur Evelyne LASSERRE,

Ce travail nous a amené à réfléchir sur la fragilité au sens large, sur le sens de la vie et de la fin de vie. Votre regard d'anthropologue nous est précieux et indispensable. Un grand merci pour votre disponibilité et votre présence dans ce jury de thèse.

Aux participants à l'HDJ - SSR : Merci d'avoir accepté de participer à notre étude et merci pour vos témoignages qui nous éclairent et nous permettent de nous questionner sur notre pratique de médecin.

À tous ceux qui nous ont apporté une aide dans ce travail :

À Olivier ROBIN merci pour ta disponibilité et ton ouverture d'esprit. Merci de nous avoir partagé tes connaissances et ton regard de sémioticien.

A Solenne, merci de nous avoir guidé dans ce travail d'analyse phénoméno-sémio-pragmatique. Sans ton soutien ce travail n'aurait pas vu le jour !

Aux relecteurs attentifs : Thaïs, Maman, Yolande, Marie, aux parents de Pierre...

A Sophie pour le temps que tu m'as accordé pour réaliser ce travail. Pour le soutien, les encouragements, les relectures...

A Maryline, Evelyne, Gaël et Benjamin qui m'ont soutenu, encouragé, conseillé, boosté lors de mes « journées thèses »

A Sarah pour les encouragements, le soutien sans faille...

A ma famille et à mes amis :

La liste exhaustive de tous les « merci » serait plus longue que la thèse elle-même !

Merci d'avoir contribué à la personne que je suis et au médecin que je suis devenue.

A Pierre, ce travail à deux a été exigeant et les contraintes sanitaires nous ont obligés à nous réorganiser. Je suis fière de ce travail que nous avons effectué. Merci

Table des matières

ABREVIATIONS.....	15
INTRODUCTION.....	16
ÉTUDE QUANTITATIVE.....	19
I. MATERIELS ET METHODE.....	19
A. Type d'étude.....	19
B. Revue de la littérature.....	20
C. Population.....	20
D. Déroulement de l'étude.....	21
E. Recueil des données.....	25
1/ Données recueillies à T0 :.....	25
2/ Données recueillies à T0, T1 et T2.....	25
F. Analyse statistique.....	27
II. RESULTATS.....	28
A. Recrutement.....	28
B. Descriptif de la population étudiée.....	28
C. Résultats descriptifs de l'évaluation gériatrique standardisée.....	29
D. Analyse comparative.....	31
III. DISCUSSION.....	34
ÉTUDE QUALITATIVE.....	37
I. MÉTHODE.....	37
A. Type d'étude et objectif.....	37
B. Revue de la littérature.....	37
C. Composition de l'équipe de recherche.....	38
D. Elaboration du canevas d'entretien.....	38
1/ Canevas d'entretien.....	38
2/ Test du canevas d'entretien.....	39
E. Journal de bord et posture initiale de chercheur.....	39
F. Constitution de l'échantillon et recueil des données.....	39
1/ Recrutement.....	39
2/ Critères d'inclusion.....	40
3/ Critères de non inclusion.....	40
4/ Recueil des données.....	40
G. Réalisation des entretiens.....	41
H. Analyse des entretiens.....	41

I. Aspects éthiques et règlementaires.....	42
1/ Règlementation.....	42
2/ Confidentialité.....	43
3/ Conflits d'intérêts.....	43
4/ Archivage des données	43
II. MATÉRIEL.....	43
III. RÉSULTATS.....	44
A. Se résigner à un déclin inéluctable conduisant à la mort : le vieillissement ressenti au travers du corps.....	44
1/ Le vieillissement ressenti au travers du corps	44
2/ Le vieillissement vécu comme un déclin inéluctable.....	46
3/ Face au déclin : une réaction entre acceptation et résignation	48
4/ Un cercle vicieux suscité et entretenu par des peurs et des deuils.....	50
5/ Sa propre mort en toile de fond	52
B. Un processus relationnel et motivationnel qui permet d'accepter et d'assumer la fragilité, via la restauration de l'estime de soi. Vers un autre sens de la vie.....	55
1/ Un processus relationnel qui déclenche le processus motivationnel permettant de s'investir dans le programme de rééducation.....	55
2/ Appréhender sa fragilité au travers de l'autre.....	57
3/ Le processus relationnel à travers une approche des sens qui permet la restauration de l'estime de soi.....	58
4/ La fragilité assumée : vers un autre sens de la vie.....	61
5/ Les ateliers répondent aux besoins du corps et, par l'effet du groupe, permettent de s'ouvrir à des considérations existentielles.	64
C. Comment l'environnement peut-être un frein ou un élément facilitant l'expression de sa propre liberté.....	66
1/ Le vieillissement entraine un enfermement sur le lieu de vie et sur soi, vecteur de fragilité. .	66
2/ Se reconnaître fragile permet de choisir un lieu de vie adapté dans le but de maintenir son autonomie et un lien avec l'extérieur.....	67
3/ L'HDJ-SSR : un environnement favorisant un climat de liberté, stimulant l'appropriation du processus d'acceptation de la fragilité	68
4/ La fragilité assumée permet une réappropriation de l'espace et du monde.	70
IV. DISCUSSION DE LA METHODE.....	72
A. Equipe de recherche et de réflexion.....	72
1/ Caractéristiques personnelles	72
2/ Relations avec les participants	73
3/ Posture initiale de chercheur et journal de bord.....	73
B. Conception de l'étude	73
1/ Cadre théorique	73
2/ Sélection des participants.....	74

3/ Contexte	74
4/ Recueil de données	75
C. Analyse et résultats	75
1/ Analyse des données	75
2/ Rédaction	76
D. Synthèse	76
DISCUSSION.....	77
I. Entre vieillissement normal et fragilité : une frontière mal définie	77
A. Le syndrome de fragilité dans l’histoire de la gériatrie	77
B. Les similitudes entre vécu du vieillissement et vécu de la fragilité pour les personnes âgées	78
C. La fragilité dans un processus de rééducation	79
II. Questionnement autour de la qualité de vie et du sens de la vie	80
A. La qualité de vie et le bien vieillir	80
B. Le sens de la vie	80
C. La place de la personne âgée dans le monde	81
III. Accepter les pertes et faire ses deuils : un chemin de liberté	82
A. Les pertes qu’impose le vieillissement donnent l’occasion de se réinventer.....	82
B. Le travail de deuil permet de s’alléger des normes imposées.....	82
C. La dépendance ou la vraie liberté ?	83
IV. Prendre en charge la fragilité c’est préparer le corps et l’esprit au grand âge	84
A. Prendre en charge la fragilité c’est mettre des mots sur la fragilité	84
B. Prendre en charge la fragilité : rééduquer le corps pour permettre l’expression du Soi	85
C. Prendre en charge la fragilité c’est maintenir la personne âgée dans le monde	86
CONCLUSION.....	87
ANNEXES	90
BIBLIOGRAPHIE	108

ABREVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CHG : Centre Hospitalier Gériatrique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

CPP : Comité de Protection des Personnes

EGS : évaluation gériatrique standardisée

GDS : Geriatric Depression Scale

HDJ : Hôpital de Jour

MeSH : Medical Subject Headings

MNA : Mini Nutritional Assessment

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

INTRODUCTION

En 2020, dans un contexte de vieillissement de la population française (1), le syndrome de fragilité constitue un enjeu de santé publique important. Ce syndrome est décrit depuis les années 1980 mais sa définition n'est toujours pas consensuelle. Historiquement, plusieurs approches ont été utilisées pour essayer de définir la fragilité.

En 2001, dans une grande étude de cohorte, Fried définissait la fragilité comme un syndrome clinique dans lequel trois des critères suivants ou plus étaient présents : perte de poids involontaire (10 livres au cours de la dernière année, soit 4,5 kg, ou 5% du poids), épuisement ressenti par le patient, diminution de la force musculaire, vitesse de marche lente et activité physique réduite (2). Dans cette étude, le « phénotype de fragilité » était identifié comme un facteur prédictif de chutes, de perte de mobilité, d'invalidité, d'hospitalisation, de décès. La sarcopénie est considérée ici comme l'élément principal contribuant au syndrome de fragilité.

Une autre approche, celle de Rockwood, s'est attachée à rechercher une définition plus globale de la fragilité, dans l'objectif de réaliser un outil de dépistage de la fragilité le plus sensible possible : l'indice de fragilité (Frailty Index), comprenant 70 items (3). Il s'agissait là d'une approche multi-domaine de la fragilité, qui implique une évaluation gériatrique associant notamment les aspects physiques, le système cognitif, les facteurs thymiques, l'équilibre, la nutrition, les ressources sociales, la mobilité. Dans cette étude la fragilité était également associée à un risque plus élevé de décès et d'entrée en institution.

En 2011, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) a opté pour la définition suivante : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou

retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s’inscrirait dans un processus potentiellement réversible. » (4).

Partant du constat que la fragilité est un facteur de risque de morbidité et de mortalité (5)(6) potentiellement réversible (2), de nombreuses études ont cherché comment intervenir dans le processus de fragilité pour retarder ou diminuer ses conséquences.

Ainsi il a pu être établi que des interventions complexes en soins primaires, chez la personne âgée, pouvaient réduire le risque de chute et favoriser le maintien à domicile(7). Des interventions basées sur les programmes d’exercices physiques ont montré que ces programmes pouvaient apporter un bénéfice en termes de réduction des chutes, d’amélioration de la mobilité, de l’équilibre et de la force musculaire (8). Les résultats de ces interventions restent très hétérogènes et à ce jour, et il n’existe pas à notre connaissance de mesures consensuelles permettant d’agir sur le processus de fragilité. En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a établi en 2014 une fiche de recommandations sur la prise en charge des personnes âgées fragiles en ambulatoire (9). Elle préconise une évaluation des patients multidimensionnelle et pluri-professionnelle. Elle recense de nombreux exemples d’interventions à mettre en place dans les différents domaines impactés par la fragilité.

Par ailleurs, bien que de très nombreuses études et publications se soient intéressées à la fragilité depuis le début du XXIème siècle, peu d’études qualitatives ont étudié le vécu de la fragilité en interrogeant des sujets fragiles. Quelques études récentes ont été menées (10)(11). L’approche qualitative a permis d’observer que les sujets dits fragiles pouvaient rejeter ce terme à propos d’eux-même (12). Ces études ont observé aussi les besoins et les souhaits des personnes fragiles, comme vivre et mourir dans un environnement familial (13), ou l’importance de la qualité de vie (14).

Nous n’avons pas retrouvé d’étude qualitative interrogeant des sujets fragiles après une intervention médicale relative à leur fragilité. On peut citer une thèse de médecine générale française de 2015, dont les auteurs ont interrogé 15 sujets fragiles adressés en hôpital de jour avant leur évaluation (15).

C'est dans ce contexte que le Centre Hospitalier Gériatrique (CHG) du Mont d'Or propose depuis 2017 de prendre en charge des personnes âgées fragiles au sein d'un « Hôpital de Jour - Soins de Suite et de Réadaptation » (HDJ-SSR). Cette étude concerne 14 sujets ayant été évalués à l'HDJ-SSR et ayant suivi un programme de rééducation multi-domaine pendant trois mois. Elle est en fait composée de deux études distinctes.

La première est une étude descriptive rétrospective dont l'objectif était d'évaluer l'effet de la rééducation en HDJ - SSR sur le syndrome de fragilité à travers l'évolution de la condition physique, du niveau d'activité physique, de la force de préhension, de la vitesse de marche, de la plainte mnésique, du statut nutritionnel, et du statut thymique. Ces paramètres étaient mesurés avant rééducation, à l'issue de trois mois de rééducation, et six mois après la fin de la rééducation.

La deuxième étude est une étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés auprès des 14 participants. Son objectif principal était d'explorer le vécu de la fragilité des personnes âgées ayant participé au programme de rééducation en HDJ-SSR au CHG du Mont d'Or. L'objectif secondaire était d'explorer les représentations des personnes âgées ayant participé au programme de rééducation, au sujet de la rééducation de la fragilité en HDJ-SSR.

Cette thèse étudie donc l'évolution physique, cognitive, nutritionnelle et thymique ainsi que le vécu de la fragilité de 14 sujets fragiles ayant participé à un programme de rééducation adapté à la fragilité.

ÉTUDE QUANTITATIVE

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'effet de la rééducation en hôpital de jour sur le syndrome de fragilité à travers les différentes mesures de la condition physique, du niveau d'activité physique, de la force de préhension, de la vitesse de marche, de la plainte mnésique, du statut nutritionnel, et du statut thymique, effectuées avant rééducation, à l'issue de trois mois de rééducation, et six mois après la fin de la rééducation.

Nous avons choisi d'évaluer l'effet de la rééducation sur ces paramètres, qui sont en lien étroit avec la fragilité, plutôt que son effet sur la fragilité elle-même pour plusieurs raisons. D'abord parce qu'il n'y a pas de définition consensuelle de la fragilité. Ensuite parce que nous n'avons pas de données sur la variation du poids et de l'épuisement ressenti par le patient qui auraient été nécessaires pour statuer d'une réversibilité de la fragilité en se basant sur les critères de Fried (**Annexe n°1**). Les données sur la variation de poids sont plutôt des informations recueillies à l'hôpital de manière informelle et subjective lors des premières consultations avec les patients ou leur entourage. Ce ne sont que rarement des données objectives (seulement si elles sont communiquées par le médecin traitant par exemple). En ce qui concerne l'épuisement ressenti par le patient, une échelle de fatigue a par la suite été rajoutée au protocole, mais cela n'a pas concerné les patients inclus dans notre étude.

I. MATERIELS ET METHODE

A. Type d'étude

Nous avons mené une étude observationnelle descriptive, rétrospective dans une population de sujets ayant participé au programme de rééducation des fragiles du centre hospitalier gériatrique du Mont d'Or, d'octobre 2017 à avril 2019, et évalués avant la rééducation (T0), à l'issue des trois mois de rééducation (T1) et six mois après la fin de la rééducation (T2).

B. Revue de la littérature

La bibliographie a été réalisée principalement à partir des bases de données disponibles sur le portail de la bibliothèque de l'université Claude Bernard Lyon 1. Les bases de données PubMed Google Scholar et Google ont été consultées. Le catalogue CISMef et le portail HeTOP étaient utilisés pour la recherche des mots MESH.

Les mots-clefs utilisés étaient les suivants :

Mot-clef en français	Mot MESH	Langage natif
Fragilité	Frailty ; frail elderly	
Personne âgée	Aged ; elderly	Old people
Vitesse de marche	Walking speed ; gait speed	
Force de préhension	Hand strength	Grip strength
Sarcopénie	Sarcopenia	
Statut nutritionnel	Nutritional status	
MNA		Mini Nutritional Assessment
Dynamomètre	Muscle strength dynamometer	
Norme de référence	Reference standards ; Predictive Value of Tests; Reference Values	

Ces mots-clefs ont été combinés dans une équation de recherche.

C. Population

Les critères d'inclusion de nos patients étaient les suivants :

- Personne âgée de plus de 65 ans
- Personne dépistée « fragile » en ambulatoire ou au décours d'une hospitalisation.
- Personne ayant participé au programme de rééducation en « HDJ - SSR » au CHG du Mont d'Or de septembre 2017 à avril 2019.
- Être affilié à un régime d'Assurance maladie

Les critères de non-inclusion étaient les suivants :

- Personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA)
- Personne ne souhaitant pas participer à l'étude.
- Personnes protégées par la loi française : personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection légale ou hors d'état d'exprimer leur consentement ; personnes faisant l'objet d'une mesure de sauvegarde de justice ; personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative.

D. Déroulement de l'étude

Les participants ont été recrutés par deux modes différents. D'une part, ils ont pu être dépistés fragiles lors d'une hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou en court séjour gériatrique au centre hospitalier gériatrique du Mont d'Or. Lorsqu'un syndrome de fragilité était suspecté par les professionnels de santé, une consultation pour une évaluation gériatrique standardisée (EGS) était proposée au patient à sa sortie. De même la relecture des dossiers d'hospitalisation en court séjour par un gériatre, a permis de recontacter les patients suspectés fragiles, afin de leur proposer une consultation d'évaluation gériatrique standardisée. Au décours de l'EGS, une rééducation en HDJ-SSR était suggérée aux patients dépistés fragiles. Ce mode de recrutement concernait la plupart de nos participants.

L'autre mode de recrutement concernait les participants adressés directement pour une EGS. Ils étaient adressés par leur médecin traitant, qui avait dépisté un syndrome de fragilité.

Les sujets de notre étude étaient évalués à trois reprises, que nous nommerons T0, T1 et T2.

Il s'agissait d'une évaluation gériatrique standardisée, multidimensionnelle, réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de l'hôpital de jour.

- A T0, il s'agissait de la première évaluation du patient, l'évaluation comprenait :
 - Le bilan neuropsychologique : entretien, tests cognitifs standardisés, évaluation de la thymie.
 - Le bilan kinésithérapique : évaluation de la sarcopénie, de l'équilibre, de la marche.

-Le bilan ergothérapeutique : entretien avec le patient, mises en situation (actes de la vie quotidienne (AVQ), risque de chute), et entretien avec l'entourage.

-L'évaluation infirmière : entretien, prise des constantes physiologiques, électrocardiogramme, tests de dépistage visuels, prise du poids, bilan biologique si jugé nécessaire par le médecin.

-Examen clinique du médecin : examen clinique complet ayant pour but d'éliminer une pathologie intercurrente.

-Bilan psychomoteur : entretien, évaluation par tests de psychomotricité (coordination, praxies, capacités à la relaxation, psycho-corporel, psycho-affectif)

-Bilan diététique : entretien, enquête alimentaire (recueil d'informations sur l'ensemble des repas sur une journée typique), évaluation diététique par le MNA (Mini Nutritional Assessment).

-Evaluation du pharmacien : entretien avec le patient, analyse de l'ordonnance et contact avec la pharmacie du patient si besoin.

Pour notre étude nous avons retenu les tests suivants. Ils évaluent les paramètres en corrélation avec un syndrome de fragilité

- Evaluation physique : évaluation de la vitesse de marche, évaluation de la condition physique par le test 6 minutes marche, évaluation de la force de préhension, et auto évaluation de l'activité physique par le questionnaire de Ricci et Gagnon.
- Evaluation nutritionnelle : Mini Nutritional Assessment, (MNA)
- Evaluation thymique : Echelle gériatrique de dépression (GDS)
- Evaluation cognitive : Test de Mac Nair

Choix des tests utilisés dans cette étude :

Vitesse de marche, condition physique, force de préhension, activité physique avec le test de Ricci & Gagnon et MNA sont les tests qui évaluent les critères de Fried.

Les tests de Mac Nair et le GDS évaluent deux critères du modèle de Rockwood.

Etude	Nutrition	Activité Physique	Mobilité	Force	Energie	Cognition	Humeur	Social
Phénotype de fragilité / Fried et collègues	+	+	+	+	+	-	-	-
Index de fragilité (Rockwood)	+	+	+	+	+	+	+	+
Fragilité HDJ-SSR	+	+	+	+	+	+	+	-

Tableau n°1 : Facteurs de fragilité pris en comptes par différents modèles d'après H. Delazzari (16)

Pour l'évaluation de l'activité physique, de la thymie et de la plainte cognitive, des auto-questionnaires ont été préférés, mettant plus l'accent sur le ressenti des participants. De plus les participants ne sont pas malades mais « à risque », les auto-questionnaires sont plus indiqués dans ce cas. Par exemple pour l'évaluation cognitive, le Test de Mac Nair a été préféré au MMSE, qui est utile pour le dépistage et le suivi des troubles cognitifs, mais semble moins adapté pour des personnes fragiles qui ne présentent pas de troubles cognitifs avérés (17). De plus, il est très examinateur-dépendant. Dans la même logique, pour la thymie et l'activité physique, on a choisi des auto-questionnaires : le GDS15 et le questionnaire de Ricci et Gagnon.

Le MNA est un test reconnu pour l'évaluation de l'état nutritionnel(18)(19).

Le test de marche 6 minutes est utilisé en gériatrie pour le dépistage des troubles de la marche ou de l'équilibre (20).

La vitesse de marche est intéressante car on sait qu'une vitesse de marche inférieure à 1 m/s est corrélée à une augmentation du risque d'hospitalisation de 50% et de décès de 60%, cinq ans plus tard. (21).

Concernant la force de préhension, il est admis que sa diminution est associée à la diminution de la force musculaire des membres inférieurs et à la sarcopénie(22)(23).

- Après la première évaluation, une rééducation multi-domaine en HDJ-SSR était proposée aux personnes dépistées fragiles. Le programme de rééducation proposé par l'HDJ-SSR était le suivant :

- Atelier Force musculaire proposé par l'enseignant en Activité Physique Adaptée
- Atelier Cognition proposé par les neuropsychologues
- Atelier Psychomotricité, proposé par la psychomotricienne
- Atelier Prévention des chutes, proposé par l'Ergothérapeute
- Atelier Équilibre proposé par les Kinésithérapeutes
- Atelier Diététique proposé par la Diététicienne

Ce qui fait 6 ateliers d'1h15 environ, répartis sur 3 demi-journées par semaine à raison de 2 ateliers par matinée pendant 14 ou 15 semaines. Soit :

- Mardi : 9h15 – diététique / 10h45 – cognition
- Jeudi : 9h15 – psychomotricité / 10h45 – prévention des chutes
- Vendredi : 9h15 – équilibre / 10h45 - diététique

- Les participants étaient de nouveau évalués à l'issue des trois mois de rééducation (T1), selon la même évaluation gériatrique standardisée.

- Enfin les participants étaient réévalués six mois après la fin de la rééducation (T2), selon les mêmes modalités.

Les patients ont été entendus en entretiens semi-dirigés, au minimum 6 mois après la fin de leur rééducation, dans le cadre de l'étude qualitative de cette thèse (cf partie correspondante)

E. Recueil des données

Les données ont été recueillies dans les dossiers de l'HDJ au fur et à mesure des évaluations, à T0, T1 et T2.

1/ Données recueillies à T0 :

Il s'agit des caractéristiques démographiques des patients inclus dans l'étude :

- Âge
- Sexe
- Statut marital (vit seul ou vit en couple)
- Domicile (en maison ou en appartement)

2/ Données recueillies à T0, T1 et T2

Il s'agit de données de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS). Elles ont été collectées par les investigateurs et stockées sur la plateforme sécurisée de l'Université de Lyon (Claroline). Toutes ces données seront détruites dans les 3 mois suivant la soutenance de la thèse.

- **Vitesse de marche** : Il s'agit du temps mis par le patient pour parcourir une distance donnée (généralement 10 mètres). Le patient doit marcher sans l'aide d'une tierce personne mais peut nécessiter l'utilisation d'une aide technique et d'un appareillage. La vitesse de marche est mesurée en mètres par seconde.
- **Test 6 minutes marche** : Ce test évalue la condition physique des patients. Au cours de ce test, il est demandé au patient de marcher la plus longue distance possible en 6 minutes. La distance est mesurée en mètres.
- **Valeur de la force de préhension de la main** : Elle évalue de façon rapide et fiable la force maximale volontaire de la main(24). Elle est mesurée, à l'aide d'un dynamomètre à main, en kilogrammes.

- **Questionnaire de Ricci et Gagnon** : Il s'agit d'un auto-questionnaire, évaluant l'activité physique hebdomadaire du patient. Il est composé de neuf items, répartis en trois parties : les comportements sédentaires, les activités physiques de loisir (dont sports) et les activités physiques quotidiennes. Chaque item peut être noté de 1 à 5. Le score total classe le patient dans trois catégories : très actif (plus de 35 points), actif (entre 18 et 35 points) ou inactif (moins de 18 points) (**Annexe n°2**)

- **Mini Nutritional Assessment (MNA)** : Il s'agit d'une évaluation nutritionnelle permettant de repérer les personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition. Il contient 18 items. Le MNA est noté sur trente points : entre 24 et 30 points, il est considéré comme normal. Entre 17 et 23,5 points, le patient est considéré à risque de dénutrition. A moins de 17 points, le patient est considéré comme dénutri. (**Annexe n°3**)

- **Geriatric Depression Scale (ou échelle gériatrique de dépression, GDS 15)** : Il s'agit d'un questionnaire de 15 items évaluant la thymie de la personne âgée. Lors du test, chaque réponse à caractère dépressif reçoit un point, donc plus le score est élevé, plus la personne a des risques de présenter une dépression. Un score inférieur à 5 est considéré comme normal. Si le score est compris entre 5 et 9 (inclus), il y a un risque de dépression. Un score total supérieur ou égal à 10 est en faveur d'une dépression sévère. (**Annexe n°4**)

- **Test de Mac Nair** : Il s'agit d'un questionnaire d'autoévaluation mesurant la plainte mnésique du sujet dans les actes de la vie quotidienne. Il comprend 39 items explorant différents domaines cognitifs : l'attention-concentration, le langage, les praxies, le rappel différé, l'orientation vis à vis des personnes, l'orientation dans le temps et la mémoire prospective. C'est une échelle à 5 degrés de gravité mesurant la fréquence des troubles. La fréquence est graduée de la manière suivante: 4 = très souvent, 3 = souvent, 2 = parfois, 1 = rarement, 0 = jamais (ou non applicable). Le total est noté sur 156 points. La limite principale est celle des possibilités d'évaluation du sujet, en particulier chez le sujet anosognosique (25).

Par ailleurs, la plainte mnésique n'est pas obligatoirement corrélée à un trouble cognitif objectif. **(Annexe n°5)**

F. Analyse statistique

Nous avons réalisé une analyse descriptive de la population de notre étude. Les variables continues ont été exprimées en moyennes et écart-type ($m \pm ET$). Les variables qualitatives ont été exprimées en nombre et en pourcentage de la population totale de l'étude.

L'analyse comparative des données de l'évaluation gériatrique standardisée, a consisté en la comparaison des mesures effectuées à T0, T1 et T2, sur un même groupe de sujets. Les variables étudiées étaient quantitatives. Nous avons utilisé le **test t de Student pour échantillons appariés**. Pour ce faire, le logiciel en ligne BiostatTGV a été utilisé.

II. RESULTATS

A. Recrutement

La population de l'étude a été évaluée d'octobre 2017 (pour le T0 des premiers patients) à décembre 2019 (pour le T2 des derniers patients).

Les patients inclus dans l'étude avaient participé à la rééducation en HDJ-SSR après une évaluation gériatrique standardisée, et avaient accepté de réaliser un entretien semi-dirigé dans le cadre de l'étude qualitative ci-après. Cela a porté à 14 le nombre de patients inclus dans l'étude.

B. Descriptif de la population étudiée

La population étudiée comportait 14 participants, tous dépistés « fragiles », volontaires pour participer à l'étude qualitative avec un entretien semi dirigé à réaliser. Ces participants avaient débuté leur rééducation en HDJ-SSR entre octobre 2017 et janvier 2019.

La population étudiée avait les caractéristiques suivantes:

L'âge moyen des participants était de 78.8 ans (écart type 5,75).

On comptait 8 (57%) hommes pour 6 femmes (43%).

Neuf participants vivaient en couple au moment du dépistage de leur fragilité (64%), 5 vivaient seuls (36%).

Sept participants (50%) vivaient en appartement, six (43%) dans une maison. Un participant vivait en alternance en maison et appartement (deux résidences)

Caractéristiques	n (%) ou m ± ET [min – max]
Âge	78,8 ± 5,75 [69 – 87]
<75 ans	3 (21%)
75 – 80	5 (36%)
81 – 85	4 (29%)
>85 ans	2 (14%)
Sexe	
Hommes	8 (57%)
Femmes	6 (43%)
Statut marital	
En couple	9 (64%)
Seul (célibataire ou veuf)	5 (36%)
Lieu de vie	
Maison individuelle	6 (43%)
Appartement	7 (50%)
Alternance maison /appartement	1 (7%)

Tableau n°2 : Caractéristiques générales des 14 sujets évalués

C. Résultats descriptifs de l'évaluation gériatrique standardisée

Les résultats des sept tests de l'évaluation gériatrique standardisée, à T0, T1 et T2 sont rassemblés dans le **Tableau n°3**

Concernant ces données, on peut faire quelques observations :

- Certaines données de l'évaluation à T0, T1 et T2 sont manquantes pour plusieurs patients.
- Les réponses au questionnaire de Ricci et Gagnon concernant l'activité physique montrent qu'à T0, aucun participant n'était considéré comme « **très actif** » (score > 35), ce qui semble cohérent avec le statut de fragilité de nos participants. A T1 et T2, il n'y avait toujours aucun participant considéré comme « **très actif** ».
- A T0, **4** participants (31%) étaient considérés comme **inactifs** (score < 18). A T1 et T2, il n'y avait **qu'un seul** participant considéré comme **inactif** (9%).
- Concernant le MNA, on retrouve une moyenne à T0 de 25,1 ± 2,7. A T1, elle était de 26,3 ± 2,6. A T2, elle était de 26,2 ± 2,2. On ne retrouvait aucun participant avec un score < 17, synonyme de probable dénutrition, que ce soit à T0, T1, et T2.

En revanche à T0, **4** participants (29%) avaient un score entre 17 et 23,5, correspondant à un **risque de dénutrition**. A T1, **un seul** participant (7 %) avait un score entre 17 et 23, 5, et à T2, **3** participants (23 %) ont un tel score. 71% des participants avaient un score MNA normal à T0, 93 % à T1, et 77% à T2.

-Les réponses au questionnaire GDS 15 donnent une moyenne à T0 de $5 \pm 3,4$. A T1, celle-ci était de $3,7 \pm 3,2$ et à T2 le score moyen était de $3,6 \pm 2$.

Si on s'intéresse aux scores < 5 , c'est-à-dire un score considéré comme **normal**, on remarque qu'il concernait 50 % des participants à T0, 50% des participants à T1 et 54 % des participants à T2.

Enfin si l'on regarde les scores > 9 , correspondant à un **probable syndrome dépressif**, on retrouve **2** participants (14%) à T0, **1** participant (7%) à T1, et **0** participant à T2.

-Regardons aussi les résultats du questionnaire de Mac Nair, évaluant la plainte cognitive des participants (plus le score est élevé, plus la plainte est importante). La moyenne à T0 était de $59,4 \pm 19,1$. La moyenne à T1 était de $52 \pm 18,9$. Enfin, la moyenne à T2 était de $50,8 \pm 20,8$.

Critères d'évaluation	Population à T0	Population à T1	Population à T2
	n (%) ou m ± ET [min – max]	n (%) ou m ± ET [min – max]	n (%) ou m ± ET [min – max]
Vitesse de marche (m/s) < 1 m/s	1,09 ± 0,19 [0,66 – 1,27] 3 (21%)	1,13 ± 0,12 [1 – 1,4] 0 (0%)	1,10 ± 0,17 [0,76 – 1,4] 2 (14%)
6 minutes marche (mètres)	431,8 ± 82,5 [260 – 522]	449,6 ± 81,7 [332 – 565]	449,1 ± 117,1 [290 – 720]
Force de préhension (kg)	26,3 ± 10,0 [14 – 46]	29,0 ± 11,9 [14 – 53]	27,4 ± 11,0 [10 – 42]
Ricci et Gagnon (/45) >35 (très actif) 18-35 (actif) <18 (inactif)	20,2 ± 5,9 [11 - 30] 0 (0%) 9 (69%) 4 (31%)	28,2 ± 5,8 [17 - 35] 0 (0%) 12 (92%) 1 (8%)	23,8 ± 6,3 [16 - 34] 0 (0%) 10 (91%) 1 (9%)
MNA (/30) >24 (normal) 17-23,5 (à risque) <17 (dénutri)	25,1 ± 2,7 [19 – 28] 10 (71%) 4 (29%) 0 (0%)	26,3 ± 2,6 [19,5 - 29] 13 (93%) 1 (7%) 0 (0%)	26,2 ± 2,2 [21,5 – 29] 10 (77%) 3 (23%) 0 (0%)
GDS 15 (/15) <5 (normal) 5-9 (à risque) >9 (probable dépression)	5 ± 3,4 [0 – 11] 7 (50%) 5 (36 %) 2 (14%)	3,7 ± 3,2 [0 – 11] 7 (50%) 6 (43%) 1 (7%)	3,6 ± 2 [0 – 6] 7 (54%) 6 (46%) 0 (0%)
MacNair (/156)	59,4 ± 19,1 [12 – 86]	52 ± 18,9 [22 – 90]	50,8 ± 20,8 [15 – 88]

Tableau n°3 : Récapitulatif des données de l'évaluation gériatrique à T0, T1, et T2

D. Analyse comparative

Nous avons ensuite procédé à une analyse comparative par le test t de Student pour données appariées, des données à T0, T1 et T2. L'objectif était de voir s'il existait des différences statistiquement significatives. Nous avons d'abord comparé les données à T0 et à T1, résumées dans le **Tableau N°4**. Puis nous avons comparé les données à T0 et à T2, résumées dans le **Tableau N°5**.

Pour chaque test étudié nous avons pris pour hypothèse nulle (H0) : Les données initiales de l'EGS (à T0) ne sont pas modifiées à l'issue des trois mois de rééducation en HDJ (T1) et six mois après la rééducation (T2). L'hypothèse alternative (H1) était donc : Les données initiales

de l'EGS (à T0) sont modifiées à l'issue des trois mois de rééducation en HDJ (T1) et six mois après la rééducation (T2).

Entre T0 et T1 :

-Il n'y avait pas de modification significative de la vitesse de marche. En revanche, on note une **amélioration significative (p = 0,006) du test 6 minutes marche**, de 431.8 à 449.6 mètres. La force de préhension n'était pas modifiée de façon significative. Concernant le questionnaire de **Ricci et Gagnon**, on observe, entre T0 et T1, **une amélioration statistiquement significative (p=0,0035)** d'un score en moyenne de 20.2 à 28.2 sur 45 points. Enfin, les données du MNA, du Mac Nair, et du GDS15 n'étaient pas modifiées de façon significative entre T0 et T1.

Ces résultats suggèrent une meilleure condition physique et une activité physique améliorée entre le début et la fin de la période de rééducation de 3 mois.

Test étudié	Moyenne à T0	Moyenne à T1	Test t (données appariées)	Moyenne des différences (IC 95%)	Degrés de liberté	p
Vitesse de marche	1,09 ± 0,19	1,13 ± 0,12	- 0,80	- 0.0371 IC 95%[-0.137 ; 0.063]	14	0,44
Test 6 minutes marche	431,8 ± 82,5	449,6 ± 81,7	- 3,38	- 36.16 IC 95%[-59.69 ; -12.64]	11	0,006
Force de préhension	26,3 ± 10	29 ± 11,9	- 1,81	- 1.42 IC 95%[-3.14 ; 0.29]	12	0,096
Ricci et Gagnon	20,2 ± 5,9	28,2 ± 5,8	- 3,61	- 8 IC 95%[-12.81 ; -3.18]	12	0,0035
MNA	25,1 ± 2,7	26,3 ± 2,6	- 1,39	- 1.21 IC 95%[-3.09 ; 0.66]	13	0,186
GDS 15	5,0 ± 3,4	3,7 ± 3,2	1,45	1.29 IC 95%[-0.62 ; 3.19]	13	0,170
Mac Nair	59,4 ± 19,1	52,0 ± 18,9	1,86	7.35 IC 95%[-1.19 ; 15.91]	13	0,086

Tableau n°4 : comparaison des données de l'EGS avant (T0) et après (T1) la rééducation en HDJ – SSR

Entre T0 et T2 :

-Il n'y avait pas de différence significative concernant le Test 6 minute marche et l'auto-questionnaire de Ricci et Gagnon. Il n'existait pas non plus dans notre étude de modification significative des résultats pour la vitesse de marche, la force de préhension, le GDS 15 et le MNA. On retrouvait pour **le Mac Nair**, un **résultat à la limite de la significativité (p = 0,050)** de 59.4 à 50.8 sur 156 points.

Test étudié	Moyenne à T0	Moyenne à T2	Test t (données appariées)	Moyenne des différences (IC 95%)	Degrés de liberté	p
Vitesse de marche	1,09 ± 0,19	1,10 ± 0,17	- 0,50	- 0.021 IC 95%[-0.11 ; 0.07]	12	0,623
Test 6 minutes marche	431,8 ± 82,5	449,1 ± 117,1	- 1,46	-30.09 IC 95%[-76.01 ; 15.83]	10	0,175
Force de préhension	26,3 ± 10	27,4 ± 11,0	0,60	0.50 IC 95%[-1.32 ; 2.32]	11	0,559
Ricci et Gagnon	20,2 ± 5,9	23,8 ± 6,3	- 1,67	- 2.9 IC 95%[-6.82 ; 1.02]	9	0,129
MNA	25,1 ± 2,7	26,2 ± 2,2	- 1,62	- 1.46 IC 95%[-3.42 ; 0.49]	12	0,130
GDS 15	5,0 ± 3,4	3,6 ± 2,0	1,60	1.77 IC 95%[-0.63 ; 4.17]	12	0,135
Mac Nair	59,4 ± 19,1	50,8 ± 20,8	2,17	8.61 IC 95%[-0.03 ; 17.26]	12	0,050

Tableau n°5 : comparaison des données de l'EGS avant la rééducation (T0) et six mois après la fin de la rééducation en HDJ – SSR (T2)

III. DISCUSSION

Nous avons donc étudié une population de 14 sujets, ce qui peut paraître peu pour une étude quantitative. Ceci s'explique en partie par le fait que le projet sur lequel nous avons travaillé avec le CHG du Mont d'Or venait d'être créé et que les effectifs de participants étaient faibles. Nous avons exploité au mieux le faible nombre de patients ayant participé au programme de rééducation entre octobre 2017 (création du programme au CHG du Mont d'Or) et avril 2019 (début de la rééducation des derniers patients inclus dans l'étude, ce qui nous permettait de faire l'entretien semi dirigé 6 mois après la fin de la rééducation, c'est-à-dire début 2020). Sur les 17 personnes concernées sur cette période, 14 ont accepté de faire partie de l'étude. Un a refusé de participer, un était injoignable, et un n'a pas été inclus car finalement diagnostiqué maladie d'Alzheimer.

Notre objectif principal était d'évaluer l'effet de la rééducation en hôpital de jour sur la condition physique, nutritionnelle, cognitive et thymique des participants, qui sont des critères du syndrome de fragilité.

Les limites de notre étude étaient les suivantes :

-L'étude concerne un faible nombre de participants qui ont un profil spécifique. Les résultats ne sont pas extrapolables.

-Le biais de classement lié au mode d'évaluation : il manque des données pour plusieurs participants.

-Le biais de sélection, étant donné qu'un participant a été perdu de vue six mois après la rééducation.

Concernant les résultats de **l'évaluation physique**, notre étude a montré une amélioration du test 6 minutes marche, statistiquement significative, entre T0 et T1. Par ailleurs le score moyen au questionnaire de Ricci et Gagnon, qui évalue **l'activité physique**, s'est amélioré également entre T0 et T1, là aussi significativement, ce qui peut sembler logique, à la fin d'une période de trois mois de rééducation, au cours de laquelle les participants ont effectué de nombreux exercices physiques. Cependant, cette amélioration entre T0 et T1 n'est plus significative entre T0 et T2. Six mois après la rééducation, il n'y avait plus de bénéfice de la rééducation sur le plan physique.

Les autres paramètres de l'évaluation physique (vitesse de marche, force de préhension) n'ont pas été modifiés significativement, ni à T1 ni à T2. Pour la vitesse de marche, cela s'explique par le fait que les résultats étaient déjà très bons à T0. Une vitesse de marche supérieure à 1m/s indique que les participants n'étaient en effet « que » fragiles.

Concernant l'évaluation nutritionnelle, par le MNA, nous n'avons pas observé d'amélioration significative des résultats. Nous pouvons faire le même constat que pour la vitesse de marche : les résultats à T0 étaient déjà bons.

Pour l'évaluation thymique par le GDS 15, il n'y avait pas d'amélioration significative des résultats.

Concernant l'évaluation de la plainte cognitive par le questionnaire de Mac Nair, il n'y avait pas d'amélioration significative des résultats entre T0 et T1, mais on note une amélioration du questionnaire de Mac Nair entre T0 et T2, à la limite de la significativité statistique ($p=0,050$). Cependant, ces résultats ne semblent pas cliniquement significatifs étant donné que la différence est de 9 points sur 156.

Finalement, notre étude a montré que la rééducation multi-domaine effectuée dans le cadre de l'« HDJ-SSR » a permis une amélioration des conditions physiques ainsi qu'une augmentation du niveau d'activité physique qui n'ont pas perduré dans le temps. Les autres domaines ciblés par la rééducation : la force de préhension, la vitesse de marche, la plainte mnésique, le statut nutritionnel, et le statut thymique étaient inchangés après la rééducation.

Plusieurs études ont montré que l'activité physique permettait une réversibilité du statut de fragilité maintenue dans le temps. Il s'agissait d'essais contrôlés randomisés sur un grand nombre de patients (26). Une revue de la littérature réalisée en 2017 par L. Dedeyne (27) retrouve une efficacité plus grande des interventions multi-domaines par rapport aux interventions mono-domaine sur la réversibilité du statut de fragilité, la force musculaire et le niveau d'activité physique.

L'activité physique permettait une amélioration des critères cognitifs, thymiques et sociaux dans un essai contrôlé randomisé avec évaluation 6 mois après un programme d'activité physique sur 24 semaines à raison de 65 minutes d'activité physique par jour 5 jours par semaine (28). Cette intervention était plus intensive que celle effectuée dans notre étude et

ne comprenait qu'une rééducation physique contrairement au programme de rééducation en HDJ –SSR qui proposait une rééducation cognitive, nutritionnelle, en plus de l'activité physique.

On retrouve une interdépendance dans les études entre l'activité physique et la problématique sociale puisque la fragilité sociale est corrélée à un risque d'incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées fragiles (29), et l'activité physique permet une amélioration des caractéristiques cognitives, thymiques et sociales(28).

Un autre type d'intervention a été étudié. Il s'agit du plan de prévention et de soin personnalisé. Celui-ci permettrait également une amélioration significative du statut de fragilité un an après l'intervention par rapport au groupe contrôle.

On peut se demander pourquoi notre étude n'a pas permis de montrer des résultats significatifs sur la durée.

Nous pouvons évoquer quelques hypothèses pour y répondre :

- Notre étude, n'étant pas un essai contrôlé randomisé et comprenant un petit nombre de participants, n'a pas une puissance statistique suffisante.
- Les critères de jugements ne sont pas pertinents pour regarder la fragilité. Il aurait été préférable de suivre des données validées dans la fragilité comme les critères de Fried.
- L'intervention n'est pas suffisante en termes d'intensité.
- L'intervention n'est pas suffisante en termes de durée.

Un essai contrôlé, randomisé, prospectif de grande taille avec un suivi complet permettrait d'avoir une puissance statistique plus importante et permettrait de supprimer les biais.

Des études ultérieures pourraient évaluer la valeur ajoutée d'une rééducation maintenue dans le temps.

La partie qualitative de notre étude apporte une autre forme de réponse, en mettant en évidence les bénéfices non pas chiffrés mais sur le plan du ressenti des participants. Le vécu de la fragilité et les représentations au sujet de la rééducation en HDJ-SSR des personnes âgées fragiles ont ainsi pu être étudiés.

ÉTUDE QUALITATIVE

I. MÉTHODE

A. Type d'étude et objectif

Une étude qualitative a été réalisée par des entretiens semi-dirigés auprès des personnes âgées volontaires ayant participé à la rééducation en Hôpital de Jour - Soins de Suite et de Réadaptation au Centre Hospitalier Gériatrique du Mont d'Or d'octobre 2017 à avril 2019.

L'objectif principal de l'étude était d'explorer le vécu de la fragilité des personnes âgées ayant participé au programme de rééducation en HDJ - SSR au CHG du Mont d'Or.

L'objectif secondaire était d'explorer les représentations des personnes âgées ayant participé à ce programme de rééducation, au sujet de la rééducation de la fragilité en HDJ-SSR.

B. Revue de la littérature

La bibliographie a été réalisée principalement à partir des bases de données disponibles sur le portail de la bibliothèque de l'université Claude Bernard Lyon 1. Les bases de données PubMed Google et Google Scholar ont été consultées. Pour la recherche de thèses et de publications relatives à la fragilité des personnes âgées, le catalogue Sudoc a été consulté. La base de données Cairn a été utilisée pour les articles traitant de la fragilité sous l'angle des sciences humaines.

Les termes MESH utilisés étaient les suivants : « frailty » ; « frail elderly », « rehabilitation » ; « post rehabilitation » ; « aged » ; « elderly » ; « day care center » ; « representation » en anglais et « fragilité » ; « personne-âgée » ; « vieillissement » ; « vécu » ; « hôpital de jour » ; « rééducation » en français. Ces mots clefs ont été combinés dans une équation de recherche. Des livres ont été achetés et lus en vue d'étoffer la bibliographie.

La bibliographie a été réalisée avec l'aide d'un documentaliste de la bibliothèque universitaire de santé de Lyon 1, et mise à jour régulièrement.

C. Composition de l'équipe de recherche

L'équipe de recherche était composée des investigateurs et de leur directrice de thèse, le Dr Aurélia Marfisi-Dubost.

D. Elaboration du canevas d'entretien

Le canevas d'entretien initial a été réalisé à partir de la bibliographie et validé par le directeur de thèse

1/ Canevas d'entretien

Le canevas d'entretien initial a été réalisé à partir d'une revue de la littérature qui a permis de formuler des hypothèses et d'organiser les thèmes à aborder. Il a été testé auprès de deux participants afin d'ajuster les questions et de retenir les plus pertinentes pour traiter le sujet. La première question était une question ouverte pour se remémorer la rééducation qui était lointaine pour certains participants. Le thème de la motivation à participer à la rééducation était ensuite abordé. Le mot « fragilité » n'était pas prononcé d'emblée par les investigateurs pour laisser le temps aux participants de l'aborder spontanément. Le vécu de la rééducation et les changements remarquables après la rééducation étaient abordés successivement.

Au fil des entretiens, le canevas s'est enrichi des nouveaux thèmes abordés par les participants. La question du vieillissement normal, du laisser-aller qui peut apparaître avec l'âge ont fait l'objet de questions complémentaires du fait de leur redondance dans les entretiens.

La dernière question était la suivante : « Y-a-t-il des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ? ». Elle avait pour but de traiter des sujets importants pour le participant et non explorés, par ailleurs, durant l'entretien.

Le canevas d'entretien est présenté en Annexe (**Annexe n°6**).

2/ Test du canevas d'entretien

Le guide d'entretien a été testé auprès d'un participant de l'HDJ-SSR pour chaque investigateur. Ces entretiens ont permis d'ajuster le canevas (**Annexe n°7**). Ils ont été soumis à une autocritique puis à une discussion entre investigateurs afin de faire évoluer le canevas d'entretien et les compétences des investigateurs.

E. Journal de bord et posture initiale de chercheur

Une posture initiale de chercheur a été réalisée au début de l'étude par chaque investigateur. Celle-ci a été mise à jour avant l'analyse des données et après la rédaction des résultats.

Un journal de bord commun aux investigateurs a été tenu tout au long de l'étude. Les impressions générales ainsi que les grands thèmes de chacun des entretiens y étaient consignés.

F. Constitution de l'échantillon et recueil des données

1/ Recrutement

Les entretiens ont été réalisés de juillet 2019 à février 2020. Les deux premiers entretiens étaient des entretiens tests, analysés et intégrés dans les résultats.

Le recrutement a été réalisé auprès des personnes ayant participé au programme de rééducation en « HDJ-SSR » du CHG du Mont d'Or d'octobre 2017 à avril 2019.

Les participants ont été appelés par la neuropsychologue de l'HDJ-SSR pour présenter l'étude et connaître leur souhait ou non d'être contactés par l'un des investigateurs. La neuropsychologue était en lien direct avec les participants car elle participait aux évaluations gériatriques en réalisant un bilan neuropsychologique. Elle participait également au programme de rééducation en animant des ateliers de cognition.

En cas de réponse positive, ils étaient appelés par l'un des investigateurs pour fixer la date et le lieu du rendez-vous pour l'entretien.

A l'issu de l'appel téléphonique, la lettre d'information présentant l'étude (**Annexe n°12**) était envoyée par courrier postal par l'un des investigateurs.

2/ Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être une personne âgée de plus de 65 ans,
- avoir été dépisté « fragile » en ambulatoire ou au décours d'une hospitalisation,
- avoir participé au programme de rééducation en HDJ-SSR au CHG du Mont d'Or d'octobre 2017 à avril 2019,
- être affilié à un régime d'Assurance Maladie.

3/ Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- être atteint d'une MAMA (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées),
- le refus de participer à l'une des parties de l'étude, quantitative ou qualitative,
- être une personne protégée par la loi française à savoir les personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection légale ou hors d'état d'exprimer leur consentement ; les personnes faisant l'objet d'une mesure de sauvegarde de justice ; les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative.

4/ Recueil des données

La retranscription des entretiens était faite mot à mot dans le respect de l'anonymat de la personne interviewée et des personnes citées. Les fichiers d'enregistrements ont été effacés après la rédaction des résultats et les verbatim ont été mis à disposition des membres du jury.

G. Réalisation des entretiens

Les investigateurs ayant mené les entretiens étaient Madame Marine BALEZEAU, médecin généraliste remplaçant et Monsieur Pierre BÉNET, médecin généraliste remplaçant.

Huit entretiens ont été réalisés par Madame Marine BALEZEAU et six par Monsieur Pierre BÉNET.

Les rencontres étaient organisées par l'investigateur et le participant, il n'y avait pas de tiers lors de l'entretien afin de faciliter les échanges.

Le lieu et le moment de l'entretien étaient choisis par le participant en fonction de ses disponibilités et de ses préférences. Un lieu calme était privilégié afin d'optimiser la qualité des entretiens. Sept entretiens ont eu lieu dans un bureau au sein de l'HDJ et sept au domicile du participant interviewé.

Avant l'entretien, les participants recevaient par courrier une lettre d'information concernant l'étude.

Avant l'enregistrement, le participant était à nouveau informé de manière claire, loyale et appropriée sur le déroulé de l'entretien et l'objectif de l'étude. Le participant pouvait, s'il le souhaitait, poser des questions au sujet de la lettre d'information et de l'étude. Un formulaire de consentement autorisant l'enregistrement, la retranscription et l'utilisation des données pour l'analyse sous couvert d'anonymat était alors daté et signé.

Durant l'entretien, l'investigateur adoptait une attitude d'écoute active et notait les éléments de communication non verbale.

H. Analyse des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot par l'investigateur ayant réalisé l'entretien puis analysés dans l'ordre du recueil des données.

Une analyse manuelle du verbatim a été réalisée selon l'analyse sémio-pragmatique de Peirce en tenant compte des différents éléments de contextualité préexistants.

La première étape consistait en une lecture flottante de type intuitive permettant de s'imprégner du texte et du contexte de l'entretien.

Une lecture focalisée de chaque entretien a ensuite été effectuée afin de découper le verbatim en unités de sens et réaliser une première thématisation selon les trois catégories de Peirce (**Annexe n°8**).

Les entretiens ont été relus à plusieurs reprises pour avoir une analyse la plus exhaustive possible. Cela permettait de repérer les éléments signifiants textuels et contextuels et d'effectuer une catégorisation peircienne.

Les thèmes et sous thèmes qui en émergeaient étaient alors restitués par ordonnance logique des catégories obtenues. Cette technique permettait, par la réalisation d'une lecture conceptualisante, d'effectuer une analyse phénoménologique en hiérarchisant les catégories et de faire émerger le sens du phénomène étudié.

L'analyse a été effectuée individuellement par les deux investigateurs pour la totalité des entretiens. Une triangulation des analyses a ensuite été effectuée par une mise en commun de celles-ci afin d'identifier les différents thèmes, assurant la validité de la recherche.

I. Aspects éthiques et réglementaires

1/ Réglementation

L'étude a été conduite selon la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Elle a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) le 5 avril 2019, et les chercheurs se sont engagés à respecter la méthodologie MR-003 (**Annexe n°9**). Une déclaration à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a été effectuée le 21 mai 2019 (**Annexe n°10**)

Suite à l'application de la loi Jardé en novembre 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine, un protocole de recherche a été établi et présenté. L'avis favorable du Comité de protection des personnes (CPP) Sud-Méditerranée II a été donné le 7 juin 2019, après modification du protocole suite à la commission du 3 mai 2019 (**Annexe n°11**)

2/ Confidentialité

Seuls les chercheurs et leur directrice de thèse ont eu accès aux données. Ils ont traité les informations dans le plus strict respect du secret médical en préservant l'anonymat. Une lettre d'information (**Annexe n°12**) ainsi qu'un formulaire de consentement (**Annexe n°13**) ont été remis aux participants afin de recueillir leur accord pour participer à l'étude.

3/ Conflits d'intérêts

Les auteurs de ce travail ne déclaraient pas de conflit d'intérêt.

4/ Archivage des données

Pendant l'étude, le stockage des données a été réalisé dans l'espace étudiant du site de l'université, accessible avec des codes d'authentification connus uniquement des chercheurs. Les données nominatives ou brutes seront détruites au maximum 3 mois après la soutenance de thèse.

Seul le format anonymisé sera conservé au bureau des thèses et référencé.

II. MATÉRIEL

Les entretiens ont été enregistrés sur le dictaphone du smartphone de l'investigateur ainsi que sur un dictaphone analogique après autorisation des participants. Ils ont été anonymisés et retranscrits un à un à l'aide du logiciel oTranscribe® puis stockés sur un document type Microsoft® Word. Le logiciel Zotero® a été utilisé pour organiser les références bibliographiques.

III. RÉSULTATS

L'échantillon comprenait 14 personnes sur les 17 ayant participé à la rééducation en HDJ-SSR. 8 étaient des hommes et 6 étaient des femmes. Ils avaient entre 72 et 87 ans. 9 des participants vivaient en couple et 5 vivaient seuls.

Les entretiens se sont déroulés du 8 juillet 2019 au 28 janvier 2020. La durée était comprise entre 19 minutes et 88 minutes avec une moyenne de 36 minutes.

A. Se résigner à un déclin inéluctable conduisant à la mort : le vieillissement ressenti au travers du corps.

1/ Le vieillissement ressenti au travers du corps

a) Les défaillances physiques se manifestaient au travers de la douleur.

A : On peut que voir que des fois le matin quand on se lève on se dit "Houla j'ai mal au dos, j'ai mal ci, là".

D : Sans souffrir parce que j'ai un problème à l'œsophage, et ce qu'il y a c'est que selon ce que je mange, ça se bloque ici et ça me fait tellement mal que je ne peux plus manger du tout.

L : Comme j'ai pas mal souffert avec ma hanche, ça fait quelques temps que je ne suis plus branché niveau sport.

b) Les pertes : symptômes du vieillissement.

Les pertes décrites par les personnes étaient à la fois des pertes **physiques et fonctionnelles**, des pertes de **mémoire** et des pertes de **force**.

K : On vieillit, on perd un petit peu.

M : J'avais des pertes d'équilibre, des pertes de mémoire...Je ne étais pas la forme quoi.

N : Des pertes surtout. Il me semble que je perds la mémoire de plus en plus.

B : Mon souci principal c'était la perte de mobilité.

E : J'ai plus de force.

c) Le corps vieillissant était un signal d'alarme insuffisant pour une prise de conscience de la fragilité.

Les **défaillances corporelles** étaient identifiées par les personnes et perçues comme un **signal d'alarme**.

B : J'ai des problèmes de hanches j'ai des problèmes de genoux je suis trop lourd.

E : Je suis obligée de marcher avec une canne parce qu'autrement je tomberais.

J : Quand je me baisse, j'ai du mal à me relever, quand je marche dix minutes je suis essoufflé.

F : C'est le cerveau qui se fatigue, il a du mal à retenir.

A : De toute façon c'est le physique qui suit plus.

A : On se casse la figure dans l'eau, une fois bon ça va, 15 jours après ça recommence, on se dit qu'il a quelque chose qui va moins bien.

F : Je m'amuse à suivre la ligne droite et je vois si je divague ou pas et je sens que ça va mieux.

La lenteur du déclin le rendait parfois **imperceptible**.

D : On pense toujours pouvoir faire, et on se rend pas toujours compte qu'on perd des forces, on n'est pas conscient de ça.

D : Ça lâche petit à petit donc c'est vrai vous vous en rendez pas vraiment compte.

B : Je ne me sentais pas particulièrement fragile.

A : Moi je voyais pas que je marchais, je marche pas de travers mais je me dis un léger déséquilibre sur la droite.

Prendre conscience de la fragilité nécessitait un **déclencheur**.

A : Quand on vieillit comme ça, on le sent pas qu'on perd des forces quand on fait rien mais après c'est quand on veut faire quelque chose qu'on s'en aperçoit.

D : J'avais besoin d'un déclencheur.

N : C'est notre docteur qu'on a tout le temps qui s'est aperçu que j'avais un petit problème de mémoire.

L : Mais moi ça m'a choqué! Parce que je me suis dit, bon ben si je refais une séance, une série, c'est parce que je ne vais pas bien.

B : Ils ont mis en avant l'hypothèse d'un syndrome de fragilité.

D : Descendre vraiment au fond au fond au fond au fond pour quelquefois se rendre compte.

2/ Le vieillissement vécu comme un déclin inéluctable

a) Un déclin par rapport à soi plus jeune, lent et progressif.

Le déclin était souvent **lent et progressif**.

A : Je me suis bien perçu de jour en... pas de jour en jour, enfin disons d'année en année que quand même j'étais plus fragile qu'avant.

C : Je me rends compte que progressivement j'avais du mal aussi à trouver les mots les noms des gens surtout.

D : Ça vient progressivement, c'est pas quelque chose qui arrive d'un coup.

I : Je me disais : « je décline, je décline ».

J : Ce n'est pas fragile c'est déclinant (dessine avec sa main une courbe descendante).

J : Je sentais une baisse de régime. La baisse de régime qui était progressive.

Le déclin était mis en évidence **en comparaison** avec soi plus jeune.

A : On oublie des choses qu'on n'oubliait pas à 20 ans.

A : Fragilisé par rapport à ce que j'étais bien sûr.

A : On va faire ce circuit là, ça fait 60 bornes, c'est rien. C'était rien, maintenant c'est plus pareil.

B : J'ai beaucoup diminué par rapport à tout ce que je faisais.

C : C'est le fait de me rendre compte que j'ai plus la même vivacité qu'autrefois.

D : On perd des forces parce qu'on n'a plus 20 ans, on n'a plus les mêmes muscles.

E : Avant je disais "Bah non c'est pas très loin. A l'époque je marchais bien et puis maintenant je trouve que c'est loin.

H : Ça me coûtait déjà beaucoup quand j'étais plus jeune de les faire, et là ça me coûtait de plus en plus.

K : Quand j'étais plus jeune, je faisais de la mécanique auto, je me mettais sous la voiture, je bricolais pendant des heures. Mais maintenant, j'arrive à peine à me baisser.

N : Alors qu'avant, on se débrouillait un petit peu tout seul, et là on a toujours quelqu'un qui nous aide pour faire ci pour faire ça.

b) Le déclin du corps, vécu comme une étape normale de la vie, lié à l'âge et dépendant de l'histoire de vie.

L'âge était présenté comme étant une **cause de fragilité**.

H : C'est des choses qui se sont dégradées avec l'âge.

B : J'ai 83 ans et ben oui ça se voit pas mais je le sens.

D : Quand on est plus âgé on est peut-être un peu plus fragile aussi.

J : Je crois qu'il y a mon âge qui intervient là-dedans avec quelquefois des petites lacunes.

M : De temps en temps, j'ai encore des pertes d'équilibre...mais à part ça, ça va quoi! Quoique, j'ai quand même 73 ans... donc faut en tenir compte.

F : Dans le cerveau c'était un problème de sénilité due à l'âge.

La fragilité s'installait **progressivement** au gré des **événements de vie**.

C : La vie est pleine d'embûches (...) mais si on a une nature à pas se laisser abattre comme ma fille par exemple. (...) Elle a un poste important avec beaucoup de responsabilités, elle a toujours été habituée à travailler donc je pense que tout ça va l'aider à bien vieillir.

D : J'ai eu une vie quand même assez... où j'ai dû tout assumer toute seule. Je pense que je suis arrivée un petit peu à bout.

D : Un jour ou l'autre on dit que l'addition tombe.

E : c'est physiquement ! j'ai toujours eu des problèmes de dos.

E : Et puis après, j'ai eu mon mari qui est resté quatorze ans très handicapé, donc je l'ai gardé à la maison, et puis ça m'a pas arrangée non plus.

I : La fatigue que je ressens maintenant est tributaire du nombre d'heures que j'ai fait avant.

Certains événements étaient vus comme **déclencheurs** de la fragilité.

D : Tant qu'on a la santé, tant qu'on a la santé physique et qu'on n'a pas de gros gros coups qui vous arrivent sur la tête: un drame familial, une grave maladie, la perte d'une personne, je pense que ça, ça fait le gros coup qui vous permet d'être beaucoup plus fragile.

D : La continuité je pense que dans la fragilité souvent c'est ça. Mais il y a quand même un facteur déclenchant, oui.

D : Non je pense qu'il n'y a pas que l'âge. Il y a quelque chose qui déclenche ça. Peut-être quelque chose de gros. Ça peut être quelque chose de plus petit mais qui est arrivé au stade où le vase est plein.

E : C'est venu progressivement mais je pense que, depuis que j'ai eu ce mal dans le dos aussi

Le déclin du corps était un processus **normal**.

K : Moi je pensais que c'était normal. On vieillit on perd un petit peu.

M : (Avoir des difficultés) Oui à marcher, avoir des trous de mémoire, j'y trouve normal.

c) Le déclin vécu comme inéluctable

A : On ne peut pas être et avoir été.

A : Ça n'irait pas en s'améliorant parce que c'est l'âge et puis c'est tout.

F : Faire d'un vieux, un jeune, ils n'ont pas encore trouvé.

G : Vieillir on est d'accord mais de tout façon il n'y a pas le choix.

J : Je pense que nous vivons un cycle et qu'il faut le laisser évoluer comme c'est prévu et que c'est quand même irrémédiable.

J : On vit tous la même chose chacun à sa façon. Et c'est irrémédiable pour les uns et les autres.

3/ Face au déclin : une réaction entre acceptation et résignation

a) L'acceptation était permise par un sentiment de vie accomplie.

Les personnes qui acceptaient le mieux les limites imposées par l'âge, étaient celles qui étaient satisfaites de leur vie passée.

A : Je me dis que j'en ai bien assez fait maintenant.

F : J'ai vécu j'ai profité de la vie à fond, tout ce que j'ai pu faire je l'ai fait.

J : J'ai arrêté la présidence en 2005 de ma propre volonté. J'avais 70 ans et je pensais qu'il était temps de laisser la place.

F : Je le dis, j'ai aucune honte à dire que je vieillis et que je commence à être sénile. C'est l'aboutissement d'à peu près 80% du genre humain.

F : Ceux comme moi qui ont la machine qui est usée, je crois que c'est la grande majorité des gens donc il y a pas lieu que, de toute façon c'est la vie on arrive et on part.

F : J'ai jamais été complexé, mais j'arrive à un âge où vraiment la complexité c'est hors de moi. Je sais que je ne peux aller que vers le bas ou me stabiliser mais monter en haut. (Rire)

b) La fatalité du vieillissement entraînait la résignation de la personne.

La **résignation** venait du fait que certaines personnes considéraient le **vieillissement comme inéluctable**. Il n'y avait donc aucune raison d'aller à l'encontre de ce processus vital.

G : Il faut que je vive avec ce que j'ai, même si c'est des handicaps. Il faut l'admettre et point final.

F : Au lieu de continuer à forcer on abandonne cette combativité. C'est plus un abandon qu'une paresse.

c) La dépendance était vue au travers de limites acceptables.

Le vieillissement était accepté tant qu'il n'avait pas un impact important sur le quotidien des personnes.

A : Tant qu'on arrive à se tenir debout à avoir à peu près la tête pas trop mal encore.

B : Pas rester dans un fauteuil à regarder la télé ou à lire

D : Tant qu'on peut être, enfin je sais pas, indépendant chez soi, pouvoir faire ses petites affaires, pouvoir ? Je sais pas. Quand on est chez soi on est libre.

G : De vieillir ça me faisait rien. Mais vieillir avec des choses, des handicaps entre guillemets...

N : Tant qu'on peut vivre comme moi, sans avoir de gros problèmes, je suis d'accord.

N : Si je dois passer le reste de ma vie sur un fauteuil, ou sur un lit...euh j'achète un pistolet.

N : Ça m'intéresse pas de continuer comme ça.

N : On devient...des personnes assistées.

4/ Un cercle vicieux suscité et entretenu par des peurs et des deuils

a) Le cercle vicieux : quand la perte de force oblige à abandonner ses activités, abandon qui entraîne à son tour une perte de force

D : C'est quelque chose comme un engrenage qui commence à faire tout doucement tout doucement et puis petit à petit vous vous éloignez de tout.

D : C'est un peu un cercle vicieux au début.

D : Si on reste trop à rien faire, bah vous perdez des forces.

D : Un jour vous allez dire pff je fais pas ça, parce que j'ai pas envie tout ça, et puis le lendemain vous en laissez un petit peu plus mais sans vous en rendre vraiment compte. Ça rentre dans la routine.

A : On dit bah tiens ça j'en ferai demain de la gym (...) et puis finalement pendant 8 jours on en fait plus. Quand on recommence bah le premier jour c'est aussi dur.

E : Comme je marche pas vite, j'avais arrêté d'y aller.

b) Les peurs étaient plus présentes en vieillissant, et participaient à la diminution des activités

G : Je me fais plus vite du souci quand même en vieillissant ça prend, la moindre contrariété et bien prend beaucoup plus d'importance qu'avant quoi.

Les pertes de mémoires étaient une source de **préoccupation**.

C : La mémoire c'était surtout ça qui me préoccupait oui.

F : Ma femme elle avait peur que ce soit un début d'Alzheimer.

G : Il me semble que je perds la mémoire, alors ça me perturbait beaucoup.

Il existait une **inquiétude** autour **des chutes**.

E : Ce qui m'inquiète le plus, c'est pas la mémoire c'est les problèmes d'équilibre.

F : J'appréhende de tomber, pas le fait de tomber mais c'est surtout que je peux pas me relever.

La **diminution des activités physiques et sociales** était décrite comme une **conséquence des peurs**

E : J'ai arrêté d'aller à Aix les bains, parce que j'avais peur de tomber.

F : J'ai tiré un trait sur les fantaisies.

c) Les deuils punctuaient le processus du déclin.

Les deuils étaient divers : du **travail**,

I : Je fais quoi sur Terre? J'ai plus d'activité, je travaille plus, je sers plus à rien.

C : J'ai regretté d'arrêter de travailler.

...des **sorties**, des **activités**,

H : Les maigres activités que je faisais, ça commençait à moins m'intéresser et puis j'ai arrêté oui.

H : J'ai beaucoup regretté ce que je faisais de ne pas les avoir continués.

D : J'avais lâché mes activités, jamais de contacts, je restais chez moi, mangeais une fois de temps en temps.

...des **proches**.

G : Je suis seule (...) Alors voyez je suis vraiment, je suis pas seule, mais enfin j'ai besoin d'avoir des contacts avec les gens quand même.

G : C'est un manque (l'échange) quand on est seule.

D : J'étais très mal, suite à un drame familial: le suicide de mon fils.

K : J'étais avec ma femme qui se battait contre le cancer, bon elle est partie, et quand elle est partie, ben ça m'a ...ça m'a pas fait plaisir mais ça libère quand même.

d) Le laisser-aller à la fois cause et conséquence de la fragilité

Les personnes décrivaient un **laisser-aller** qui survenait avec l'âge et qui participait au **cercle vicieux** de la diminution des activités.

B : J'ai la flemme aussi ça c'est de pire en pire. J'ai de moins en moins envie de faire des choses.

A : On a quand même un petit phénomène de rouille, on devient un peu fainéant, lié à notre âge on prend ça un peu comme excuse.

C : C'est peut-être un laisser-aller.

E : C'est vrai que chez soi, hola on se laisse un peu aller quand même.

5/ Sa propre mort en toile de fond

a) La mort des autres et la solitude : miroir de sa propre mort

La mort des autres et la solitude faisaient peur et amenaient les personnes à se représenter leur propre mort.

F : Ça meurt partout dans les hôpitaux dans les maisons aussi.

C : Ça fait peur de voir des exemples comme ça.

E : Mon mari il avait fait un AVC donc ça me faisait peur.

F : Les gens qui arrivent là-bas franchement c'est la fin de vie alors ils meurent.

G : Les gens qui restent vraiment renfermés sur eux même, je suis sûre que c'est pas bon du tout.

I : On n'est pas encore comme ça (grabataire) pas encore.

b) Face à la solitude un sentiment d'abandon apparait qui prédispose à la figure de mort.

G : On est obligé quand on est seul, enfin pour moi, je suis obligée, même s'il n'y a personne, de communiquer disons. On est obligé d'émettre son avis, on doit pas, moi je peux pas garder ça à l'intérieur disons.

Certaines personnes se sentaient **abandonnées par leurs proches,**

E : Parce que je vois des dames à la résidence, il y a leur fille qui vient toutes les semaines, qui va leur faire les courses. Alors que moi je suis seule chez moi.

E : Je sais pas, enfin je la vois jamais ma fille. On peut pas compter sur elle alors que je comptais un peu sur elle.

E : Quand mon mari était à la maison il y avait des voisins qui venaient et puis après ils étaient plus âgés que moi donc ils sont tous décédés.

...par le **corps médical**,

E : Alors après j'étais allée chez elle, non parce qu'après elle était partie, non mais j'étais plus allée chez elle, j'étais allée chez un autre médecin que je connaissais mais qui a pris sa retraite aussi.

...participant ainsi à la **dépression** : la mort de tout espoir.

E : Je faisais, je pense, peut-être un peu déprimé.

c) Sa propre mort

Le déclin du corps et les limites fonctionnelles dues au vieillissement amènent à réfléchir sur sa propre mort, voir la souhaiter.

N : Je me suis dit au train où c'est parti si ça continue, ça va m'arriver, je vais finir ma vie dans un fauteuil, ou dans un lit, j'en sais rien.

F : Avant je me voyais dépérir, ça allait pas.

H : Au niveau du vieillissement je pense qu'il y a quand même un bruit de fond qui est quand même l'approche de la mort qu'il ne faut pas négliger, c'est surtout ça qui est préoccupant un petit peu, chez moi plus maintenant.

Résumé :

Les participants décrivaient leur fragilité en empruntant des termes au registre du vieillissement. Ainsi leur fragilité était vue comme un processus lent et progressif presque imperceptible qui participait au déclin physique de la personne. Cela entraînait un retrait de la vie sociale. Les participants acceptaient cette situation avec résignation car ils la vivaient comme une étape obligatoire de leur trajectoire de vie. La fragilité était d'autant plus acceptée qu'elle n'entraînait pas de pertes fonctionnelles trop limitantes. Cette période était aussi l'occasion de se confronter à sa propre mort au travers des pertes et des deuils qui survenaient.

B. Un processus relationnel et motivationnel qui permet d'accepter et d'assumer la fragilité, via la restauration de l'estime de soi. Vers un autre sens de la vie.

1/ Un processus relationnel qui déclenche le processus motivationnel permettant de s'investir dans le programme de rééducation

a) L'inquiétude de l'entourage motivait à faire le premier pas de la prise en charge.

Les participants soulignent qu'ils ont participé au programme de rééducation **contraints par leurs proches, inquiets** des pertes visibles.

N : A la maison, j'avais des reproches parce que j'oubliais. Au lieu d'aller là, fallait que j'aille là...

F : Ma femme elle avait peur que ce soit un début d'Alzheimer.

J : Je ne sais pas si ce n'est pas ma femme qui m'a proposé... Je sais plus exactement mais il me semble bien que c'est ma femme, qui avait dû entendre parler et qui m'a demandé d'aller voir.

L : C'est mes enfants qui m'ont poussé à venir hein.

D : "Maman je crois que c'était le moment que tu te prennes en main et que tu penses à toi pour qu'on puisse profiter de toi".

K : J'ai voulu faire plaisir à ma belle-fille.

J : De moi-même je ne sais pas si j'aurais entrepris quelque chose hein.

b) La motivation était renforcée par le bon sentiment qu'entraînait l'accueil du personnel de l'hôpital de jour.

D : J'étais accueilli. Mais vraiment des personnes, les soignants mais pff comme j'ai jamais eu.

D : J'ai rencontré une équipe médicale à mon écoute même quand je suis arrivée.

I : Le Dr X est une personne charmante donc elle m'a convaincue.

J : C'était très agréable, l'encadrement, les moniteurs tout ça...très sympa.

N : On est presque mieux qu'à la maison! Faut pas le dire à ma femme !

c) Les personnes s'approprièrent la prise en charge progressivement et la motivation devenait plus personnelle.

Initialement **les attentes** étaient **nulles**.

B : J'attendais rien (...) je me demandais ce que j'allais venir faire ici.

D : Je voyais pas l'aboutissement qui pouvait m'apporter du bien-être ou me faire changer d'avis ou me donner une raison de vivre.

N : L'attente était nulle parce que je ne savais pas ce que c'était.

D : J'ai donné mon accord puisque tout le monde me disait "Je t'en supplie, fais-le !".

La **motivation personnelle** arrivait dans un second temps.

D : J'ai envie de leur faire voir qu'on pouvait s'en sortir.

G : J'ai voulu aller jusqu'au bout quand même, je m'étais engagé. Moi je suis du genre, je m'engage dans quelque chose, je vais jusqu'au bout.

N : je me suis dit, au moins, tu auras essayé!

M : Pour me sentir mieux dans ma peau. Pour tout quoi. Pour le moral, pour l'équilibre, pour la forme.

I : (Après la 1ere consultation) je me suis dit...Il faut te prendre un peu en charge et puis te bouger.

B : Comme on s'entendait bien on s'apportait les uns les autres de la motivation.

d) La prise en charge en hôpital de jour demandait un investissement initial de la personne.

Pour certains l'**investissement** était important.

L : Oh oui pas mal (d'investissement). Ça me faisait lever tôt le matin.

Pour d'autre cela ne coûtait rien.

A : J'y allais facilement, non à partir du moment où on est prévenu à l'avance, on fait un planning.

E : Là aussi c'était tôt mais on venait me chercher à domicile, je mettais mon réveil. Mais c'était pas pareil, on venait me chercher j'étais plus investie.

H : C'était du plaisir, ça m'a demandé aucun investissement au contraire, c'était les supers vacances !

N : Ça me coûtait juste du temps, mais ça j'en ai.

2/ Appréhender sa fragilité au travers de l'autre

a) Se comparer aux pairs permettait de se regarder fragile.

La comparaison était souvent mise en avant par les participants. Elle permettait de **dédramatiser** sa fragilité et de se conforter dans le fait qu'ils n'étaient **pas si dégradés**.

I : Je ne suis pas plus bête que les autres, euh je suis pas plus handicapée que les autres (...) que je n'étais pas la pire (...) tant au point de vue intellectuel que physique.

I : J'suis pas plus nulle que les autres.

J : Ce qui était intéressant peut-être, c'était la confrontation des dire de chacun, et la comparaison avec ce que je ressentais moi-même.

J : Par rapport à des gens que je connais, je vais avoir 85 ans, il y en a qui n'ont pas la chance de se porter comme je me porte moi!

J : En fait, sans jugement, je comparais ce que je disais moi et ce que disaient les autres.

K : Je compare avec ceux de mon âge, et ben ...Ils ne bougent pas.

N : (de voir les autres) Ça m'a encouragé à continuer comme je faisais.

M : On parle évidemment de vieux, ben voilà on se garde en forme.

b) Accepter l'aide était comme une étape nécessaire pour assumer sa fragilité.

Certains évoquaient **l'aide apportée** comme un vrai **soulagement** qui permettait de reprendre **confiance dans ses capacités**.

F : Je me suis baissé, et puis pouf j'étais au sol et là impossible de me relever. Je faisais des efforts surhumains, je pouvais pas me lever. Alors j'ai été aidé par deux passants.

N : Alors qu'avant on se débrouillait un peu tout seul, et là on a toujours quelqu'un qui nous aide pour faire ci pour faire ça. -Et ça apportait quoi d'avoir quelqu'un qui vous aidait ? -Un peu plus de confiance peut-être ? -Un peu plus de confiance. Dans vos capacités ? -Oui.

c) Se sentir appartenir à un groupe permettait d'accepter sa fragilité

Les participants soulignaient qu'ils **admettaient mieux leurs difficultés** du fait de les **partager** avec d'autres.

N : Ça m'a surtout fait vivre que je n'étais pas le seul.

B : Je me sens mieux, j'admets mieux ma..., comment dirai-je ? situation.

E : On est différents chacun, on a chacun ses problèmes, donc c'est même encourageant de voir qu'on n'est pas tout seul.

3/ Le processus relationnel à travers une approche des sens qui permet la restauration de l'estime de soi.

a) Le regard qui évalue et qui restaure la personne.

Un regard **bienveillant** qui **restaure** la personne.

D : Je ne suis pas de leur rang (...) elles me considèrent pareil, elles me mettent au même niveau si vous voulez et moi je me dis c'est extraordinaire.

F : On a l'impression qu'elles sont à égalité avec nous avec une dose de connaissance en plus c'est tout.

I : Ils vous traitent pas comme des vieillards.

F : Les personnes âgées, on est sensibles à ces choses-là et on voyait qu'on n'était pas des numéros.

D : Ça me donne une certaine valeur que je ne connaissais pas. Ça c'est important!

Un regard extérieur qui permet d'**évaluer** son **état en général**, les capacités restantes et les limites fonctionnelles.

K : Ils regardaient ma condition physique, ma condition mentale.

K : Parce qu'on ne le voit pas finalement nous-même, on ne le voit pas.

K : Moi je ne suis pas médecin, je ne peux pas le dire vraiment.

J : Je crois que la comparaison entre ce que j'ai été et ce que je suis, méritait d'être mesurée.

J : Je voulais faire un peu le point (...) sans avoir d'à priori de ma part. C'est toujours intéressant de voir comment les autres vous voient.

J : Je ne peux pas mesurer, ce n'est pas moi qui peux mesurer.

b) La prise en main : accepter de se laisser travailler par l'autre.

Les participants soulignaient que, dans un premier temps, ils se laissaient **porter par l'équipe** de rééducateurs dans un **abandon**, une **confiance totale**.

F : Mais c'est pas une prise en main en tant que patient, c'est une prise en main en tant que personne qui vient vous rendre visite pour sortir mieux qu'elle n'est rentrée.

D : Un service pour la fragilité, des personnes qui vous prennent en main.

D : Ils ont donné du temps pour en arriver là, ils m'ont poussé, ils m'ont porté. J'ai pas le droit de baisser les bras maintenant.

F : C'est pas dans tous les centres qu'on voit cette prise en main du patient.

c) L'écoute de l'autre permet de s'écouter soi-même.

Les participants se sentant **écoutés**, retrouvaient **confiance** en eux et apprenaient à **s'écouter**.

F : J'avais affaire des personnes qui m'ont très bien expliqué qui m'ont écouté qui ne m'ont pas mis la pression.

D : J'ai vraiment eu affaire à des personnes attentionnées, à l'écoute euh qui ne sont pas là pour vous juger.

D : Le premier médecin, il m'a vraiment écouté.

D : J'ai fait de gros, gros, gros progrès mais ça empêche pas que je dois quand même écouter mon corps.

J : J'ai ressenti que je n'étais pas complètement gâteux ! Ça c'est déjà encourageant.

d) La parole échangée permet de se parler de sa fragilité.

Échanger avec les autres membres du groupe et avec les rééducateurs permettait de **parler de soi** et de **ses difficultés**.

D : C'est très, très bien et très doux voyez ils vous parlent gentiment, doucement et puis toujours avec un sourire, toujours avec le visage.

A : On peut parler à des gens qui savent de quoi ils parlent quand ils répondent.

A : On peut parler de nos maladies, de nos trucs comme ça.

N : Il y a beaucoup de choses que je ne m'étais pas aperçu avant, maintenant je m'aperçois que, tiens, là j'ai fait une erreur.

I : Bon, mon cerveau est pas trop endormi, quand on me parle de choses un peu compliquées, j'arrive à réagir.

e) Au bout du processus : une restauration de l'estime et de la confiance en soi.

Confiance, estime de soi, réassurance étaient les bénéfices mis en avant par les participants.

F : Ça m'a remis en confiance, ça m'a redonné confiance dans mon état.

D : Ça me donne une certaine valeur que je ne connaissais pas ça c'est important.

H : Ça m'a fait reprendre un petit peu d'estime de moi mais c'est en train de redescendre !

I : Au bout du 3ème coup, déjà, je me suis dit : je lâche ma canne (...) du jour où j'ai lâché ma canne je ne l'ai pas reprise.

J : Ça m'a simplement rassuré sur le plan de la connaissance acquise et de la connaissance RESTANTE.

4/ La fragilité assumée : vers un autre sens de la vie

a) Apprendre à prendre soin de soi pour un bénéfice global.

S'oublier participait à la fragilité.

C : Fragilité parce que justement je m'occupe trop des autres (...) j'ai trois personnes qui me préoccupent. Du coup j'ai pas le temps de m'occuper de moi.

D : J'avais plus envie de me faire soigner.

N : (en parlant des problèmes) Disons que je ne m'en occupais pas.

C : Du coup, j'ai pas le temps de m'occuper de moi (...) et Dr X me dit « bah écoutez peut-être qu'ici ça va vous permettre de vous recadrer un peu et de vous recentrer sur vous quoi voilà ».

D : On n'a pas le temps de s'écouter. C'est peut-être un petit peu ça que je paye maintenant aussi.

Prendre soin de soi nécessitait un **apprentissage**.

D : Ça m'a tout de suite intéressé (...) j'ai trouvé très intéressant j'ai appris beaucoup de choses.

D : Un service pour la fragilité des personnes qui vous réapprennent à vivre.

L : On avait appris à faire beaucoup de choses qu'on ne faisait pas en temps normal.

D : Maintenant je sais que je dois prendre le temps, que je dois mastiquer, et puis je me suis habituée à manger lentement.

Le bénéfice rapporté par les personnes était **global**.

L : Du bien être quand même. Du bien-être, certaines amitiés moi je trouve que c'est important

M : Je me sens un peu mieux dans ma peau oui, mais bon pas plus.

D : Un vrai, vrai, vrai changement. Là-dessus d'ailleurs à la fin des trois mois on ne m'a pas reconnu mon entourage. Ils m'ont dit "t'es plus la même !".

D : Ça a joué sur tous les tableaux.

I : Je me sens mieux dans ma peau.

F : Je suis content, heureux.

N : Ça m'a apporté, je ne sais pas, un peu plus de calme.

b) La confiance retrouvée entraînait une reprise en main de sa vie.

Après s'être **laissés porter** par les rééducateurs, les participants **reprenaient activement leur vie en main.**

D : C'est toute une implication qu'il faut continuellement faire.

D : J'ai pas le droit de baisser les bras maintenant.

F : On n'y arrivait pas mais on cherchait à y arriver.

F : On faisait tout pour essayer, sans complexe.

I : Je me suis dit il faut absolument que, si je viens, faut qu'il y ait un résultat donc il faut que je mette de ma bonne volonté.

I : Faut que je me reprenne un peu en main.

c) Assumer sa fragilité permettait de retrouver un élan de vie.

D : Je me sentais pleine de vie, j'étais fière de moi je pensais pas en arriver là.

D : Je me sens autrement, et pourtant Dieu sait s'il y a encore des problèmes.

D : Je suis là, je suis vraiment là. Et j'ai pas l'intention de céder.

d) La fragilité assumée faisait écho à la fragilité existentielle propre à la condition humaine qui sous-entend une interdépendance entre les Hommes.

Certains participants parlaient d'une **fragilité non liée à l'âge**, une **fragilité humaine** qui suggère que les Hommes **dépendent les uns des autres.**

H : Une fragilité que j'ai toujours eue qui n'est pas liée à l'âge.

D : Quand on est dans un état de fragilité, vous avez besoin de choses, de bonnes paroles, d'un regard bienveillant.

D : Non c'est très bien et très doux voyez, ils vous parlent gentiment, doucement, et puis toujours avec un sourire, et ça c'est la vie.

e) Certains se questionnaient autour du sens des exercices visant à prévenir le vieillissement.

Les exercices de **prévention** étaient parfois vécus comme une **obligation**.

C : On dit qu'il faut s'entretenir un petit peu.

C : J'avais récupéré des textes ou il disait faut faire ci faut faire ça et là je me dis que quand même je pourrai relire ça et essayer de travailler dessus. Ça serait mieux que rien.

La notion de **plaisir** était mise en avant.

F : Les gosses m'ont payé un vélo, il est là-haut je m'en suis servi au début. Mais alors moi faire du vélo et regarder par la fenêtre un arbre qui bouge pas c'est pas mon fort. Faudrait vraiment que je tombe bas pour que ça me rende service.

F : Il faut que ça soit du plaisir

A : A la maison je les fais et j'ai un vélo d'appartement je fais du vélo d'appartement aussi mais c'est pas ce qui me plaît le plus je préfère aller dehors

Certaines personnes étaient tiraillées entre la **nécessité de la prévention** et la **contrainte** que cela impose.

C : Moi si je suis pas encadrée je fais pas et je pense que pour la mémoire ou la lecture c'est un peu ça aussi.

C : Je sais pas si c'est vraiment la lecture qui peut aider (...) J'ai d'autres centres d'intérêt.

C : Je voudrais bien qu'on me dise euh qu'est-ce qu'il faudrait que je fasse pour ma mémoire en dehors du fait de lire, que je vais avoir du mal à réaliser, ou alors il faut vraiment que je fasse un effort, mais est-ce que ça peut m'apporter quelque chose à lire ? à essayer?

M : Il y a des moments on aimerait bien rester au lit voyez, ou travailler ou faire autre chose.

5/ Les ateliers répondent aux besoins du corps et, par l'effet du groupe, permettent de s'ouvrir à des considérations existentielles.

a) Les besoins du corps étaient pris en charge.

B : Les exercices de cognition qui font pas de mal.

F : Ça m'a fait du bien physiquement et moralement.

G : On va vous donner des moyens de pallier à ce que vous avez, quoi.

I : Je constate que j'ai moins mal aux reins parce qu'on a fait de la gym.

b) Les ateliers ont permis d'expérimenter le lien aux autres à travers le groupe.

C : Je me suis faite une amie.

C : Déjà le fait de savoir que je vais rencontrer quelqu'un avec qui je m'entends bien, ça c'était très concret pour moi de venir là.

M : il y a certaines choses que je n'aurais pas osé faire, vous voyez, tout seul, où j'aurais été mal à l'aise. (Le fait d'être en groupe) Ça m'a motivé oui.

B : Il y a le travail en groupe qui m'avait fait beaucoup de bien aussi.

B : on avait une très bonne ambiance dans le groupe, une très bonne communication.

D : on fait des exercices ensemble, même des exercices de gymnastique.

H : Avoir été en groupe ça permet d'avoir de l'émulation.

L : il y a une relation qui se fait entre les patients.

c) La prise en charge dans les ateliers amenait une ouverture et une réflexion autour du sens de la vie.

H : un sentiment de questions sur la vie, qu'est-ce que ça signifie? Sur le monde lui-même, même non vivant qu'est-ce que c'est ? Questions tout à fait métaphysique.

D : Il y aurait beaucoup plus de personnes qui pourraient rester chez elles parce que si on est bien on peut rester chez soi.

E : On a appris des choses. (...) y'a des choses qu'on a acquis, essentielles.

I : ça permet de discuter, d'avoir un autre horizon plutôt que ses casseroles.

N : ça nous permet de s'éloigner un petit peu de la maison, de voir autre chose. Ou d'autre gens aussi.

J : c'est intéressant d'avoir des relations comme ça, ne serait-ce que pour échanger et sortir de sa routine.

Résumé :

Les participants ont eu besoin de la parole de leur entourage, inquiet, pour prendre conscience de leur fragilité et initier la prise en charge. La prise en charge en Hôpital de Jour-SSR a permis aux participants de franchir successivement plusieurs étapes. Tout d'abord, prendre conscience de ses défaillances physiques, ensuite accepter de se faire aider et de se livrer entièrement au regard de l'autre, enfin se réapproprier la prise en charge pour ensuite reprendre sa vie activement en main. Cela est apparu possible du fait de l'ambiance bienveillante au sein de l'HDJ-SSR qui a permis aux participants de retrouver leur estime de soi. Les participants ont également appris à prendre soin d'eux. Le travail en groupe avec des pairs a permis de se voir et s'identifier fragile. Les participants ont aussi souligné que prendre soin de soi dans sa fragilité assumée a permis un réveil à la vie et un réinvestissement des liens sociaux.

C. Comment l'environnement peut-être un frein ou un élément facilitant l'expression de sa propre liberté.

1/ Le vieillissement entraîne un enfermement sur le lieu de vie et sur soi, vecteur de fragilité.

a) La retraite professionnelle déclenchait un retrait de la vie sociale.

J : Je suis à la retraite depuis 24 ans donc on a plus guère de contacts extérieurs.

D : J'avais coupé toutes mes activités, toutes les activités que j'avais à l'extérieur, j'avais tout arrêté, je ne prenais plus, ou moins contact avec l'extérieur.

b) La sédentarité était un vecteur de fragilité.

I : Depuis 10 ans, je suis sur mon ordinateur, ce qui fait que j'ai l'impression que je dois m'encroûter un peu.

I : A force de rester à la maison, l'esprit rétrécit.

c) La fragilité physique participait à la distension des liens sociaux.

D : J'avais mis une croix à tout.

B : Je jouais beaucoup au golf mais du fait que je ne pouvais plus marcher, je ne pouvais plus jouer.

2/ Se reconnaître fragile permet de choisir un lieu de vie adapté dans le but de maintenir son autonomie et un lien avec l'extérieur.

a) Un lieu de vie stimulant l'activité physique permettait de garder une certaine autonomie.

E : J'étais à la résidence (...) comme je suis toute seule ça m'évite, ça permet de marcher un petit peu et puis de voir un peu de monde.

G : Au point de vue activité physique, vous voyez le jardin que j'ai, et puis pratiquement je fais tout. Du point de vue physique, j'ai pas besoin d'avoir quelque chose.

b) Certaines personnes choisissaient un lieu de vie qui compensait les pertes liées au vieillissement.

A : Une petite ville qui est tout à fait dans nos cordes.

N : C'était le moment ou jamais (de déménager) parce que je commençais à dégrader.

c) Le lien social était recherché à travers le mode de vie.

A : On est bien là, il y a tous les commerces, il y a tout ce qu'il faut.

G : Je marche avec des personnes, c'est un groupe informel. C'est dans le but de rester en relation avec les gens.

G : Je fais tout ça pour dire de voir du monde quoi.

3/ L'HDJ-SSR : un environnement favorisant un climat de liberté, stimulant l'appropriation du processus d'acceptation de la fragilité

a) Un lieu vécu initialement comme un lieu d'enfermement et de contraintes.

La pris en charge en hôpital de jour faisait **peur** aux participants du fait des **contraintes** que cela imposait.

C : C'est quand même contraignant trois fois par semaine, 15 semaines.

I : C'était quand même soutenu pendant 3 mois.

J : C'est contraignant. C'est un engagement.

D : Ce qui m'a fait peur c'est 3 mois. C'est comme si on m'avait enfermé pendant 3 mois.

D : L'hôpital de jour j'avais une opinion, l'hôpital de jour c'était comment dire, c'était la prison.

L : On se sentait quand-même un peu dans une cage quoi.

M : ça me gonfle un peu. Ça me contrarie, je me dis, je voudrais aller là, ou je dois faire les courses et je ne peux pas les faire. Faut que j'y aille là, c'est un peu contraignant mais bon.

N : Je suis arrivée directement là, je n'ai pas choisi, on a pris la voiture et je suis restée!

b) L'instauration d'un climat de liberté permis par l'attitude du personnel donnait confiance aux participants.

Un **climat de liberté** était instauré au sein de l'hôpital de jour.

D : On vous donne le choix de continuer ou d'arrêter. Vous êtes pas coincé.

D : Vous êtes pas coincé et ça je pense que c'est important pour une personne en fragilité où ses bases sont couci-couça.

L'attitude du personnel de l'hôpital de jour mettait en **confiance**.

A : On peut parler à des gens qui savent de quoi ils parlent quand ils répondent.

F : j'avais à faire à des personnes qui m'ont très bien expliqué qui m'ont écouté qui ne m'ont pas mis la pression.

D : J'ai vraiment eu à faire à des personnes attentionnées, à l'écoute euh qui ne sont pas là pour vous juger.

c) Un lieu sécurisé en dehors du monde qui permettait de cultiver le lien avec les autres et, paradoxalement, de gagner en liberté.

L'hôpital de jour était pour certaines personnes un **lieu connu**.

C : J'ai pas de problème parce que je connaissais un peu les gens.

H : Je connaissais d'avance l'hôpital gériatrique.

A : J'arrivais pas ici sans être un peu au courant.

Le caractère **sécurisant** de l'hôpital de jour **favorisait le lien** aux autres.

H : Un contact sécurisé avec d'autres personnes.

H : De rencontrer d'autres personnes mais dans un milieu sécurisé.

L'hôpital de jour était assimilé à un **lieu « en dehors »** où les personnes étaient **libérées** des soucis du quotidien.

B : Il y a des gens qui avaient pas mal de problèmes de famille, des dames qui avaient pas trop le moral et quand elles étaient ici on oubliait tout.

C : Peut-être qu'ici ça va vous permettre de vous recadrer un peu et de vous recentrer sur vous.

I : Ça m'a sorti un petit peu de mes tracasseries.

I : de sortir de chez moi pour m'évader.

I : Ça m'a fait sortir de chez moi, ça m'a fait penser.

I : Ça permet de discuter, d'avoir un autre horizon plutôt que ses casseroles.

K : Ça me faisait penser à autre chose (...) un petit bol d'air.

Le **paradoxe** de la fragilité assumée était qu'en se reconnaissant **dépendant**, les personnes étaient plus **libres**.

D : J'ai eu une vie quand même assez, où j'ai dû tout assumer toute seule.

D : « Tati, ça fait plus de 40 ans que tu prends tout à bras le corps ».

D : On pense toujours pouvoir faire, et on se rend compte qu'on perd des forces, on n'est pas conscient de ça.

D : L'hôpital de jour j'avais une opinion. Je voyais pas l'aboutissement qui pouvait me donner du bien-être, ou me donner une raison de vivre.

D : Et là, quand vous savez, vous avez le choix, bah oui je commence mais en fin de compte, je suis pas attachée.

D : Là, après ce passage-là, je me suis vraiment rendue compte que j'avais besoin d'aide.

D : Faites comme ça, vous verrez, ça se passera mieux et c'est vrai.

D : Quand on est dans un état de fragilité, vous avez besoin de choses de bonnes paroles, d'un regard bienveillant.

D : J'ai envie de dire j'ai changé en tout.

4/ La fragilité assumée permet une réappropriation de l'espace et du monde.

a) Les personnes s'organisaient pour sortir de chez elles.

D : Vous faite le tour du quartier, vous vous aérez l'esprit, vous faites fonctionner vos jambes.

D : Même si tu es fatigué, tu marches pas longtemps. D'ailleurs j'ai une amie elle le sait "tu es fatiguée aujourd'hui, bon OK on fera moins mais on fait".

-demain matin je marche avec des gens de Fontaine Saint Martin.

b) Certaines personnes participaient aux activités associatives.

D : Alors, maintenant, le lundi je fais la boule santé.

D : Cette association j'en faisais déjà partie en faisant, en allant jouer à la belote et au tarot. Maintenant j'ai rajouté l'atelier mémoire.

G : Vous avez bien fait de venir pas trop tard, parce qu'en début d'après-midi je vais à un truc de mémoire.

I : Donc, alors, j'ai trouvé le moyen de me déboiter l'épaule en jouant au volley, on s'était tellement bien amusés.

B : Je faisais de la gymnastique toutes les semaines avec une association, je vais à la piscine deux fois par semaine en gym aquatique.

c) Le témoignage, une façon de retrouver une place dans le monde.

D : Ça leur a fait du bien que j'arrive et que je fasse partager mon expérience. Ça leur a donné envie de continuer.

D : En septembre je suis allée porter mon expérience à ces personnes-là. Je leur ai expliqué ce que j'avais ressenti je leur ai expliqué mon parcours.

F : J'ai fait un speech en disant aux personnes âgées qu'il fallait pas avoir peur d'y aller.

Résumé :

Les participants évoquaient un repli sur soi en vieillissant. Celui-ci était parfois induit par un environnement inadapté aux limites physiques et fonctionnelles des personnes. Dans certains cas, quand la fragilité était reconnue, les participants adaptaient leur environnement à leurs difficultés afin de conserver leur vie sociale. La prise en charge en Hôpital de jour a favorisé un climat de liberté qui mettait les participants en confiance. Cela leur permettait d'assumer leur fragilité et de lâcher prise. En acceptant leurs difficultés et l'aide apportée, les participants se sentaient plus sûrs d'eux. Par l'acceptation de la fragilité les participants ont réinvesti les espaces délaissés. Certains via l'implication dans des associations, d'autres par le témoignage de leur expérience au sein de l'HDJ.

IV. DISCUSSION DE LA METHODE

Le choix d'une étude qualitative a paru la plus appropriée pour répondre aux objectifs. Cette méthode permettait d'explorer les différents aspects du vécu du vieillissement et de la fragilité, des participants à l'HDJ SSR, au travers de leurs récits et de leurs attitudes. Une autre méthode n'aurait pas permis de répondre à cette problématique.

La discussion de la méthode a été réalisée en suivant la grille COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) qui permet d'évaluer la qualité d'une étude qualitative grâce à ses 32 items regroupés en 3 domaines (**Annexe n°14**).

A. Equipe de recherche et de réflexion

1/ Caractéristiques personnelles

Les deux investigateurs étaient médecins généralistes remplaçants lors de la réalisation des entretiens semi-dirigés. Ils étaient tous les deux novices dans la pratique de la recherche qualitative.

La formation théorique des chercheurs consistait à participer aux trois journées d'enseignement pédagogique à la méthodologie des études qualitatives organisées par le Collège Universitaire de Médecine Générale.

Les échanges informels avec d'autres thésards ainsi que la lecture d'articles et de thèses au sujet de la méthodologie qualitative et plus particulièrement sur l'analyse phénoméno-semio-pragmatique (30)(31) ont permis de se familiariser avec la recherche qualitative. L'aide méthodologique d'Olivier ROBIN chercheur en sémiotique au CADIR a permis d'analyser les entretiens avec le souci de la rigueur méthodologique.

Le manque d'expérience des enquêteurs a pu constituer une limite d'influence. L'absence d'entraînement à la réalisation d'entretiens semi-dirigés a pu influencer les réponses des participants, par la manière de poser les questions, reformuler ou relancer.

Cette limite a été atténuée par la réalisation d'un canevas d'entretien détaillé, testé une fois par investigateur. Cela a permis de vérifier la pertinence de la grille d'entretien.

Une autocritique des entretiens dans les formulations des questions, des relances et dans les éléments de réponses non suffisamment explorés, était réalisée par les enquêteurs et mise en commun.

Les enquêteurs étaient médecins généralistes et étaient sensibilisés aux techniques de communication : favoriser les questions ouvertes, respecter les silences et les temps de paroles, et adoptaient ainsi une technique d'écoute active.

2/ Relations avec les participants

Aucun des participants n'était connu des enquêteurs.

Les participants étaient informés du sujet de l'étude avec des termes du langage courant via une lettre d'information transmise avant l'entretien. L'anonymat a été effectué en attribuant une lettre à chaque participant lors de la retranscription sans tenir compte de leur nom et prénom.

3/ Posture initiale de chercheur et journal de bord

Une posture initiale de chercheur a été réalisée au début de ce travail, avant les entretiens. Dans celle-ci les investigateurs expliquaient le choix de cette thématique, mettaient par écrit leurs a priori, craintes et connaissances du sujet. Cette posture a évolué tout au long des entretiens. Cela a permis aux chercheurs de prendre davantage de recul sur leur travail et de garder un esprit critique.

Un journal de bord commun aux investigateurs a été tenu durant l'étude. Il permettait le partage de réflexion et une autocritique afin d'améliorer la façon de mener les entretiens.

B. Conception de l'étude

1/ Cadre théorique

Le choix de la méthode et le déroulement des entretiens ont été développés dans la partie « méthode ».

2/ Sélection des participants

Le sujet de l'étude concernant un très petit nombre de personnes, tous les participants à l'HDJ-SSR d'octobre 2017 à avril 2019 ont été contactés. 14 personnes parmi les 17 participants à l'HDJ-SSR ont accepté de participer à l'étude.

La population étudiée comportait 6 femmes et 8 hommes. Aucun des participants n'a retiré son consentement durant l'étude.

L'âge moyen des participants était de 79 ans. 9 personnes vivaient en couple et 5 personnes vivaient seules. Aucun participant n'habitait en foyer logement ou en EHPAD.

La répartition des entretiens entre investigateurs se faisait en essayant de respecter la parité. Il est possible que les personnes ayant accepté de s'investir dans un programme de rééducation et sensibilisées à la question de la fragilité soient plus enclines à parler de leur fragilité.

Les résultats concernent notre population de personnes âgées fragiles ayant participé à la rééducation en hôpital de jour. Le vécu est très spécifique étant donné que le syndrome de fragilité n'est perçu comme fragilité pour les participants qu'au moment où elle est nommée et rééduquée.

3/ Contexte

Les entretiens étaient réalisés dans des endroits calmes facilitant l'échange, soit au domicile des participants soit dans les locaux de l'HDJ-SSR selon le choix du participant. Les entretiens étaient menés par un des investigateurs qui était seul avec le participant.

Trois entretiens ont été interrompus par des éléments extérieurs (irruption d'une personne dans la pièce, coup de téléphone que la personne avait oublié de passer, un livreur qui a sonné à la porte) ce qui a perturbé le fil de l'entretien.

Des bruits de fond et l'accent de certains participants ont gêné les enquêteurs au moment de la retranscription.

Les entretiens ont duré en moyenne 36 minutes (de 19 minutes à 1h28 minutes).

4/ Recueil de données

Le canevas d'entretien a été réalisé par les investigateurs (**Annexe n°6**) à l'aide d'une revue de la littérature. Le canevas d'entretien a été testé auprès d'un participant par chacun des investigateurs. Il a évolué tout au long de la période des entretiens pour répondre au mieux à l'objectif à la lumière des entretiens déjà réalisés.

L'entretien semi-dirigé individuel était adapté au sujet de la recherche. Il permettait la libre expression des participants au sujet de leur vécu, de leur expérience personnelle. La technique du focus groupe n'aurait pas permis d'évoquer certains éléments de l'ordre de l'intime.

Les entretiens n'étaient pas répétés.

Les investigateurs utilisaient un dictaphone ainsi qu'un smartphone pour effectuer un enregistrement audio des entretiens. La communication non verbale était notée durant l'entretien par les investigateurs.

La retranscription était réalisée avec l'aide du logiciel oTanscribe. La retranscription anonymisée des entretiens n'a pas été retournée aux participants afin d'éviter le phénomène d'autocensure a posteriori qui aurait pu nuire à la validité de l'étude.

Les verbatim ont été analysés progressivement afin d'élaborer des thèmes et des sous-thèmes. La saturation des données n'a pas été obtenue avec les 14 entretiens réalisés. Il n'y avait pas de possibilité de recrutement supplémentaire, la population étudiée étant réduite. Une redondance des idées est cependant apparue au 11^{ème} entretien.

C. Analyse et résultats

1/ Analyse des données

Les données ont été analysées de manière indépendante par les deux investigateurs. Chacun a effectué un codage manuel progressif à la suite des entretiens. La confrontation des analyses a été réalisée à la fin des entretiens. Une triangulation des analyses a permis de faire ressortir des thèmes et des sous thèmes et de faire émerger des catégories, non préétablies, répondant à la question de recherche. La pertinence des idées a été confrontée à la littérature, les éléments les plus inattendus ont également été retenus. L'analyse des chercheurs n'a pas été partagée avant la triangulation afin de limiter les risques d'interprétation erronée et vérifier

la cohérence des idées exprimées. Les résultats jugés non-pertinents ou ne répondant pas aux objectifs de l'étude n'ont pas été retranscrits. Le plan élaboré par les chercheurs était cohérent avec la question de recherche. L'analyse des résultats n'a pas été retournée aux participants pour validation.

L'analyse phénoméno-sémio-pragmatique a consisté en une classification des verbatim en catégories peirciennes. (**Annexe n°7**). Les verbatim ont ensuite été regroupés par thèmes. Les différents thèmes ont été articulés au sein de phénomènes présentés dans les résultats.

2/ Rédaction

Les résultats ont été rédigés selon les catégories avec les thèmes et les sous thèmes définis lors de la confrontation des analyses. Ils ont été étayés par les unités de sens issues des verbatim des participants, qui illustraient de manière la plus pertinente les idées développées. Chaque unité de sens était identifiée par la lettre attribuée au participant interrogé.

D. Synthèse

Bien que la rééducation n'ait pas montré d'efficacité durable sur les marqueurs de fragilité, il semble qu'elle ait permis aux participants de s'investir à nouveau dans la vie sociale. La rééducation a favorisé une prise de conscience de la fragilité, l'acceptation de l'aide et un travail autour de la confiance en soi. Cela permettait de reprendre sa vie en main.

Comme nous l'avons vu précédemment un essai contrôlé randomisé a montré que l'activité physique permettait une amélioration des critères cognitifs, thymiques et sociaux (28).

Une étude quantitative permettrait de mesurer le gain en termes de vie sociale perçue dans notre étude qualitative.

DISCUSSION

I. Entre vieillissement normal et fragilité : une frontière mal définie

A. Le syndrome de fragilité dans l'histoire de la gériatrie

La gériatrie a beaucoup évolué depuis son origine. Elle avait initialement pour vocation de prendre en charge les personnes âgées malades. Devant le caractère terminal des maladies prises en charge chez les personnes âgées, il est devenu nécessaire d'agir en amont de ces situations. Ainsi le processus de « pathologisation du vieillissement » s'est enclenché (32). manifestations physiques jusqu'alors attribuées au vieillissement ont été progressivement qualifiées de « maladies ». Cependant, les possibilités thérapeutiques pour traiter ces nouvelles maladies étaient limitées. Afin de pallier à cette difficulté, une médecine plus préventive a vu le jour. Cette médecine préventive s'est de plus en plus développée avec la promotion de la santé et du bien vieillir par l'OMS (33).

Le concept de fragilité se situe dans cette approche plus préventive. L'objectif est de repérer précocement les symptômes prédisposant à une morbi-mortalité plus grande. Le but de ce repérage est de proposer une prise en charge permettant une réversibilité de cet état (34).

La gériatrie a évolué d'une médecine du vieillissement pathologique vers une prise en charge de la santé des personnes âgées. Cette transition opère un changement de domaine d'action. On passe d'une prise en charge médicale à une approche sanitaire, avec la participation des professeurs d'activité physique adaptée et nutritionnistes entre autres (32).

Parallèlement à la « sanitisation de la vieillesse », certains chercheurs revendiquent une approche purement physiologique de la fragilité. De nombreuses recherches autour des marqueurs de l'inflammation, des biomarqueurs de dérèglement endocrinien, de la sarcopénie, voient le jour. Ces considérations font entrevoir une prochaine étape de pathologisation de la fragilité (32).

L'objectif est de promouvoir une prise en charge globale de la santé et de permettre une qualité de vie certaine en se prémunissant du risque de dépendance. L'écueil de la prise en charge de la fragilité serait une surmédicalisation des corps jugés non-conformes, accentuant

encore une catégorisation voire une stigmatisation d'une certaine partie de la population âgée (32)(35).

B. Les similitudes entre vécu du vieillissement et vécu de la fragilité pour les personnes âgées

Nous avons vu qu'au gré du développement de la gériatrie certaines manifestations cliniques étaient tantôt de l'ordre du vieillissement normal, tantôt assimilées à un état pathologique. Du côté du vécu, les similitudes entre les deux états sont nombreuses.

Renée Sebag Lanoë a analysé de nombreux témoignages au sujet du vieillissement dans son ouvrage *Vivre, vieillir et le dire*. Ainsi le vieillissement apparaît comme un processus lentement progressif (36) avec des éléments déclencheurs qui nous font sentir « être vieux ». La frontière entre vieillissement comme processus physiologique et sénescence n'est pas définie. Le début du vieillissement s'incarne encore souvent dans le corps (37), entraînant une diminution des activités qui retentit sur le mode de vie (38). Certains évoquent aussi d'autres déclencheurs tels que les deuils comme entrée dans le vieillissement.

Les critères de la fragilité selon Fried sont évoqués dans plusieurs ouvrages traitant du vieillissement. Par exemple dans *La dame en bleu* de Noëlle Chatelet : « La lenteur qui fait désormais partie du corps de Solange [...] » (39), fait référence à la **vitesse de marche ralentie**. Dans *L'été où je suis devenue vieille*, Isabelle de Courtivron évoque son corps, jusqu'alors ferme et souple, devenu flasque, malgré les efforts pour ne pas totalement perdre ses muscles (40). Cette évocation désigne la **baisse de force musculaire**. **L'activité physique réduite et l'épuisement ressenti par le patient** sont fortement présents dans cet extrait d'entretien de l'ouvrage *Vivre, vieillir et le dire* :

« Jusqu'à l'année dernière, j'étais pleine d'allant, courageuse. Je ne sentais pas la fatigue. Je sortais, j'allais faire de grandes promenades. Mais depuis la fin de l'année dernière, je sens une fatigue : je pars d'un bon train et puis, tout d'un coup, je ne sens rien, mais je me dis : « Pourquoi vas-tu si doucement ? » On dirait que quelque chose me retient. Vous voyez. Mes jambes deviennent lourdes... » (41).

Enfin **la perte de poids involontaire** apparait dans cet extrait de *L'été où je suis devenue vieille* à l'évocation de l'été avant la nuit : « *Les robes élégantes qu'elle portait pendant son voyage pendent maintenant sur son corps, ses cheveux laissent entrevoir des racines grises et son visage est creusé* » (42).

C. La fragilité dans un processus de rééducation

On peut par conséquent se poser la question de la différence entre ces deux états, vieillissement physiologique et fragilité, étant donné ce vécu assez similaire.

Il semble que la prise en charge de la fragilité soit en elle-même un facteur déclenchant la prise de conscience du statut de fragilité.

Nombre de témoignages au sujet de la fragilité et du vieillissement montrent le côté imperceptible du processus. Benoite de Groult dans *La touche étoile* rappelle qu'« *on est vieux dans le regard des autres bien avant de l'être dans le sien* » (43). Certaines personnes âgées interviewées par Renée Sebag Lanoe verbalisent ne pas se sentir vieillir, ne pas avoir conscience d'avoir leur âge ou encore avoir conscience d'avancer en âge mais être toujours jeunes (44)(45).

D'un autre côté, les défaillances liées à l'âge semblent inéluctables. Vieillir est une « *déchéance* »(46), un processus fatal qui concernera tous les humains (47).

En résumé, les personnes âgées, pour la plupart, ne se sentent pas vieillir. Quand elles prennent conscience des pertes liées au vieillissement, elles ne les considèrent pas réversibles.

On peut ainsi comprendre qu'un déclencheur est nécessaire pour une prise de conscience et une rééducation des fragilités décelées.

La différence fondamentale entre le vieillissement physiologique et la fragilité résiderait, du côté du vécu, en la prise de conscience de la fragilité comme syndrome mais aussi comme interdépendance à l'autre (48).

II. Questionnement autour de la qualité de vie et du sens de la vie

A. La qualité de vie et le bien vieillir

Selon l’OMS « *La qualité de vie est définie comme la perception qu’un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C’est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d’indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (49).

Dans le système actuel de valeurs de la société, ce qui est jeune et beau est mis en exergue tandis que le grand âge est pensé en des termes péjoratifs, et vu comme une période de non-performance (50). L’idée du « bien-vieillir », qui a fait l’objet d’un plan national, vient se situer entre ces deux pensées extrêmes. Cela donne à penser qu’il est possible de vieillir sans incapacité et avec une qualité de vie jugée bonne si l’on s’en donne les moyens. Dès l’antiquité, des conseils sur le plan de l’alimentation, de l’activité physique et plus généralement de l’hygiène de vie ont été prodigués afin de combattre la vieillesse (51).

Cependant parler d’un « bien-vieillir » rend possible l’idée d’un « mal-vieillir » (52) dont la personne âgée serait responsable du fait d’une négligence (53), entraînant un sentiment de culpabilité et stigmatisant davantage cette partie de la population.

Nous pouvons aussi nous questionner sur la balance bénéfice/ risque d’une approche préventive du vieillissement qui apporte, certes un bénéfice, mais au dépend d’efforts conséquents qui relèvent parfois de contraintes chez certaines personnes (35).

B. Le sens de la vie

Pour éviter de tomber dans l’écueil du bien vieillir à tout prix, Dominique Foldscheid propose l’idée du « projet de vie » qui « *évitera à tout le moins de s’obnubiler sur la qualité de vie, qui occulte la question prioritaire du sens de la vie, et qui porte la menace de disqualification des vies sans qualité* » (35). A travers le prisme du sens de la vie, le vieillissement est certes regardé sous l’angle de l’autonomie qui facilite le fait de se réaliser en tant qu’Homme, mais aussi et surtout sous l’angle du plaisir et du désir qui permettent de se sentir vivant (54).

Cela amène à considérer la personne comme un être qui a « *une dignité mais pas de prix* » (55), toujours « *capable de désirer, d'aspirer à exister et de s'affirmer dans le monde* » quel que soit son degré d'autonomie (35).

C. La place de la personne âgée dans le monde

Ce point de vue sur la vieillesse permet de réfléchir à la place de la personne âgée dans le monde.

Le bouleversement sociétal des dernières décennies a nettement fait évoluer la place de la personne âgée. Celle-ci était jusqu'alors dépositaire du savoir et se faisait un devoir de le transmettre (56). L'arrivée des nouvelles technologies et de l'information en continue, disponible sans limite sur internet, a relégué la personne âgée à la périphérie du monde actif (57).

Selon B. Puijalon et J. Trincaz, la personne âgée a pour devoir actuellement d'avoir une « *activité sociale* » tout en restant discret afin de ne pas « *gêner les jeunes* », et a surtout le devoir de consommer (58).

Pour sortir de ce paradigme où la personne âgée doit avoir une utilité, une fonction pour exister aux yeux de la société, on peut regarder la place de chacun en tant « *qu'être humain unique et insubstituable* » (55).

Ainsi la mission des personnes âgées serait « *d'être* », de « *s'enrichir affectivement et spirituellement, de transmettre aux plus jeunes leur expérience, leurs valeurs* » (59).

B. Puijalon et J. Trincaz concluent leur ouvrage de la manière suivante :

« *Lorsqu'il dit « j'existe », « je suis » et non pas « j'ai été », le vieux rappelle que l'existence n'est pas figée dans un temps où l'on serait à jamais jeune, beau et dynamique. Il est un passeur. »* (60).

Par ailleurs, l'avancée en âge, avec les réaménagements qu'elle nécessite, place la personne dans un système de tension entre éloignement et maintien dans le monde (61). Il serait alors de la responsabilité des plus jeunes et de la société de favoriser la réintégration des personnes âgées dans la société.

III. Accepter les pertes et faire ses deuils : un chemin de liberté

A. Les pertes qu'impose le vieillissement donnent l'occasion de se réinventer.

Nous avons vu que le vieillissement est l'occasion de pertes. Celles-ci sont physiques comme les pertes d'équilibre et les pertes de mobilité. Il en découle des pertes d'ordre social avec la diminution des activités et des liens sociaux (62).

La retraite est fréquemment citée comme perte sociale initiale qui entraîne une perte de repères (63). L'arrêt de l'activité professionnelle précoce, lié à l'exclusion à 50 ans du marché de l'emploi, ainsi que l'allongement de la vie, offre une longue période à réinvestir (64).

Alors que le quotidien était rythmé par les injonctions professionnelles, les horaires et les objectifs à atteindre, la retraite ouvre la voie à une nouvelle liberté. Il s'agit de décider de choisir que faire de ce temps offert (63).

V. Caradec a décrit le processus de déprise pour décrire la réorganisation des activités qui se produit au cours de l'avancée en âge (61). Il s'agit d'un processus actif d'adaptation aux différentes contraintes susceptibles d'apparaître au cours du vieillissement. Il s'oppose à la « théorie du désengagement » (65) qui consiste en un mouvement de déclin des activités, inéluctable lorsque l'on vieillit.

La déprise se décline en trois stratégies face aux pertes : l'adaptation, le rebond et l'abandon. Le processus de déprise permet d'appréhender toutes les possibilités du vieillir que ce soit des aspects positifs ou négatifs, contrairement au concept du « bien vieillir » (62).

La question de l'identité est aussi centrale face à l'accumulation de pertes et au bousculement des repères. La personne est donc amenée à se questionner sur son positionnement dans le temps, avec la tension entre « l'être » et « l'avoir été » (61).

B. Le travail de deuil permet de s'alléger des normes imposées.

Face aux pertes, un travail de deuil s'opère pour ensuite mettre en place une stratégie de déprise. Le deuil correspond à la réaction qu'entraîne une perte d'un être ou d'un objet cher.

(66). Le travail de deuil est traumatique et correspond à une crise. Pour Hanus « *les deuils au grand âge sont des deuils difficiles qui peuvent éventuellement se compliquer ou même rendre malade. Ils sont difficiles parce qu'ils restreignent un champ relationnel déjà antérieurement limité et viennent bouleverser l'équilibre relationnel déjà incertain* »(67).

Les deuils, à la fois de ses proches et de sa vie antérieure, confrontent la personne âgée à sa propre mort qui se rapproche (67). Ils poussent la personne à se recentrer sur l'essentiel de sa vie et, comme le disait M. Serres à se « *détacher de tout ce qui faisait poids : le poids de la tradition, des vérités enseignées, de la famille, du groupe, de la société* » (68).

La prise de conscience de la finitude de la vie amène aussi à chercher à vivre au mieux le temps qui reste. Cela implique de régler ses affaires, d'être en paix avec son passé (67).

Les deuils successifs font mourir une part de nous-mêmes, et sont douloureux mais libérateurs. La fin de processus de deuil est un retour à la vie possible quand la personne a des raisons de vivre, notamment des attachements affectifs et des centres d'intérêts (67).

C. La dépendance ou la vraie liberté ?

La prévention de la perte d'autonomie est dans notre société un élément central des politiques du vieillissement. La dépendance est source de souffrance, car la personne sent qu'elle ne se suffit plus à elle-même (69). D'ailleurs, devenir dépendant semble tellement insupportable pour certains que la mort semble préférable. Benoite de Groult justifie le recours à « la touche étoile », qui signifie l'euthanasie, en expliquant que tout ce qui est perdu au cours du vieillissement n'est remplacé par rien. Elle n'accepte pas une vie qui a perdu de son intensité et une mort au ralenti (70).

De son côté, Marie de Hennezel propose un regard sur la dépendance plus optimiste mais qui nécessite une certaine disposition d'esprit. Il s'agit d'accepter la décroissance du corps pour permettre la croissance de l'être (35). Ainsi la dépendance n'est plus simplement un « *rétrécissement inéluctable et douloureux de l'espace* » mais aussi une invitation à « *dilater son espace intérieur* » (71). L'état de dépendance permet d'aiguiser ses sens pour dénicher la vie et la nouveauté là où elles sont présentes. Marie de Hennezel précise que « *la nouveauté lorsque l'on est devenu vieux, vient toujours de l'intérieur.* » (72).

Dans son ouvrage M. Albon cite un vieil homme dépendant atteint de la maladie de Charcot qui « aime cette dépendance » car elle le ramène à un état de dépendance semblable à celle du nourrisson, ce temps où, de tendresse de bercements, il n'en avait jamais assez (71).

Aude Zeller fait d'ailleurs l'hypothèse que « l'état de dépendance équivalent à celui du tout petit enfant permet de réintégrer l'organisation mentale dans laquelle la peur de la mort n'avait pas encore d'existence et ainsi se préparer à la mort. » (73).

Accepter de dépendre de l'autre nécessite de cultiver l'estime de soi. Cela passe par un ancrage dans le présent et la satisfaction qu'apportent les activités auxquelles les personnes âgées se consacrent. Quand le présent n'offre pas cette possibilité de satisfaction, le passé peut être un point d'appui pour sauvegarder le sentiment de sa propre valeur (61).

Accepter de dépendre de l'autre c'est aussi rester en lien avec l'autre. Un lien plus facile et authentique où l'ambigu n'a pas de place. Un lien qui offre la disponibilité pour s'enrichir des rencontres (74).

Dans ces conditions d'acceptation de la dépendance, débarrassé des normes qui l'entravent, l'être peut se développer et être vraiment libre.

IV. Prendre en charge la fragilité c'est préparer le corps et l'esprit au grand âge

A. Prendre en charge la fragilité c'est mettre des mots sur la fragilité

A la lumière de ce travail, il semble crucial de dépister et prendre en charge la fragilité. L'objectif ne serait pas uniquement le « bien vieillir » mais permettre à la personne âgée de se regarder et de s'accepter fragile et vieillissante pour mieux vivre cette période du grand-âge.

La première étape serait donc pour la personne âgée de réaliser et mesurer ses difficultés souvent imperceptibles. Cela passe par le dépistage de la fragilité en ambulatoire. La place du médecin généraliste est centrale pour dépister cet état de fragilité du fait du caractère imperceptible des symptômes (34). Le médecin généraliste est à même d'écouter les plaintes

même banales des personnes âgées ainsi que les inquiétudes des accompagnants. Ces dernières sont un signal d'alarme pour mettre au jour la fragilité (61).

Le médecin généraliste pourra ensuite orienter la personne âgée vers une structure adaptée afin de réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS) et décider un plan personnalisé de santé (PPS).

A travers une rééducation de la fragilité en groupe, la personne âgée fragile peut se comparer aux autres dans une stratégie de « contraste descendant ». Il s'agit de la comparaison avec quelqu'un que l'on juge moins bien que soi. Cela lui permet de s'accepter fragile en conservant l'estime de soi (61).

L'idée de prendre en charge la fragilité dans un lieu et un espace dédiés permet aussi à la personne âgée de mettre des mots sur les déclencheurs et d'entamer un travail de deuil, offrant ainsi la possibilité d'initier activement un processus de déprise (61).

B. Prendre en charge la fragilité : rééduquer le corps pour permettre l'expression du Soi

Nous avons vu qu'à travers la mise en mots de la fragilité, la personne âgée fragile se questionne sur le sens de sa vie. Percevoir l'approche de sa propre mort invite à réévaluer ses intérêts, ses désirs, ses projets, ses valeurs (67).

Ainsi, la rééducation corporelle prend une nouvelle dimension, différente d'une simple préservation de l'autonomie. Il s'agit de garantir une suffisante santé du corps pour permettre un plein accomplissement de soi, en considérant le corps comme support de l'être (75)(76).

L'investissement de la personne âgée dans un processus de rééducation sera d'autant plus important et permanent si la rééducation sert un mieux-être.

La rééducation corporelle apparaît comme un des moyens pour servir l'accomplissement de soi.

Ainsi le projet de soins en rééducation est établi pour diminuer les limitations fonctionnelles et améliorer les capacités motrices si cela a du sens pour le patient. Il a aussi pour objectif d'aider le patient à intégrer ses difficultés et à s'y adapter. Comme le souligne Marie de

Hennezel, il s'agit d'accepter ce que l'on ne peut pas changer, et se tourner vers tout ce qui reste à découvrir (77).

C. Prendre en charge la fragilité c'est maintenir la personne âgée dans le monde

Une des difficultés rapportées le plus souvent par les personnes âgées au sujet du vieillissement est la solitude (78). D'un côté un sentiment d'abandon apparaît du fait des deuils successifs et de l'éloignement des enfants et petits-enfants (79)(67). D'un autre côté les « opportunités d'engagements » se font rares, ce qui entraîne un éloignement au monde (61). La prise en charge de la fragilité par l'intermédiaire du travail en groupe permet une resocialisation des personnes âgées.

Cela oblige une certaine organisation du temps pour participer aux ateliers ce qui donne un rythme qui peut s'avérer rassurant et motivant (80).

De plus la participation aux ateliers en groupe favorise les liens sociaux et les rencontres avec des pairs. Ces groupes de pairs ont montré dans d'autres domaines qu'ils favorisaient le rétablissement, la qualité de vie et le soutien social (81). Il permet par ailleurs une émulation faite d'exigence et de bienveillance envers soi et l'autre.

La prise en charge de la fragilité en HDJ donne une certaine assurance aux personnes âgées qui leur permet de sortir de chez eux et de s'investir dans des activités extérieures, leur redonnant accès au monde.

Le témoignage des personnes que nous avons interviewées lors des entretiens semi-dirigés pour ce travail de thèse en est un exemple marquant.

CONCLUSION

Nom, prénom du candidat : BALEZEAU Marine

Le dépistage et la rééducation des personnes âgées fragiles est au centre des politiques de santé concernant le vieillissement. L'objectif est de prévenir la dépendance et de promouvoir un vieillissement en bonne santé. La prise en charge de la fragilité permet de réduire ou de retarder ses conséquences (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution). Ces résultats ont encouragé l'ouverture de nombreux programmes de rééducation, comme au centre hospitalier gériatrique (CHG) du Mont d'or où la fragilité est prise en charge dans le cadre d'un hôpital de jour-soins de suite et de réadaptation (HDJ-SSR). Cependant, on peut se questionner sur le vécu de la fragilité. En effet, le syndrome de fragilité est un marqueur de risque et non une pathologie. Il est souvent insidieux et sa définition n'est pas consensuelle. De même, on peut se demander comment les personnes âgées fragiles perçoivent la rééducation.

Les objectifs principaux de cette étude étaient :

- Premièrement de voir l'effet de la rééducation en HDJ-SSR sur le syndrome de fragilité à travers sept mesures différentes : la condition physique, le niveau d'activité physique, la force de préhension, la vitesse de marche, la plainte mnésique, le statut nutritionnel, et le statut thymique.
- Deuxièmement d'explorer le vécu de la fragilité des personnes âgées ayant participé au programme de rééducation en HDJ-SSR au CHG du Mont d'Or.

Pour y répondre, nous avons réalisé en premier lieu une étude descriptive et rétrospective basées sur des données appariées. L'intervention consistait en une rééducation multidomaine (force musculaire, cognition, psychomotricité, prévention des chutes, équilibre, diététique) correspondant à 22,5 journées cumulées sur 15 semaines. Nous avons mené ensuite une étude qualitative par entretiens semi dirigés. Les deux études étaient réalisées auprès de 14 personnes âgées de 72 à 87 ans ayant participé à la rééducation de la fragilité en HDJ-SSR de septembre 2017 à avril 2019.

A l'issue de la rééducation, les participants avaient une meilleure condition physique évaluée par le test de marche 6 minutes, avec une amélioration de 431,8 à 449,6 mètres parcourus. Le niveau d'activité physique évalué par l'autoquestionnaire de Ricci-Gagnon était augmenté, passant de 20,2 à 28,2 sur 45 points. Les cinq autres domaines étaient inchangés. Six mois après la rééducation il n'y avait plus d'effet de la rééducation sur les différents marqueurs de fragilité mesurés.

Un essai contrôlé, randomisé, prospectif de grande taille avec un suivi complet permettrait d'avoir une puissance statistique plus importante et permettrait de supprimer les biais.

Des études ultérieures pourraient évaluer la valeur ajoutée d'une rééducation maintenue dans le temps.

Du côté du vécu, les personnes fragiles interrogées décrivaient une baisse de force, une fatigabilité, des pertes de mémoire et d'équilibre qu'ils estimaient être en lien avec le vieillissement physiologique. Ce processus fait de pertes était vécu comme un déclin lent, progressif et inéluctable. Il participait à une désocialisation des personnes. Ainsi s'installait un cercle vicieux : la baisse des activités était liée aux limitations physiques et entretenue par elles. A travers ce déclin et les deuils, réels et symboliques, ils appréhendaient leur propre mort. Pour les participants à la rééducation, la fragilité apparaissait comme un processus fait d'étapes successives. La première étape était de prendre conscience de ses difficultés souvent imperceptibles. Elle nécessitait la parole d'un tiers, souvent de l'entourage familial et parfois celle du médecin traitant. La deuxième étape était d'accepter l'aide apportée, qui permettait de mieux s'accepter avec ses propres limites. Cela se faisait au sein de l'HDJ-SSR qui était perçu comme un endroit sécurisant et accueillant, permettant d'être soi-même. Le travail en groupe renforçait les liens sociaux et l'estime de soi. La rééducation en HDJ-SSR à travers les différents ateliers proposés donnait l'occasion aux personnes de se questionner sur le sens de leur vie. La dernière étape était de reprendre en main sa vie et réinvestir le lien social. Cela se faisait la plupart du temps au sein d'associations de troisième âge. Certains ont également témoigné auprès d'autres personnes âgées de leur expérience au sein de l'HDJ-SSR.

Pour prolonger ce travail, il serait intéressant d'évaluer quantitativement l'impact de la rééducation sur la vie sociale.



Ce travail apporte des pistes pour prendre en charge la fragilité dans son ensemble en accompagnant les personnes dans les différentes étapes du « parcours de la fragilité » (prendre conscience de ses difficultés, accepter l'aide et reprendre en main sa vie). Cela passe nécessairement par un questionnement autour du sens de la vie. Ce questionnement peut être favorisé par la prise en charge, ambulatoire ou au sein de structures comme l'HDJ-SSR.

Le Président de la thèse, Vu :

Pr Laurent Letrilliart

Vu :

Pour le Président de l'Université,

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 23 NOVEMBRE 2020

ANNEXES

Annexe n°1 : Critères de fragilité de Fried

- Perte de poids involontaire au cours de la dernière année
- Vitesse de marche lente
- Sentiment d'épuisement
- Faiblesse musculaire évalué par la force de préhension
- Activité physique réduite

Interprétation

0 critères= non fragile

1 ou 2 critères = pré-fragile

3 critères = fragile

Annexe n°2 : Questionnaire d'activité physique de Ricci et Gagnon

	POINTS					SCORES
(A) COMPORTEMENTS SEDENTAIRES	1	2	3	4	5	
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc.) ?	+ de 5 h <input type="checkbox"/>	4 à 5 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	2 à 3 h <input type="checkbox"/>	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	
Total (A)						
(B) ACTIVITES PHYSIQUES DE LOISIR (DONT SPORTS)	1	2	3	4	5	SCORES
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois / mois <input type="checkbox"/>	1 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	2 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	3 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	4 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Habituellement comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représentant un effort très facile et le 5, un effort difficile.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
Total (B)						
(C) ACTIVITES PHYSIQUES QUOTIDIENNES	1	2	3	4	5	SCORES
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>	
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménages, etc. ?	Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	5 à 6 h <input type="checkbox"/>	7 à 9 h <input type="checkbox"/>	Plus de 10 h <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 16 <input type="checkbox"/>	
Total (C)						
Total (A)+(B)+(C)						

Résultats :

Moins de 18 : Inactif

Entre 18 et 35 : Actif

Plus de 35 : Très actif

D'après le questionnaire de Ricci et Gagnon, université de Montréal, modifié par Laureyns et Séné

Annexe n°3 : Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Nom :	Prénom :			
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

- A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?**
 0 = baisse sévère des prises alimentaires
 1 = légère baisse des prises alimentaires
 2 = pas de baisse des prises alimentaires
- B Perte récente de poids (<3 mois)**
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids
- C Motricité**
 0 = au lit ou au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile
- D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois ?**
 0 = oui 2 = non
- E Problèmes neuropsychologiques**
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence leve
 2 = pas de problème psychologique
- F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²**
 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total max. 14 points)

12-14 points: état nutritionnel normal
 8-11 points: à risque de dénutrition
 0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

- G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?**
 1 = oui 0 = non
- H Prend plus de 3 médicaments par jour ?**
 0 = oui 1 = non
- I Escarres ou plaies cutanées ?**
 0 = oui 1 = non

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?

- 0 = 1 repas
 1 = 2 repas
 2 = 3 repas

K Consomme-t-il ?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
 - Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui non
 - Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui non
- 0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui
 1,0 = si 3 oui

L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?

- 0 = non 1 = oui

M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)

- 0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres
 1,0 = plus de 5 verres

N Manière de se nourrir

- 0 = nécessite une assistance
 1 = se nourrit seul avec difficulté
 2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri ?

- 0 = se considère comme dénutri
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?

- 0,0 = moins bonne
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bonne
 2,0 = meilleure

Q Circonférence brachiale (CB en cm)

- 0,0 = CB < 21
 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
 1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)

- 0 = CM < 31
 1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

- de 24 à 30 points état nutritionnel normal
 de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
 moins de 17 points mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Annexe n°4 : Echelle Gériatrique De Dépression (GDS 15)

GDS-15		
1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	oui	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	non
5. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	oui	non
7. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	oui	non
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	oui	non
9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	oui	non
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	oui	non
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	oui	non
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	oui	non
13. Avez-vous beaucoup d'énergie ?	oui	non
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	oui	non
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	oui	non
Compter 1 si la réponse est non aux questions : 1, 5, 7, 11, 13, et oui aux autres.	Score :	/15
<i>Le score normal est de 3 ± 2 ; un sujet moyennement déprimé a un score de 7 ± 3 ; un sujet très déprimé a un score de 12 ± 3.</i>		

Annexe n°5 : Auto-questionnaire de Mac Nair

Questionnaire de difficultés cognitives de Mac Nair (39 items)

Voici une liste de difficultés que chacun peut rencontrer dans la vie quotidienne. Lisez attentivement chacune des propositions numérotées de 1 à 39 et mettez une croix dans la case correspondant à ce que vous avez ressenti au cours des 3 dernières semaines.

Il peut être intéressant de faire remplir votre questionnaire par une autre personne (conjoint ou enfant par exemple) pour comparer les évaluations.

<i>Questions</i>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très Souvent
1 J'ai des difficultés à me souvenir des numéros de téléphone familiers					
2 J'oublie où j'ai posé mes lunettes, mes clefs, mon porte-monnaie, mes papiers					
3 Quand je suis interrompu(e) dans une lecture, j'ai du mal à retrouver où j'en étais					
4 Quand je fais des courses, j'ai besoin d'une liste écrite					
5 J'oublie des rendez-vous, des réunions, ou des engagements					
6 J'oublie de téléphoner quand on m'a demandé de rappeler					
7 J'ai du mal à mettre une clef dans la serrure					
8 J'oublie en cours de route des courses que je voulais faire					
9 J'ai du mal à me rappeler le nom des gens que je connais					
10 J'ai du mal à rester concentré sur un travail ou une occupation					
11 J'ai du mal à raconter une émission que je viens de voir à la télévision					
12 J'ai du mal à exprimer clairement ce que je veux dire					
13 Je n'arrive pas à reconnaître des gens que je connais					
14 Il m'arrive d'avoir un mot sur le bout de la langue et de ne pas pouvoir le sortir					
15 J'ai du mal à retrouver le nom des objets					
16 J'ai du mal à comprendre ce que je lis					
17 J'ai du mal à suivre la conversation des autres					
18 J'oublie le nom des gens juste après qu'ils m'ont été présentés					

Nom, Prénom :

Date :

<i>Questions</i>	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très Souvent
19 Je perds le fil de mes idées en écoutant quelqu'un d'autre					
20 J'oublie les différentes étapes de recettes de cuisine que je connais bien et je dois les vérifier					
21 J'oublie quel jour de la semaine nous sommes					
22 J'oublie de boutonner ou de tirer la fermeture éclair de mes vêtements					
23 J'ai besoin de vérifier une fois ou deux si j'ai bien fermé la porte, coupé le gaz.					
24 Je fais des erreurs en écrivant, ou en faisant des calculs					
25 J'ai du mal à fixer mon esprit sur quelque chose de précis					
26 J'ai besoin de me faire répéter plusieurs fois les choses que je dois faire					
27 J'oublie certains produits à utiliser quand je fais la cuisine					
28 J'ai du mal à boutonner mes vêtements ou à tirer la fermeture éclair.					
29 J'ai du mal à ranger mes vêtements à la bonne place					
30 J'ai du mal à coudre ou à raccommoder					
31 J'ai du mal à fixer mon esprit sur ce que je lis					
32 J'oublie immédiatement ce que les gens viennent de me dire					
33 Quand je me promène, j'oublie par où je suis passé(e)					
34 J'ai du mal à savoir si l'on m'a rendu correctement la monnaie					
35 J'oublie de faire certaines démarches connues, de payer des factures, de déposer des chèques, d'affranchir ou poster du courrier					
36 Je dois faire les choses plus lentement qu'avant pour être sûr(e) de les faire bien					
37 J'ai par moments, l'impression d'avoir la tête vide					
38 J'oublie quel jour du mois nous sommes					
39 J'ai du mal à utiliser des outils (marteau, pinces..) pour de petites réparations.					
TOTAL: pour 39 items:...../156					

Nom, Prénom :

Date :

Annexe n°6 : Canevas d'entretien initial

CANEVAS D'ENTRETIEN

Bonjour, merci beaucoup d'avoir accepté cet entretien.

Je suis Marine BALEZEAU/Pierre BENET, étudiant(e), et je réalise cette étude dans le cadre de mon travail de thèse.

Je m'intéresse au vécu du parcours de soins en HDJ-SSR à laquelle vous avez participé.

L'entretien durera maximum 1h30 et je souhaite l'enregistrer pour permettre une retranscription fidèle de vos propos. Les données recueillies seront anonymisées et ne seront exploitées qu'à des fins de recherche.

Avez-vous des questions avant que nous débutions l'entretien? Si vous êtes d'accord, nous allons commencer.

Formulaire de consentement

Entretien

-Qu'est-ce qui vous a motivé à participer à cette rééducation?

-Vous avez tout d'abord eu une consultation d'évaluation dans plusieurs domaines. Comment vous êtes-vous perçu à la suite de cette évaluation? / Qu'est-ce que cette évaluation a changé dans la perception de vous-même ?

-On vous a ensuite proposé une rééducation en hôpital de jour. Qu'en attendiez-vous?

-Qu'est-ce que la rééducation vous a fait vivre (en terme d'émotion de sentiment)?

-Et maintenant que la rééducation est fini, qu'est-ce que cela a changé dans votre vie?

Annexe n°7 : Canevas d'entretien final

Bonjour, merci beaucoup d'avoir accepté cet entretien.

Je suis Marine BALEZEAU/Pierre BENET, étudiant(e), et je réalise cette étude dans le cadre de mon travail de thèse.

Je m'intéresse au vécu de la rééducation en HDJ-SSR à laquelle vous avez participé.

L'entretien durera maximum 1h30 et je souhaite l'enregistrer pour permettre une retranscription fidèle de vos propos. Les données recueillies seront anonymisées et ne seront exploitées qu'à des fins de recherche.

Avez-vous des questions avant que nous débutions l'entretien ?

Si vous êtes d'accord nous allons commencer.

Formulaire de consentement :

Entretien :

- En quoi a consisté le programme de rééducation que vous avez terminé ?
- Motivations :
 - Pourquoi vous l'a-t-on proposé ? A quoi cela a t'il servi ?
 - Qu'est-ce qui vous a motivé à participer à cette rééducation? Qu'en attendiez-vous ?
- 1^{ère} consultation et perception de soi :
 - Vous avez tout d'abord eu une consultation d'évaluation dans plusieurs domaines. Comment vous a-t-on présenté les résultats de votre évaluation ?
 - Comment vous êtes-vous perçu à la suite de cette évaluation?
- Le mot fragile :
 - Est-ce que l'on vous a parlé du terme de fragilité ?
 - Pensez-vous que les difficultés soient normales chez les personnes âgées ?
- La rééducation :
 - Qu'est-ce que la rééducation vous a fait vivre (en terme d'émotion, de sentiment)?
 - Quel investissement cela vous a-t-il demandé ?
- Les changements après la rééducation :
 - Et maintenant que la rééducation est finie, qu'est-ce que cela a changé dans votre vie?
- FIN : Y a-t-il des points dont nous n'avons pas parlé, que vous souhaitez aborder

Les catégories sémiotiques de Peirce et leurs correspondances

Qualité	faits	lois
Priméité 1 (qualisignes)	Secondéité 2 (sinsignes)	Tiercéité 3 (légisignes)
Sentiments, ressentis, Emotions données sensorielles, Qualités, Formes.	Constats Individuels, Faits d'expérience, Actions-réactions, Actions réflexives, Existants, Être-au-monde.	Arguments, Symboles, Généralités, Principes, normes, règles, mécanismes Synthèse, médiation Habitus, institutions.

Hierarchie catégorielle hiérarchique de Peirce



Annexe n°9 : Déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2212841 v 0

du 05 avril 2019

Madame BALEZEAU Marine
CENTRE HOSPITALIER GÉRIATRIQUE DU MONT
D'OR
6 CHEMIN NOTRE DAME
69250 ALBIGNY-SUR-SAÔNE

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site Internet de la CNIL www.cnil.fr

Nom : CENTRE HOSPITALIER GÉRIATRIQUE DU MONT D'OR	N° SIREN ou SIRET : 268900018 00018
Service : HÔPITAL DE JOUR SSR	Code NAF ou APE : 8610Z
Adresse : 6 CHEMIN NOTRE DAME	Tél. : 04.72.08.15.21
Code postal : 69250	Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 05 avril 2019
Par délégation de la commission

Marie-Laure DENIS
Présidente

Annexe n°10 : Déclaration ANSM

Agence nationale
de sécurité du médicament
et des produits de santé

BORDEREAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHES ET COLLECTIONS BIOLOGIQUES (RCB)

Date : 21/05/2019

1. INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Raison sociale : centre hospitalier gériatrique du Mont d'or
(ou nom s'il ne s'agit pas d'une personne morale)

Catégorie : Institutionnel Adresse : 6 Chemin Notre Dame

Ville : Albigny-sur-Saône

Code postal : 69250

Pays : France

Siret : 266900018

Nom du contact : Madame balezeau
marinebalezeau@gmail.com

Mail :

Téléphone : 0630326590

Fax : 0472116826

2. INFORMATIONS SUR LE DOSSIER

Titre complet de la recherche

Thèse d'exercice de médecine générale

Expérience de rééducation en « Hôpital de jour - Soins de suite et rééducation », au Centre Hospitalier du Mont d'Or d'octobre 2017 à avril 2019 : une approche qualitative et quantitative.

Numéro ID RCB : 2019-A00967-50

Type RCB : Autres
recherches

biomédicales Type

de dossier : Second

examen CPP

CPP ayant donné un avis défavorable : sud-méditerranée II

Annexe n°11 : Avis du Comité de Protection des Personnes



Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II

AVIS

Members titulaires & suppléants

Collège technique

- Personnes qualifiées en recherche

Bertrand DUSSOL
Pierre-Henri ROLLAND
Vincent PRADEL
Houlin BAGHDADI
Noémie RESSEGUIER
Cornel POPOVICI
Claude BAGNIS
Chantal AGABRIEL

- Médecins généralistes

Claude SICHEL
Pierre REYES

- Pharmaciens hospitaliers

Diane BRAGUER
Bénédictine DELUCA

- Infirmières

Marie RAFFRAY
Patrick BOANCHE

Collège social

- Personnes qualifiées en éthique

Dominique TAILLEFER
Michel CAILLOL

- Psychologues

Janine RICOEUR
Frédérique VINCENT

- Travailleurs sociaux

Gilbert NAURAYE

- Juristes

Jean-Pierre VIDAL
Marie GABORIAU TABARY
Marie CORNELOUP

- Représentants d'associations et usagers

Patrick D'ANGIO
Patrick BLIEK

Le Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II, agréé par arrêté ministériel en date du 26 septembre 2018, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Provence Alpes Côte d'Azur en date du 18 décembre 2018,

en application des dispositions du Code de la Santé Publique et de la réglementation en vigueur applicables sur un projet de recherche mentionné au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique

ayant été saisi par le Centre Hospitalier gériatrique du Mont d'Or promoteur d'une recherche impliquant la personne humaine intitulée :

Expérience de rééducation en « Hôpital de jour - Soins de suite et rééducation », au Centre Hospitalier du Mont d'Or d'octobre 2017 à avril 2019 : une approche qualitative et quantitative.

identifiée sous le numéro ID RCB : 2019-A009667-50 / SI : 19.04.05.50441 dont l'investigateur coordonnateur est Mme Marine BALEZEAU.

➤ ayant, après vérification de la conformité réglementaire, enregistré ce dossier le 07/04/2019 sous la référence interne 219 C15,

➤ ayant examiné ce dossier de recherche lors de sa séance plénière du 03/05/2019 au cours de laquelle

B. DUSSOL, PH. ROLLAND, V. PRADEL, H. BAGHDADI, C. SICHEL, D. BRAGUER, M. RAFFRAY, D. TAILLEFER, J. RICOEUR, G. NAURAYE, J.P. VIDAL, M. GABORIAU TABARY, P. D'ANGIO . P. BLIEK

le quorum général étant constaté,

après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avis du méthodologiste ont délibéré,

a décidé de demander au promoteur des compléments et des révisions.

Le Comité,

➤ ayant reçu le 24/05/2019 l'ensemble des informations et des documents demandés,

➤ ayant examiné le dossier de recherche ainsi constitué :

- lettre de saisine du 27/03/2019
- le formulaire de demande d'avis
- Le protocole de recherche, version 1.0 du 27/03/2019
- Le résumé du protocole en français daté, version 1.0
- Le document d'information destiné aux personnes qui se prêtent à la recherche version 1.0 du 27/03/2019



Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée II

- Le canevas d'entretien
- La liste des investigateurs
- Les CV des investigateurs
- Le registre de traitement CNIL du 05/04/2019
- La déclaration de conformité à une méthodologie de référence CNIL du 05/04/2019

lors de sa séance plénière du 07/06/2019 au cours de laquelle

**B. DUSSOL, PH. ROLLAND, V. PRADEL, C. AGABRIEL, C. SICHEL,
D. BRAGUER, D. TAILLEFER, J. RICOEUR, G. NAURAYE, M.
GABORIAU TABARY, P. D'ANGIO . P. BLIEK**

le quorum général étant constaté,

après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avis du méthodologiste ont délibéré,

a émis un

AVIS FAVORABLE

à la mise en œuvre de cette recherche impliquant la personne humaine, considérant que les conditions de validité de la recherche, notamment celles définies dans l'article L. 1123-7 du code de la santé publique, étaient réunies.

Le Secrétaire général
Pr Bertrand DUSSOL

Le Président
M. Pierre Henri ROLLAND

Il appartient au promoteur ou à son mandataire d'informer le Comité de "la date effective de commencement de la recherche correspondant à la date de la signature du consentement par la première personne qui se prête à la recherche en France" (Art. R. Art R1123-40 du Code de la Santé Publique) et « si, dans le délai de deux ans suivant l'avis du comité de protection des personnes, la recherche biomédicale n'a pas débuté, cet avis devient caduc. Toutefois, sur justification produite avant l'expiration dudit délai, celui-ci peut être prorogé par le comité concerné ». (ArtR1123-26).

Annexe n°12 : Lettre d'information aux participants à la recherche

DOCUMENT D'INFORMATION DESTINÉ AUX PERSONNES SE PRÊTANT A LA RECHERCHE (article L. 1122-1 du code de la santé publique et en cas de recueil de données personnelles article 13 RGPD)

TITRE DE LA RECHERCHE :

Expérience de rééducation en « Hôpital de jour - Soins de suite et de réadaptation », au Centre Hospitalier du Mont d'Or d'octobre 2017 à avril 2019 : une approche qualitative et quantitative.

Promoteur

Dr Aurélia MARFISI-DUBOST
CHG du mont d'Or
6 Chemin Notre Dame
69250 Albigny-sur-Saône
04.72.08.15.21

Investigateur :

Marine BALEZEAU
72 bd Jean XXIII -69008 LYON
06 30 32 65 90
Et
Pierre BENET
11 rue Henri IV – 69002 LYON
06 38 95 25 19

Déléguée à la protection des données

Marine BALEZEAU

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique dans le cadre de notre thèse d'exercice de médecine générale.

Cette lettre d'information détaille en quoi cette étude consiste.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, pour réfléchir à votre participation, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Vous avez réalisé une évaluation gériatrique globale qui a montré un terrain de « fragilité » c'est-à-dire notamment une baisse de vos conditions physiques, une fatigabilité ou des pertes de mémoire.

Actuellement des études ont montré qu'avec une prise en charge adaptée, la fragilité était réversible.

Le CHG du Mont d'or a alors proposé un programme de rééducation en « HDJ-SSR » afin d'améliorer vos conditions physiques, faire travailler votre mémoire, adapter votre alimentation.

L'intérêt de cette rééducation n'a pas encore été prouvé par une étude.

BUT DE L'ÉTUDE

Ainsi, à travers cette étude nous souhaitons savoir quels bénéfices la rééducation a eu sur votre état de santé notamment si cela a eu un retentissement sur vos conditions physiques, votre mémoire, votre humeur, votre état nutritionnel.

Nous souhaitons aussi mieux comprendre comment vous avez vécu ce parcours, de l'évaluation à la rééducation, de ce qu'on appelle « la fragilité ».

BÉNÉFICES ATTENDUS

Par cette étude nous souhaitons avoir de meilleures connaissances sur le vécu de la fragilité et de la rééducation et ainsi proposer, si elle s'avère bénéfique et souhaitable, une rééducation plus ajustée à votre vécu.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

L'étude se déroule en deux parties.

La première est l'étude des données de vos évaluations avant et après la rééducation. Nous recueillerons les données des 2 évaluations que vous avez réalisées au CHG du Mont d'or dans votre dossier médical, nous anonymiserons ces données et nous ferons une analyse statistique afin de savoir si la rééducation a été bénéfique sur votre état de santé.

La deuxième partie consiste en un entretien individuel avec un des chercheurs de l'étude (Marine BALEZEAU ou Pierre BENET). L'entretien aura une durée prévisible de 30 minutes à 1h30 selon les échanges. Le lieu de l'entretien sera choisi selon votre convenance.

RISQUES POTENTIELS

Lors de l'entretien, il pourra être évoqué des événements de vie personnels et intimes. Cependant, les données seront totalement anonymes.

FRAIS MÉDICAUX

Votre collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de votre part.

LÉGISLATION – CONFIDENTIALITÉ

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude (Dr MARFISI-DUBOST ; Marine BALEZEAU et Pierre BENET) pourront avoir accès à ces données.

Toutes les données seront anonymisées, les entretiens seront enregistrés sous un numéro (exemple : entretien numéros 1), les données susceptibles de vous identifier seront modifier (prénoms et noms fictifs)

À l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les informations recueillies dans le cadre de ce projet sont enregistrées dans un fichier informatisé sous la responsabilité de l'Université Claude Bernard Lyon – Faculté de Médecine de Lyon-Est pour mener à bien un travail de thèse.

Elles sont conservées pendant la durée du travail de thèse (suppression dans un délai de trois mois maximums après la soutenance) et sont destinées exclusivement aux internes de médecine générale travaillant sur ce projet ainsi qu'à son directeur de thèse.

Le projet a été inscrit au registre national d'informatique et libertés (CNIL)

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez :

- demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données vous concernant
- vous opposez au recueil et à la transmission de vos données ou limiter l'utilisation de vos données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises
- en cas de désaccord, procéder à une réclamation auprès de la Commission National de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou sur <https://www.cnil.fr/webform/adresser-une-plainte>

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez par mail ou courrier après la soutenance.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, le Docteur MARFISI-DUBOST, tel : 04 72 08 15 21

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Le comité de protection des personnes Sud Méditerranée II, a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 7/06/2019

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe n°13 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE OBSERVATIONNELLE

TITRE DE LA RECHERCHE :

Thèse d'exercice de médecine générale

Expérience de rééducation en « Hôpital de jour - Soins de suite et de réadaptation », au Centre Hospitalier du Mont d'Or d'octobre 2017 à avril 2019 : une approche qualitative et quantitative.

Je soussigné(e)(nom et prénom), accepte de participer à l'étude
:

Thèse d'exercice de médecine générale

Expérience de rééducation en « Hôpital de jour - Soins de suite et de réadaptation », au Centre Hospitalier du Mont d'Or d'octobre 2017 à avril 2019 : une approche qualitative et quantitative.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Marine BALEZEAU ou Pierre BENET chercheurs

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

À l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès du Dr MARFISI-DUBOST

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature

Annexe n°14 : grille COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N-	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* mars 2001;56(3):M146-156.
3. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J.* 30 août 2005;173(5):489-95.
4. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 déc 2011;9(4):387-90.
5. Vermeiren S, Vella-Azzopardi R, Beckwée D, Habbig A-K, Scafoglieri A, Jansen B, et al. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 01 2016;17(12):1163.e1-1163.e17.
6. Shamliyan T, Talley KMC, Ramakrishnan R, Kane RL. Association of frailty with survival: a systematic literature review. *Ageing Res Rev.* mars 2013;12(2):719-36.
7. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet.* 1 mars 2008;371(9614):725-35.
8. Labra C de, Guimaraes-Pinheiro C, Maseda A, Lorenzo T, Millán-Calenti JC. Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Geriatr.* déc 2015;15(1):1-16.
9. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718248/fr/comment-prendre-en-charge-les-personnes-agees-fragiles-en-ambulatoire
10. Escourrou E, Herault M, Gdoura S, Stillmunkés A, Oustric S, Chicoulaa B. Becoming frail: a major turning point in patients' life course. *Fam Pract.* 20 2019;36(2):231-6.

11. Dury S, Dierckx E, van der Vorst A, Van der Elst M, Fret B, Duppen D, et al. Detecting frail, older adults and identifying their strengths: results of a mixed-methods study. *BMC Public Health*. 30 2018;18(1):191.
12. Pan E, Bloomfield K, Boyd M. Resilience, not frailty: A qualitative study of the perceptions of older adults towards « frailty ». *Int J Older People Nurs*. déc 2019;14(4):e12261.
13. Klindtworth K, Geiger K, Pleschberger S, Bleidorn J, Schneider N, Müller-Mundt G. [Living and dying with frailty : Qualitative interviews with elderly people in the domestic environment]. *Z Gerontol Geriatr*. févr 2017;50(2):151-8.
14. Van der Vorst. Explaining discrepancies in self-reported quality of life in frail older people: a mixed-methods study - PubMed [Internet]. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29073908/>
15. Gdoura S, Hérault M. Représentations de la fragilité des sujets âgés adressés par le médecin généraliste à l'hôpital de jour des fragilités de Toulouse: étude qualitative auprès de 15 sujets [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2015.
16. Delazzari Hélène. Comparaison des performances de trois tests de dépistage de la fragilité (G8, Frailty Index et phénotype de Fried) en oncogériatrie. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017.
17. CNFS. Mini-Mental State Examination (MMSE) [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-etat-cognitif/mini-mental-state-examination-mmse>
18. Vellas B. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients - PubMed. [cité 3 nov 2020]; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9990575/>
19. Lilamand M. Validation of the Mini Nutritional Assessment-Short Form in a Population of Frail Elders without Disability. Analysis of the Toulouse Frailty Platform Population in 2013 - PubMed. [cité 3 nov 2020]; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25923488/>
20. Lord SR, Menz HB. Physiologic, psychologic, and health predictors of 6-minute walk performance in older people. *Arch Phys Med Rehabil*. juill 2002;83(7):907-11.
21. Cesari M, Kritchevsky SB, Penninx BWHJ, Nicklas BJ, Simonsick EM, Newman AB, et al. Prognostic value of usual gait speed in well-functioning older people--results from the Health, Aging and Body Composition Study. *J Am Geriatr Soc*. oct 2005;53(10):1675-80.

22. Lera L, C A, B L, C M, B A, R S, et al. Reference values of hand-grip dynamometry and the relationship between low strength and mortality in older Chileans. 22 févr 2018 [cité 3 nov 2020];13. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29503536/>
23. Reeve IV TE. Grip strength measurement for frailty assessment in patients with vascular disease and associations with comorbidity, cardiac risk, and sarcopenia - PubMed. [cité 3 nov 2020]; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29276105/>
24. Bohannon Richard W. Muscle strength: clinical and prognostic value of hand-grip dynamometry - PubMed. [cité 3 nov 2020]; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26147527/>
25. Poitrenaud J, Israel I, Barreche H, Le Roc'h K. Elaboration d'une version française abrégée de l'échelle de difficultés cognitives de McNair et Khan. 1996;119-28.
26. Haider S, Grabovac I, Dorner TE. Effects of physical activity interventions in frail and prefrail community-dwelling people on frailty status, muscle strength, physical performance and muscle mass-a narrative review. Wien Klin Wochenschr. juin 2019;131(11-12):244-54.
27. Dedeyne L, Deschodt M, Verschueren S, Tournoy J, Gielen E. Effects of multi-domain interventions in (pre)frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: a systematic review. Clin Interv Aging. 2017;12:873-96.
28. Tarazona-Santabalbina FJ, Gómez-Cabrera MC, Pérez-Ros P, Martínez-Arnau FM, Cabo H, Tsaparas K, et al. A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial. J Am Med Dir Assoc. 01 2016;17(5):426-33.
29. Teo N, Gao Q, Nyunt MSZ, Wee SL, Ng T-P. Social Frailty and Functional Disability: Findings From the Singapore Longitudinal Ageing Studies. J Am Med Dir Assoc. 1 juill 2017;18(7):637.e13-637.e19.
30. Oude-Engberink A, bourrel gérard. En quoi la méthode phénoméno-sémiopragmatique inspiré de CS Pierce apporte des réponses à la tension entre rigueur scientifique et créativité? Rech Qual. hors-série(20):472-86.
31. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David michel, bourrel gérard. La methode phénoméno-pragmatique: une methode ertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer. 2013;24(105):4-11.
32. Faya-Robles A. La personne âgée « fragile ». La construction scientifique d'une catégorie sanitaire et ses enjeux. Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé [Internet]. 7 nov 2018 [cité 17 sept 2020];(17). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/4341>

33. OMS | Vieillir en bonne santé: stratégie et plan d'action de l'OMS [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/global-strategy/fr/>
34. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
35. Folscheid D. À nouvelle vieillesse, éthique nouvelle ? Gerontol Soc. 10 avr 2013;36 / n° 144(1):19-30.
36. Sebag-Lanoë R. In: Vivre, vieillir et le dire. desclée de brouwer; 2001. p. 57.
37. Sebag-Lanoë R. In: Vivre, vieillir et le dire. desclée de brouwer; 2001. p. 64.
38. Sebag-Lanoë R. In: Vivre, vieillir et le dire. desclée de brouwer; 2001. p. 63.
39. Châtelet N. In: La dame en bleu. Stock; 1996. p. 83.
40. De Courtivron I., In: L'été où je suis devenue vieille. l'iconoclaste. 2020. p. 60.
41. Sebag-Lanoë R. In: Vivre, vieillir et le dire. desclée de brouwer; 2001. p. 65.
42. De Courtivron I., In: L'été où je suis devenue vieille. l'iconoclaste. 2020. p. 24.
43. Groult B. In: La Touche étoile. GRASSET; 2006. p. 28.
44. Sebag-Lanoë R. In: Vivre, vieillir et le dire. desclée de brouwer; 2001. p. 60.
45. Balard F. Vivre et dire la vieillesse à plus de 90 ans, se sentir vieillir mais ne pas être vieux. Gerontol Soc. 6 oct 2011;34 / n° 138(3):231-44.
46. Billé M. Vieillir : les paradoxes de l'abdication. Gerontol Soc. 2009;32 / n° 131(4):147-56.
47. Sebag-Lanoë R. In: Vivre, vieillir et le dire. desclée de brouwer; 2001. p. 85.
48. Roduit J. Éloge de la fragilité à l'ère de l'Homme augmenté. Le Temps [Internet]. 13 déc 2016 [cité 25 sept 2020]; Disponible sur: <https://www.letemps.ch/opinions/eloge-fragilite-lere-lhomme-augmente>
49. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie
50. Puijalon B., Trincaz J. In: le droit de vieillir. fayard. 2000. p. 72.

51. Puijalon B., Trincaz J. In: le droit de vieillir. fayard. 2000. p. 60.
52. Lagacé M. Bien vieillir ou mal vieillir. AREQ CSQ automne 2013.
53. Puijalon B., Trincaz J. In: le droit de vieillir. fayard. 2000. p. 98.
54. Sebag-Lanoë R. In: Vivre, vieillir et le dire. desclée de brouwer; 2001.p. 102.
55. Kant Emmanuel. Fondement de la métaphysique des moeurs. delagrave. paris;
56. Puijalon B., Trincaz J. In: le droit de vieillir. fayard. 2000. p. 120.
57. Groult B. In: La Touche étoile. GRASSET; 2006. p. 14.
58. Puijalon B., Trincaz J. In: le droit de vieillir. fayard. 2000. p. 125.
59. De Hennezel M. In: la chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller. p. 116.
60. Puijalon B., Trincaz J. In: le droit de vieillir. fayard. 2000. p. 288.
61. Caradec V. L'épreuve du grand âge. Retraite Soc. 23 oct 2007;n°52(3):11-37.
62. Senay V. Les pertes liées au vieillissement et le recours à la déprise. quebec à montréal; 2015.
63. De Hennezel M. In: la chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller.p. 127.
64. Puijalon B., Trincaz J. In: le droit de vieillir. fayard. 2000. p. 11.
65. Cumming, Henry. Growing old. The process of disengagement. 1961.
66. Hanus M. les deuils dans la vie. In: les deuils dans la vie. 2eme édition. p. 34.
67. Hanus M. Les deuils au grand âge. Etudes Sur Mort. 19 oct 2009;n° 135(1):89-97.
68. De Hennezel M. In: la chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller. p. 171.
69. Sebag-Lanoë R. In: Vivre, vieillir et le dire. desclée de brouwer; 2001. p. 95.
70. Groult B. In: La Touche étoile. GRASSET; 2006. p. 240.
71. De Hennezel M. In: la chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller. p. 85.
72. De Hennezel M. In: la chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller. p. 177.
73. De Hennezel M. In: la chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller. p. 93.
74. De Hennezel M. In: la chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller. p. 106.
75. De Hennezel M. In: la chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller. p. 213.

76. De Hennezel M. In: la chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller. p. 144.
77. De Hennezel M. In: la chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller. p. 130.
78. Sebag-Lanoë R. In: Vivre, vieillir et le dire. desclée de brouwer; 2001. p. 78.
79. Sebag-Lanoë R. In: Vivre, vieillir et le dire. desclée de brouwer; 2001. p. 87.
80. De Hennezel M. In: la chaleur du coeur empêche nos corps de rouiller. p. 127.
81. Beetlestone E, Loubières C, Caria A. Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques. Sante Publique (Bucur). 2011;Vol. 23(HS):141-53.

Marine BALEZEAU

Évolution et vécu des personnes âgées fragiles ayant participé au programme de rééducation en « Hôpital de jour - Soins de Suite et de Réadaptation » au Centre Hospitalier Gériatrique du Mont d'Or : une étude quantitative et qualitative.

Thèse Médecine Générale : Lyon EST 2021 ; n°2

RÉSUMÉ

Contexte : Le syndrome de fragilité de la personne âgée augmente le risque de survenue d'évènements défavorables : chutes, hospitalisations voire décès. Sa prise en charge permet une réversibilité du statut de fragilité, et réduit ou retarde ainsi ses conséquences. Ce constat a motivé l'ouverture de nombreux programmes de rééducation, comme au Centre Hospitalier Gériatrique (CHG) du Mont d'Or où la fragilité est prise en charge au sein d'un « Hôpital de Jour – Soins de Suite et de Réadaptation » (HDJ-SSR). L'étude s'est intéressée d'un côté à l'effet de la rééducation sur les marqueurs de la fragilité, et d'un autre côté sur le vécu de la fragilité chez les participants au programme de rééducation.

Population étudiée et méthode : Deux études menées conjointement auprès de 14 participants à la rééducation de la fragilité en « HDJ-SSR » du CHG du Mont d'Or. Premièrement une étude quantitative descriptive et rétrospective des données de l'évaluation gériatrique avant, à l'issue de la rééducation multi-domaine, et 6 mois après. Deuxièmement, une étude qualitative phénoménologique par entretiens semi-dirigés. Entretiens analysés de façon indépendante par deux chercheurs avec une approche sémio-pragmatique de Peirce.

Résultats : 14 participants étaient inclus dans l'étude. La rééducation multi-domaine permettait une amélioration de la condition physique évaluée par le test de marche 6 minutes, (moyenne des différences - 36.16 ; IC 95% : - 59.69, -12.64 ; p 0.006), et une amélioration du score de Ricci et Gagnon mesurant le niveau d'activité physique (moyenne des différences -8 ; IC 95% -12.81,-3.18 ; p 0.0035), à l'issue de la rééducation. Ces résultats ne se retrouvaient pas six mois après la rééducation. Il n'y avait pas de modification du statut thymique, du statut nutritionnel, de la plainte mnésique, de la force de préhension et de la vitesse de marche. Du côté du vécu, les participants décrivaient un déclin progressif à la fois physique et cognitif qu'ils mettaient en lien avec le vieillissement physiologique. Il s'accompagnait de pertes diverses et d'une diminution des interactions sociales. Les deuils inhérents à cette période de vie faisaient réfléchir la personne à sa propre mort. La fragilité apparaissait comme un processus enclenché au début de la rééducation et fait d'étapes successives. Premièrement une prise de conscience, ensuite une acceptation de la fragilité, enfin une reprise en main de sa vie. Cela conduisait à une implication dans le monde et une amélioration de la vie sociale. La prise en charge en hôpital de jour favorisait la réalisation de ces étapes par le climat de confiance de sécurité et de liberté instauré. Le travail en groupe potentialisait l'effet de la rééducation.

Conclusion : Ces études ont permis de mettre en lumière qu'une rééducation multi-domaine intense n'est pas suffisante pour avoir un effet sur le syndrome de fragilité à long terme. Cependant elle favoriserait le rétablissement de la vie sociale. Elles soulèvent également l'importance d'accompagner les différentes étapes de la fragilité (prise de conscience, acceptation et reprise en main de sa vie) en permettant une réflexion sur le sens de la vie.

MOTS CLES : « Fragilité » ; « personne âgée » ; « vieillissement » ; « vécu » ; « hôpital de jour » ; « rééducation »

JURY : Président(e) : Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART

Madame le Professeur Marie FLORI

Monsieur le Professeur Pierre KROLAK-SALMON

Madame le Docteur Aurélia MARFISI-DUBOST (directrice de thèse)

Madame Evelyne LASSERRE docteur en anthropologie

DATE DE SOUTENANCE : 12 janvier 2021