



UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2026

**THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Prévenir la fragilité : Quelles sont les attentes des patients envers leur
médecin traitant pour bien vieillir ?
Entretiens semi-dirigés de patients entre 60 et 70 ans n'ayant plus
activité professionnelle**

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 4 février 2026 à 18h00
au Pôle Formation, salle des thèses n°2
par Samantha FRANCOIS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Assesseurs :

Madame la Docteure Isabelle BODEIN

Monsieur le Docteur Elie MAZOCKY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur FAVRE Jonathan

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations :	7
Résumé.....	8
I. Introduction.....	10
1. Quelques chiffres sur le vieillissement	10
2. Le concept de fragilité	10
3. Le Programme ICOPE (Integrated Care for Older People).....	11
4. TEMPOFORME®.....	13
5. Mon bilan prévention	14
6. Le rôle du médecin généraliste/médecin traitant	15
II. Matériels et méthodes	17
1. Choix de l'étude	17
2. Population étudiée	17
3. Recueil de données	18
4. Éthique et conflit d'intérêts	20
5. Validité scientifique	20
III. Résultats.....	21
1. Population étudiée	21
Tableau des caractéristiques des participants	22
2. La notion de « bien vieillir ».....	23
a. « Bien vieillir »	23
b. Vieillir	24
c. Facteurs influençant le vieillissement.....	24

3.	Actions du patient pour « bien vieillir » et prendre soin de sa santé	25
a.	Actions du quotidien	26
b.	Actions de santé	27
c.	Mise en application des recommandations	27
4.	Attentes envers le médecin traitant.....	29
a.	Les qualités attendues du médecin traitant	29
b.	La relation médecin/patient	31
c.	L'organisation du suivi médical	32
d.	Le déroulement de la consultation de médecine générale	34
e.	Recommandations et conseils.....	35
5.	Freins à la prévention de la fragilité	37
a.	Les freins du système de santé et du côté du médecin	37
b.	Les freins du côté du patient	39
6.	Retour sur « mon bilan prévention »	41
7.	Proposition d'un modèle explicatif.....	43
IV.	Discussion	45
1.	Forces et limites de l'étude	45
2.	Discussion des résultats	47
a.	Le « bien vieillir »	47
b.	Actions du patient pour « bien vieillir » et prendre soin de sa santé	47
c.	Attentes envers le médecin traitant.....	48
d.	Décalage entre attentes des patients et programmes institutionnels	49

e.	Freins à la prévention de la fragilité.....	49
3.	Perspectives.....	50
a.	Perspectives pour la recherche	50
b.	Perspectives pour la pratique	51
c.	Perspectives pour l'organisation de soins.....	51
V.	Conclusion	52
VI.	Références bibliographiques	54
VII.	Annexes	58

Liste des abréviations :

APA : Activité physiques adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative Research

DPO : délégué à la protection des données

EBM : Evidence Based Medicine

ETP : Éducation thérapeutique

GFST : Gerontopôle Frailty Screening Tool

GROUMF : GROupe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone

ICOPE : Integrated Care for Older People

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SEGA : Short Emergency Geriatric Assessment

Résumé

Contexte : La prévention de la fragilité constitue un enjeu majeur du vieillissement en bonne santé et repose en grande partie sur les soins de premier recours. Actuellement, il s'agit d'une préoccupation majeure de nos politiques nationales et internationales, avec « mon bilan prévention » et le programme ICOPE. Si les représentations du « bien vieillir » ont été largement étudiées, les attentes des patients envers leur médecin traitant pour y parvenir restent encore peu explorées.

Objectif : Explorer les attentes des patients âgés de 60 à 70 ans n'ayant plus d'activité professionnelle envers leur médecin traitant pour « bien vieillir » et prévenir la fragilité.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été menée à partir d'entretiens semi-dirigés individuels réalisés entre février 2024 et mai 2025 auprès de patients recrutés en médecine générale à Paris et dans le Val-de-Marne. Les entretiens, introduits par des images brise-glace, ont été retranscrits intégralement et analysés de façon inductive jusqu'à saturation des données.

Résultats : Neuf entretiens ont été analysés. Les patients associent le « bien vieillir » au maintien de l'autonomie, de la qualité de vie et des projets personnels, ainsi qu'à l'absence de maladie. Quatre grandes catégories d'attentes envers le médecin traitant ont émergé : des qualités relationnelles fondées sur l'écoute et la confiance, une relation de suivi individualisée et durable, une organisation claire du parcours de soins et des recommandations et conseils personnalisés intégrant la prévention au-delà du motif de consultation. Plusieurs freins à la prévention de la fragilité ont été identifiés, incluant le manque de temps en consultation, les difficultés d'accès au médecin traitant, une perception de médecine à deux vitesses, une défiance institutionnelle et une méconnaissance des rôles que peut occuper le médecin traitant.

Conclusion : Le médecin traitant apparaît comme un acteur central du « bien vieillir », à la fois guide, partenaire et coordinateur du parcours de soins. Cette étude souligne la nécessité de renforcer son rôle dans la prévention de la fragilité, en intégrant davantage les attentes des patients et les facteurs extrinsèques du vieillissement, et en adaptant les dispositifs institutionnels aux réalités de la pratique en soins primaires.

I. Introduction

1. Quelques chiffres sur le vieillissement

Aujourd'hui, le vieillissement de la population constitue un enjeu majeur de santé publique. En France, les personnes âgées de plus de 60 ans étaient environ 18,7 millions en 2025. Ce chiffre devrait atteindre 21 millions en 2030 (1) et un tiers de la population en 2050 (2). Cette transition démographique s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la perte d'autonomie, plaçant la notion de « fragilité » au cœur des préoccupations des professionnels de santé et des politiques de santé publique. Il ne s'agit plus pour ceux-ci de se contenter d'allonger la durée de vie, mais aussi de préserver la durée de vie en bonne santé et l'autonomie fonctionnelle. En effet, de récentes estimations laissent présager une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 1,2 million en 2012 à 2,3 millions d'ici 2060 (2).

2. Le concept de fragilité

En France, la prévalence de la fragilité chez les personnes âgées de plus de 55 ans est estimée entre 10 % et 13 %, une proportion qui augmente rapidement avec l'âge, particulièrement au-delà de 70-75 ans, et de façon plus marquée chez les femmes (2). La fragilité est évitable et réversible, c'est pour cela que nous considérons que c'est un état intermédiaire entre la robustesse et la dépendance, qui elle est irréversible. Elle est définie par Fried comme « un syndrome biologique caractérisé par la perte des réserves et de la résistance au stress résultant de l'accumulation d'incapacités de plusieurs systèmes physiologiques et entraînant une vulnérabilité envers les événements indésirables » (3). La définition proposée par la société Française de Gériatrie et de Gériatrie est la suivante : « la fragilité se définit par 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 considéré comme un déterminant de fragilité, mais n'explique pas à lui seul ce syndrome » (4). La difficulté de repérage de la fragilité réside dans le fait qu'il n'existe pas de signe spécifique ni d'examen paraclinique pour la repérer. Elle repose en effet sur un ensemble d'éléments qui nous montrent qu'il n'y a pas une, mais des fragilités. C'est pour cela que les outils pouvant être utilisés pour prévenir la fragilité sont nombreux et explorent chacun des aspects différents du phénotype fragile (5).

3. Le Programme ICOPE (Integrated Care for Older People)

Du fait des objectifs de prévention et de maintien de l'autonomie, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé en 2017 le programme ICOPE (Integrated Care for Older People), dont l'objectif est de repérer précocement les premiers signes de déclin fonctionnel afin d'intervenir avant l'installation de la dépendance. Ce programme s'inscrit dans la stratégie mondiale « Vieillir en bonne santé » ou « bien vieillir » qui correspond au processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles permettant le bien-être à un âge avancé (6). Ce principe repose sur la notion de capacité intrinsèque, définie comme l'ensemble des capacités physiques et mentales mobilisées par une personne pour fonctionner au quotidien (mémoire, motricité, nutrition, vision, audition, bien-être psychologique) (7). Contrairement à une approche centrée uniquement sur la maladie, ICOPE propose un modèle proactif orienté vers la préservation des capacités fonctionnelles, permettant ainsi de retarder la fragilité et donc la perte d'autonomie. L'approche ICOPE se déploie selon cinq étapes successives :

- Étape 1 : le repérage systématique de l'altérations d'une ou plusieurs capacités intrinsèques ; cette étape est intégrée depuis août 2025 dans la consultation « mon bilan prévention » (1) ;
- Étape 2 : l'évaluation approfondie et personnalisée en cas de dépistage positif ;
- Étape 3 : l'élaboration d'un plan de soins individualisé, construit avec la personne et, si nécessaire, ses aidants ;
- Étape 4 : la mise en œuvre et la coordination du parcours de soins, incluant suivi et réévaluation régulière ;
- Étape 5 : l'engagement communautaire, le soutien des aidants et la mobilisation des ressources territoriales (7)

En France, le programme ICOPE a été particulièrement mis en application et étudié par le gérontopôle de Toulouse à travers INSPIRE ICOPE- CARE. Ce programme a permis de dépister plus de 10 000 personnes âgées de plus de 60 ans en soins primaires grâce à des outils numériques (ICOPE Monitor) et un suivi infirmier structuré : plus de 94 % présentaient au moins un domaine de capacité intrinsèque altéré, confirmant la pertinence d'un repérage précoce (8). Les premières données montrent la faisabilité, l'acceptabilité par les professionnels de santé et l'intérêt pour un suivi régulier (9,10).

Ainsi, ICOPE représente un changement de paradigme dans la prise en charge du vieillissement : il ne s'agit plus seulement de traiter les maladies chroniques, mais de favoriser le « bien vieillir », ce qui rejoint directement la problématique de cette thèse. Le médecin généraliste, en tant qu'acteur de proximité et coordinateur des soins, apparaît comme un professionnel clé pour appliquer les premières étapes du programme ICOPE (repérage, évaluation et plan de soins), en lien avec les aidants et les ressources locales.

4. TEMPOFORME®

En parallèle du programme ICOPE, d'autres initiatives territoriales se sont développées afin de renforcer la prévention de la fragilité et promouvoir le « bien vieillir ». C'est le cas du programme TEMPOFORME®, lancé depuis 2022 dans la région Hauts-de-France, sous l'impulsion du Centre hospitalo-universitaire (CHU) de Lille et de l'Agence Régionale de Santé (ARS) (11). Ce dispositif repose sur l'hypothèse que de nombreuses pathologies chroniques et situations de fragilité peuvent être évitées avant 60 ans, en agissant précocement sur les comportements de santé et les premiers signes de vulnérabilité physique, psychologique ou sociale. Le programme cible les adultes âgés de 45 à 70 ans, considérés comme une population « charnière » entre prévention primaire et secondaire. Il vise à repérer les situations de pré-fragilité, définies par l'apparition de signaux faibles (sédentarité, perte musculaire débutante, isolement social, troubles nutritionnels ou stress chronique), avant l'installation de la fragilité, décrite chez les adultes plus âgés. TEMPOFORME® propose un parcours de prévention personnalisé, articulé autour de quatre outils complémentaires (11,12) :

- Des outils numériques : une application mobile et un site internet, permettant une auto-évaluation du patient, des conseils personnalisés, des modules d'éducation à la santé (activité physique, nutrition, sommeil, cognition, santé mentale) et un suivi des indicateurs.
- Un numéro vert facilitant l'accès des usagers et aidants à une information vérifiée et à une orientation.
- Un lieu de consultation dédié au CHU de Lille, où un médecin réalise une évaluation clinique, cognitive et fonctionnelle approfondie en cas de dépistage positif.
- Un réseau de professionnels de santé, d'activité physique adaptée (APA), de diététiciens, psychologues, assistantes sociales et acteurs locaux, vers lesquels les patients sont orientés en fonction de leur plan d'accompagnement personnalisé.

Actuellement, plus de 1000 bilans « bien vieillir » ont été organisés par le CHU de Lille. Ce programme se distingue par son orientation préventive avant 60 ans, sa dimension numérique accessible, et par une coordination étroite entre médecine hospitalière, médecine de ville et acteurs communautaires. Il s'articule avec les objectifs du programme ICOPE pour prévenir la fragilité, en agissant sur la période où le médecin généraliste joue un rôle central dans la détection des premières vulnérabilités et dans la promotion des comportements favorables au « bien vieillir » (12).

5. Mon bilan prévention

Afin de prévenir la fragilité, et parfois la dépister, l'Assurance Maladie et le ministère de la Santé ont déployé la consultation « Mon bilan prévention » en 2024. Celle-ci est prise en charge à 100 % pour les assurés.

Cette consultation est fondée sur l'idée que la majorité des maladies chroniques sont liées à des facteurs de risque évitables ou modifiables. Elle vise à repérer ces facteurs, à cibler des priorités de prévention et à fournir des outils aux patients dans l'optique de devenir acteurs de leur santé. Elle peut être réalisée par des médecins, pharmaciens, infirmiers et sage-femmes volontaires, identifiés sur un annuaire dédié.

Le dispositif cible des âges clés (18–25 ans, 45–50 ans, 60–65 ans, 70–75 ans) et s'organise en trois temps : repérage des risques individuels, priorisation conjointe d'un ou deux thèmes, puis rédaction d'un plan personnalisé de prévention (13,14). En amont, un auto-questionnaire (≈ 40 QCM) est proposé au patient sur Ameli.fr afin de faciliter la préparation de cette consultation et donner des conseils personnalisés, ainsi que des ressources éducatives. Pour les tranches 60–65 ans et 70–75 ans, les thématiques portent notamment sur la préparation de la retraite, la prévention des pertes de capacités (sensorielle, physique, cognitive), de la perte d'autonomie et la maîtrise des maladies chroniques (diabète, cardiopathies, cancers, etc.) (15–17). Depuis août 2025, les outils

du programme ICOPE sont intégrés à la consultation « Mon bilan prévention » pour les 60–65 ans et 70–75 ans : l'auto-questionnaire patient et la fiche d'aide au repérage des professionnels reprennent des items du dépistage ICOPE (mémoire, nutrition, vision, audition, mobilité, bien-être psychologique), avec recommandation de répéter, environ tous les 6 mois, ces tests et d'orienter vers le médecin traitant en cas d'anomalie (1).

6. Le rôle du médecin généraliste/médecin traitant

Le médecin généraliste, en particulier lorsqu'il est désigné comme médecin traitant, est le garant de la continuité des soins et de la coordination interprofessionnelle. Il occupe une place centrale dans la prévention ainsi que le dépistage, et donc dans le repérage précoce de la fragilité et l'accompagnement du vieillissement (18).

Une enquête de l'Académie Nationale de Médecine, datant de 2008, a mis en évidence que la majorité des Français a une bonne opinion de leur médecin traitant qui, pour eux, est motivé par l'envie de soigner, le goût du contact humain et sa vocation (19).

Des études publiées dans différentes revues de médecine générale rapportent quelles attentes peuvent avoir les patients envers leur médecin traitant. Le plus souvent, les patients attendent de leur médecin traitant une relation privilégiée et de confiance, une écoute active, des explications claires, une communication adaptée à son patient, un jugement non stigmatisant ainsi qu'une aide pour se repérer dans le système de santé et une disponibilité lorsqu'ils ont certains besoins (questionnement sur leur santé, urgences...) (20–24). En effet, par exemple, une étude qualitative publiée dans *Exercer*, des patients en situation d'obésité soulignent l'importance d'un discours bienveillant, personnalisé et orienté vers des solutions concrètes plutôt que vers la culpabilisation (20). Une étude qualitative réalisée auprès des patients migrants met en évidence des attentes similaires : écoute, soutien, reconnaissance de leur condition et recherche d'une relation de confiance avec le médecin (21). Enfin, une étude qualitative de 2024, sur la

perception par les patients du départ à la retraite de leur médecin traitant, rapporte des attentes similaires aux précédentes études, mais aussi le sentiment de rupture de repères, de désorganisations de soins lors du départ de leur médecin traitant, démontrant ainsi l'importance du lien entre le médecin traitant et son patient dans l'organisation et la mise en place des soins (22).

Ainsi, le médecin généraliste peut être un acteur clé du « bien vieillir », tant par son rôle clinique (repérage de la fragilité, suivi des capacités fonctionnelles, ajustement thérapeutique) que par son rôle relationnel (écoute, accompagnement, coordination). Ceci va de pair avec les différents programmes sur la prévention de la fragilité et le « bien vieillir » lancés au cours de la dernière décennie.

Ces éléments soutiennent la pertinence de cette thèse, qui cherche à mieux comprendre les attentes des patients envers leur médecin traitant pour « bien vieillir » et prévenir la fragilité. En effet, nous pouvons nous attendre à des divergences de perception de la fragilité et du « bien vieillir » par le patient et son médecin : là où le praticien y voit un état clinique à dépister et corriger, le patient peut y associer parfois une notion de vieillissement inévitable, voire stigmatisante. Comprendre les attentes réelles des patients vis-à-vis de leur médecin traitant dans cette démarche de prévention est donc essentiel pour adapter la communication, le discours médical et les interventions proposées afin d'améliorer l'efficacité de la prévention de la fragilité. En participant à la prévention de la survenue de maladies chroniques, la consultation « Mon bilan prévention » participe ainsi à la prévention de la fragilité et permet au patient d'acquérir des compétences pour « bien vieillir ». Avec la création de cette consultation, nous nous sommes demandé si celle-ci répondait aux attentes des patients et donc aux attentes que ceux-ci pouvaient avoir envers leur médecin traitant pour « bien vieillir ».

Notre question de recherche est la suivante : « Prévenir la fragilité : quelles sont les attentes des patients envers leur médecin traitant pour bien vieillir ? ».

Nous avons choisi d'étudier une population âgée de 60 à 70 ans, n'ayant plus d'activité professionnelle. Les résultats de cette étude pourraient contribuer à améliorer les pratiques de médecine de premier recours, à évaluer si les mesures récemment mises en place correspondent aux attentes des patients (mon bilan prévention et l'ajout des outils ICOPE), et à proposer des recommandations pour une prise en charge centrée sur les attentes et les préférences des patients. Le but est de lui permettre d'assurer un vieillissement autonome, digne avec une meilleure qualité de vie.

II. Matériels et méthodes

1. Choix de l'étude

Nous avons mené une recherche qualitative s'inscrivant dans une démarche inspirée de la théorisation ancrée. Le choix de cette méthodologie se justifie par l'exploration d'une expérience subjective, reposant sur des données non quantifiables, en l'occurrence les attentes des patients. La théorisation ancrée, élaborée dans les années 1960 par Glaser et Strauss, a pour objectif de construire un cadre explicatif à partir de l'analyse systématique d'un phénomène social vécu par une population donnée, afin d'apporter des informations répondant à la question de recherche.

2. Population étudiée

Pour être inclus dans l'échantillon de l'étude, les caractéristiques des patients interrogés devaient être les suivantes :

- Être âgé de 60 à 70 ans inclus au moment de la réalisation de l'entretien

- Ne plus avoir d'activité professionnelle (être retraité, en préretraite, au chômage sans perspective de reprise d'activité).
- Ne pas être considéré comme un patient vulnérable, ni trop fragile. Pour cela, nous avons utilisé le Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST) (4) combiné à la grille Short Emergency Geriatric Assessment modifiée (SEGAm) (25) étant donné qu'il n'existe pas de gold standard pour repérer la fragilité.

Le recrutement a été fait par échantillonnage raisonné jusqu'à saturation des données dans des cabinets de médecine générale de Paris (75) et de la région Val de Marne (94). Les patients ont été recrutés à la suite de consultation de médecine générale par l'investigatrice de la recherche. La façon de concevoir la santé et donc le « bien vieillir » pouvant être différentes selon le sexe, les catégories socioprofessionnelles et le parcours de vie du patient, nous avons essayé de constituer un échantillon le plus varié possible.

En parallèle de cette étude, Monsieur RIGAUX Simon a recruté une population d'actifs afin de pouvoir comparer les données des patients actifs et non actifs. En effet, nous avons choisi de distinguer ces populations car nous supposons que ces deux populations n'auront pas les mêmes attentes envers leur médecin généraliste.

3. Recueil de données

Le recueil des données a été effectué à partir d'entretiens semi-dirigés individuels entre février 2024 et mai 2025. Ces derniers ont été réalisés soit en présentiel dans différents cabinets médicaux, soit en distanciel via le logiciel Google Meet® selon les possibilités et les préférences des patients recrutés, après remise d'une fiche d'information sur la recherche (Annexe 1) et recueil d'un consentement écrit (Annexe 2).

Les entretiens ont été menés selon un guide d'entretien composé initialement de six questions ouvertes établies après recherche bibliographique. Elles exploraient la notion de « bien vieillir », les représentations en santé du patient et les attentes envers le

médecin traitant. Ces questions étaient complétées par des techniques de relance et de reformulation afin de permettre au patient de s'exprimer au maximum et d'éventuellement compléter son propos. Le guide d'entretien initial a pu être testé avant la réalisation du recueil de données au cours de deux entretiens tests auprès de proches issus de l'entourage des chercheurs. Tout au long du recueil de données, le guide d'entretien a pu être adapté selon les réponses précédemment obtenues auprès des patients, comme cela est suggéré par la méthodologie inspirée de la théorisation ancrée. Les patients n'avaient pas connaissance des questions de l'entretien avant ce dernier pour ne pas perdre la spontanéité des réponses. Ils étaient simplement informés que l'entretien porterait sur le sujet du « bien vieillir ».

Afin de mieux lancer les entretiens et d'inspirer les patients au cours de ces échanges, nous avons choisi d'utiliser des images brise-glace en début d'entretien. Ce recours aux supports visuels s'inscrit dans la continuité des travaux méthodologiques utilisant la photo-élicitation, qui montrent que l'introduction d'images peut faciliter l'expression, réduire la distance enquêteur-participant et enrichir les données recueillies, notamment chez des personnes âgées ou peu habituées aux entretiens qualitatifs (26). Dans notre étude, le participant avait été invité à choisir une image parmi une planche d'illustrations abstraites générées par l'intelligence artificielle Craiyon® en 2023 (Annexe 4) et à commenter leur choix. Cette courte activité servant de brise-glace, favorisait la mise en confiance et constituait une entrée en matière avant les questions du guide d'entretien, conformément aux principes de l'élicitation visuelle décrits dans la littérature.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone afin de pouvoir être retranscrits *ad integrum* via le logiciel de traitement de texte WORD®.

Les données concernant les patients interrogés ont été anonymisées au cours de la retranscription, chacun s'est vu attribuer un code d'identification « Px », x correspondant

au numéro d'entretien et tout élément permettant d'identifier le patient a été retiré de l'entretien (par exemple, le nom de son médecin généraliste, alors remplacé par ****).

La réalisation d'entretien s'est poursuivie jusqu'à saturation des données, soit jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelles propriétés et catégories émergentes. La saturation des données a été obtenue à partir du huitième entretien et a été confirmée lors de la réalisation d'un neuvième entretien.

4. Éthique et conflit d'intérêts

L'investigatrice de cette recherche, ainsi que son directeur de thèse, déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat et aucun participant n'a perçu de rémunération. Le délégué à la protection des données (DPO) de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) de l'Université de Lille, a émis un avis favorable à la réalisation de cette étude. Le numéro d'enregistrement DPO est le 2023-133. À l'issue de la soutenance, l'ensemble des données identifiantes seront supprimées.

5. Validité scientifique

De manière à garantir un travail fiable, la grille COREQ a été utilisée lors de la rédaction de ce travail. Elle répertorie les bonnes pratiques en recherche qualitative (Annexe 5).

III. Résultats

1. Population étudiée

Parmi les 15 patients sélectionnés pour participer à la recherche, 6 n'ont pas donné suite à la demande d'entretien invoquant le fait qu'ils n'avaient pas le temps et qu'ils ne se sentaient pas concernés. Certains acceptaient dans un premier temps, le rendez-vous était fixé pour réaliser l'entretien, mais ils ne se présentaient pas à celui-ci. Ainsi, 9 entretiens ont été réalisés. La saturation des données a été obtenue à partir du huitième entretien et a été confirmée lors de la réalisation d'un neuvième entretien.

Les caractéristiques des patients et les informations sur les conditions d'entretien ont été regroupées dans le tableau ci-dessous. La moyenne d'âge des participants est de 67,5 ans. Les entretiens ont duré entre 14 min 30 secondes et 61 minutes 57 secondes, soit une moyenne de 30 min 23 secondes.

N° d'entretien	Âge	Sexe	Ancienne profession	Situation familiale	Lieu de résidence	ATCD de maladies chroniques	Score SEGAm	Gerontopôle Frailty Screening Tool (GFST)	Médecin traitant	Lieu d'entretien	Date d'entretien	Durée d'entretien
1	65 ans	Femme	Secrétaire	Célibataire	Appartement en ville	Syndrome anxieux	Score à 3	Non identifiée comme fragile	Oui	Cabinet	29/02/2024	14min 30
2	69 ans	Homme	Professeur à l'université	Marié avec enfants	Appartement/maison de campagne	0	Score à 0	Non identifié comme fragile	Oui	Visio	03/06/2024	22min 56
3	67 ans	Homme	Manutentionnaire	Célibataire	Appartement en ville	Hypertrophie bénigne de prostate	Score à 2	Non identifié comme fragile	Oui	Cabinet	10/07/2024	24min37
4	69 ans	Femme	Agent administratif	Célibataire	Appartement en ville	Mélanome en rémission	Score à 5	Non identifiée comme fragile	Oui	Cabinet	02/08/2024	26min23
5	67 ans	Homme	Électricien	Marié	Maison	0	Score à 1	Non identifié comme fragile	Non	Cabinet	03/09/2024	15min44
6	69 ans	Femme	Professeur d'économie au lycée	Marié avec enfants	Appartement en ville	0	Score à 1	Non identifiée comme fragile	Oui	Cabinet	14/09/2024	24min11
7	69 ans	Homme	Sociologue	Marié avec enfants	Appartement en ville	0	Score à 1	Non identifié comme fragile	Oui	Cabinet	05/10/2024	1h00min42
8	67 ans	Homme	Jardinier puis informaticien	Marié avec enfants	Maison	SAOS sleeve	Score à 3	Non identifié comme fragile	Non	Cabinet	03/02/2025	1h01min57
9	66 ans	Femme	Femme de chambre	Divorcée avec enfants	Appartement en ville	DT2, cholestérol	Score à 6	Non identifiée comme fragile	Oui	Cabinet	02/05/2025	22min26

Tableau des caractéristiques des participants

2. La notion de « bien vieillir »

a. « Bien vieillir »

Pour débiter les entretiens et introduire le sujet, nous avons d'abord présenté des images abstraites sur le « bien vieillir » aux patients. Nous leur avons ensuite demandé d'en choisir une et d'expliquer leur choix. Après cela, nous avons questionné les participants sur leur vision du « bien vieillir ». Pour quasiment tous, on retrouve dans un premier temps l'idée du maintien de l'autonomie.

P5 : " C'est principalement le fait de pas avoir de problèmes de santé, d'être autonome, de ne pas dépendre de qui que ce soit pour des raisons x ou y... "

P8 : " Tant qu'on peut bouger, bah c'est bien quoi. "

Celle-ci est associée avec le fait que le « bien vieillir » est un état de continuité avec la vie active, une vie faite de projets et du maintien d'un rôle dans la société.

P4 : " Et en vieillissant, on peut transmettre quelque chose, même si on est grand-mère et ça c'est génial. "

P7 : " « bien vieillir » ça serait bah, comme je viens juste de l'expliquer, ça serait repartir sur autre chose, refaire autre chose, ne pas attendre la mort... "

Avec cela, les patients associent le « bien vieillir » avec un maintien de leurs capacités et de leur état de santé.

P2 : " « bien vieillir », c'est avoir toujours les mêmes activités que quand j'étais plus jeune. "

P3 : " « bien vieillir », en bonne santé, avoir ses capacités motrices. Marcher, voir, entendre. Ben voilà vous vieillissez bien comme ça. "

P5 : " « bien vieillir », en fait pour moi, comme je vous disais, c'est principalement le fait de pas avoir de problèmes de santé... "

Ceci permet donc aux patients d'être maître de leurs choix de vie, notamment celui de rester à domicile.

P1 : " Ben j'espère pouvoir rester chez moi... "

P6 : " Les gens qui vont bien, ils peuvent rester chez eux jusqu'à 90- 92, enfin... Et puis quelquefois, il meurt chez eux. "

b. Vieillir

À l'opposé de la vision du « bien vieillir », les patients ont une vision négative du vieillissement allant du spectre de la fragilité à celui de la dépendance.

En effet, vieillir est décrit par les patients comme le fait de perdre ses capacités et son autonomie, de s'isoler et d'être malade.

P4 : " Plus on prend de l'âge, plus c'est difficile d'échanger avec les autres. Donc, je le ressens comme ça. Après, c'est moi qui le dis, je m'isole là. Je suis un âge à un peu à m'isoler. "

P5 : " C'est évident que plus on avance en âge, plus on a de possibilités d'avoir des problèmes de santé... "

P9 : " J'ai pas envie de d'être comme ma maman, rester sur son lit. Et maintenant, c'est ma sœur qui s'occupe d'elle. "

c. Facteurs influençant le vieillissement

Les patients identifient des facteurs intrinsèques et extrinsèques faisant pencher la balance du vieillissement du côté du « bien vieillir » ou du côté de la dépendance et de la fragilité. Parmi eux, on retrouve le niveau socio-économique et culturel, l'histoire

familiale, l'impact du travail sur la santé, la présence de proches aidants, l'hérédité, les antécédents médicaux, un isolement préexistant, ainsi que les expériences de vie, notamment celle d'avoir été soi-même l'aidant d'un proche.

P2 : " Parce que nous ne sommes pas soumis à une fatigue du corps comme dans les classes sociales populaires. L'espérance de vie en bonne santé des classes sociales populaires, c'est une catastrophe quoi. Mais c'est pas le cas pour ma classe sociale aujourd'hui. "

P7 : "Je me suis pas mal occupé de personnes âgées qui étaient vraiment dans le dernier âge de leur vie, qui n'arrivaient pas à s'en sortir seules. "

P8 : " (en parlant de son obésité) Je voyais quand même que bon c'était quand même relativement lourd. Ça commençait à m'appuyer sur les articulations, le souffle, ça allait, mais enfin, ça m'essouffait un peu. Enfin je savais que si je continuais comme ça, j'allais pas dans la bonne direction quoi de toute façon. "

3. Actions du patient pour « bien vieillir » et prendre soin de sa santé

« Bien vieillir » étant le résultat d'actions du patient tout au long de sa vie, nous avons demandé à ceux-ci quelles étaient leurs actions pour prendre soin de leur santé et « bien vieillir ». La diversité de celles-ci était le plus souvent influencée par les compétences préexistantes du patient (Avoir de la volonté, anticiper l'avenir...).

P4 : " Il faut aussi être acteur soi-même. Si on n'a pas de courage, si on n'a pas de volonté, c'est facile de dire je vieillis, je suis malade. Je suis pas bien, je suis fatiguée. "

Les patients ont décrit le fait d'être acteur de sa santé et de « se stimuler » comme des actions essentielles au « bien vieillir ».

P6 : " Ben je fais assez attention. C'est à la fois surveiller, donc aller chez la gynéco, chez les médecins pour avoir un suivi médical, mais c'est aussi faire attention, bien

manger, faire du sport surtout, avoir une activité, pas trop prendre de poids, vraiment surveiller aussi. Parce que forcément, on lit que l'activité physique aide à éviter même les maladies et cetera. Donc je fais ça assez sérieuse. "

P9 : " Je pense qu'il faut compter sur nous, c'est nous hein. Au lieu de rester à la maison, on peut sortir, aller marcher, faire connaissance avec d'autres personnes comme nous et c'est ça. "

a. Actions du quotidien

Pour les patients, « bien vieillir » repose tout d'abord sur des actions du quotidien telles que le maintien d'une vie sociale et parfois d'une vie associative.

P1 : " Et puis surtout garder, enfin pas surtout, mais garder des contacts avec d'autres personnes, pouvoir dialoguer, discuter. Ne pas s'enfermer chez soi. Ne pas se couper du monde. "

P2 : " Ce qui fait que les gens vieillissent le plus, c'est le fait de perdre leur contact avec la réalité, avec leur entourage. "

P6 : " Et puis je suis assez investie dans l'association et je suis marraine avec les guillemets d'une jeune, d'une adolescente en lycée professionnel, voilà. "

Les patients envisagent également, pour certains, d'agir sur leur lieu de vie et leur environnement pour améliorer leur qualité de vie et agir pour leur « bien vieillir ».

P1 : " ...des choses qu'on peut faire, par exemple au niveau de son appartement, pour ne pas voir des problèmes au niveau des salles de bains, par exemple, ou essayer quand on est âgé de ne pas... d'avoir des tapis qui sont stables et pour ne pas tomber, hein. "

P6 : " Alors, on a un duplex donc des fois, on en plaisante en se disant que peut-être à un moment on dormira en bas. "

b. Actions de santé

En plus d'actions quotidiennes, les patients mettent en place des actions de santé pour « bien vieillir ». Ainsi, il est important pour cela de consulter en cas de problème de santé, d'être observant de leur traitement, de faire des « check-up » et de prendre soin de sa santé mentale.

P3 : " Ah bah moi, le point je le fais parce que je fais des bilans santé. Je fais des check-up. Donc les check-up, c'est général. J'en ai fait un il y a pas longtemps. "

P4 : " J'ai consulté une psychologue il y a pas longtemps à l'hôpital. "

P5 : " Et puis si on a un souci ou quelque chose, ne pas attendre, enfin ne pas se précipiter immédiatement, mais ne pas traîner si le problème persiste, au niveau santé."

P9 : " Je vais continuer à prendre soin de moi, ma santé, prendre mes médicaments et m'occuper de moi pour rester en forme. "

c. Mise en application des recommandations

La mise en application des recommandations des médecins concernant les mesures hygiéno-diététiques fait partie des actions des patients pour « bien vieillir » et prendre soin de leur santé. Tous mettent en avant les activités physiques.

P4 : " Moi je fais du Pilate parce que ça m'a fait du bien. Ça me fait un bien fou. Bon là, c'est les vacances donc j'en fais plus, mais ça me maintient, ça me gaine. Ça me donne... Donc je me sens bien déjà physiquement ... "

P7 : " Le sport, vous avez raison, j'en fais peut-être trois fois par semaine, mais j'aime pas ça. Je le fais vraiment parce que je sais que c'est essentiel par exemple de faire un peu de footing et des choses comme ça, mais je le fais vraiment pour ma santé. "

Une partie aborde le fait d'avoir des activités intellectuelles, sous-entendant ainsi la prévention des troubles cognitifs.

P1 : " ...et un minimum d'exercice intellectuel, c'est-à-dire même les mots croisés, le scrabble, des choses.... Bon ben hier, j'ai joué aux échecs par exemple. Vous voyez des choses qui nécessitent quand même qu'on... qu'on travaille un petit peu sa tête voilà."

P6 : "On a toujours eu une activité intellectuelle, on lit beaucoup et cetera."

Une alimentation équilibrée et la limitation des toxiques (alcool, tabac...) sont également évoquées par certains patients pour prendre soin de sa santé et « bien vieillir ».

P3 : " Prendre soin de sa santé, c'est d'abord l'alimentation...Manger varié et essayer de manger le plus sain possible et les aliments moins transformés. "

P5 : " Bah prendre soin de sa santé, c'est ne pas faire d'excès, ne pas fumer, ne pas boire d'alcool ou raisonnablement. Ne pas prendre de drogues ou de substances. "

P6 : " À 30 ans, bah déjà je savais que le tabac c'était mauvais, c'est pour ça que j'ai arrêté. "

Certains patients ont également dit se préoccuper de limiter les risques environnementaux pour prendre soin de la santé.

P3 : " Si vous vous intoxiquez d'aliments malsains, trafiqués, pollués, déjà vous esquintez votre santé déjà. Et vous allez l'esquinter à long terme. "

P8 : " S'il y a des endroits qu'on peut éviter, si c'est pollué, tout ça, on préfère aller traîner ailleurs, quoi ! Enfin entre autres. "

4. Attentes envers le médecin traitant

Après qu'ils aient exposé leur vision du « bien vieillir » et la façon d'y parvenir, nous avons interrogé les patients sur les médecins traitants. Nous avons pu constater que le médecin traitant n'était, le plus souvent, pas le premier intervenant annoncé pour le « bien vieillir » des patients. La famille est le plus souvent évoquée en premier.

P3 : " Et que bon, il y a ma compagne, mes enfants, si j'ai besoin d'un coup de main. "

P7 : " Pour le moment, on pense que, enfin ma famille et moi, on pense que nos deux enfants, ce serait pas leur rôle de le faire, même si l'une est médecin. "

Dans certains cas, aucun intervenant ne venait à l'esprit des participants. Ils énonçaient le médecin traitant quand on leur demandait s'ils pensaient à un professionnel de santé pour les aider à « bien vieillir ». Certains évoquaient également d'autres spécialistes (cardiologues, dermatologues, ophtalmologues...), l'hôpital, souvent parce qu'ils y avaient un suivi, et les autres professionnels de santé (pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmières...).

a. Les qualités attendues du médecin traitant

Les participants ont exprimé envers le médecin traitant des attentes concernant les qualités que celui-ci devait posséder. Le médecin est souvent perçu par le patient comme un guide dans son parcours de soin et un conseiller de choix.

P2 : " C'est pour ça que je pense que le médecin généraliste, il doit impérativement permettre à ces patients de maintenir une activité physique minimale, tout en guidant ces patients si je puis dire dans le fait de pas renoncer face à une fatigue intellectuelle ou une paresse intellectuelle qui serait très dommageable... "

Cela implique donc que le médecin se préoccupe de son patient et soit à l'écoute de ce dernier afin d'avoir une vision globale pour assurer une prise en charge de qualité en corrélation avec ses attentes.

P2 : " Ensuite aussi, il doit s'inquiéter de ses activités dans sa vie quotidienne. Qu'est-ce que fait son patient ? Est-ce qu'il sort ? Est-ce qu'il va se promener ? Il va au théâtre, au cinéma, à la bibliothèque etc ? Ça, ça me paraît tout aussi important quoi. Je pense que le... Je pense que si le médecin ne s'inquiète que de l'aspect physique, ce serait dommageable. S'il ne pense pas à la vie réelle de tout être humain... "

P7 : " L'idée ça serait peut-être de ne pas s'axer sur les maladies des gens, si c'était possible, voyez, de venir après à la maladie, mais de faire, je sais pas, les 10 premières minutes peut-être de l'entretien sur leur vie quotidienne, sur comment ils vivent, ce qu'ils aiment bien, leurs difficultés... "

Les patients attendent aussi de leur médecin traitant d'être un bon communicant et notamment d'être sûr de ses connaissances, de savoir les impliquer dans leur suivi, mais aussi être directif quand cela est nécessaire.

P6 : " Avec cette jeune médecin, ben quasiment, je me sentais beaucoup plus en confiance qu'avec un médecin que j'ai gardé pendant 20 ans, où j'avais l'impression de déranger toujours quoi, ou voilà il fallait dire je viens pour si, alors qu'elle, elle posait des questions elle était... Enfin pour moi, c'était vraiment un bon médecin quoi. "

P7 : " On doit quand même dire la vérité aux gens et être un peu un accompagnateur. Ce que je demande, ce que j'incite, c'est d'être un peu un accompagnateur. Alors évidemment, sur certaines carences, vous voyez, si la personne vraiment fume trop, un cancer de la gorge ou je sais pas quoi, là il faut être plus stricte. "

Une dernière qualité attendue par certains participants est l'indépendance financière de leur médecin afin de garantir sa liberté de décision et de prescription.

P8 : " Mais il y a quand même plein de centres médicaux que je vois où même sans médecins généralistes, que ce soit dentiste, que ce soit tous ces trucs-là, il y en a plein, c'est de la grosse arnaque. Enfin moi c'est ce dont je me suis rendu compte. On y a été franchement, c'est du grand n'importe quoi. Je veux dire, vous y allez là, ils vous font un tas d'examen qui a pas besoin. Ils font, ils font. "

b. La relation médecin/patient

Avoir un médecin qui les connaît personnellement est une attente majeure des patients envers leur médecin traitant pour « bien vieillir ».

P4 : " Mais le suivi oui, ça serait important pour moi d'avoir quelqu'un qui me connaisse et sur qui je peux compter quoi sans avoir à tout recommencer... "

P6 : " Parce que je pense que sur le « bien vieillir », il faut quand même connaître un peu la personne, donc ça prend un peu de temps. "

En effet, cela permet de mettre en place une relation de confiance entre le patient et son médecin traitant. En découle alors une décision médicale partagée et un suivi personnalisé où le médecin s'adapte à son patient. L'individualité du patient est bien prise en compte par le médecin et ainsi, ils peuvent travailler ensemble pour mettre en place les mesures pour son « bien vieillir ».

P4 : " ...d'avoir un échange aussi avec mes médecins, d'en discuter. Et puis j'ai toujours des questions à poser donc voilà, donc ça c'est bien aussi. Parce que je pense que c'est dans les deux sens hein. On a les médecins, heureusement qu'ils sont là et qu'ils sont bienveillants. Et en même temps, bon je pense qu'on peut apporter aussi la pierre à l'édifice qu'on fait. "

P6 : " Il faudrait que ça soit vraiment une consultation avec son médecin ou la personne qui va devenir son médecin pour que ça construise aussi une relation de confiance, c'est important, hein, je trouve pour moi, la relation de confiance. "

P7 : " ...ce que j'aurais voulu peut-être qu'il fasse, c'est tenir compte du fait que j'étais prof, que je consultais, que je consultais des textes. Il aurait pu me dire voilà vous pouvez vous renseigner et puis on pourra en parler après, ce genre de choses. "

c. L'organisation du suivi médical

Pour les patients, le médecin traitant est au centre de l'organisation du suivi médical. C'est lui qui coordonne les soins grâce notamment à un réseau qu'il a constitué.

P8 : " Bah ouais disons, déjà elle, pour envoyer, elle a pas vraiment d'adresses. J'aurai été la voir, bon le dermato, si elle aurait peut-être trouvé une adresse en regardant dans le bottin, mais ça je suis capable, je peux le faire, je veux dire. "

P9 : " Elle m'a fait faire des analyses, oui tout ça. Elle m'a fait des analyses, j'avais une hémorroïde et je lui demandais conseil. Elle m'a dit d'aller... Elle m'a consulté, mais elle m'a dit d'aller voir les gens qui s'occupent de ça. Je suis allée, mais après ça j'ai dû alors voir un médecin, un « gastrologue » et c'est lui qui m'a opéré. "

Grâce à son réseau et à son action de coordination, le médecin traitant organise les missions de prévention et de dépistage et sait comment ne pas multiplier inutilement les examens, mais aussi faire la synthèse des différents suivis chez les autres spécialistes.

P1 : " Bah déjà de dépister si éventuellement il y a des choses qui ne vont pas. De façon à corriger aussi bien au niveau médicament qu'au niveau activité physique ou bien même au niveau des repas. "

P7 : " Et le médecin généraliste, quand il a vu tous les... Tout ce qu'avait dit tous les spécialistes, c'est-à-dire qu'il fallait, plus ou moins, prendre 30 médicaments par jour, il

m'a dit « Ben voilà, tout ça, je vais supprimer parce que tous les effets indésirables, on les connaît pas... » "

En parallèle du suivi au long cours, les patients attendent de leur médecin traitant de disposer d'une bonne organisation qui lui permet de les recevoir rapidement lors de problèmes aigus.

P2 : " Alors ça dépend parce que c'est vrai que mon médecin étant souvent remplacé, j'en vois souvent. Moi ça me plaît bien parce que ça me permet de rencontrer d'autres personnes. Mais je trouve qu'on est... que je suis bien pris en charge il n'y a pas de problèmes... "

P8 : " Parce que même si j'ai besoin, c'est compliqué d'avoir un rendez-vous et puis même, j'ai pas été... Comme je dis même un rhume, une grippe, je sais pas ce que c'est exactement. Un rhume, bon Ben j'essaie de me soigner avec les fonds de tiroir quoi. Ce qu'on m'a donné une autre fois, ça servira pour une prochaine fois, tant mieux. C'est pas souvent que j'ai ça quoi. C'est l'histoire que si j'ai quelque chose pour enrayer tout de suite. Sinon pour aller la voir, si on me donne rendez-vous dans 3 semaines, c'est ça sert plus à rien, malheureusement on en est là quoi. "

L'accompagnement psycho-social est également évoqué par certains participants, mais pour d'autres ne fait pas partie des prérogatives du médecin généraliste, ce qui laisse entendre une méconnaissance des rôles du médecin traitant.

P7 : " Mais je pense que les infirmières connaissent presque mieux les patients, les aides-soignantes aussi. Donc moi je vois plus un dispositif pour les personnes très âgées, mais avec un peu de bénévolat, avec un peu de... beaucoup d'assistantes, vous voyez, beaucoup d'aide à domicile et cetera. Enfin je vois ça comme ça. "

P9 : " Si il y trop de problèmes, une maison de retraite, je sais pas « rire ». Mais je sais, les docteurs là, oui ils vous donnent des conseils pour aller, pas à l'hôpital, dans des maisons de santé, pour aller voir le kiné tout ça... "

d. Le déroulement de la consultation de médecine générale

Les patients ont leurs représentations de la consultation de médecine générale et en attendent certains indispensables, tels que l'examen clinique avec surtout, la prise de tension artérielle.

P2 : " Il doit vérifier que l'ensemble du corps fonctionne bien. Ça, c'est important. C'est évident que c'est important. Mais, il doit aussi... bon je suppose qu'il y a des choses assez courantes à faire : prise de sang, tension, vérifier que les articulations ne sont pas trop rouillées « rire »."

P8 : (en parlant de la prise de tension) " Bah je sais pas moi c'est un peu le minimum. C'est comme si vous allez voir un dentiste et qu'il vous regarde pas dans la bouche. Je veux dire, vous vous dites pourquoi vous êtes venu quoi « rire »."

Pour permettre la réalisation de ces « rituels », mais surtout une prise en charge de qualité et personnalisée, les participants sont unanimes. Ils veulent que leur médecin traitant prenne le temps.

P3 : " Déjà sur ce point de vue-là, prendre son temps. Il y en a qui prennent leur temps parce que des fois quand vous attendez, y a des gens qui sont en consultation et restent longtemps. "

P5 : " Donc j'imagine qu'une consultation « bien vieillir », on prend vraiment le temps de tout aborder et même, peut-être, par des questionnaires être amené à parler de choses que là spontanément... auxquelles je ne pense pas, par exemple. "

P7 : " Ça je pense que c'est une erreur des médecins généralistes d'être... Ce qu'on dit habituellement c'est que en France, ils passent moins de temps avec les patients peut-être qu'en Allemagne. "

Cette prise de temps est indispensable pour permettre à chaque consultation d'avoir un moment dédié à la prévention et au dépistage et ainsi assurer le suivi du patient. Pour cela, il faut aller au-delà du motif de consultation.

P6 : " ...c'est vrai que c'est quelque chose qui m'inquiète, donc s'il y avait une prévention et s'il y avait un suivi particulier à faire, quitte à faire des tests, oui ça pour moi ce serait très très très important. "

P7 : " Donc ça je pense que le « bien vieillir », c'est quelque chose qui n'est pas du tout présent dans la quasi-totalité des consultations. Même quand on a pas grand-chose et qu'on vient voir le médecin généraliste pour un renouvellement de médicaments, il pourra en profiter, vous voyez, pour passer 3 4 min là-dessus, ce qu'ils n'ont pas fait mes 3 derniers médecins généralistes. "

e. Recommandations et conseils

Comme nous pouvions nous y attendre, les participants ont parlé des recommandations et conseils qu'ils pourraient attendre de la part de leur médecin traitant avec toujours cette idée d'aller au-delà du motif de consultation, afin de distiller tout au long du suivi des informations utiles au patient pour lui permettre de « bien vieillir ». Les thématiques les plus fréquemment demandées sont l'alimentation et l'activité physique. Nous retrouvons également la santé mentale, les troubles du sommeil, les cancers cutanés, la prévention de la perte de capacités, l'alcool, le tabac, les violences et les troubles de la sexualité.

P1 : " Bah les choses qui ont été proposées : c'est... ne vous renfermez pas chez vous. Ayez des contacts avec l'extérieur. Trouvez-vous des occupations. Ne restez pas toute la journée chez vous à ruminer. Et puis, faites de la marche. Si vous faites pas beaucoup de sport, faites au moins de la marche quoi. Voilà. "

P2 : " Donc je pense que le médecin il doit avoir autant le désir de maintenir en forme physiquement son patient que son esprit en éveil. "

P7 : " Ouais, par exemple, sur des gens qui ont été violés, quand ça va pas. Alors après, ils vont peut-être pas en parler directement, mais peut-être la fois suivante, vous voyez. Mais si c'est pas le médecin qui ouvre un peu, bah c'est pas... "

Il existe aussi une demande de conseil sur le mode de vie où pour certains patients, il est important que le médecin traitant s'intéresse aux stimulations intellectuelles du patient, sûrement dans le but de prévenir et de dépister les troubles cognitifs.

P2 : " Ensuite aussi, il doit s'inquiéter de ses activités dans sa vie quotidienne. Qu'est-ce que fait son patient ? Est-ce qu'il sort ? Est-ce qu'il va se promener ? Il va au théâtre, au cinéma, à la bibliothèque etc ? Ça, ça me paraît tout aussi important quoi. Je pense que le... Je pense que si le médecin ne s'inquiète que de l'aspect physique, ce serait dommageable. S'il ne pense pas à la vie réelle de tout être humain, qui est à la fois, la rencontre avec les autres, avec le monde etc. "

Le médecin traitant permet également de faire le lien avec des actions collectives et d'informer le patient en ce qui concerne les dépistages organisés.

P1 : "Je fais déjà les examens médicaux qui sont demandés. C'est-à-dire les... la mammographie. Euh, comment ça s'appelle pour les intestins ? Euh... "

P3 : " (en parlant de consultations préventions) Ah bah j'en ai faites. J'en ai fait une ou 2 là. Moi je fais tous les ans, je sais pas quoi, ils envoient un truc là, le gouvernement... pour faire un bilan. "

Certains patients sont demandeurs de recommandations sans toutefois préciser lesquelles. Cela suggère donc l'importance pour le médecin d'aborder des sujets divers et variés afin de sensibiliser son patient sur des thèmes auxquels il n'aurait pas pensé.

P8 : " oui voilà, s'il y a un truc comme ça qui peut être utile et que j'ai pas pensé, pourquoi pas. Mais là, comme je vous dis, bon la façon que je suis suivi, ça me satisfait entre ça et rien, mais il y a peut-être des manques, il y a peut-être des lacunes que je connais pas. Il y a des choses à voir, je sais pas. "

P9 : " Ben oui de me donner des conseils pour ma santé. Pour ma santé et comme vous dites pour « bien vieillir ». De me donner des conseils et... "

5. Freins à la prévention de la fragilité

a. Les freins du système de santé et du côté du médecin

Nous retrouvons dans les attentes des patients la volonté d'un vrai suivi avec quelqu'un en qui ils ont confiance, pas seulement des rendez-vous ponctuels. Cependant, cela n'est pas toujours possible du fait de la conjoncture actuelle en ce qui concerne la démographie médicale. Certains participants renoncent au suivi, du fait de l'absence de médecin traitant, et donc se contentent d'un contact ponctuel avec différents médecins.

P5 : " Parce que celui que j'avais auparavant, il a arrêté son activité. Et maintenant, les rares fois où j'ai besoin de de voir un médecin, bah je m'adresse soit ici [Maison de santé pluridisciplinaire (MSP)] où je vois régulièrement en fait des médecins différents, ou je vais dans un autre centre médical à Paris où là aussi c'est en fonction des disponibilités. "

P3 : " J'ai jamais compris pourquoi ils disent je suis complet. Il y en a qui me disent je pars en retraite. Donc j'arrivais plus à trouver de médecin traitant. "

P6 : " Ah Ben oui, oui, alors pour moi ça c'est vrai, c'est un problème, le fait que j'arrive pas à garder entre guillemets le médecin généraliste que j'apprécie beaucoup. "

La démographie médicale actuelle représente donc un frein majeur à la prévention de la fragilité du fait de l'insuffisance de médecins pour répondre aux attentes des patients et aux missions de santé publique concernant le « bien vieillir ». Les médecins exerçant actuellement se retrouvent donc à manquer de temps et cela, les patients l'ont bien identifié.

P4 : " Bah il faut du temps pour ça. Donc c'est difficile je trouve, parce que ça demande du temps. C'est pas en un quart d'heure que l'on arrive... Vous voyez ? Enfin, je sais pas, je le ressens comme ça. "

P8 : " Mais j'ai l'impression qu'elle est en fin de parcours et que bon, en gros, elle est un peu là quand elle a le temps, il y a souvent une remplaçante, enfin bon je comprends. "

Les patients identifient également un manque de moyens et craignent alors une médecine à deux vitesses, qui, pour certaines populations, constitue un autre frein majeur à la prévention de la fragilité. Ces craintes engendrent donc une perte de confiance envers le système de santé, mais aussi envers les médecins.

P3 : " Parce qu'on dit toujours, il y a une médecine pour les gens riches. Parce que moi, je me suis posé cette question beaucoup de fois ayant la CMU, est-ce qu'on prend vraiment en compte mes soins ? Alors j'ai l'impression que des fois, il y a une médecine CMU, si je peux dire comme ça, et une médecine pour les gens qui ont les moyens. "

P4 : " Je ressens et ça me met en colère quoi. Ça me met en colère parce que... Parce que ça vient d'en haut, et que les dispositions ne sont pas prises. Voilà. Et ça c'est terrible !"

P8 : " (en parlant de centres médicaux) Non mais pour ça, moi la formule, je trouve ça pas idiot, mais à condition que derrière, ce soit pas une grosse mafia, enfin un gros truc de tordu quoi, parce qu'il y a des endroits quand même ça fait peur hein. "

b. Les freins du côté du patient

Nous avons pu observer, lors des entretiens, que certains patients n'ont pas beaucoup d'attentes envers leur médecin traitant. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela. Tout d'abord, nous avons pu constater que chez certains participants, il existe une méconnaissance des rôles que peuvent avoir les médecins traitants. En effet, nous avons eu beaucoup de silences et d'absences de réponse lorsque nous interrogeons les participants sur les attentes et les rôles du médecin traitant. Ce manque de connaissance a donc pour conséquence de limiter les rôles du médecin traitant dans l'imaginaire des patients et constitue un frein important de la prévention de la fragilité du fait de la limitation des actions pouvant être mises en place.

P4 : " Si, si, mais c'est plus le côté, comment dire, santé physique. Mais la santé mentale, il y a d'autres spécialistes... Je dis pas qu'elle est pas compétente, c'est pas ça, mais pour moi c'est pas dans ses attributions. Bon, je peux me tromper. "

P5 : " Si c'est moi qui suis demandeur, c'est répondre à mes demandes ou à mes questions. Mais sinon je vois pas. Je vois pas ce qu'il pourrait faire. "

Certains, en plus de cette méconnaissance des rôles du médecin traitant, présentent un manque d'anticipation concernant le vieillissement allant parfois jusqu'au déni de vieillir.

P2 : " « bien vieillir »... Bon, je ne sais pas. Je ne me sens pas spécialement vieux, même si je n'ai plus 20 ans, ça c'est clair ! "

P5 : " Bah, je peux difficilement vous répondre parce qu'en fait, je me suis jamais vu vieillir, je me suis jamais posé la question. Donc moi dans mon esprit, je suis pas... Je suis pas vieux en fait. "

P7 : " Mais je veux continuer à le faire quand même parce que j'ai des amis plus jeunes donc ils mangent plus, ils boivent plus. Pour être avec eux et faire le jeune entre guillemets, je fais ça, je pourrais faire ça. "

Chez certains patients, il existe un manque de volonté à vouloir suivre les recommandations de leur médecin traitant qui va jusqu'à la négligence en ce qui concerne leur santé.

P5 : " Hormis une pilule miracle ou un médicament miracle qui permettent d'éviter tous les problèmes de santé et toutes les maladies. Mais ça, c'est complètement utopique. Donc non, non. Non, là non je ne vois rien. "

P7 : " Voilà, mais d'un autre côté, je pense qu'on ne peut pas faire trop attention à sa santé parce que sinon on est complètement contraint. "

P8 : " En fait, c'est la prise de poids qui s'est fait dans le temps, quoi. Je veux dire hein, c'est pas compliqué, vous prenez 2 kilos tous les ans, au bout de 20 ans, vous avez 40 en plus. C'est un peu ce qui s'est passé sans que je m'en rende trop compte parce que bon, entre-temps j'avais un boulot, j'étais plus sédentaire, et puis bon, je faisais pas mal d'heures. "

Parfois, c'est la peur de vieillir, de tomber malade et l'anxiété générée par les soins qui empêchent le patient de mettre en place les actions pour « bien vieillir » et suivre les recommandations.

P5 : " Enfin, ça risque d'être anxiogène, après, c'est évident que plus on plus on avance en âge, plus on a de possibilités d'avoir des problèmes de santé. Donc, alors les problèmes de santé, bon s'il y a un problème, il faut s'en occuper évidemment. Mais je m'en occuperai, si le problème arrive à l'instant « T ». Je vais pas commencer à imaginer en fait ce qui pourrait se passer parce que ce serait trop... Ce serait angoissant, anxiogène, et puis ça aurait certainement des répercussions sur mon état psychique et puis sur mes activités au quotidien. "

P8 : " Mon inquiétude c'était uniquement de me dire je vais me faire opérer alors qu'entre guillemets, j'avais l'impression de ne rien avoir, enfin c'était pas obligatoire. Et je me suis dit bon c'est pas le moment de choper une maladie nosocomiale ou des trucs comme ça parce que là, mauvaise pioche quoi. "

Le manque de temps des médecins associé à la peur de déranger peut amener les patients à limiter leurs interactions avec le médecin traitant ce qui constitue également un frein à la prévention de la fragilité.

*P4 : " J'ai pas envie de faire... Pas perdre du temps, c'est pas ça, mais euh... *silence*. Je sais pas, bon déjà j'ai pas envie de m'épancher. "*

P6 : " Voilà parce que, souvent et bien moi ça m'arrive de ne pas vouloir prendre trop de temps quoi. "

6. Retour sur « mon bilan prévention »

Les entretiens ayant débuté pendant la mise en place de la consultation « mon bilan prévention » par le gouvernement, nous avons demandé aux patients s'ils en avaient entendu parler et ce qu'ils en pensaient. Deux participants avaient vaguement eu des informations via des campagnes d'informations, mais pas par leur médecin traitant et les autres ne savaient pas de quoi il s'agissait. Nous avons demandé aux participants de

nous décrire comment ils imaginaient une telle consultation afin de mettre en parallèle leur retour avec la réalité. Globalement, pour les patients intéressés par cette consultation, elle doit être menée par le médecin traitant, car il les connaît et doit être assez large pour aborder potentiellement des sujets auxquels ils ne pensent pas forcément. Étant donné, son caractère exhaustif, cela nécessite du temps. Une participante a évoqué la mise en place de questionnaires préparatoires, ce qui va dans le sens de ce que propose déjà la consultation « mon bilan prévention ». Les patients attendent de cette consultation des examens paracliniques systématiques pour finaliser ce bilan.

P5 : " Bon en fait, c'est un bilan de santé général assez complet. Donc un bilan complet au niveau sanguin, tout ce qui est possible de faire au niveau analyse et ce qu'il est possible de détecter. Voir si quelque chose pourrait être un signe avant-coureur ou un signe indicateur qu'il peut y avoir un problème, même si on ne l'a pas encore ressenti. Voilà."

P6 : " Donc j'imagine qu'une consultation « bien vieillir », on prend vraiment le temps de tout aborder et même, peut-être, par des questionnaires être amené à parler de choses que là spontanément... auxquelles je ne pense pas par exemple. Parce que je pense que sur le « bien vieillir », il faut quand même connaître un peu la personne donc ça prend un peu de temps. "

P8 : " Bah qu'on me donne, à la limite, des conseils de ce qui serait bien de faire, ou de, je sais pas, ou de peut-être tester, je sais pas, mais bon. Honnêtement, moi je sais pas trop."

7. Proposition d'un modèle explicatif

Le but de cette recherche est de connaître les attentes des patients envers leur médecin traitant pour « bien vieillir », dans le but de prévenir la fragilité lors des consultations de médecine générale. Lors des entretiens, nous avons pu découvrir plusieurs catégories d'attentes de la part des participants même si celles-ci n'étaient peut-être pas aussi nombreuses qu'attendu. Le modèle explicatif ci-dessous reprend les différentes attentes du patient envers son médecin traitant pour « bien vieillir », c'est-à-dire :

- Les qualités attendues du médecin
- La relation médecin/patient
- L'organisation du suivi médical
- Le déroulement attendu de la consultation

Influençant ces attentes envers le médecin traitant, on a la vision du vieillissement par le patient et les actions du patient pour « bien vieillir » et prendre soin de sa santé. Plus le patient a une vision riche du « bien vieillir » et met en place des actions, plus ses attentes sont grandes envers son médecin traitant pour prévenir la fragilité.

En plus de cela, nous avons représenté l'influence des autres intervenants, dont le système de santé sur ces attentes, ainsi que les freins qui émanent du médecin et des patients dans l'élaboration et la réalisation de celle-ci.



Modèle explicatif concernant les attentes des patients envers leur médecin traitant pour « bien vieillir »

IV. Discussion

1. Forces et limites de l'étude

Notre recherche respecte de nombreux critères de la grille COREQ située en annexe (Annexe 5), et présente un certain nombre de forces. Elle explore un thème d'actualité, les attentes envers le médecin traitant des patients en ce qui concerne le « bien vieillir » et la prévention de la fragilité, en ciblant la population des patients de 60 à 70 ans n'ayant plus d'activité professionnelle. L'utilisation d'une méthodologie inspirée de la théorisation ancrée a permis de faire émerger les représentations et attentes des participants de façon inductive sans les contraindre à des catégories préétablies. La diversité socioprofessionnelle et l'atteinte de la saturation au huitième entretien contribuent à la crédibilité des résultats.

La littérature explore largement les représentations du « bien vieillir » chez les patients, mais les travaux portant spécifiquement sur les attentes envers le médecin traitant pour y parvenir, en particulier en soins primaires français, semblent plus rares (27,28).

Concernant les résultats de cette étude, nous retrouvons des attentes générales envers le médecin traitant, déjà exprimées dans d'autres recherches qualitatives, notamment en ce qui concerne les qualités humaines du médecin et son relationnel avec le patient (20–24). Notre étude précise toutefois des attentes plus spécifiques en ce qui concerne le suivi du patient, sa vision du « bien vieillir » et les freins qui peuvent le limiter pour atteindre ce but.

Une autre force de cette recherche est méthodologique. Il s'agit de l'utilisation de la photo-élicitation (26). Ce dispositif permet d'améliorer la qualité de réponse des participants du fait de son caractère brise-glace, comme on a pu le constater dans de

précédentes recherches en santé (29). Il a ici permis de favoriser un discours plus riche et réflexif sur le « bien vieillir » et sur les attentes envers le médecin traitant.

Cependant, notre étude présente également des limites. La première est géographique. En effet, nous avons dû nous restreindre à Paris et sa proche banlieue lors du recrutement des participants pour des raisons logistiques concernant l'investigatrice ayant réalisé ce travail. Il aurait été intéressant de recruter des patients de milieux ruraux pour diversifier davantage le profil des participants.

L'utilisation de la grille SEGAm, validée essentiellement chez les >75 ans (25), pourrait induire un biais de sélection.

L'investigatrice étant novice dans le domaine de la recherche qualitative, il peut exister un biais de mesure, malgré une préparation en amont de la recherche avec l'utilisation de référentiel officiel, tel que l'ouvrage du GROUMF (GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone) sur « l'initiation à la recherche qualitative en santé » (30).

Un biais de désirabilité sociale peut exister du fait du statut de médecin de l'investigatrice. Certains patients ont pu valoriser une vision idéalisée du rôle du médecin ou minimiser leurs attentes réelles afin de ne pas paraître trop critiques.

Malgré ces limites, cette étude apporte des informations intéressantes sur les représentations du « bien vieillir » et les attentes envers le médecin traitant chez des patients récemment retraités, population stratégique pour la prévention de la fragilité. Une approche centrée patient est toujours intéressante dans une démarche Evidence Based Medicine (EBM) pour améliorer nos prises en charge.

2. Discussion des résultats

a. Le « bien vieillir »

En opposition à la notion de vieillissement, les participants définissent la notion de « bien vieillir » comme un état de continuité, le maintien de l'autonomie et la préservation de ses capacités permettant au patient de poursuivre ses projets. Cela rejoint la définition du « bien vieillir » développée par l'OMS, fondée sur la préservation des capacités fonctionnelles nécessaires au bien-être à un âge avancé (6). La notion de capacité intrinsèque, centrale dans ICOPE (7), est également en cohérence avec les représentations exprimées.

Les représentations négatives du vieillissement, marquées par la perte de capacités, l'isolement et la dépendance, rejoignent les analyses sociologiques du vieillissement (31). Les patients utilisent le terme « fragilité » dans un sens élargi, intégré à leur vécu, ce qui est également documenté dans la littérature internationale (32).

b. Actions du patient pour « bien vieillir » et prendre soin de sa santé

Les actions décrites par les patients pour améliorer leurs capacités intrinsèques (activité physique, alimentation, stimulation cognitive, maintien des liens sociaux) correspondent aux recommandations nationales et internationales en matière de prévention (2,33).

Cependant, leur mise en œuvre dépend largement de ressources individuelles : volonté, compétences, capacité d'organisation, expériences de vie. Les facteurs extrinsèques du vieillissement, environnement, soutien social, niveau socio-économique, décrits comme déterminants par les participants, sont également évoqués par les travaux sur la fragilité (34) et par l'OMS dans les recommandations concernant le « bien vieillir » (33).

Cela met en lumière les limites des dispositifs centrés seulement sur les capacités intrinsèques et l'importance d'une prise en charge globale améliorant l'intégration de ces facteurs extrinsèques (35,36).

c. Attentes envers le médecin traitant

Les quatre grandes catégories d'attentes exprimées — qualités relationnelles, continuité du suivi, organisation du parcours de soins, recommandations et conseils — sont cohérentes avec la littérature analysant la relation médecin-patient en médecine générale en France (20,21,23,24), mais aussi avec la littérature internationale (27,28).

Le besoin d'écoute, de pédagogie et de confiance rejoint le modèle de la médecine centrée patient (37). Finalement, ces attentes rejoignent aussi la notion d'éducation thérapeutique (ETP) telle que décrite par l'HAS (38) et cette recherche confirme la position centrale qu'elle doit avoir dans la prise en charge et le parcours de soin du patient. Elle répond véritablement à ses attentes en lui permettant d'acquérir des connaissances et de maintenir sa position d'acteur de sa santé, ce qui a été rapporté par les patients tout au long des entretiens. Nous en revenons donc à la demande des patients qui est de redonner du temps au médecin traitant pour mener à bien ces actions. Actuellement une consultation de médecine générale en France dure environ 16 minutes (39,40). Les politiques françaises reconnaissent l'ETP comme partie intégrante du soin des maladies chroniques et l'inscrivent dans le parcours de soins. Cependant, sa mise en œuvre reste très inégale, encore largement hospitalière, et fragilisée par les arbitrages budgétaires et organisationnels récents pour permettre son développement en soins primaires (41).

Les attentes exprimées au cours de cette recherche en ce qui concerne la coordination et de simplification du parcours rejoignent les missions du médecin traitant telles

qu'inscrites dans les politiques de santé (18). Les difficultés d'accès (délais, remplaçants multiples) reflètent la tension liée à la démographie médicale (42).

Les recommandations attendues par les patients sont vastes et parfois imprécises. Elles rejoignent le plus souvent les recommandations internationales et nationales (2,33). Ces attentes de recommandations montrent le rôle important que joue le médecin traitant. En effet, il est le mieux placé pour pouvoir faire l'adaptation de celles-ci en fonction de son patient et ainsi permettre leur mise en application de façon efficiente et personnalisée (37).

d. Décalage entre attentes des patients et programmes institutionnels

Les programmes ICOPE et Mon Bilan Prévention reposent principalement sur le repérage des altérations de capacités intrinsèques (réf. manuscrit 1, 5, 6). Or, les attentes des patients montrent l'importance accordée aux facteurs extrinsèques : environnement matériel, soutien social, expériences de vie, niveau socio-économique (35). Ces déterminants sociaux de la santé, pourtant centraux dans le vieillissement, sont insuffisamment intégrés en première ligne des dispositifs actuels. Il est donc majeur que le médecin traitant les prenne en compte et montre une vigilance accrue dans certaines situations de vie, notamment lors du passage à la retraite et de l'entrée en dépendance pour ce qui concerne le « bien vieillir ».

e. Freins à la prévention de la fragilité

Les freins à la prévention de la fragilité se situent à quatre niveaux :

- **Des freins structurels** : Les difficultés d'accès au médecin traitant identifiées par les participants font écho aux données nationales (42) et la perception d'un manque de temps en consultation qui est aussi ressentie par le médecin (43).

- **Des freins psychologiques et représentationnels** : l'anxiété liée au vieillissement, le déni ou la peur de découvrir une pathologie limitent l'engagement préventif.
- **Des freins liés à un manque de connaissance** : Durant les entretiens, les premiers temps étaient marqués par une absence de réponse des participants en ce qui concerne leurs attentes envers leur médecin traitant. Cela peut être en partie dû à un manque de connaissance des rôles du médecin, qui était, d'ailleurs, moins marqué chez les patients ayant eu une expérience d'aidant.
- **Des freins liés au système** : La perception d'une « médecine à deux vitesses » et une certaine défiance institutionnelle peuvent réduire la sollicitation du médecin traitant (44,45).

3. Perspectives

a. Perspectives pour la recherche

Nous avons étudié ici la population des 60-70 ans ne travaillant plus pour une première approche des attentes du patient envers son médecin traitant pour « bien vieillir ». Ce travail est la porte ouverte à de nombreux autres travaux de recherche sur cette thématique de la prévention de la fragilité dans l'optique d'améliorer nos pratiques en médecine générale.

En parallèle de ce travail, une thèse est menée sur une population travaillant encore, car nous pourrions nous imaginer que les attentes soient en partie différentes, notamment en ce qui concerne la préservation des capacités au travail.

Par la suite, il serait intéressant que ce travail soit mené sur les autres tranches d'âges pour avoir une vision plus large et pouvoir faire des comparaisons entre les différents résultats obtenus. Cet aspect comparatif pourrait être novateur, car les précédentes

recherches établies sur ce sujet étudiaient soit des populations âgées, soit des populations avec des tranches d'âges assez étendues (27,28). Bénéficier de données par tranches d'âges pourrait nous permettre d'améliorer les consultations prévues à des âges clés. Une analyse chez des patients ayant réalisé la consultation « mon bilan prévention » serait également intéressante pour évaluer sa pertinence auprès des patients et obtenir de potentielles pistes d'améliorations.

b. Perspectives pour la pratique

Cette recherche va dans le sens de l'EBM et de l'approche centrée patient. Les soignants ont, grâce à ce travail, un retour sur les attentes du patient pour « bien vieillir » et ainsi pour mieux prévenir la fragilité. Elle montre l'importance pour les patients d'un temps médical dédié à la prévention et une meilleure prise en compte des dimensions psychosociales. Nous comprenons aussi l'importance de développer au cours de la formation initiale et tout au long de son exercice, des compétences de communication chez le médecin généraliste.

c. Perspectives pour l'organisation de soins

Ce travail montre, comme nous pouvions nous y attendre, la nécessité de redonner du temps aux soins. Que ce soit pour la réalisation de « mon bilan prévention », le suivi médical classique et la relation de confiance qui lie médecin et patient, il est nécessaire d'y consacrer du temps. Pour cela il est indispensable de donner les moyens aux médecins généralistes d'allonger leur temps de consultation, et d'augmenter le nombre de médecins dans les années à venir (40,42).

V. Conclusion

Cette étude qualitative avait pour objectif d'explorer les attentes des patients âgés de 60 à 70 ans, n'ayant plus d'activité professionnelle, envers leur médecin traitant pour « bien vieillir » et prévenir la fragilité. Les résultats montrent que pour les participants, le « bien vieillir » est tout autant associé au maintien de l'autonomie, de la qualité de vie et des projets personnels, qu'à l'absence de maladie. Les patients se perçoivent comme acteurs de leur vieillissement, mais peuvent exprimer des attentes fortes vis-à-vis du médecin traitant pour les accompagner dans cette démarche. En effet, ils attendent du médecin traitant des qualités relationnelles fondées sur l'écoute et la confiance, une relation de suivi individualisée et durable, une organisation claire du parcours de soins, et des conseils personnalisés intégrant la prévention au-delà du motif immédiat de consultation. Le médecin traitant apparaît ainsi comme un interlocuteur central, capable de donner du sens aux recommandations de santé et de coordonner les différents aspects du parcours de soins.

L'étude met également en évidence plusieurs freins à la prévention de la fragilité, liés à des contraintes structurelles (manque de temps, difficultés d'accès au médecin traitant), systémiques (perception d'une médecine à deux vitesses, défiance institutionnelle) et individuelles (dénier du vieillissement, méconnaissance des dispositifs existants). Ces éléments limitent l'appropriation des démarches préventives par les patients, malgré leur intérêt pour ces questions.

Enfin, les résultats révèlent un décalage entre les outils institutionnels centrés sur les capacités intrinsèques et la réalité vécue par les patients, plus multidimensionnelle et donc prenant en compte des facteurs extrinsèques. Ces résultats invitent à renforcer une prévention véritablement centrée sur le patient et les moyens mis à disposition des soins primaires pour y parvenir. En effet, dans 95% des cas, les patients n'ont pas recours aux soins secondaires et tertiaires, ce qui fait du médecin traitant l'interlocuteur privilégié pour

prévenir la fragilité (35). Il est le plus à même d'utiliser les outils ICOPE et « mon bilan prévention », tout en prenant en compte les déterminants sociaux du patient. Il répond ainsi aux attentes des patients envers leur médecin traitant pour « bien vieillir », c'est-à-dire lui permettre d'avoir un suivi complet personnalisé dont il est acteur avec un interlocuteur de confiance qui le connaît personnellement.

Cette étude plaide ainsi pour un renforcement du rôle du médecin traitant dans la prévention de la fragilité, à condition que des moyens organisationnels et temporels adaptés lui permettent d'exercer pleinement cette mission.

VI. Références bibliographiques

1. ICOPE, un programme pour repérer la perte de l'autonomie chez le patient dès 60 ans [Internet]. 2025 [cité 10 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/icope-un-programme-pour-reperer-la-perte-de-l-autonomie-chez-le-patient-des-60-ans>
2. Bien vieillir [Internet]. [cité 10 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir>
3. 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.
4. définition de la fragilité société française de gerontologie et de gériatrie - Recherche Google [Internet]. [cité 22 août 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
5. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *European Journal of Internal Medicine*. juin 2016;31:3-10.
6. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. [cité 7 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241565042>
7. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, 2nd ed [Internet]. [cité 27 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726>
8. Tavassoli N, Barreto P de S, Berbon C, Mathieu C, Kerimel J de, Lafont C, et al. Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study. *The Lancet Healthy Longevity*. 1 juin 2022;3(6):e394-404.
9. de Souto Barreto P, Gonzalez-Bautista E, Bischoff-Ferrari HA, Pelegri de Oliveira V, Gorga Bandeira de Mello R, Andrieu S, et al. Real-life intrinsic capacity screening data from the ICOPE-Care program. *Nat Aging*. sept 2024;4(9):1279-89.
10. Tavassoli N, Piau A, Berbon C, de Kerimel J, Lafont C, De Souto Barreto P, et al. Framework Implementation of the INSPIRE ICOPE-CARE Program in Collaboration with the World Health Organization (WHO) in the Occitania Region. *J Frailty Aging*. 1 avr 2021 ;10(2):103-9.
11. MATEOS F. Tempoforme : un nouveau programme pour bien vieillir ! [Internet]. Région Hauts-de-France. 2022 [cité 28 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.hautsdefrance.fr/tempoforme/>
12. tempoforme, mon programme de prévention santé [Internet]. [cité 28 oct 2025]. Disponible sur: <https://tempoforme.fr/page/programme>
13. Mon bilan prévention, un temps d'échange dédié à la prévention [Internet]. [cité 3 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/bilan-prevention-ages-cles>

14. DICOM_Raphaelle.B, DICOM_Raphaelle.B. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. [cité 3 nov 2025]. Mon Bilan Prévention : en quoi ça consiste ? Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/mon-bilan-prevention-les-rendez-vous-sante-aux-ages-cles-de-la-vie/article/mon-bilan-prevention-en-quoi-ca-consiste>
15. Mon-bilan-prevention-livret-presentation.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Mon-bilan-prevention-livret-presentation.pdf>
16. Mon-bilan-prevention-aide-reperage-risques-60-65ans.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Mon-bilan-prevention-aide-reperage-risques-60-65ans.pdf>
17. Mon-bilan-prevention-aide-reperage-risques-70-75ans.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Mon-bilan-prevention-aide-reperage-risques-70-75ans.pdf>
18. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 nov 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438
19. Le rôle et la place du médecin généraliste en France – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 5 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-role-et-la-place-du-medecin-generaliste-en-france/>
20. nakrachi a, Moyniez P, Romon M, Cunin M, Berkhout C, Tilly-Dufour A. Qu'attendent les patients en situation d'obésité de leur médecin généraliste ? Exercer. févr 2022;(180):52-7.
21. Mathieu A, Deleplanque D. Prise en charge des patients migrants en médecine générale. Exercer. 2013;(105):27-8.
22. Kerebel Y, Duguet T, Kapassi A, Figoni H, Colas-Charlap AL, Pariente L, et al. How do patients perceive the retirement of their general practitioner? A qualitative interview study in France. BMJ Open. juin 2024;14(6):e078166.
23. Gocko X, Mourgues J, Bally J, Plotton C. Patients douloureux chroniques. Exercer. oct 2017;(136):340-5.
24. Mazalovic K, Villedary M, Beis J, Faure R, Charra C, Zabawa C. Les attentes des patients en situation de précarité vis-à-vis des professionnels de santé. Exercer. nov 2017;(137):388-94.
25. Feck E, Zulfiqar AA. Evaluation de la fragilité du sujet âgé en cabinet de médecine générale par la grille SEGA modifiée. Rev Med Liege. 2018;(73):513-8.
26. Papinot C. Qu'est-ce que faire parler à partir d'images veut dire ? État de la littérature et retour réflexif sur la technique de photo-elicitation interview. socsoc [Internet]. 2023 [cité 14 déc 2025];55(1):47-66. Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/socsoc/2023-v55-n1-socsoc09772/1115290ar/>
27. Duplantier SC, Udem T. Patient Expectations: A Qualitative Study on What Patients Want From Their Healthcare Providers to Support Them in Healthy Aging. Am J Lifestyle Med. 21 mai 2025;15598276251344856.

28. Pol MHJ van de, Fluit CRMG, Lagro J, Niessen D, Rikkert MGMO, Lagro-Janssen ALM. Quality care provision for older people: an interview study with patients and primary healthcare professionals. *Br J Gen Pract.* 1 août 2015;65(637):e500-7.
29. Prod'homme C, Lesage M, Poteaux Y, Leroy M. L'émotion dans une formation simulée en soins palliatifs chez des internes en médecine : une étude qualitative. *Médecine Palliative.* 1 sept 2024;23(5):225-41.
30. Jean-Pierre Lebeau, Isabelle AUBIN-AUGER, Jean-Sébastien CADWALLADER, Julie GILLES DE LA LONDE, Matthieu LUSTMAN, Alain MERCIER, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global média santé; 2021. 192 p. (GROUM F).
31. Gouttefarde P. Analyse transculturelle de l'âgisme et des relations intergénérationnelles.
32. Schoenborn NL, Van Pilsum Rasmussen SE, Xue QL, Walston JD, McAdams-Demarco MA, Segev DL, et al. Older adults' perceptions and informational needs regarding frailty. *BMC Geriatr.* 13 févr 2018;18(1):46.
33. Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
34. Hemadeh A, Lema-Arranz C, Bonassi S, Buscarini L, Infarinato F, Romano P, et al. Lifestyle, environment and other major determinants of frailty in older adults: a population-based study from the UK Biobank. *Biogerontology.* juin 2025;26(3):100.
35. Collège de la médecine générale - Comment prendre en compte la situation sociale des patients en médecine générale [Internet]. [cité 14 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2022/06/Brochure-ISS-juin-2022.pdf>
36. Hemadeh A, Lema-Arranz C, Bonassi S, Buscarini L, Infarinato F, Romano P, et al. Lifestyle, environment and other major determinants of frailty in older adults: a population-based study from the UK Biobank. *Biogerontology.* 3 mai 2025 ;26(3):100.
37. Conseil Scientifique du CNGE &. Approche centrée sur le patient en médecine générale. *Exercer.* mai 2023;(193):214-5.
38. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 déc 2025]. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
39. La durée des séances des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 14 déc 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
40. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries *BMJ Open* 2017;7:e017902.
41. Éducation Thérapeutique du Patient : définition, enjeux et politique régionale [Internet]. 2025 [cité 14 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-definition-enjeux-et-politique-regionale>

42. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 14 déc 2025]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/250513_DATA_professionnels-de-sante-1er-janvier-2024
43. Deleplanque D, Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A, Rochoy M, Messaadi N. Consultations sans prescription médicamenteuse : ressentis des médecins et des patients. *Exercer*. janv 2015;26(117):13-21.
44. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur majeur, au même titre que le niveau de vie. [Internet]. Paris; 2021. (Études et Résultats). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf?utm>
45. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011;

VII. Annexes

Annexe 1 : Document d'information remis aux participants de la recherche

Bonjour,

Je suis Samantha FRANCOIS, étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je vous propose de participer à un entretien semi dirigé sur le « bien vieillir ».

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-133 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude et pour toutes questions complémentaires, vous pouvez me contacter à cette adresse : samantha.francois.etu@univ-lille.fr

.

En vous remerciant pour votre temps et votre participation

Samantha FRANCOIS

DES de médecine générale à la Faculté de Médecine Henri WARENBURG
(Lille)

Annexe 2 : Fiche de consentement patient

Je, soussigné(e)..... déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer à cet entretien avec enregistrement audio, , le....., pour le travail de thèse de Mme FRANCOIS Samantha sous la direction du Dr FAVRE Jonathan. J'ai bien pris connaissance de la fiche d'information concernant cette thèse et j'accepte le traitement des informations délivrées lors de cet entretien.

Je suis informé(e) que mes informations personnelles seront anonymisées et que l'enregistrement réalisé ce jour sera détruit après traitements des données. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Fait à le..... en 2 exemplaires

Signature du participant :

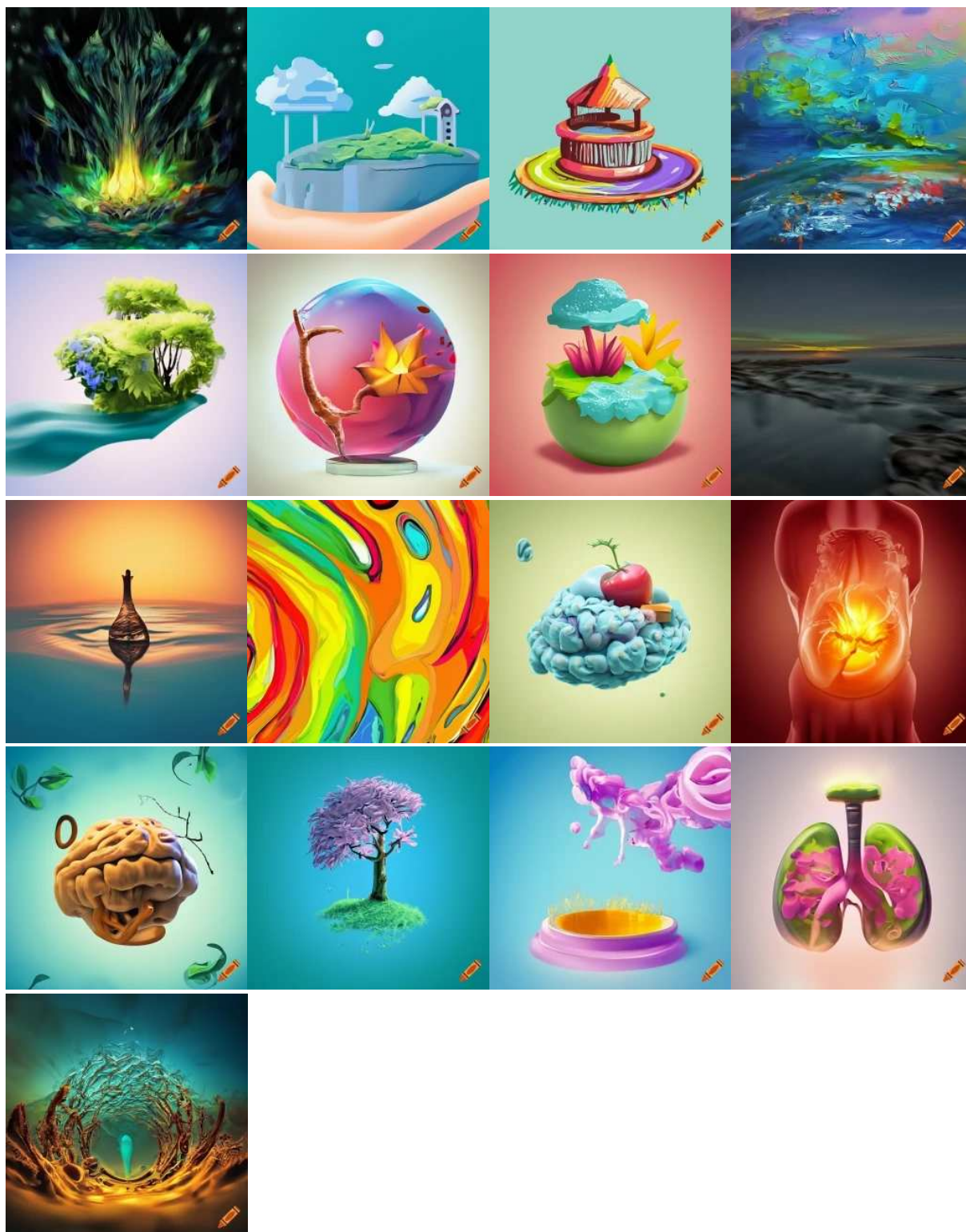
Le participant

L'investigateur principal

Annexe 3 : Guide d'entretien modifiable :

1. Question brise-glace avec utilisation d'images générées par IA : quelle image représente pour vous le mieux le fait de « bien vieillir » ?
2. Qu'est-ce que pour vous le « bien vieillir » ?
3. C'est quoi pour vous prendre soin de sa santé ?
 - Actuellement, que faites-vous pour prendre soin de votre santé ?
 - Si pas de réponse à la première question : comment aimeriez-vous prendre soin de votre santé ?
4. Comment envisagez-vous l'évolution de votre santé dans les décennies à venir ?
5. Qu'est ce qui serait utile pour vous à mettre en place pour « bien vieillir » ?
 - Qui pourrait vous y aider (personnes, entreprise, outils numériques, outils sociaux, aides financières, etc) ?
 - Si non proposé spontanément : Et parmi les professionnels de santé ?
 - Si non proposé spontanément : Avez-vous songé à votre médecin généraliste ?
6. Votre MG vous a-t-il déjà proposé des choses pour « bien vieillir » ? Avez-vous pris des décisions avec lui concernant ce point ?
7. Le gouvernement a mis en place une consultation « bilan prévention », en avez-vous entendu parler ?
 - Si oui, qu'en avez-vous pensé ?
 - Si non, qu'est-ce qui vous semble indispensable dans la consultation de 65 ans pour vous aider à « bien vieillir » ?

Annexe 4 : Images brises glaces proposées aux participants



Annexe 5 : Grille COREQ

	Items	Questions/ description	Réponses
Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur/ animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Samantha FRANCOIS
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Diplôme de formation approfondie en sciences médicale DES de médecine générale en cours
3	Activités	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçante
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et Formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Aucune
Relations avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Statut de médecin, travail de thèse en cours
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Statut de médecin, travail de thèse en cours
Domaine 2 : Conception de l'étude			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse qualitative inspirée de la théorisation ancrée
Sélection des participants			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné selon critères d'âge, d'absence d'activité professionnelle et de non-fragilité (GFST + SEGAm).
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Face à face

12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	9
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	6 patients n'ont pas donné suite ; certains n'étaient plus intéressés ou indisponibles.
Contexte			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	En cabinet de médecine générale
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Patients entre 60 et 70 ans inclus, absence d'activité professionnelle et de fragilité (GFST + SEGAm).
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 ?	Guide composé de 6 questions ouvertes, testé puis ajusté en cours d'étude. Utilisation d'images brise-glace générées par IA. Guide fourni en annexe. Guide testé au préalable.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
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 (focus group) ?	Journal de bord
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Entretiens de 14 à 60 minutes (cf. tableau 1)
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, avec saturation atteinte si 2 entretiens successifs n'apportaient pas de nouvelles informations

23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Indirectement dans la partie résultat
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Excel®, Word®
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, chaque citation est identifiée par la lettre " E " suivi du numéro d'entretien.
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

AUTEURE : Nom : FRANCOIS

Prénom : Samantha

Date de soutenance : 04/02/2026

Titre de la thèse : Prévenir la fragilité : Quelles sont les attentes des patients envers leur médecin traitant pour bien vieillir ? Entretiens semi-dirigés de patients entre 60 et 70 ans n'ayant plus activité professionnelle.

Thèse - Médecine - Lille « 2026 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Bien vieillir, fragilité, médecin traitant, soins de premiers recours, attentes des patients, recherche qualitative

Résumé :

Contexte : La prévention de la fragilité constitue un enjeu majeur du vieillissement en bonne santé et repose en grande partie sur les soins de premier recours. Actuellement, il s'agit d'une préoccupation majeure de nos politiques nationales et internationales, avec « mon bilan prévention » et le programme ICOPE. Si les représentations du « bien vieillir » ont été largement étudiées, les attentes des patients envers leur médecin traitant pour y parvenir restent encore peu explorées.

Objectif : Explorer les attentes des patients âgés de 60 à 70 ans n'ayant plus d'activité professionnelle envers leur médecin traitant pour « bien vieillir » et prévenir la fragilité.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été menée à partir d'entretiens semi-dirigés individuels réalisés entre février 2024 et mai 2025 auprès de patients recrutés en médecine générale à Paris et dans le Val-de-Marne. Les entretiens, introduits par des images brise-glace, ont été retranscrits intégralement et analysés de façon inductive jusqu'à saturation des données.

Résultats : Neuf entretiens ont été analysés. Les patients associent le « bien vieillir » au maintien de l'autonomie, de la qualité de vie et des projets personnels, ainsi qu'à l'absence de maladie. Quatre grandes catégories d'attentes envers le médecin traitant ont émergé : des qualités relationnelles fondées sur l'écoute et la confiance, une relation de suivi individualisée et durable, une organisation claire du parcours de soins et des recommandations et conseils personnalisés intégrant la prévention au-delà du motif de consultation. Plusieurs freins à la prévention de la fragilité ont été identifiés, incluant le manque de temps en consultation, les difficultés d'accès au médecin traitant, une perception de médecine à deux vitesses, une défiance institutionnelle et une méconnaissance des rôles que peut occuper le médecin traitant.

Conclusion : Le médecin traitant apparaît comme un acteur central du « bien vieillir », à la fois guide, partenaire et coordinateur du parcours de soins. Cette étude souligne la nécessité de renforcer son rôle dans la prévention de la fragilité, en intégrant davantage les attentes des patients et les facteurs extrinsèques du vieillissement, et en adaptant les dispositifs institutionnels aux réalités de la pratique en soins primaires.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Assesseurs : Madame la Docteure Isabelle BODEIN et Monsieur le Docteur Elie MAZOCKY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jonathan FAVRE