UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024 N° : 276

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR
Marie VUILLEMIN
Née le 29 novembre 1993 à Colmar

Vécu de la personne âgée lors du passage de la vie à domicile à la vie en institution

Président de thèse : Monsieur le Professeur ANDRES Emmanuel
Directrice de thèse : Madame le Docteure FAIDHERBE Valérie
Assesseur : Monsieur le Professeur HILD Philippe

Faculté de médecine maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2023
Année universitaire 2023-2024

● **Président de l'Université**		M. DENEKEN Michel
● **Doyen de la Faculté**		M. SIBILIA Jean
● **Première Vice Doyenne de la Faculté**		Mme CHARLOUX Anne
● **Doyens honoraires :**	**(1983-1989)**	M. MANTZ Jean-Marie
	(1989-1994)	M. VINCENDON Guy
	(1994-2001)	M. GERLINGER Pierre
	(2001-2011)	M. LUDES Bertrand
● **Chargé de mission auprès du Doyen**		M. VICENTE Gilbert
● **Responsable Administratif**		M. STEEGMANN Geoffroy

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : N...

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis	Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak	Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène	Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02	Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : **Gynécologie-Obstétrique**
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01	Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02	Cancérologie ; **Radiothérapie**
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01	Gastro-entérologie ; **hépatologie** Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : **Psychiatrie d'Adultes**
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02	Réanimation ; **Médecine d'urgence** Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01	Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04	**Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ;** Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 **Chirurgie vasculaire** ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 **Anesthésiologie-Réanimation** ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierrre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 **Hématologie** ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 **Chirurgie vasculaire** ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 **Médecine Physique et Réadaptation**
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatologie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; **Addictologie** (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 **Anatomie**
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 **Cancérologie** ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 **Pneumologie** ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 **Gynécologie-Obstétrique** ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 **Hématologie** ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02	Cancérologie ; **Radiothérapie** Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01	Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05	Réanimation ; **Médecine d'urgence** Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02	Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02	**Cancérologie** ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02	**Cancérologie** ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01	**Anesthésiologie-réanimation** ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04	Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03	**Gynécologie-Obstétrique** ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 **Pédopsychiatrie** ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : **Hépatologie**
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - CSpi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)
CU : Chef d'unité fonctionnelle
Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)
Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 **Pharmacologie fondamentale** ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 **Cancérologie** ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictotologie
FILISETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 **Hématologie** ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 **Bactériologie-Virologie** ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 **Hématologie** ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr DEMARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- ***de droit et à vie*** *(membre de l'Institut)*
  CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)

- ***pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)***
  BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
  MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)

- ***pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)***
  DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

- ***pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)***
  Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

- ***pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)***
  CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
  GRUCKER Daniel (Physique biologique)
  HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
  KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  MOULIN Bruno (Néphrologie)
  PINGET Michel (Endocrinologie)
  ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
  ROUL Gérald (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc	CNU-31	IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine
Pr LECOCQ Jéhan
Pr MASTELLI Antoine
Pr MATSUSHITA Kensuke
Pr QUERLEU Denis
Pr REIS Jacques
Pre RONGIERES Catherine
Pre SEELIGER Barbara

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.10
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) /01.09.11
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
DUCLOS Bernard (Hépato-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
FISCHBACH Michel (Pédiatrie / 01.10.16)
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
GAY Gérard (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.13
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
KREMER Michel / 01.05.98
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :
- NHC : ***Nouvel Hôpital Civil :*** 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : ***Hôpital Civil :*** 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : ***Hôpital de Hautepierre :*** Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- ***Hôpital de La Robertsau :*** 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- ***Hôpital de l'Elsau :*** 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de CANcérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette – 67200 Strasbourg – Tél. : 03 68 76 67 67
CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00
C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00
E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25
IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

---

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRETÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ETRE CONSIDERÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

A **Monsieur le Professeur ANDRES**, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

A **Valérie**, ma directrice de thèse, merci d'avoir accepté de m'accompagner sans hésiter dans ce travail. Ta réactivité a été impressionnante ! Merci pour ta bonne humeur et ta bienveillance. Même si le stage auprès de toi et Éric fut écourté par le covid (et ne m'aura donc pas permis d'apprécier le café à sa juste valeur!), j'en garde un excellent souvenir.

Au **Docteur Philippe HILD**, merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci également pour votre pédagogie tout au long de mon stage SASPAS, c'était un réel bonheur de travailler auprès de vous et de Christine.

A **tous mes maitres de stage**, que ce soit en hospitalier ou en libéral, merci pour les enseignements apportés. J'ai eu beaucoup de chance tout en long de mon cursus d'avoir été accompagnée de la sorte, je vous en remercie et espère être à la hauteur.
Un merci particulier aux médecins de la MSP de Herbitzheim et à Sophie et Mélanie, ces deux supers assistantes sans qui le début des remplas n'aurait pas été le même, j'ai adoré passer du temps auprès de vous !

A **toutes les personnes qui m'ont aidées pour ce travail de thèse**, et notamment les infirmières coordinatrices, votre réactivité et votre aide m'ont été précieuses, un grand merci.

Enfin, merci à vous, **résidents**, qui avez accepté de participer à ce projet en m'ouvrant les portes de vos histoires de vie. Ce fut un grand honneur de passer ces moments auprès de vous et de voir à quel point vous êtes forts, courageux et armés d'une grande sagesse.

A ma famille :

A **mes chers parents**, merci à vous, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Je mesure la chance que j'ai d'avoir grandi dans une famille aimante et toujours présente pour moi, peu importe mes choix. Maman toujours prête à faire des petits plats réconfortants pour nous donner du baume au cœur, et Papa à faire mille allers-retours pour nous chercher à la gare ou nous filer un coup de main, même après 30 ans passés. Votre soutien m'est précieux, je ne vous remercierai jamais assez.

A **Thomas**, mon grand frère, tu as bien hérité de l'humour Dechristé (Daniel serait fier de toi) ! Merci pour les moments et confidences partagés lors des balades ou autour d'une bonne fondue Vaudoise !

A **Manu**, merci d'être le petit frère fier de sa grande sœur. Je te chambre beaucoup mais je t'aime quand même ! Je te souhaite beaucoup de bonheur avec Lia que j'apprécie énormément !

A **mes grands-parents**, Papi et Nane, j'aurais aimé vous connaitre. Papus, je garde de toi l'image d'un homme simple et bon. Mano, merci de nous transmettre ton savoir et ton histoire, tu es la richesse de notre famille.

A **toute ma famille**, mes oncles, mes tantes, et mes nombreux cousins/cousines, merci pour tous ces moments partagés ensemble.
Un merci particulier à **Gauthier**, plus qu'un cousin, tu es un véritable ami, avec qui j'ai toujours plaisir à passer du temps, que ce soit à l'occasion de soirées « déjantées » ou pour des discussions plus profondes. Et on n'oublie pas Juju, toujours souriante et chaleureuse.

A **Denise**, ma marraine de cœur, merci pour ta gentillesse et ta générosité.

A **ma belle-famille**, merci pour l'accueil, les repas et les vacances familiales, c'est toujours un plaisir de vous retrouver.

A **Romain**, je suis si heureuse d'avoir « atterri » à Mulhouse pour une partie de mon internat, cela m'aura permis de te rencontrer et de construire une belle histoire avec toi. Merci de me porter (et de me supporter !) au quotidien, de me faire rire et de m'aimer même quand c'est moins facile. J'ai hâte de voir ce que la vie nous réserve ; en attendant tu vas devenir un super papa, je n'en doute pas ! .--- . / -' .- .. -- .

A **notre fille à venir**, j'espère être à la hauteur de la mission qui m'attend. Nous avons hâte de t'accueillir et de te voir grandir. Ne doute jamais de l'amour que nous te portons.

A mes amis d'enfance :

A **Maria**, ma plus vieille amie. Que je suis heureuse d'avoir eu cet élan de clairvoyance du haut de mes 3 ans dans la cour de maternelle !! Des années de complicité, d'aventures, de discussions, de valeurs partagées. Nous n'aspirons pas aux mêmes choses et pourtant nous sommes si proches. Merci d'être mon pilier depuis tant d'années. J'ai beaucoup de chance de t'avoir dans ma vie, je t'aime !

A **Marina**, les bancs du collège sont loin et pourtant nous sommes toujours comme deux enfants quand nous nous retrouvons. Pour tous les moments de folie que l'on passe ensemble, merci !

A **Valentine**, c'est toujours un plaisir (ou devrais-je dire « ein Spaaass ») de te retrouver autour d'une bière ou d'une tartine. Merci pour ces moments.

A la **bande des pouilleux** : Baboun merci pour ton amitié fidèle et sincère. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec Paula ! Maxime, tes blagues de merde t'ont valu d'être le premier d'entre nous à devenir parent, félicitations ! Coralie et Olivier, même si l'on se voit moins souvent, c'est toujours un plaisir de partager un moment avec vous.

A **Eugénie, Louise et Vera**, merci pour ces moments partagés année après année. J'adore me rappeler du « bon vieux temps » avec vous, parler de l'avenir n'est pas mal non plus ! Je n'ai pas tout à fait le même destin que ce que vous m'aviez prédit il y a une dizaine d'années, alors j'espère que vous n'êtes pas trop déçues !

A ma **vieille Pau**, nous nous sommes suivies pendant des années sur les bancs du lycée puis de la fac… Que c'était bon de pouvoir faire nos soirées « abris tram » , les pauses blabla, ou encore travailler ensemble. Je ne perds pas espoir de te faire revenir un jour en Alsace, même si c'est dans 27 ans ! En attendant, je savoure chaque instant passé avec toi !

Aux amis de médecine :

A **Alain**, merci pour ta joie de vivre contagieuse.

A **Emma**, merci pour ces soirées partagées à la coloc, nous en aurons vécu des choses !

A **Kiki**, la princesse des chimiques. Merci pour toutes ces années de folie, ces voyages, ces fous-rires à gogo et ta classe légendaire ! Je sais pouvoir toujours compter sur toi en cas de coup dur et de situation délicate, même à l'autre bout du monde !

A **Lélé**, merci pour ton humour sans pareil et ta joie de vivre. Vivement le prochain week-end à Lyon !

A **Lucie**, merci d'être toujours présente à mes côtés depuis la P1. Mention spéciale à nos séances révisions au foyer et nos craquages pré-partiels. Merci aussi pour les moments partagés, les soirées debriefs en duo, et les bons petits plats… ta Nonna serait fière de toi !

A **Mako**, je suis ravie d'avoir passé un peu plus de temps avec toi cette dernière année… et ce n'est que le début ! Merci pour ta douceur et ta bonne humeur ! Je sais que tu seras la meilleure nounou pour notre fille !

A **Maurine**, notre deuxième miss 27 ! Merci d'être la femme que tu es : belle, pleine d'empathie et indépendante, un modèle pour nous toutes.

A **Valentine**, merci pour les séances révisions en D4, et pour les fous-rires autour d'une bonne tatin improvisée.

A **Alexandra**, **Antoine, Baptiste, Guillaume, Léopold, Margaux, Marie Cha, Mathias, Maxime, Paul, Paulé, Thibault, Thiébault**, merci pour ces folles années d'externat.

Aux amis rencontrés lors de l'internat :

A **Alexandre, Sarah et Céleste, Benjamin, Jules et Léo**, merci pour les soirées étudiantes qui se sont peu à peu transformées en soirées plus posées, des moments simples et efficaces comme on les aime !

A **Albane, Clément et Léon** depuis peu**, Alexandrine et Amaury, Cosette**, merci pour les moments partagés.

A la **team de l'internat de Mulhouse**: Margaux, te rencontrer fut un véritable coup de foudre amical, merci pour tous ces moments passés ensemble. Mention spéciale au « badsquat » qui nous aura valu quelques fous rires. **Anne-Laure, Anne-Sophie, Gabrielle, Moussa**, c'est toujours un plaisir de vous revoir.

A **Anne-Justine et Augustine**, les deux folles de la team Gygy, merci pour votre bonne humeur et pour les Spritz.

A **Emiliana,** ma corempla de folie, et ma psychologue attitrée durant tout ce travail de thèse, merci pour tous ces messages réconfortants et challengeants, merci aussi d'avoir supporté mes plaintes quasi quotidiennes ces derniers temps. Dans 3 semaines, tu seras à ton tour libérée et nous pourrons faire la tournée des marchés de producteurs et des brunchs de la capitale alsacienne (désolée Victor si je m'incruste !)

A **Rozenn**, le stage au court séjour de gériatrie n'aurait pas été le même sans toi et Marie. Merci pour ces moments passés ensemble, les journées thèses (bien que peu efficaces j'en conviens) et bientôt les après-midi Bredalas et bien d'autres !! A **Michael**, merci pour ton honnêteté sans pareil, et ton dévouement à toute épreuve !! Sans oublier Arthur votre petit lutin farceur!

Aux amis plus récents :

A **Mégane, Jean, Lancelot, Sébastien, Thibaut, et Léonie**, merci pour les soirées partagées toujours dans la joie et la bonne humeur ! Jean, promis, je ne débrancherai plus jamais une raclette avant l'heure !

A **Hervé et Julie et Alexandre**, quelle belle famille vous formez, simple et vraie ; nous passons toujours d'excellents moments auprès de vous.

A **Marine et Luco**, merci pour nos soirées à 4, de nouvelles aventures à 6 nous attendent tout bientôt, j'ai hâte !

A **Maud et Pierre**, merci pour les bons moments partagés depuis 5 ans : entre le confinement, les Pâques, les raclettes (désolée Maud), les Risk (non Pierre, nous ne sommes pas tous contre toi !!), nous n'avons pas chômé !

SOMMAIRE

SOMMAIRE *24*
ABREVIATIONS *28*
INTRODUCTION *29*
MATÉRIEL ET MÉTHODE *33*
I. Choix de la méthode **33**
II. Population étudiée **33**
A. Critères d'inclusion 33
B. Modalité de recrutement 34
III. Recueil des données **34**
IV. Analyse des données **35**
V. Aspect éthique et règlementaire **36**
RESULTATS : *37*
I. Échantillon **37**
II. Représentation et préparation de l'EHPAD en amont de l'institutionnalisation **37**
A. Représentation des EHPAD avant d'y être confronté 37
1. Une solution quand le maintien à domicile n'est plus possible 37
2. Dernière demeure 38
3. L'armée 38
4. Vision via les proches 38
a) Bonne vision 38
b) Mauvaise vision 39
5. Finalement, cela dépend de chaque EHPAD 40
B. Réflexion quant aux EHPAD lorsqu'on vit à domicile 41
1. Pas de réflexion sur le sujet 41
2. Réflexion en amont 43
a) Réflexion personnelle 43
b) Discussion avec la famille 44
c) Avantages de l'anticipation 45
III. Projet d'institutionnalisation **46**
A. Cause d'entrée en EHPAD 46
1. Maintien à domicile difficile 46
a) Dégradation de son état de santé 46
b) Maison non adaptée à son état de santé 47
c) Aides à domicile non satisfaisantes 48
d) Aidants trop éloignés du domicile 48
e) Épuisement de l'aidant 49
f) Coût du maintien à domicile 49
2. Éléments précipitants 49
a) Problème de santé soudain 49
b) Perte de l'aidant 50

c) Décès d'un proche 51
3. Soulager ses proches 51
4. Rapprochement conjugal 52
5. Vieillesse 53
B. Choix de l'EHPAD 54
1. Première approche 54
a) Visite en amont 54
b) Hébergement temporaire 55
c) Rôle primordial des proches 55
2. Moteurs du choix de l'établissement 57
a) Rapprochement familial 57
b) En fonction de ce/ceux qu'on connait 57
c) Proche de son domicile 59
d) En fonction de ses aspirations religieuses 59
3. Limites 60
a) Délai 60
b) Coût 60
c) Animaux de compagnie 61

IV. Vécu au moment de l'institutionnalisation 61
A. Difficultés rencontrées 61
1. Des premiers jours difficiles 61
2. Deuil de sa vie passée 63
a) Quitter son domicile 63
b) Quitter son réseau social et familial 64
3. Ne plus être maitre chez soi 65
4. Besoin de faire valoir sa place en tant que personne valide 66
5. S'adapter à un nouveau réseau 66
B. Ressentis positifs 68
1. Heureux d'y arriver 68
2. Accompagnement par la famille / les proches 69
3. Possibilité de garder certains meubles 69
C. Dernière demeure 70
D. Importance d'être en EHPAD par choix 70

V. Vivre en EHPAD au quotidien 71
A. Faire face au vieillissement 71
1. S'inquiéter de sa santé 71
a) Pathologies diverses 71
b) Peur de l'apparition ou de l'aggravation de troubles 72
c) Problèmes majorés en EHPAD 73
d) Ou au contraire atténués 73
e) Être confronté aux troubles des autres résidents 74
2. Maintenir son autonomie 75
3. La mort en perspective 76
a) Perte des êtres chers 76
b) Volonté de mourir 77
B. Inconvénients de la vie en EHPAD 77
1. Manque de personnel 77
2. Une vie entre quatre murs 79
a) Ennui 79

b) Manque de sortie ... 79
3. Manque de souplesse ... 80
4. Manque d'intimité ... 80
5. Nourriture ... 81
6. Manque de place ... 82
C. Avantages de la vie en EHPAD ... 82
1. De nouveaux rapports humains ... 82
a) Avec le personnel soignant ... 82
b) Avec les autres résidents ... 83
c) Avec les bénévoles ... 84
2. Service tout compris ... 85
3. Sentiment de sécurité ... 85
4. Participation à la vie en EHPAD ... 86
a) Sentiment d'utilité ... 86
b) Activités proposées ... 87
5. Présence familiale ... 87
6. Liberté d'action ... 88
7. Un beau cadre ... 89
8. De bons repas ... 90
D. D'un second choix à la résilience ... 90

VI. Place du médecin traitant ... 92
A. En amont de l'institutionnalisation : des avis divisés ... 92
1. Le médecin traitant n'a pas sa place dans la discussion ... 92
a) Manque de disponibilité ... 92
b) Une affaire personnelle ... 93
2. Le médecin traitant a sa place ... 93
3. S'adapter à ses patients ... 95
4. Peu de regrets ... 96
B. Après institutionnalisation ... 96
1. Garder son médecin traitant ... 96
2. Nouveau médecin traitant ... 97
3. Manque de disponibilité médicale au sein des EHPAD ... 98

VII. Voies d'amélioration ... 99
A. Augmenter le personnel ... 99
B. Un peu plus de liberté ... 100
1. Sorties organisées ... 100
2. Plus de souplesse ... 100
C. Séparer les résidents selon leurs troubles cognitifs ... 101

DISCUSSION ... 102

I. Synthèse des résultats et confrontation à la littérature ... 102

II. Soigner l'amont pour un meilleur vécu en aval. ... 109
A. Véhiculer une meilleure représentation des EHPAD ... 109
B. Favoriser le rôle actif du patient ... 110
1. Un patient qui choisit est un résident plus heureux ... 110
2. Ce que nous dit la loi ... 111
a) La législation ... 111
b) Un problème éthique ... 112
3. Un choix illusoire ? ... 113

C. Et concrètement ? ... 114

III. Un accompagnement renforcé les premiers jours ... 116

IV. Forces et limites de notre étude ... 118

A. Forces ... 118

1. Choix du sujet ... 118
2. Choix de la méthode ... 118

B. Limites ... 119

1. Biais de sélection ... 119
2. Biais d'investigation ... 119
3. Biais de désirabilité sociale ... 120
4. Biais d'interprétation ... 120

CONCLUSION ... 121

ANNEXES ... 123

BIBLIOGRAPHIE ... 131

ABREVIATIONS

AGGIR : Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

IADL : Instrumental Activities of Daily Living, traduit en français par Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MMSE : Mini-Mental State Examination

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

INTRODUCTION

La part de la population âgée en France, définie selon l'Insee (Institut National de la statistique et des études économiques) par un âge supérieur à 65 ans (1), ne cesse d'augmenter. Au premier janvier 2024, 21.5% des Français ont plus de 65 ans et 10.4% plus de 75 ans (2). Une des causes de ce vieillissement de la population est la hausse de l'espérance de vie, celle des femmes étant toujours supérieure à celle des hommes. Heureusement, entre 2008 et 2021, l'espérance de vie sans incapacité - correspondant au nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans être limitée dans ses activités quotidiennes - a crû plus vite que l'espérance de vie elle-même (3). Toutefois, le vieillissement est souvent associé à une perte d'autonomie et à une augmentation de la dépendance à un moment ou à un autre.

L'**autonomie** se définit par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement (4).

La **dépendance** quant à elle, est définie par l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer, sans aide humaine, les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement (4). Elle peut être évaluée selon plusieurs outils, dont l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) et la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) (5). En France, cette dernière permet de déterminer le montant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour les plus de soixante ans (6).

Ainsi, selon l'Insee, 4 millions de seniors seront en perte d'autonomie d'ici 2050 avec une croissance accrue à partir de 2027 du fait de l'arrivée des « baby-boomers» dans le grand âge (7).

Si le maintien à domicile reste encouragé par nos institutions (8, 9,10), les aides humaines et financières ne sont pas toujours suffisantes. L'entourage familial participe également en grande partie au maintien à domicile, mais là encore, on constate une baisse de leur action du fait de la diminution du nombre d'enfants par couple, leur éloignement géographique à l'âge adulte d'une part (9,11) et la hausse des divorces chez les ainés d'autre part.

L'institutionnalisation en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est une solution proposée lorsque les personnes âgées ne sont plus en mesure de rester à leur domicile. Une augmentation des demandes d'entrée en EHPAD est donc prévisible et c'est déjà le cas selon les premiers résultats de l'enquête EHPA de 2019. L'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 85 ans et 11 mois (10).

Pourtant, l'institutionnalisation reste la plupart du temps un choix par défaut. Dans l'imaginaire de nombreuses personnes, les EHPAD sont associés à une vision très négative, d'hospice et de mouroir (12). Les différentes affaires de maltraitance dans les EHPAD ayant surgi ces dernières années viennent renforcer cette vision défavorable.

Parallèlement, le moment de l'entrée en institution est souvent décrit comme un bouleversement, une période charnière où l'on perd ses repères. C'est le passage entre un lieu de vie intime et privé à un endroit collectif et public (13), un changement de vie

parfois radical non sans conséquence. Que l'arrivée en EHPAD soit un choix ou qu'elle soit imposée, qu'elle ait été longuement réfléchie ou bien soudaine, c'est sans nul doute une étape importante dans la vie d'une personne.

Le médecin généraliste est souvent aux premières loges des difficultés rencontrées par les patients. Il a pu tisser des liens avec le patient qu'il suit généralement depuis des années et dont il connait souvent l'histoire, et parfois le domicile et la famille. C'est aussi régulièrement cette dernière qui le sollicite face à des problèmes rencontrés par leurs ainés et les inquiétudes que cela peut engendrer. Il serait donc cohérent qu'il ait un rôle à jouer dans l'anticipation de la perte d'autonomie et/ou de l'accroissement des incapacités. Ceci passe entre autres par l'information concernant les aides à domicile et les structures qui existent en amont, mais également par l'accompagnement dans la transition vers l'EHPAD au moment venu.

Pourtant, dans sa thèse intitulée « L'entrée en institution des personnes âgées : étude rétrospective de 107 cas et implication du médecin généraliste », E. SOULAS relate que la majorité des demandes d'admission en EHPAD avait été faite par les médecins hospitaliers (86.5%) (14). Parallèlement, la thèse de E. MOUADAN sur les « Motifs et mode d'entrée en maison de retraite » montre que seuls 40% des médecins généralistes avaient participé au projet d'entrée en EHPAD de leur patient, le plus souvent après une demande émise par la famille du résident (15). Le manque de temps et la difficulté à aborder le sujet de peur de se heurter au rejet des patients étaient mis en avant comme cause de ce résultat.

De ces constats est né ce travail de thèse visant à mieux comprendre le vécu des personnes âgées lors du passage de la vie à domicile à la vie en institution. L'objectif principal est d'explorer le ressenti des personnes âgées au moment de l'institutionnalisation et dans les mois qui entourent cette décision. A travers une meilleure compréhension de ce vécu, nous pourrons en tirer un second objectif : améliorer l'accompagnement de nos patients dans cette transition.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Choix de la méthode

Compte tenu du sujet de ce travail qui s'intéresse au ressenti des personnes âgées, donc à des données subjectives et non quantifiables, le choix de la recherche qualitative nous a paru pertinent. En effet, cette dernière permet d'étudier de manière plus approfondie les sentiments, les opinions et certains comportements des personnes dans un domaine précis, et ainsi de pouvoir générer des hypothèses afin de mieux comprendre comment est vécu un événement par une population-cible (16,17).

II. Population étudiée

A. Critères d'inclusion

Pour répondre à nos problématiques, nous avons fait le choix d'un échantillon homogène auprès des personnes âgées vivant en institution. En outre, nous avons fixé deux critères d'inclusion. Les résidents devaient avoir un Mini Mental State Examination (MMSE) supérieur à 20, c'est-à-dire qu'ils devaient avoir au maximum des troubles cognitifs légers (18) (ANNEXE 1). De plus, les résidents devaient être arrivés en EHPAD depuis moins de 6 mois. Les participants étaient libres de prendre part ou non à cette étude, et leur consentement préalable était indispensable à la réalisation de l'entretien.

B. Modalité de recrutement

Dans le cadre d'un remplacement en centre de rééducation, j'ai pu avoir accès à la liste des patients ayant été transférés en EHPAD dans les 6 derniers mois, ce qui m'a permis une première approche de certains EHPAD. Selon les cas, j'ai alors contacté les médecins coordinateurs, les infirmières coordinatrices ou encore directement les directeurs des différentes structures. Dans tous les cas, une demande a été faite aux directeurs des EHPAD dans lesquels je suis intervenue, aucun n'a refusé mon intervention. Les infirmières coordinatrices ont regardé les résidents correspondants aux critères d'inclusion. Certaines avaient directement demandé l'accord aux résidents en leur transmettant la note d'information et de consentement que je leur avais préalablement envoyée (ANNEXE 2); pour d'autres c'est moi qui suis allée directement voir les résidents en leur expliquant ma démarche.

III. Recueil des données

Pour répondre à notre problématique, le Docteur Valérie Faidherbe et moi avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés. Nous avons ainsi élaboré un guide d'entretien (ANNEXE 3). Ce dernier était séparé en deux grandes parties, la première regroupait un ensemble de questions fermées afin de faire connaissance et remplir le questionnaire épidémiologique ; la seconde était constituée de questions ouvertes, que j'ai adaptées au fur et à mesure des entretiens et en fonction de chaque participant, en rebondissant sur certains éléments qu'il me donnait afin de permettre une discussion plus fluide et non cadrée par un entretien rigide qui aurait risqué de fermer la discussion et donc de perdre des informations pouvant s'avérer précieuses.

Les entretiens ont débuté après explications de la démarche et signature d'un consentement écrit. Puis, l'ensemble de l'entrevue a été enregistré à l'aide d'un dictaphone ainsi que d'un portable ; aucune note n'était prise en cours d'entretien afin de favoriser une écoute active et une meilleure interaction avec le résident. En revanche, en fin d'entretien, je notais quelques impressions que m'avait laissées le participant, ou des traits de caractère que j'avais pu cerner tout au long de notre échange. Tous les entretiens ont été retranscrits sur Microsoft Word® avant d'être anonymisés.

Les interviews se sont déroulées dans la chambre des résidents, afin de permettre un environnement calme et une certaine intimité dans un lieu où le résident était en confiance. Il lui était proposé d'aller dans un autre endroit de l'EHPAD s'il le désirait mais aucun ne l'a souhaité. Une participante a préféré être accompagnée de sa belle-fille pour l'entretien, pour tous les autres nous étions en tête à tête.

Nous avons arrêté le recueil lorsque les éléments devenaient redondants d'un entretien à l'autre et qu'il n'y avait plus de nouveau thème abordé.

IV. Analyse des données

Pour l'analyse des données, nous avons décidé de nous inspirer de la théorisation ancrée. Cette dernière se fonde sur l'analyse de phénomènes sociaux dans une population identifiée comme capable d'apporter une information pertinente à la question de recherche (17). Pour ce faire, une fois un entretien retranscrit, j'ai étiqueté les verbatims en thèmes et sous-thèmes, qui n'étaient pas prédéfinis mais élaborés au fur et à mesure de la lecture : mots, expressions ou phrases représentant une même

idée. Je les ai ensuite organisés en catégories et sous-catégories. Puis, j'ai procédé à une analyse intégrative entre les différents entretiens.

Les deux premiers entretiens ainsi que l'analyse globale ont été soumis à une relecture et validation par la directrice de thèse.

V. Aspect éthique et règlementaire

Une demande d'autorisation préalable a été soumise au Comité d'éthique des facultés de Médecine, d'Odontologie, de Pharmacie, des Écoles d'Infirmières, de Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux. Ce dernier a émis un avis favorable en date du 7 mars 2024 (ANNEXE 4).

J'ai dès lors pu contacter les EHPAD comme mentionné ci-dessus. Les résidents rentrant dans les critères d'inclusion ont reçu en premier lieu une lettre d'information suivie d'un formulaire de consentement qu'ils étaient libres de signer ou non. Il leur était spécifié que les données seraient anonymisées et qu'ils pouvaient mettre fin à l'entretien à tout moment. Aucun nom ne transparait dans les verbatims finaux, les noms des participants ayant été transformés par des lettres A, B, C, etc. et consignés dans un tableau de correspondance. Par ailleurs, les noms des établissements et des villes ont été changés en lettres associées à un astérisque.

RESULTATS :

I. Échantillon

Les entretiens ont été réalisés entre le 13 avril 2024 et le 25 juin 2024 dans 5 EHPAD différents. Au total, 14 résidents ont été interrogés. La durée moyenne des entretiens a été de 42 minutes. Une résidente a souhaité être accompagnée d'un membre de sa famille pour l'entretien et une autre a décidé d'arrêter l'entretien au bout de 20 minutes, souhaitant qu'on la laisse se reposer et ne voulant pas que je repasse à un autre moment. Aucun des résidents n'était sous protection juridique. Les caractéristiques de la population étudiée sont répertoriées dans le tableau joint en annexe (ANNEXE 5).

II. Représentation et préparation de l'EHPAD en amont de l'institutionnalisation

A. Représentation des EHPAD avant d'y être confronté

1. Une solution quand le maintien à domicile n'est plus possible

Certains des participants voyaient l'EHPAD comme le lieu où l'on allait lorsque l'on n'était plus suffisamment en état pour vivre seul à la maison, que l'on avait perdu son indépendance.

***K** : « Ben, c'était un endroit où on allait quand on ne pouvait plus rester chez soi »*

***E** : « […] Mais si on est dépendant, c'est bien dans une maison de retraite […]. »*

2. Dernière demeure

Les EHPAD étaient également désignés comme le dernier lieu de vie avant la mort.

***D** : « C'est la dernière étape, après il n'y a plus rien, il n'y a plus rien à attendre. »*

***J** : « C'est ça, de rester toute ma vie ici. »*

3. L'armée

Enfin, on retrouvait une certaine appréhension des EHPAD dont la vie à l'intérieur était associée à un fonctionnement militaire avec des horaires et un règlement auxquels il fallait se plier.

***H** : « L'armée. […] Telle heure, telle heure ceci, telle heure cela. Voilà faut se lever le matin à telle heure, vous avez le déjeuner à telle heure, le soir à telle heure, c'est un peu le… »*

4. Vision via les proches

Le regard que portaient les personnes âgées sur les EHPAD était souvent relatif à l'opinion qu'elles s'en étaient faite lors de visites à des amis ou des membres de la famille.

a) Bonne vision

***E** : « Ma maman était juste 2 mois à A* mais elle était bien, j'allais la voir tous les jours et tout ça ; et je voyais, ben oui, elle était là dans son fauteuil, et puis je voyais, elle ne s'est jamais plainte. Et puis ça allait. »*

***F** : « C'est elle* (en parlant de son aide à domicile) *parce qu'elle avait une maman, elle disait CHIANTE, insupportable, et il a fallu la mettre en maison de retraite et au début ça*

a vraiment, et au bout d'un mois elle m'a dit vous vous rendez compte … maintenant elle dit « pourquoi vous ne m'y avez pas mis plus tôt ?! » et elle me montrait des vidéos, et quand je voyais comment ça se passait, j'ai dit ÇA OUI ! Donc j'avais une autre idée, et à mon avis elle était la bonne. Parce que ici, je ne céderai pas ma place pour quoique ce soit. »

***O** : « Ah ben euh, quand même un endroit où on se sentait bien […] »*

b) Mauvaise vision

Certains participants avaient quant à eux pu constater que leurs proches étaient malheureux, ils avaient le sentiment qu'ils étaient mal pris en charge, le manque de personnel ou d'humanité ayant été le plus marquant pour eux.

***F** : « Il faut dire que bon moi j'avais quand même une grosse crainte parce que j'avais une amie qui était en EHPAD et elle a eu un séjour épouvantable, c'était un EHPAD à B* et franchement dit quand j'ai visité ça, NON ! […] Elles étaient deux par chambre, les repas étaient servis dans la chambre et elle était plus âgée que moi […] et je l'ai vu se DE-GRA-DER. […] Elle est morte pas du tout comme elle avait vécu. Et ça, moi j'en voulais pas, hein. »*

***I** : « Ben, parce que j'ai vu 2-3 EHPAD dans le Haut Rhin, à C*, un dans la région de Colmar où j'avais des amis qui étaient là-bas et j'ai vu partout le même problème, « manque de personnel, euh, on s'occupe pas de moi, […] j'ai une douche tous les 15 jours », vous voyez, des trucs comme ça »*

***I** : « Beh, je suis allée voir des amis qui étaient déjà en maison de retraite vous voyez à D* et comme ça, et naturellement euh, c'était pas l'idéal quoi, je voyais que, qu'ils étaient pas heureux là-dedans quoi [...]. »*

***H** : « Ma fille est arrivée à un moment, presque sur la fin, elle ne pouvait plus tenir une cuillère ni manger toute seule, elle était comme ça serrée des deux côtés, elle pouvait pas bouger* (soupir) *mais la personne qui, je vous assure je me suis retenue tant que j'étais dedans, parce que la personne qui s'est occupée d'elle pour la faire manger, moi quand j'ai eu des bêtes, j'avais des bêtes à faire soigner, je les soignais mieux que ça. »*

5. Finalement, cela dépend de chaque EHPAD

Une résidente rappelait que c'était comme pour toute chose, on trouvait de tout, des EHPAD plus ou moins « bien », en rappelant qu'il fallait être vigilant au risque de maltraitance.

***L** : «* (blanc) *Ça dépend d'où on est déjà, y'en a qui sont bien, y'en a qui sont moins bien, il y a de la maltraitance je sais [...]. »*

Marie (enquêtrice) : « Et c'est quelque-chose qui vous faisait peur ? »

***L** : « Euh, non pas peur, mais vraiment, ça me plait pas. Parce que c'est tellement facile de faire de la maltraitance... avec les personnes âgées, j'ai eu l'occasion de voir certaines personnes âgées maltraitées dans leur famille... ça je ne peux, bon ce n'est pas le cas pour moi, mais je pense que...mais même maintenant dans les maisons de retraite faut faire attention parce que la maltraitance elle peut recouvrir différentes formes, hein [...] si on ne la respecte pas, si on s'impose à elle, ça moi j'appelle ça de la maltraitance. Et là je suis assez pointilleuse là-dessus. »*

B. Réflexion quant aux EHPAD lorsqu'on vit à domicile

1. Pas de réflexion sur le sujet

La plupart des résidents interrogés n'ont jamais réellement songé à la maison de retraite pour eux-mêmes. Certains parce qu'ils ont pensé pouvoir « y échapper », d'autres parce que c'était des questions qui ne se posaient pas à une époque où les personnes âgées en perte d'autonomie étaient prises en charge par leurs enfants.

A *: « Franchement je me suis pas cassé la tête avec ça »* (en parlant du devenir en maison de retraite)

B *: » [...] C'est une question que je ne me suis jamais posée, je m'y désintéressais complètement de la chose. J'ai jamais considéré être concerné par ça. »*

B *: « Vous ne pouvez pas prévoir ce qui va vous arriver. Qui sait qui peut prévoir qu'un jour il va se retrouver dans un EHPAD, euuuh, ouais, y a ptet des gens qui le prévoient, moi c'était pas du tout dans ma vision des choses, moi ma vision des choses c'était comment bien vivre demain, on a d'autres soucis que ça que les EHPAD, et puis en dehors des affaires, ben c'était les loisirs, et puis les proches, les gens que j'aime, donc euh, et des repas des petites fêtes, des trucs, donc là, l'EHPAD, il n'a rien à foutre là-dedans. Non, non, je connaissais le mot... mais je savais rien. »*

D *: « J'étais même pas conscient. J'ai pensé jamais ; j'voulais jamais aller dans une maison de retraite. Je voulais pas y aller. Je pensais je reste chez moi, j'étais bien. »*

***E** : « J'ai pas pensé vraiment [...] je sais pas, ça ne se présentait pas dans ma tête. »*

***J** : « Moi je pensais toujours que ça reste comme ça, que je peux rester seule à la maison, ça j'ai toujours pensé. »*

***L** : « Ben, je n'ai jamais trop penché là-dessus, parce que ma maman quand elle était âgée, on ne l'a pas placée, [...] entre les 4 filles, on prenait maman en charge et maman n'a jamais été placée [...] donc la maison de retraite j'ai jamais, je n'y ai jamais pensé. Personne dans ma famille n'a été en maison de retraite. »*

Dans l'ensemble, il n'y avait pas de regret exprimé quant au fait de ne pas y avoir pensé, les résidents ne voyant pas ce que cela aurait pu changer, ni ce que cela aurait pu apporter de positif.

***C** : « Ça n'aurait pas changé grand-chose à mon âge »* (d'y penser avant)

***H** : « C'est tellement un grand saut que je ne sais pas si, si on accepte de venir, d'imaginer la maison de retraite pour soi, qu'on nous rapporte quelqu'un qui est en maison de retraite bon, on dit bonjour au revoir et puis c'est tout, mais que vous envisagiez vous par exemple à 70 ans, que vous envisagiez vous la maison de retraite. [...] Non, moi je ne pense pas que ce soit, il faut vivre, il faut vivre tant que vous êtes en bonne santé, et que vous puissiez décider, c'est à vous de décider. Je vois pas pourquoi qu'on va y penser, alors à ce moment-là, à 20 ans, vous n'avez qu'à penser à la maison de retraite, non, non non. »*

***H** : « Moi je sais que j'ai fait le saut, j'ai fait le saut rapidement parce que malheureusement il a fallu, mais je préfère que ça se passe comme ça que depuis 2-3-4 ans, que je me dis tiens tu vas aller en maison de retraite, tu vas… »*

2. Réflexion en amont

a) Réflexion personnelle

Pour d'autres, dès lors que les soucis de santé ont pris de plus en plus de place dans le quotidien, il était alors important de le conscientiser et nécessaire de prévoir les choses, d'autant plus avec les contraintes actuelles de la société.

***F** : « Oui, j'y ai toujours pensé, parce que je me suis dit que j'avais un grand appartement au centre de F*, et je me rendais bien compte que je commençais à être tributaire, j'avais une aide pour m'aider à prendre ma douche [...] et puis il m'a fallu quelqu'un pour faire le ménage, puis j'ai eu besoin pour les courses, donc je me suis dit tôt ou tard pour une maison de retraite. Et c'est un choix, je dis bien, personne ne m'a obligée à venir ici, c'est moi qui a demandé à mes filles de commencer à chercher. Alors il y en avait 2-3, je crois qu'il y avait G*, il y avait encore ici [...] »*

Au-delà d'y réfléchir à plus ou moins long terme, une résidente avait programmé son entrée en établissement et le revendiquait.

***L** : « J'ai programmé, je partais à telle date, je mettrais ma maison en viager pour avoir les moyens, non, non j'ai été, personne n'a mené ma vie, même pas mon mari ! »*
***L** : « [...] Mais je voulais planifier mon ... , j'attendais pas que je sois comment, une loque qu'on me mette n'importe où, je voulais gérer ma vieillesse. »*

b) Discussion avec la famille

La famille était spontanément désignée comme membre à part entière dans ce processus, c'était tantôt la personne âgée qui initiait les discussions, tantôt un membre de sa famille.

E *: « Et ben ça fait déjà l'été dernier, on a dit faut quand même qu'on prévoit quelque chose. E** (EHPAD dans leur village) *ça nous a pas tellement… yo… comment, je peux pas dire plu […] par rapport à ici, parce que notre fille connait bien Mme S.* la directrice, alors on était une fois-là l'année dernière et puis on a visité, et c'est magnifique, c'est clair, c'est beau, alors on a fait une demande. »*

N *: « Je sais pas. Enfin une fois, à un certain âge, on en parlait ensemble avec ma fille quoi. Alors elle me disait toujours sur H*, sur H*, alors j'ai dit sur H* je connais rien, et des courses je ne fais pas, je sais pas ça irait à H*. Ecoute, j'ai dit, puisque I* elle paye aussi pour G*, il parait enfin j'ai déjà entendu, alors j'ai dit moi je vais à G*. »*

L *: « Avec un de mes frères dont je suis très proche, il était d'accord, il était tout à fait d'accord avec moi. »*

O *: « Non eh, avec ma famille de toute façon, je parlais. Mais bon, je crois qu'ils étaient d'accord, on va essayer, on ne m'a pas dit « ça doit être comme ça », on va essayer, si ça te plait, si ça me plait quoi. »*

c) Avantages de l'anticipation

i. Permet d'avoir une place au moment venu

Une résidente rappelait qu'il n'était pas aisé de trouver une place dans un EHPAD à un moment précis.

***E** : « [...] Ben oui c'est difficile de trouver une place dans un EHPAD en ce moment. [...] » Marie : « Et du coup, euh, vous pensiez déjà être en maison de retraite quand vous y aviez pensé l'été dernier ? » E : « Oui, plus ou moins, parce que des fois il faut attendre 2 ans, c'est tellement demandé, on s'est dit on fait une fois une demande et on verra. Ah ben voilà, on a vu après hein. »*

ii. Permet d'avoir choisi son EHPAD

Par ailleurs, certains soulignaient l'importance de pouvoir choisir sa maison de retraite pour ne pas tomber dans « un mauvais endroit ».

***E** : « Mais oui, mais si on est dépendant, c'est bien dans une maison de retraite, encore faut-il la choisir et trouver parce qu'il y en a qui sont un petit peu hein, J** (nom d'une maison de retraite) *c'est pas tellement bien, c'est assez vieux [...] »*

***F** : « [...] Et là je me suis fait des démarches, j'ai fait une liste des EHPAD où on est bien [...] »*

***F** : « [...] Alors on a hésité justement avec G* et ici. [...] Et puis alors il y avait le deuxième qui était vraiment vraiment réputé, c'était K*, et il y en a encore un autre qui va se créer au-dessus de L*, il parait qu'il sera magnifique. »*

III. Projet d'institutionnalisation

A. Cause d'entrée en EHPAD

1. Maintien à domicile difficile

a) Dégradation de son état de santé

Que ce soit en raison d'un manque d'aide humaine, de la nécessité d'une présence quasi continue avec soi, d'une diminution de ses capacités motrices, la vie à domicile est devenue parfois trop compliquée à gérer pour ces personnes. L'EHPAD devenait alors l'ultime solution pour bénéficier de l'aide et/ou la surveillance nécessaire(s).

***C** : « Yo mais je savais que ça passe une fois mais je suis toujours pensé ça va plus tard, mais vous savez d'un jour à l'autre ça va (plus), alors j'avais pas tellement grand choix, j'étais à la maison un mois mais je pouvais plus faire à la fin tout le ménage et tout, alors j'aurais pu prendre une femme de ménage mais ça n'allait quand même plus. Bon alors on a décidé ça, mes enfants et moi. »*

***D** : « Heureusement je suis atterri ici parce que ça n'allait plus, je pouvais pas téléphoner, je pouvais pas, je n'entendais pas, je pouvais rien faire tout seul. […] je suis dépendant hein. 100% »*

***G** : « J'ai seulement entendu et alors j'ai senti que ça va plus, comme ça je peux pas rester à la maison. »*

***H** : « Oui, il fallait le faire, je diminuais de jour en jour, parce que je suis rentrée je marchais comme il faut, j'avais la canne mais je marchais tandis que là j'ai le déambulateur, c'est, le traumatisme ça. Si j'avais demandé c'est le corps qui le demande, vous acceptez plus facilement d'aller dans une maison de retraite quand votre corps demande, que vous avez besoin d'aide. Tant que vous n'avez pas besoin*

d'aide, euh… je vois pas pourquoi vous allez en maison de retraite, qu'on peut vivre chez soi, chacun ses idées. »

***K** : « Ben, moi pendant longtemps à la maison j'assumais, mais je, les enfants se sont bien rendus compte que les derniers temps ça devenait pénible pour moi, et vous savez quand on a 95 ans, on sait très bien si vous êtes fatigués vous ne dites pas « ah ben dans 15 jours ça ira mieux » c'est pas comme quand on est malade. Je savais très bien que dans 15 jours ou bien ce serait pareil, ou bien ce serait pire. Donc si on ne pouvait plus rester chez nous, il reste que la maison de retraite, vous pouvez pas débarquer à deux chez un de vos enfants. »*

***N** : «Oui non, je ramasse plus rien, je peux tomber n'importe quand et puis j'attends jusqu'à quelqu'un vient. »*

b) Maison non adaptée à son état de santé

Le lieu de vie était parfois décrit comme non adapté aux besoins des personnes âgées, les aménagements paraissaient parfois trop onéreux voire irréalisables.

***B** : « Mais par exemple euh la salle de bain est à l'étage, je pouvais plus monter et y a aucune possibilité d'extension, et euh, et puis euh, alors je ne pense pas demander de grands soins parce que je reste euh relativement autonome par rapport à ce que je vois autour. Mais euuuh une présence est quand même quasi nécessaire »*

***B** : « Non, là je vais aux toilettes mais c'est une expédition quoi, c'est-à-dire, je vais de ce fauteuil je me mets dans celui-ci, puis je vais aux toilettes avec ce fauteuil, et puis je me mets sur les toilettes, voilà donc euuuh, mais par exemple, ça à la maison, c'était pas possible parce que les toilettes sont relativement éloignées de l'endroit où je me tiens*

et puis euh ce qu'il se passe c'est queee il y a des petites marches un petit peu partout donc euh voilà. »

c) Aides à domicile non satisfaisantes

Une résidente mettait en évidence le manque de praticité de certaines aides à domicile par rapport à leurs horaires tout en comprenant qu'elles n'avaient pas un don d'ubiquité.

K : (en parlant des aides pour son mari) *« […] Mais vous savez ce n'est pas une critique du système, je comprends bien qu'on peut pas coucher tout le monde entre 9h et 10h mais alors on venait vous coucher à 6h on était en train de manger, euh, ça ne collait pas et moi j'ai dit j'ai pas besoin parce que s'assoir sur le lit mon mari peut, je lui tournais les jambes et après, ça allait mais le lever je ne peux pas. »*

d) Aidants trop éloignés du domicile

Les aides à domicile « classiques » étant souvent insuffisantes, nombre de participants à l'étude bénéficiaient de l'aide supplémentaire d'un ou plusieurs de leurs proches. Toutefois, ces derniers étaient parfois trop éloignés du domicile de la personne âgée et ne pouvaient par conséquent pas être disponibles aussi souvent que souhaité.

A : *« Ja* (silence) *c'est pas possible à la maison ; ça de toute façon ; tout le monde le sait, on peut rien y faire. Si maintenant un des enfants était au moins au village, oui, là j'aurais pu essayer parce qu'il y a quelqu'un, mais ils sont trop loin ».*

G : *« J'ai personne alors je vais en maison de retraite. »*

e) Épuisement de l'aidant

De plus, ils faisaient parfois face à l'épuisement de l'aidant principal, que ce soit le conjoint ou bien un enfant malade.

***B** : « Et là ma femme a encore des activités et puis, euh, et là elle était à plat et tout donc ce n'était plus possible. »*

***K** : « Les enfants se sont bien rendus compte que les derniers temps ça devenait pénible pour moi. »* (de s'occuper de son mari, compliqué physiquement)

f) Coût du maintien à domicile

Le coût nécessaire au maintien à domicile (majoration des aides en place, présence en continue d'une personne) s'avérait trop élevé. Le déménagement en établissement pour personnes âgées apparaissait alors comme une solution plus acceptable.

***A** : « Et pour les aides à domicile, ça coûte déjà cher comme ça, sans cela j'aurais. Non je pense que ça ne serait pas allé. Parce, gal, des journées entières, ça coûte, yoo ; j'ai bien pu payer et tout, mais ça, ça ne serait pas allé. »*

2. Éléments précipitants

a) Problème de santé soudain

Outre la dégradation progressive de leur état de santé, certains résidents ont dû faire face à un problème de santé inopiné mettant en péril de manière brutale leur maintien à domicile. La plupart ont alors été hospitalisés entre le domicile et l'arrivée en EHPAD.

A : (en parlant de sa santé) *« Tout allait bien, et d'un seul coup tout allait mal. »*

A : *« C'est un peu… que après je commençais à… mon opération tournait mal et franchement je me demande comment j'ai fait avec tout .* (blanc) (pleurs) *J'avais personne à la maison ; peut-être c'est ça.* (s'adressant à l'accompagnante) *Où voulais-tu que j'aille ? »*

C : *« Pas du tout, y avait rien à faire, moi je pouvais encore faire mon manger, travailler un peu dans le jardin et tout, mais d'un jour à l'autre ça allait plus quoi, comme je suis tombé, c'était déjà avant ça commençait et alors hop, ça s'est passé comme ça quoi. »*

E : *« C'était un dimanche matin, j'suis tombée, alors là ç'a été perdu. »*

F : *« Alors, d'abord j'étais à H* plein centre-ville et puis j'ai eu toute une série de pépins, j'étais opérée plusieurs fois, et puis comme il n'y avait pas de place autre part, on m'a expédié dans une prison, à M* (SSR) - je dis bien c'est une prison - en attendant qu'il y ait de la place ici. »*

b) Perte de l'aidant

Pour certains, le décès d'un aidant de l'entourage a bousculé leur vie et il a fallu trouver une solution rapidement, la vie à domicile étant devenue trop précaire.

D : *« Elle était déjà , elle était à l'hôpital, elle est tombée. […] Mais je pouvais plus, j'avais des difficultés à me déplacer, j'avais, je pouvais plus faire mes courses, j'étais seul à la maison, alors je pouvais pas… »* (suite à la chute de son épouse)

H : *« J'étais toute seule, j'avais ma fille qui venait me voir dans le temps après qui a eu un problème, elle a eu de gros problèmes de santé et je l'ai perdue au mois de*

décembre. C'est ce qui a précipité un petit peu pour me dire une maison de retraite [...] il fallait que je me décide alors je me suis décidée brusquement à prendre cette décision qui s'est faite en un mois de temps quoi. »

c) Décès d'un proche

Pour d'autres, c'est le décès du conjoint et le fait de se retrouver seul au domicile qui a précipité la demande d'admission en EHPAD.

***I** : « [...] Parce que mon mari est décédé il y a à peu près un mois, et alors j'étais seule dans une grande maison à N* et j'étais encore indépendante mais je voyais que ces trajets va et viens là, ça lui faisait énormément de travail quoi, alors je l'ai fait pour mon fils. »*

3. Soulager ses proches

Nombreux étaient les participants qui ont fait le choix de l'EHPAD en vue de ne pas être à la charge de leur famille. S'ils acceptaient volontiers l'aide de leurs enfants, ils ne voulaient pas pour autant apparaitre comme un poids vis-à-vis d'eux.

***C** : « [...] Et les enfants ils ont fait le reste qu'est-ce que je pouvais pas faire, ma fille elle a tout fait, mais j'avais seulement une fille, elle travaille aussi, et après le travail elle m'aide à moi, et c'est bien tant que je peux faire le gros, mais après ça va plus, elle peut pas venir du matin au soir hein, il faut qu'elle travaille. »*

***F** : « [...] Mais encore une fois, je n'ai pas comme d'autres ici, « oh ils m'ont envoyé là, comme ça ils sont tranquilles », non non pas du tout, c'était pas ça. Je sais qu'on aurait*

fini quand même par dire il faut que maman trouve une solution, mais elle l'a trouvé toute seule. Et ça, ça a quand même enlevé un poids à mes filles, parce que je sais que ça les aurait quand même embêtées de me dire écoute maman il faudrait que tu songes. »

***H** : « C'est ça qui m'a retenu le plus et qui m'a décidé après [...] le décès de ma fille pour pas trop peser sur ma petite fille, j'ai pris la décision de venir en maison de retraite, surtout que ça s'arrangeait parce que la petite venait déjà à la crèche pour chercher les enfants, j'ai dit ça l'arrangeait. »*

***I** : « Ben je l'ai fait par amour pour mon fils, pour que sa famille ne soit pas dérangée. [...] Je l'ai fait pour, pour mon fils, je n'ai plus pensé à moi. »*

***K** : « [...] Nous, nous étions à deux nous ne pouvions pas dire à un des enfants « on vient chez vous », alors on n'a jamais envisagé cela parce qu'on peut pas être à deux, c'est déjà compliqué avec une personne seule qu'on accueille, on pouvait pas dire, on voulait pas aller l'un chez l'un l'autre chez l'autre donc on a jamais envisagé aller chez nos enfants, donc restait que la maison de retraite. »*

***L** : « Je voulais pas être une charge pour la famille, pour mes neveux ou mes nièces, puisque j'ai pas d'enfants donc c'est pour ça que je suis partie, et j'ai mis ma maison en viager pour avoir les moyens avec ma retraite de payer la pension. »*

4. Rapprochement conjugal

Quelques-uns ont fait le choix de la maison de retraite afin de rejoindre leur conjoint qui ne pouvait plus rester à domicile.

5. Vieillesse

Enfin, l'âge était parfois avancé comme argument principal de la demande d'aller en EHPAD.

***I** : « Non. C'est-à-dire, les médecins et tout me disaient toujours la même chose, « ça vaut pas le coup, vous allez avoir 98 ans, eeet c'est pas la peine d'aller dans une résidence » parce que à mon âge ça peut venir très vite, vous comprenez, d'un jour à l'autre je peux avoir un problème. »*

***L** : « Je faisais tout toute seule, je suis rentrée à l'EHPAD de O* valide. Et je me suis retirée à cause de mon âge parce qu'il fallait bien que je me case. »*

B. Choix de l'EHPAD

1. Première approche

a) Visite en amont

i. Oui

Une fois prise la décision d'aller en EHPAD, certains ont fait le choix de visiter des établissements afin d'avoir un aperçu et d'y rentrer un peu plus sereinement.

***H** : « Je suis venue une fois [...] j'avais visité, j'ai visité tout, les chambres, ils m'ont fait voir un petit peu tout, la salle de gymnastique, la lingerie, tout, et puis euh, avant de partir, la petite fille me dit « Qu'est-ce que t'en penses ? », je lui ai dit « C'est pas la peine de partir maintenant, tu fais les papiers tout de suite ! ». »*

***H** : « Je crois que vous vous faites une opinion vous-même quand vous visitez la maison de retraite, on se fait une opinion, surtout pour moi j'avais déjà vu où était ma fille, c'est c'est, je n'étais pas contente de ça, alors il y avait une différence énorme entre ici et l'autre maison de retraite alors euh* (souffle)*, je pense que chacun a une optique. Certaines personnes jugent elles-mêmes ce qu'elles voient si c'est bon ou c'est pas bon mais y a d'autres personnes qui se laissent influencer peut être, c'est possible aussi. »*

ii. Non

D'autres n'ont pas fait le déplacement, par manque de moyens techniques ou organisationnels.

***I** : « Oui ! donc j'ai été déplacée sans avoir vu l'appartement ni rien »*

Marie : « D'accord, ok, ça marche. Donc vous n'aviez jamais visité de maison de retraite avant de venir ici? » ***J*** *: « Non, non. »*

b) Hébergement temporaire

Deux des participants ont pu expérimenter la vie en EHPAD au travers d'un hébergement temporaire. Ils ont tous deux choisi le même EHPAD par la suite.

B *: « J'étais venu une fois ici en cours de semaine quand ma femme est allée faire une cure et donc j'étais venu ici en temporaire et donc j'avais trouvé que c'était sympa, j'ai rencontré des gens sympathiques et puis donc euh voilà ; donc la question* (des demandes dans d'autres EHPAD) *s'est même pas vraiment posée après quoi. »*
N *: « Enfin j'y étais deux fois avant puisque ma fille est allée en vacances, alors pour ne pas être toute seule, je suis venue une dizaine de jours. » Marie: « Vous n'aviez pas de crainte avant de venir, de vous dire mince, est ce que ça ou ça ? » N : « Non, non, puisque j'étais déjà là avant. »*

c) Rôle primordial des proches

L'importance de la participation des proches, que ce soit pour la recherche des différents EHPAD ou dans l'aide administrative, a été mentionnée plus d'une fois. Ils semblaient avoir un rôle central.

i. Pour recueillir des informations

***I** : « […] Bon, ben je voyais qu'il fallait que j'adapte d'aller dans un EHPAD hein. Et alors mon fils m'a dit « J'ai trouvé quelque chose de bien, j'ai trouvé quelque chose de bien, c'est un EHPAD du tonnerre et puis on y mange bien » et puis naturellement il me racontait ce qu'il se passait « c'est dans un parc » »*

***K** : « Mais. Ils ont demandé à mon mari s'il était d'accord, pour que je sois plus, alors il y avait plusieurs maisons de retraite en vue, il y avait P*, il y avait ici, y en avait encore d'autres je ne sais plus, et eux-mêmes se sont renseignés, et puis il leur a semblé que c'était ici que ça nous convenait mieux, alors on leur a fait confiance et je dois dire que le personnel est correct, très. »*

ii. Pour les démarches administratives

***D** : « Ben c'est mon fils qui a tout fait, comme je peux pas téléphoner, j'entends pas, je peux pas discuter. »*

***N** : « Ah, ça c'était ma fille. C'est ma fille qui faisait ça. »* (Concernant les démarches administratives pour l'entrée en EHPAD)

***L** : « Y a un frère qui s'occupe beaucoup de moi, qui est très compréhensif, qui est prêt à faire n'importe quoi […] alors j'ai téléphoné à mon frère, j'ai dit « Débrouille toi, tu vas aller là-bas » et je sais qu'il va se débrouiller. »*

Une seule personne m'a dit avoir fait les démarches elle-même.

***G** : Moi j'ai téléphoné à la* (à la maison de retraite)*, alors l'infirmière coordinatrice est venue à la maison, « ça vous pouvez emmener et la télé » elle a dit.*

2. Moteurs du choix de l'établissement

a) Rapprochement familial

Se retrouver au plus près des membres de sa famille revenait régulièrement comme critère de choix pour l'EHPAD.

***H** : « J'ai pris la décision de venir en maison de retraite, surtout que ça s'arrangeait parce que la petite* (sa petite fille) *venait déjà à la crèche pour chercher les enfants, j'ai dit ça l'arrangeait. »*

***I** : « C'est pour ça que mon fils a eu tout de suite une chambre pour rapprochement familial. »*

***L** : « […] Et je me suis rapprochée parce que j'ai ma famille au plus, c'est une question de famille. »*

b) En fonction de ce/ceux qu'on connait

i. Expérience des pairs

Les futurs résidents se renseignaient auprès de leurs connaissances qui vivaient dans des EHPAD afin de se faire leur opinion et d'orienter leur choix de lieu de vie.

***G** : « J'ai demandé ma copine, elle a dit « On est bien là-bas, les gens sont gentils, mais ce qui, le manger n'est pas* (bon) *» »*

***N** : « Puisque ce que j'ai déjà entendu de Q*, de la maison de Q*, ils ont pas le droit de sortir, ils ont pas ci, ils ont pas ça, alors il vaut mieux rester là. »*

***O** : « Ah ben euh, quand même un endroit où on se sentait bien, je me disais souvent voilà, « Si jamais il faut que j'aille en maison de retraite je viendrais ici » ça je me disais que c'était pas mal.*

L'un des participants a même contribué à la construction de l'EHPAD dans lequel il a fini par résider.

***C** : « Oui j'ai participé au début* (au projet de construction de l'EHPAD), *oui et puis après ils ont continué naturellement et puis ça s'est réalisé quoi. Et maintenant je suis là !* (sourire) »

ii. Retrouver des connaissances

Un autre aspect avancé - qui n'était pas toujours déterminant mais qui rassurait pour le choix du lieu de vie - était celui de retrouver des anciens voisins ou amis.

***G** : « J'étais déjà là, j'ai une copine, même deux qui sont là [...] même âge que moi, elles sont allées avec moi à l'école. »*

***N** : « [...] Y a une collègue, euh, du village quoi [...] elle est plus âgée encore que moi, qui est seulement arrivée il y a un mois je crois [...]. Ceux-là que j'ai connu quand j'étais quelques jours-là.* (en hébergement temporaire) »

***O** : « Qu'est-ce que je dois vous dire, mais c'est parce qu'on était un peu comme en famille quoi* (avec les autres résidents qui viennent des mêmes villages alentours), *on n'était pas des, comment je dois dire. »*

c) Proche de son domicile

Ne pas être trop loin de son ancien domicile était également un argument rapporté.

***J** : « Non, j'ai choisi R** (une autre ville que son EHPAD actuel) *mais c'était plein pour le moment, c'est près de chez moi, 3 km seulement. »*

***O** : « Oui, bon on se connaissait aussi un peu aussi, vous savez ça joue, si on se connait, S*, T*, c'est l'un à côté de l'autre, on connaissait un peu de monde, mais à un certain âge on connait. »*

d) En fonction de ses aspirations religieuses

Enfin, une résidente avait décidé de son établissement en fonction de sa sensibilité religieuse du fait de son passif riche avec le continent africain.

***L** : « Oui, et c'est pour ça que je suis aux Missions africaines, parce que c'est en Afrique que j'étais. [...] parce que l'Afrique pour moi était intéressante, c'est toute mon éducation, mes parents étaient très branchés sur l'Afrique, on a eu beaucoup de relations, mon père a été en Afrique, on l'a suivi pendant un certain temps, avant de revenir en France, donc y a tout un passé, tout un vécu. »*

3. Limites

a) Délai

En revanche, entre les souhaits exprimés par les futurs résidents et la réalité, il y avait parfois un décalage. En effet, lorsque la demande d'admission était urgente - du fait d'une hospitalisation ou d'une aggravation rapide de son état de santé par exemple - les établissements souhaités n'avaient parfois plus de place, et il fallait alors se rediriger sur un second choix.

***C** : « [...] Mais on n'a pas trouvé de place ici au début. Alors j'avais de l'aide parce que j'avais déjà des connaissances. »*

***J** : « Y avait pas de place à R* [...] C'était une place alors je suis venue ici et à R* y avait pas de place. »*

***E** : « Oui, et puis mon mari, il peut non plus à la maison, nos deux filles elles se relayaient pendant 8 jours, et alors, ben oui, c'est difficile de trouver une place dans un EHPAD en ce moment. Je sais pas si vous avez l'occasion de voir ça ; c'est difficile hein. Alors ça s'est libéré une chambre. Alors on s'est dit on le met là-bas en attendant [...] »*

b) Coût

Si le coût du maintien à domicile était avancé pour certains comme un moteur de l'initiation de la demande pour aller en EHPAD, pour d'autres c'était le coût de ces derniers qui pouvait les retenir de franchir le cap.

***C** : « Et y a des gens qui peuvent pas le payer, c'est normal alors, les enfants il faut qu'ils aident, mais moi j'ai assez, ça suffit. […] »*

***E** : « […] Mais il faut toujours, il faut des sous hein! »*

***F** : « […] Maintenant je vais être quand même extrêmement crue, il faut avoir les moyens de rentrer dans un EHPAD comme ça, voilà. Et malheureusement c'est pas donné. »*

c) Animaux de compagnie

Les animaux de compagnie ont aussi été évoqués comme difficulté rencontrée lorsqu'on réfléchit aux EHPAD, qu'allaient-ils devenir ? Qui pourrait s'en occuper ?

***N** : « Oh j'avais une voisine, elle est veuve aussi, enfin elle, elle a un chien et elle voudrait se placer* (avec le chien) *aussi mais elle sait pas où, comment. »*

IV. Vécu au moment de l'institutionnalisation

A. Difficultés rencontrées

1. Des premiers jours difficiles

Les premiers jours ont été décrits comme compliqués pour les nouveaux arrivés. Perte de repères, rupture brutale avec la vie antérieure, ou encore accumulation des changements soudains (perte du conjoint, déménagement, devoir s'adapter à un nouveau mode de vie) sont autant de raisons ayant bouleversé les résidents.

***I** : « […] Au début, quand moi je suis arrivée, je connaissais pas les lieux ni rien, et j'étais perdue, on m'a dit écoutez voilà vous prenez l'ascenseur, vous pressez sur le 0 alors vous arrivez à la salle à manger. Là il aurait fallu quelqu'un qui me montre tout ce qui se*

passe, qui me montre la façon dont je dois me déplacer et tout, il fallait que de moi-même je sois dans l'ascenseur, je presse sur le bouton, j'arrive à la salle à manger, alors je savais pas où aller, je dis « je dois m'assoir où » « ah ben vous allez vous assoir là » ? Vous voyez, il aurait fallu que quelqu'un me visite l'EHPAD »

***B** : « Ouais. Ouais ouais.* (silence) *Ouais ouais* (dit avoir des idées suicidaires). *C'eeeest, vous savez j'ai eu une vie très très riche, j'avais beaucoup d'amis, j'avais des activités passionnantes, captivantes, je bougeais énormément, je faisais énormément de choses, et là je suis un légume quoi, je suis là-dedans 24h/24. Ben alors je sors quand ma femme vient me chercher, elle me pousse et puis voilà, c'est… alors essayez de me trouver le moindre intérêt à une vie pareille, y en a pas, y en a aucun. Et faut surtout pas que je réfléchisse à ce que j'avais avant, donc je m'abrutis avec des films sur Netflix, sur Canal, sur des bouquins, des trucs, je m'abrutis de ça pour ne pas penser. […] »*

***H** : « Oui j'ai accepté certaines choses, je le dis, j'ai accepté certaines choses, c'est un saut que l'on fait quand on est, qu'on a toujours été valide, de toujours décider, de toujours faire ceci cela et c'est vous qui le décidez et du jour au lendemain vous entrez là, j'entends bien que je suis très bien, je ne discute pas là-dessus, je crois que je peux pas tomber mieux en maison de retraite, on a tout ce qu'il faut point de vue, comment dirai-je,* (silence) *[…] mais maintenant je m'y suis faite quand même hein, enfin ça a été dur quand même au départ. »*

***J** : « Ça me faisait un peu, un peu, oui quand je suis revenue, j'avais une nuit, je peux pas dire, vraiment, je voudrais mourir, mourir, mourir, la première nuit je suis venue, oh mourir mourir mourir, je veux mourir, c'était la première nuit. »*

***I** : « C'est-à-dire, tout est venu à la fois. Mon mari qui est décédé, la maison il fallait la quitter, tout est venu en même temps vous voyez ?! c'était très difficile parce que tout*

est venu en même temps, aller à l'EHPAD, faire le deuil de mon mari, quitter la maison, tout est venu en même temps et après mon fils, ma belle-fille à l'hôpital, je suis arrivée là, personne n'est venu me rendre visite ni rien, je me sentais vraiment seule. »

***O** : « Mais oui, alors mon mari est parti, j'étais seule, il fallait changer de, deee de résidence, de de chez soi c'est quand même un peu quelque chose un peu plus dur que seulement à la maison. Une fois pour moi c'était un peu plus dur. »*

2. Deuil de sa vie passée

a) Quitter son domicile

Déménager était synonyme de quitter son domicile dans lequel la majorité des résidents avaient habité toute leur vie d'adultes. Certains l'avaient construit, d'autres évoquaient des anecdotes vécues dans ce lieu devenu si cher, ou encore des moments plus ou moins heureux qu'ils avaient traversés. La transmission de certains meubles ou objets à leurs descendants et la possibilité d'en emporter quelques-uns dans leur chambre à l'EHPAD semblaient quelque peu apaiser leurs maux.

***I** :* (en parlant de quitter la maison) *« C'était un choc terrible, c'était un, il fallait que je* (soupir)*, je l'ai fait pour pour mon fils, je n'ai plus pensé à moi. »*

***J** : « Et mon chat, j'avais un chat à la maison* (rire gêné) »

*Marie : Mais c'était quoi le plus difficile à quitter dans la maison, pour vous ? **C** : « Le jardin et tout, j'ai construit un hangar à côté pour bricoler et tout [...] j'ai construit la maison, oui. J'étais jeune encore. [...] Mais j'ai vécu tout là-bas, là-dedans. »*

***E** : « Et puis le fait d'être chez soi avec certains meubles qui sont partis et puis la cuisine quand elle est partie, ça m'a fait mal au cœur. [...] Cuisine Mobalpa. Oui. Et puis le four,*

on a pu le donner aux petits enfants, un nouveau lave-linge, un nouveau four, alors ils étaient bien contents, c'est bien qu'ils acceptent parce qu'en général quand on a du linge vieux, il faut le repasser, moi j'avais de belles nappes et tout ça ; […] »

***E** : « Des souvenirs. La cuisine c'était le rassemblement, voilà. Déjà à U*, quand on avait un problème ou un collègue qui montait chez moi, il allait tout de suite à la cuisine. C'était le centre plus ou moins de la famille, on mangeait ensemble, on discutait et puis c'est comme ça. »*

***I** : « Mais, je peux pas dire comme j'entends dire certaines personnes « je rentre dans ma maison », ça je peux pas dire, c'est pas ma maison là. Voyez, j'entends des fois certains qui disent « ich komm heim »* [je rentre à la maison] *alors je dis « mais, vous rentrez à la maison ? », « non, maintenant c'est ça mon heim* [ma maison] *! » mais moi je peux pas dire ça, ma maison c'est là-bas. C'est pas encore ma maison, non »*

b) Quitter son réseau social et familial

Outre la bâtisse en tant que telle, c'est aussi un réseau social, ses voisins, parfois le conjoint, ses habitudes que l'on quittait.

***C** : « À la maison, je voyais plus de personnes […] parce qu'ils viennent chez moi, je faisais une visite pour aller voir quelque chose, mais maintenant ça c'est fini hein. »*

***E** : « Ah ben oui, ben je vois plus mes gentils voisins, on se téléphone, mais on se voit plus, c'est comme ça. »*

***J** : « Tout autour ils étaient gentils, on était bien, oui.* (en parlant de ses voisins) *[…] Et des copines, des bons voisins et tout ça, et un peu mon jardin* (rire). *»*

***L** : « Vous savez, j'ai tout un réseau social là-bas, et puis ici je sens que c'est un peu difficile pour le créer. »*

***E** :* (en parlant de son mari) *« Oui, mais non, je ne peux pas aller le voir et lui il est aussi bloqué dans un EHPAD, mais nos filles vont tous les soirs, alors elles viennent chez moi et je fais des billets doux. […] parce qu'il entend presque plus rien […] »*

3. Ne plus être maitre chez soi

Arriver en EHPAD était corrélé à une forme de perte de liberté et de mouvement. Les nouveaux locataires étaient perturbés, voire frustrés, de ne pas pouvoir continuer à gérer leur quotidien comme ils avaient l'habitude de le faire à domicile, les règles de l'établissement étant vécues comme imposées et pas toujours justes.

***B** : « Ça aussi c'est un truc, vous voyez ? Dans le temps quand on voulait me parler, on prenait rendez-vous. Maintenant on m'impose ; ça, ça m'est intolérable, caractériellement parlant. »*

***H** : « […] Je suis restée plus de 10 ans toute seule, j'avais perdu mon mari, alors j'étais toute seule, je vivais toute seule, et je marchais beaucoup plus facilement que maintenant, c'est moi qui décidais de tout, il n'y avait personne qui venait se mettre son nez dans mes affaires ni quoi que ce soit. Et après du jour au lendemain ça été plein de tout. Tout un mélange qui a fait trop de choses en même temps, alors ç'a été dur, les premiers jours ç'a été dur, mais enfin maintenant ça va. »*

***J** : « […] Mais ici on peut pas faire à chacune comme elle veut. »*

***L** : « […] Vous voyez par exemple, c'est un détail ici, je le comprends, j'ai toujours géré mes médicaments, maintenant ils veulent les gérer, ils m'apportent mon cachet le midi,*

un cachet le soir etc., ça, ça m'agace. J'ai demandé à continuer à faire moi-même tout ce que je pouvais faire. [...] ça avait été accepté puis là j'en ai plus, et apparemment ils ont pas le droit de retenter l'expérience. »

4. Besoin de faire valoir sa place en tant que personne valide

Certains résidents ont été confrontés aux a priori de l'équipe soignante concernant leur état mental ou physique sur le simple fait qu'ils étaient âgés. D'autres avaient le sentiment que les équipes fournissaient moins d'effort parce qu'ils étaient vieux.

***B** : « Donc euh... Alors d'un autre côté je me dis que c'est pas parce que c'est les vieux qui sont les uns grabataires, les autres gogols, les autres à qui on donne à manger enfin bref, qu'on a le droit de faire n'importe quoi. »* (parlait de la nourriture)
***I** : « Oui. Oui parce que je vois que les personnes qui n'ont plus de mémoire ont du mal à se défendre, c'est normal. Et c'est normal, elles n'ont plus de mémoire alors c'est difficile pour eux hein. Mais moi je leur ai tout de suite dit, je suis, parce que quand ils ont vu mon âge, on m'a tout de suite traité de personne, comment que je veux dire, on m'a traitée déjà de , je cherche le mot, Marie : « démente ? » I : Voilà. Alors je leur ai tout de suite fait comprendre que je suis lucide, que je suis valide, que je me laisse pas faire. Ça ils ont compris là maintenant. »*

5. S'adapter à un nouveau réseau

Déménager dans un établissement n'était pas toujours facile non plus du fait de l'apprentissage de la vie en communauté. Ils se retrouvaient confrontés à côtoyer de

nouvelles personnes avec qui ils ne partageaient pas forcément beaucoup de choses de prime abord, et pouvaient faire face à la distance imposée par d'autres résidents.

I *: « Oui, alors ils parlent pas le français vous voyez, ce sont plutôt des paysannes, des veuves, alors elles parlent de leurs vaches, de leur travail qu'ils avaient quoi, alors moi j'ai aucune notion de ça, je suis de la ville, alors euh, comme conversation y a pas grand-chose quoi. »*

I *: « […] Et puis il fallait que je m'adapte aussi au patois, parce que là, dans cet EHPAD, la plupart des gens sont des environs, vous voyez, alors ils se connaissent, alors ils parlent leur patois, et moi je connais le patois du Haut Rhin mais naturellement c'est, y a une différence, alors euh. »*

L *: « […] L'acceptation des autres tels qu'ils sont, oui on est entouré de personnes mais on ne les a pas choisies, on les a pas choisies, c'est pas toujours facile, et puis voilà. »*

L *: « […] Vous voyez la dame qui est en face comme ça, je sortais, elle sortait en même temps que moi, aussi sec elle est rentrée dans sa chambre, et elle a refermé la porte, elle a attendu que je sois partie. Alors c'est… et je la connais pas, je suis là depuis plusieurs jours, je n'ai pas encore vu cette personne-là, elle s'arrange pour ne pas sortir en même temps que moi, je sais pas qui c'est. Alors je dis que je vais peut-être aller frapper à sa porte et faire connaissance mais ça ne, ça m'incite pas trop quand on voit que, j'ouvre ma porte elle m'entend, elle est en train de sortir en même temps, elle referme la porte, elle attend que je sois dans l'ascenseur. Je sais même pas qui c'est, j'ai pas vu sa tête. »*

***O** : « [...] Avec certaines personnes on s'adapte très bien et avec d'autres on a un peu plus de mal. On dit rien on laisse faire et puis voilà. Ça passe, soit ça passe quand même et mieux que si on commence à se faire la guerre ou des chamailleries . »*

B. Ressentis positifs

1. Heureux d'y arriver

Des résidents se rappelaient de leur arrivée en EHPAD comme d'un moment heureux, voire d'un soulagement. C'était d'autant plus marquant lorsqu'ils arrivaient depuis une structure hospitalière et non directement du domicile.

***C** : « J'étais content de venir à la maison de retraite. »*

***C** : « Pour moi c'était facile »* (de venir en EHPAD)

***E** : « [...] J'étais maintenant ici et ben c'est bien, voilà »*

***F** : « Vous savez c'est dur hein* (en parlant d'une mauvaise expérience dans un SSR). *Alors après, quand on arrive dans des EHPAD comme ça, on bénit le ciel. »*

***F** : « Eureka !* (quand elle a su qu'elle avait une place en EHPAD) *parce que j'étais heureuse de venir là, heureuse, et je suis heureuse. »*

***N** : « Je vous dis, je me suis pas fait grand-chose, je me suis pas, peut être j'aurais pu me rendre malade ou comme ça, mais non, je me suis pas rendue malade à cause de partir. »*

2. Accompagnement par la famille / les proches

Au moment de l'institutionnalisation, pouvoir être accompagné de sa famille s'avérait rassurant; plusieurs EHPAD semblaient proposer ce service.

E : (le jour de son arrivée) *« Il y avait notre fille et son mari qui sont venus ici et on a mangé ensemble, au réfectoire, pas la salle à manger mais à côté la grande place. […] Et puis nous avons, « écoute on va manger ensemble », et alors on a mangé ensemble et puis tout était déjà prêt, notre fille avait tout préparé, et tout ça. »*

3. Possibilité de garder certains meubles

S'il était difficile de quitter son domicile, la possibilité de garder certains meubles ou objets permettait un passage un peu plus doux. Il était noté qu'il fallait cependant parfois se battre afin de pouvoir emporter avec soi certains objets.

I *: « […] Mais, alors je lui ai dit « il me faut mon bureau, il faut que je puisse faire une tisane, je veux mon téléphone » parce que là, on n'accepte pas les téléphones. Alors j'ai dit « Si on n'accepte pas mon téléphone, je viens pas » et puis il s'est débrouillé avec le directeur, j'ai mon téléphone, j'ai mon soleil quand il y en a pas, et voilà, et puis je fais du macramé, je sais pas si vous l'avez vu. »*

J *: « […] Alors je suis content, ça ne fait rien, je peux me mettre, on peut mettre un meuble […] seulement ceux-là* (m'en montre deux) *et cette table de nuit, pas l'autre celle-là. Et ça. »*

C. Dernière demeure

Pour quelques résidents, l'arrivée en EHPAD permettait de se rendre compte que l'on entrait dans sa dernière maison, la dernière avant de mourir, cela semblait être plus ou moins bien accepté.

***E** : « J'étais plutôt « On verra bien quoi », dans ce sens, on verra, wait and see…* (rire commun) *mais oui, et ça s'est maintenant bien arrangé comme ça, je suis maintenant là, à vie, aussi longtemps que Dieu me prête vie comme on dit le slogan, et puis on verra hein, on verra . »*

***F** : « Comme disait l'autre, « Maman, c'est ta dernière maison », j'ai dit oui, ben après tout elle est pas si mal que ça ma dernière maison. »*

***J** : (répondant à ma question : et pourquoi vous disiez que vous aviez envie de mourir à ce moment-là ?) « Maintenant il faut que je reste ici toujours pour, pour ma fin de vie, ooooh qu'est-ce que je dois faire, qu'est-ce que je dois faire, moi je croyais que c'est tous les jours comme ça, le matin, mais maintenant ça va, je suis habituée. »*

D. Importance d'être en EHPAD par choix

Les personnes âgées ont beaucoup insisté sur le fait que l'entrée en maison de retraite avait été leur choix à elles, il semblait important que la décision vienne d'elles-mêmes. Cela semblait jouer un rôle dans l'acceptation de ces premiers jours au sein de leur nouveau domicile.

***F** : « […] Et c'est un choix, je dis bien, personne ne m'a obligée à venir ici, c'est moi qui a demandé à mes filles de commencer à chercher. […] Elles ne m'ont pas dit « on va*

prendre maman » et pour être tranquilles on la met dans un EHPAD. Non, moi je suis là par ma propre volonté. »

***F** : « Mais encore une fois, je n'ai pas comme d'autres ici, « oh ils m'ont envoyé là, comme ça ils sont tranquilles », non non pas du tout, c'était pas ça. Je sais qu'on aurait fini quand même par dire il faut que maman trouve une solution, mais elle l'a trouvé toute seule. […] »*

***H** : « Tout de suite, non, je ne regrettais pas quelque chose, puisque j'avais pris la décision de venir, je regrettais pas, je l'ai prise la décision. Mais c'est dur, malgré que vous ayez pris la décision, c'est dur de passer quand même de l'autre côté. »*

***L** : « Ben ça s'est bien passé, je l'avais voulu, je l'avais décidé donc euh, si j'étais pas satisfaite je m'en prenais qu'à moi. […] Mais faut pas qu'on m'impose. »*

V. Vivre en EHPAD au quotidien

A. Faire face au vieillissement

1. S'inquiéter de sa santé

a) Pathologies diverses

La vieillesse s'accompagnait de pathologies diverses, limitant les résidents dans certaines activités quotidiennes.

***A** : « Oui, mais c'est depuis j'ai changé, alors je pense toujours comment ça va être, est-ce qu'il y a quelqu'un qui s'occupe de moi si je ne vois plus, […] voilà ce sont mes idées maintenant si vous voulez savoir »*

***B** : « Voilà, je ne maitrise plus rien, donc je suiiis dépendant. Et le simple mot de dépendant, ça me fout en l'air. »*

***H** : « […] Et sans ça, les autres activités je ne peux pas y avoir accès, ce n'est pas que je ne voudrais pas, parce que ça me permettrait peut-être de passer plus facilement le temps, mais je ne peux pas, je ne peux pas suivre, bientôt je ne marcherai plus du tout, je, j'ai vraiment mal à ma… »*

***D** : « Oui, j'ai des problèmes d'audition, alors c'est difficile »*

b) Peur de l'apparition ou de l'aggravation de troubles

Les résidents que j'ai interrogés n'avaient pas de gros troubles cognitifs, mais ils y étaient confrontés au sein des EHPAD. Ils exprimaient la peur de se voir se dégrader tant sur le plan physique que mental.

***E** : « Pour le moment j'arrive encore à lire beaucoup, à écrire, vous savez j'ai encore, heureusement que j'ai pas un retard mental, parce que ça, ça, ça me fait, je peux pas dire ça me fait peur mais ça m'arrangerait pas ça. »*

***F** : « […]* (en parlant d'une autre résidente) *Elle est complètement déboussolée, donc euh toute la journée elle se promène, sans arrêt, alors je me dis des fois que je préfère être dépendante - parce qu'elle se débrouille bien physiquement - je préfère être dépendante comme ça* (sous-entendu physiquement)*, que dans la tête. »*

c) Problèmes majorés en EHPAD

Pour certains, les problèmes de santé s'aggravaient, ce qu'ils mettaient sur le compte de soins laissant à désirer à l'EHPAD.

***B** : « Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise. J'ai un problème aux jambes, normalement c'est un truc qui devrait être guéri depuis je ne sais pas combien de temps, ça devait être bénin, et là ça s'aggrave, y a un problème au niveau des soins. »*

***D** : « Mais comme dit, quand il faut changer la poche, ils sont pas toujours disponibles, il faut les rappeler, je cherche, il faut que je m'occupe moi-même pour me faire aider, il faut que je m'occupe moi-même, heureusement je peux encore le faire. »*

***J** : « À la maison quand j'avais une plaie, en 2-3 jours elle était fermée. […] J'ai mis toujours de l'aloe vera dessus, alors en 2-3 jours elle était fermée. »* (parle d'une plaie qui ne guérit pas)

d) Ou au contraire atténués

Pour d'autres, au contraire, ils étaient très bien pris en charge et les bons soins prodigués les soulageaient.

***F** : « […] Et puis on est très très bien soignés. On a un super personnel soignant. »*

***I** : « […] Et en arrivant là, j'ai vu que c'était autre chose, ici on est bien soigné, ça il faut le dire. »*

***K** : « Oui ben vous savez, j'avais très mal au dos, ici je n'ai plus mal parce que je ne fais plus rien. »*

e) Être confronté aux troubles des autres résidents

La vie en EHPAD, c'était aussi une vie en communauté et donc devoir faire face aux autres résidents, avec qui cela ne se passait pas forcément bien, soit de par leurs caractères divergents, soit de par leurs pathologies respectives et notamment les troubles cognitifs, dont les conséquences pouvaient retentir sur l'ensemble des résidents.

***A** : « Alors moi quand même ; il y en a une* (résidente) *qui se promène partout, qui va dans les chambres des gens. C'est pas ça, l'autre jour elle venait la nuit à 3h, ça me réveillait et puis une autre fois à 6h le matin elle est de nouveau rentrée avec la poubelle, mais je me dis « Mais qu'est-ce que vous ? » « Eh bien je viens vider la poubelle ». Seulement moi j'avais préparé le linge parce qu'on venait me faire la douche pour mon linge qui est propre. Ben j'avais déjà mis des chaussettes, elles sont plus là. […]. Quelques jours après, y a une des filles* (personnel de l'EHPAD) *qui vient « Tenez là y a une paire de chaussettes qui était là » elle a retrouvé mes chaussettes ! Et c'était elle* (la résidente) *qui les a pris ! Alors vous voyez ça. »*

***D** : « Je suis pas enfermé, j'aime bien discuter avec les gens, mais seulement ici que voulez-vous les personnes qui sont là ben ils sont pas, c'est difficile* (me fait un signe de la tête en mode « ils sont bêtes ») »

***E** : « Parce que y a aussi des personnes, on le voit ici, hein, qui sont un peu agressives hein. Mais le personnel peut pas tout faire non plus, être là uniquement pour eux hein »*

***I** : « […] Tandis que là, il y en a qui sont agités, qui sont dépendants. Alors, donc, je suis arrivée dans cette résidence où je me dis, c'est pas ma place. »*

***J** : « […] Et puis, une, une fille aussi là, mon même âge, elle est déjà depuis longtemps ici, oui, K*. Enfin elle perd la tête aussi. […] Mais elle ne sait plus. Je lui ai déjà demandé combien de fois, « Combien d'années tu es là ? ». Alors elle dit je me rappelle plus, je ne sais plus, au moins 5 ans, je crois 5 ans oui, mais elle ne sait plus. Mais elle perd la tête. […] Quand je lui demande quelque chose une demi-heure avant, « Bon je ne sais, bon je ne sais plus rien ». »*

2. Maintenir son autonomie

Les résidents mettaient un point d'honneur à rester autonome le plus longtemps possible.

***A** : « J'ai tout fait pour que au moins je peux marcher, pour que une fois en bas* (à la salle à manger) *je puisse remonter, parce qu'ils n'ont pas toujours le temps pour vous remonter. Et puis j'ai pensé l'autre jour un peu il faut que je réfléchisse et pas tout de suite m'asseoir, c'est quand même un grand couloir que je marche quand même plusieurs fois ; je dors peut-être un peu, et puis je recommence voilà. Je profite de ça ; bon franchement je vais pas trop crâner parce que chez moi si y a quelque chose que je pense ça va, le lendemain ça ne va pas* (rire). »

***D** : « Et bien j'aime faire la gymnastique, j'aime bien un peu bouger encore, tant que ça marche j'aimerais bien être actif. Je veux pas m'endormir tant que c'est possible. »*

***F** : « Non. Alors je suis dépendante pour me coucher, pour m'habiller et pour me laver, ça c'est fait par les aides-soignantes. Et à partir du moment où c'est fait, on me met debout, on me donne le déambulateur, après je me change toute seule, je vais aux toilettes toute seule, et si une protection est mouillée, je la change mais tout le reste, je*

suis malheureusement tributaire, à cause de toutes ces opérations. » (Elle me le répète trois fois, car pour elle, garder un minimum d'autonomie, c'est très important)

***L** : « J'ai dit « Laissez-moi l'autonomie dont je suis capable, maintenant plus vous m'en enlèverez, moins j'en ferai » »*

3. La mort en perspective

Entrer en EHPAD, c'était aussi se confronter à « la dernière étape », la mort, ce qui pouvait être plus ou moins angoissant selon les résidents.

***C** : « Non, autrement le truc ici il est très bien, mais ça dépend comment, il y a toujours des décédés, on arrive toujours à ça, et on arrive toujours tout seul à décéder tout seul hein. J'ai 94 ans. .... »*

***N** : « Eh ben, je sais pas, je pense plus loin encore où je sais pas. Marie : « C'est-à-dire vous pensez plus loin ? » N : « Pff. A la fin!! Que comment ça va se passer à la fin ?! »*

a) Perte des êtres chers

Avancer en âge, c'était aussi perdre ses proches, son conjoint, ses connaissances. La mort semblait être omniprésente dans la vie des résidents.

***B** : « [...] Alors vous savez quand vous prenez de l'âge comme ça, vous vous rendez compte qu'il y a du vide qui se fait autour de vous. [...] je veux dire que vous vous rendez compte qu'il y a le vide qui se fait autour de vous eeeeeeet et que vous ne pouvez rien y changer ; c'est le cycle de la vie. Alors euh, des fois quand vous êtes non dépendant, vous avez peut-être encore de nouvelles opportunités pour vous créer de nouvelles*

amitiés, mais quand vous n'êtes plus dans cette situation, ben ça réduit ; arrive un moment où vous serez quasiment seul ; alors tous vos amis sont partis euh, il vous reste pas grand-chose et tout, vous vous posez vraiment des questions à quoi ça sert. J'ai pas trouvé la réponse encore. J'ai des bribes mais… j'ai pas trouvé la vraie réponse. »

***I** : « Mais, je suis la dernière, mes, ma famille ils sont tous partis, j'avais des frères, j'avais des tantes, tout le monde est parti je suis la dernière, et des amis, j'en avais plus, ils sont tous morts, je sais pas comment je fais que je suis encore là, vous comprenez. […] Eh bon, mon mari est décédé, il avait 98 ans et il avait, il était aussi le dernier de la famille […] »*

***N** : « Et puis autrement non, les voisins ils sont décédés aussi, non j'étais presque seule. »*

b) Volonté de mourir

Pour certains, la mort devenait presque une attente.

***G** : « […] Je veux seulement que j'ouvre plus les yeux le matin. Rien d'autre. »*

***J** : « C'est comme ça maintenant, je pense toujours c'est comme ça. J'ai déjà vieux, alors je pars une fois. Je pense toujours d'un matin ne plus me réveiller* (rire gêné). »

B. Inconvénients de la vie en EHPAD

1. Manque de personnel

Le manque de personnel et l'attente lorsqu'une aide était requise ont été systématiquement relevés lors des entretiens. Les participants avaient conscience du nombre de résidents dont le personnel devait s'occuper et relativisaient avec beaucoup

de sagesse ces temps d'attente. La disponibilité du personnel réduite impliquait une sorte de déshumanisation des rapports entre soignés et soignants.

***A** : « [...] Seulement l'infirmier, yo, il a du retard, ça aussi c'est un peu... le cachet parfois 9h-9h30, je suis déjà au lit. »*

***B** : « [...] Mais je me dis, si je faisais une grosse crise, le temps que quelqu'un arrive, queee, alors en plus, qu'une décision soit prise, parce que les aides-soignantes ne peuvent pas prendre de décisions, les infirmières non plus, elles doivent en référer, que le toubib soit dispo et qu'il analyse le truc, putain là on a à faire àaaa, là c'est l'autopsie quoi qu'il faut, c'est pas... »*

***E** : « L'attente, c'est le seul inconvénient. Tout le reste c'est parfait ! j'ai dit à mon mari, je cultive la patience. »*

***F** : « [...] La seule chose qu'il faut apprendre et mettre en gros devant soi : PA-TIENCE. On n'est pas seul, elles ont beaucoup de boulot, et faut pas s'imaginer quand on sonne qu'elles viennent immédiatement. »*

***N** : « D'attendre longtemps quand on sonne. C'est ça beaucoup. Puisque maintenant, du moment que vous partez il faut que je sonne parce qu'il faut que j'aille aux toilettes, alors il faut attendre s'ils viennent, ils sont là, et puis sinon je fais dans la culotte, je peux pas me retenir. »*

***L** : « Je dis c'est comme ça en France, les gens sont, c'est précis, vous avez ça à faire dans tel temps, il faut que ça soit fait. Donc vous avez pas le temps sur le plan humain. »*

2. Une vie entre quatre murs

a) Ennui

Quelques résidents trouvaient le temps long, ne pouvant pas participer aux activités proposées ou n'y étant pas forcément intéressés.

***C** : « Yo parfois le soir c'est un peu long. »*

***H** : « [...] Et sans ça, les autres activités je ne peux pas y avoir accès, ce n'est pas que je ne voudrais pas, parce que ça me permettrait peut-être de passer plus facilement le temps »*

***L** : « [...] J'attends de voir un petit peu ce qu'il se passe mais pour l'instant je m'ennuie un peu. »*

b) Manque de sortie

Quelques résidents déploraient le manque de sorties proposées par l'établissement et la sensation d'être enfermés.

***L** : « Euh pour l'instant, y a peut-être je sais pas c'est, on est un peu enfermé je trouve. La porte est grande ouverte, c'est vrai, mais on est enfermé. »*

***L** :* (en parlant de son ancien EHPAD) *« Oui toutes les semaines, il y avait une voiture qui pouvait nous emmener en ville, faire des courses ou des choses comme ça, ça, ça me manque ici. »*

***N** : « Je sais pas, on peut pas sortir comme, enfin si je peux sortir comme je veux du moment que ma fille me cherche, mais autrement rien d'extras [...] »*

3. Manque de souplesse

Toujours dans l'idée du manque de personnel, le planning de ce dernier n'était pas forcément calé sur le rythme de vie des résidents, que ce soit pour les repas ou les services en chambre.

***B** : « Et là elle venait habituellement à midi et puis, alors elles ont ça sur leur planning, alors moi je lui ai dit à midi on vient pas passer l'aspirateur chez des gens qui sont en train de manger, seulement le problème c'est qu'il y en a beaucoup qui sont au réfectoire, donc les chambres sont vides ; moi j'ai dit « Essayez de programmer votre truc de manière à venir à 11h, ce sera déjà mieux » »*

***H** : « Voilà faut se lever le matin à telle heure, vous avez le déjeuner à telle heure, le soir à telle heure, c'est un peu le… »*

4. Manque d'intimité

La chambre étant le seul endroit encore un peu privé, une des résidentes a évoqué l'importance que ce lieu reste à elle et qu'on respecte son intimité. Elle avait été troublée par la sensation qu'on fouillait dans ses affaires lorsqu'elle n'était pas dans sa chambre et en devenait suspicieuse.

***L** : « C'est pas, vous savez* [des objets] *qui ont bougé qui sont pas retournés à leur place. J'ai même mis un petit papier dans mon tiroir pour vous dire. […] Je l'avais mis là, il était en premier. Il y est plus. Ah* (cherche). *Où est ce qu'il est ?! Ben j'avais mis « Merci de s'abstenir de je sais pas de fouiller ». (cherche encore) Ah. Il était bien en évidence, je sais* (propos incompréhensibles), *ça fouiner, ça ne me plait pas ! »*

***L** : « Ou une femme de ménage quand elle rentre quoi. J'aimerais mieux qu'on attende que je sois présente quand quelqu'un fait mon ménage quoi. »*

***L** : « C'est notre seul endroit intime. On a plus que ça, donc, euh, qu'on le respecte. »*

5. Nourriture

La nourriture apparaissait comme un point essentiel en EHPAD, c'était un peu « ce qu'il restait » et une place centrale lui était accordée. De ce fait, les espérances étaient hautes et certains pouvaient être déçus de la qualité des repas.

***B** : « Je suis certainement difficile mais je pense pas que ce soit difficile, qu'on puisse dire qu'on est difficile quand on aime manger les bonnes choses. Parce que je sais cuisiner, et je sais qu'avec les mêmes ingrédients qu'ils nous servent, on peut faire quelque chose de très bien, en le cuisinant. Voilà, en apportant des herbes, des choses, je veux dire en cuisinant quoi. Et puis, on peut faire euh, on peut tout faire. Donc ça c'est un truc qui est assez désolant quoi, parce que quand j'étais venu la première fois, j'ai relativement bien mangé et c'est ce qui m'a un peu convaincu de revenir au même endroit, mais il se trouve que le cuisinier est parti et donc ils en ont pris un autre et puis euh… je sais pas, il est peut être très bon, ils l'ont sorti d'une belle maison parait-il, mais bon je trouve que la bouffe en restauration et la bouffe en collectivité, c'est pas la même chose. »*

***E** : « […] Les menus aussi, bon ben ça c'était meilleur chez moi, mais ça je devrais pas le dire, ils font des efforts, on peut pas critiquer. […] Je me suis dit, ça je faisais jamais le soir, je faisais ça à midi. »*

***G** : « […] Le manger n'est pas, avant c'était meilleur, quand le, il est à la retraite le cuisinier, maintenant c'est plus, c'est plus tellement bon, autrement je peux rien dire. »*

6. Manque de place

Enfin, si des meubles pouvaient être apportés, la superficie de la pièce n'était pas toujours suffisante pour satisfaire les besoins de place des résidents.

***A** : « J'ai pas tellement de place pour mettre mes affaires »*

C. Avantages de la vie en EHPAD

1. De nouveaux rapports humains

Si le manque de personnel était critiqué, les échanges avec ce dernier, les autres résidents ou encore les bénévoles contribuaient au bien-être des résidents. La gentillesse du personnel, le rire, l'humour, certaines attentions particulières apportaient une certaine joie de vivre. Et parfois, de réelles amitiés se sont créées.

a) Avec le personnel soignant

***B** : « Mais là je suis pas d'humeur à… mais elle est d'une gentillesse, elle sait pas quoi faire pour me faire plaisir. Y a plein de gens très très bien ici, vraiment impliqués, ouais, qui me disent, quand je leur dit qu'elles sont vraiment gentilles, elles me disent « Vous savez, on fait ça parce que on aimerait qu'un jour, si un jour nos parents étaient dans votre situation ils rencontrent quelqu'un qui le fasse également quoi» donc c'est vrai c'est des gens qui vont un peu plus loin, donc c'est c'est, c'est bien simplement*

d'embrasser cette carrière, c'est déjà, y a un sens du dévouement, de l'abnégation, de… il faut être dévoué pour faire ça. »

***F** : « Je crois que je connais la vie privée de toutes les aides-soignantes, alors quand il y a un problème avec un enfant, on vient voir Mme F et quand elles ont des, je connais leur vie privée à toutes, parce qu'elles viennent se confier à moi ! »*

***F** : « J'ai rebaptisé tout le personnel, j'ai Cricri, j'ai le joyeux pinson, j'ai le mouton rose, je les baptise elles adorent ça, parce que j'arrivais pas à retenir leur nom, donc je leur ai donné des surnoms, et elles aiment pas quand je les appellent par leurs prénoms ! »*

***H** : « […] D'abord le personnel est très gentil, c'est déjà un avantage parce que ça facilite quand même hein. Tous autant qu'ils sont, ils sont gentils. »*

***I** : « Mais sinon, sinon ils font tout leur possible pour faire plaisir aux arrivants et ils s'occupent vraiment des gens qui sont malades, et le personnel que ce soit les femmes de ménage, les, ils sont très braves, très, d'une gentillesse extrême, d'une politesse, ils viennent, ils frappent à la porte, ça va, ça va bien, on n'a pas de travail avec vous mais on aime bien vous voir, ça leur fait plaisir aussi vous voyez, que je les félicite pour ce qu'ils font. J'ai jamais vu un EHPAD comme ici. »*

b) Avec les autres résidents

***E** : « Vous savez, et puis on mange, nous sommes à 6 dames par table, et puis y a des liens maintenant qui se fait tout doucement, chacune a ses problèmes. […] »*

***F** : « […] Au bout de quelque temps est arrivée X*, elle s'est levée, elle m'a dit « Je m'appelle X* et je suis Alzheimer ». Le fait de le dire, je me suis dit, ça c'est pas n'importe qui. Et alors je lui ai dit à ce moment-là, « Quand vous aurez besoin de moi, je serais toujours là », et je suis toujours là. Elle me demande à quoi, quelle cuillère il faut*

qu'elle prenne, pourquoi y a ça, pourquoi y a du pain, qu'est-ce qu'on va manger maintenant et j'ai aucun problème et là elle vient de passer, elle m'a pas reconnue. [...] oh mais j'adore, je l'adore (rire commun) *ooh et puis elle est adorable, c'est une femme absolument adorable. »*

***H** : « Oui, on est tous à la même table et maintenant une fois par semaine, on nous met dans une toute petite salle qu'on appelle le club, ils choisissent les personnes qu'ils veulent et ils nous mettent là-dedans avec des personnes différentes de ce qu'on est la semaine, pour permettre de se connaitre déjà d'une part et pis de parler. [....] Alors, ça, je trouve que ça c'est très bien ce qu'ils ont fait là, de nous mettre comme ça à nous faire connaitre les autres personnes, on les connait et on se met, on parle un petit peu, on se voit autrement, ça permet ... [...] j'ai apprécié ça hein. »*

c) Avec les bénévoles

***F** :* (en parlant d'une bénévole) *« Oui, et et avec un tel sourire et elle était ravie, on a chanté toute <u>l'Eau vive</u> toutes les deux. »*

***E** : « Oui, il y a une certaine atmosphère qui est bien, voilà. Et puis les bénévoles aident les aides-soignantes, hein, elles sont contentes et puis je les entends rigoler et tout ça, je trouve que c'est oui* (rire). *Elles sont pas l'une contre l'autre. »*

***I** : « [...] Ils font tout leur possible et l'animatrice est vraiment bien, hein. Une jeune animatrice-là qui est formidable. Par exemple là elle vient me chercher nouveau cet après-midi. »*

2. Service tout compris

La vie en EHPAD rimait avec diminution de la charge mentale, l'établissement réglant les éventuels problèmes et s'occupant de l'ensemble de la logistique.

***C** : « S'il y a un problème, je leur pose le problème, ils le résoudent le problème. Là je suis pas coupé les cheveux alors j'ai pensé ce matin, il faut que je les coupe quand même, alors je suis allé dehors voir une femme de ménage, je lui ait dit j'ai un problème de cheveux, alors elle m'a dit je sais pas, alors après y'en a une autre qui est venue qui m'a dit oui aujourd'hui ou demain elle me le fait. Je dis c'est bien ! »*

***D** : « Ah oui, je suis suivi, j'ai la nourriture, j'ai les soins, j'ai… »*

***E** : « Ben oui. J'étais juste en train de lire un psaume. Tous les matins je prends le temps maintenant, avant à la maison y avait toujours autre chose, et le téléphone et tout et tout, alors j'ai plus de temps ici. »*

***G** : « Tout, tout j'ai trouvé, ils me lavent, ils me fait à manger, tout tout, vous voyez tout. »*

***K** : « Ben, les avantages c'est qu'on a plus rien à faire ou à peu près »*

3. Sentiment de sécurité

Le fait de vivre en EHPAD permettait aussi de se sentir en sécurité via la présence de personnel en continue.

***F** : « Moi, j'ai ce que je voulais, je veux qu'il y ait, premièrement une présence tout le temps y compris la nuit parce que on sait jamais ce qui peut arriver, d'ailleurs la nuit tous les 2 h du matin, elles viennent voir hein. Je voulais quand même qu'il y ait une assurance, qu'il y ait quelqu'un toute la journée quoiqu'il arrive; ça on l'a ! »*

***L** : « Et d'autre part je suis tranquille parce que si je suis malade, si je suis fatiguée, je suis protégée [...]. Je me sens en sécurité si vous voulez. »*

***N** : « En sécurité de toute façon, je pense que je suis plus en sécurité qu'à la maison seule. »*

4. Participation à la vie en EHPAD

a) Sentiment d'utilité

Certains résidents prenaient part à l'élaboration des repas pour laquelle leur avis était demandé et pris en compte, d'autres en s'occupant de résidents se sentaient utiles et cela leur faisait du bien.

***F** : « Je trouve ça pas mal de pouvoir aller aider quelqu'un, ça fait aussi partie des EHPAD »*

***I** : « Il m'a invité à venir pour choisir les menus et puis euh, il m'a dit de contrôler ça et de lui dire ce qui va et ce qui va pas.[...] Mais oui, alors moi j'ai dit au chef cuisinier, « Écoutez ce n'est pas mon métier, vous êtes chef cuisinier, vous avez fait des études et tout, moi j'ai fait des études d'enseignante, et je ne peux pas vous dire ce qui est bon et pas bon, mais j'ai contrôlé, j'ai vu que les menus sont très bons et j'ai dit ce que vous devez faire, c'est faire des » – alors quand même j'ai sollicité parce que j'ai vu à table que ces femmes veuves aiment bien les menus d'Alsace [...] Alors j'ai dit « On parle beaucoup de spaetzle, on dit que vous les faites pas bien etc. », alors j'ai dit tout ce que j'ai entendu à table vous voyez, et il en a tenu compte. »*

***I** : « [...] Alors naturellement l'animatrice elle me cherche beaucoup, que dès qu'il y a une animation, on me cherche et ça, ça me fait du bien. »*

b) Activités proposées

Par ailleurs, les activités diverses proposées par les EHPAD permettaient aux résidents de s'occuper, de rester actif, de s'investir s'ils le souhaitaient, rien n'étant obligatoire.

***D** : « Je fais de la gymnastique, j'essaye de m'occuper, je me promène dans le jardin, si le temps le permet, il y a une kiné qui vient deux fois par semaine, enfin elle vient pas toujours. »*

***E** : « [...] Y a toujours, y a la chorale - moi je sais pas chanter mais – y a des jeux de société, y'a pas mal de choses hein. Pour faire sortir les gens de leur chambre. »*

***H** : « [...] Je suis allée juste à la... avec les petits enfants parce qu'il y a les enfants de la crèche qui viennent, ils viennent un matin ou deux, ils viennent, ils jouent avec, on envoie les balles, on joue avec, et c'est pour tout le monde et moi je suis avantagée, parce qu'il y a ma petite-fille, mon arrière-petite-fille qui y est. [...] »*

***N** : « Et puis après y a des trucs comme ça tous les jours en 1 h ou comme ça, qu'ils affichent là en dessous, qu'on a tous les jours matin et après-midi, les activités pour la musique ou n'importe. »* (me montre le tableau avec les activités proposées)

5. Présence familiale

La plupart des résidents retrouvaient du réconfort auprès de leur famille ; en se rapprochant géographiquement de leurs enfants, cela leur permettait de les voir plus fréquemment, ce qui était apprécié. Les établissements proposaient en outre des arrangements en leur sein afin que l'entourage puisse se retrouver et prolonger des moments conviviaux qu'ils avaient avant leur venue.

***A** : « Ils viennent aussi souvent qu'ils peuvent. »* (en parlant des enfants)

***D** : « […] Mon fils, il fait des rendez-vous avec mes proches ici à Noël et pendant mon anniversaire et le sien, alors il a une salle où il fait un diner ou un repas. »*

***E** : « Dimanche y a deux de mes petits-fils qui sont venus manger – parce que dimanche ou samedi on peut manger quand on réserve, le même menu qu'à la salle à manger – alors ils étaient là ensemble. »*

***I** : « Mais mon fils il vient me chercher et alors je mange avec eux à la maison, c'est pas loin ; il fait tout son possible pour m'aider quoi, maintenant qu'il est sorti d'hôpital. »*

***J** : « Oui. Ils viennent ici. Celui qui habite à W* quand il vient pas, tous les soirs il me téléphone, tous les soirs. L'autre à X* il vient aussi souvent, et la fille, elle vient presque tous les jours, même encore à 4 ou 5h. »*

***O** : « Oui, hier y'en avait une qui était là, oui oui, non ça ils ne laissent pas tomber leur maman. »*

Quelques résidents évoquaient aussi le fait de vouloir rassurer leurs enfants pour ne pas leur faire de chagrin.

***I** : « […] Et d'un autre côté euh, il est d'une gentillesse extrême mon fils hein, il fait tout ce qu'il peut. « Tu veux des fruits, tu veux ceci » il téléphone TOUS LES jours, tous les jours « Qu'est ce qui te manque, dis-moi le », alors je peux, j'avale mon chagrin et je leur montre que tout va bien, j'ai pas le choix, c'est comme ça hein. »*

6. Liberté d'action

Les résidents avaient la liberté de participer ou non aux activités proposées, ce qui était apprécié.

***C** : « Ils font des jeux, beaucoup de choses, ici c'est très bien. Si je veux faire avec je fais avec, si je veux pas, je reste là. »*

***C** : « Ils viennent voir si je veux participer, non je dis demain je fais rien, je viens pas. Alors ils me laissent tranquille les gens. »*

7. Un beau cadre

Le cadre de vie était souvent cité de manière positive, que ce soit la chambre avec salle de bain attenante, la literie, le confort matériel, la vue depuis la fenêtre, autant d'éléments permettant de se sentir bien dans son nouvel environnement.

***F** : « Et regardez un peu la vue ! »*

***F** : « [...] Et quand on voit, qu'on regarde dehors et qu'on voit ce qu'il se passe - il faut aller voir cette salle à manger en bas qui est magnifique hein - et quand il y a des fêtes c'est fleuri, pour la fête des mères c'était MAGNIFIQUE hein, non, il y a pas à se plaindre, je dis, euh, on a de la chance. [...] »*

***I** : « C'est très beau ! Et moi j'ai une vue magnifique, regardez ! [...] Mais oui, je vois les Vosges [...] je vois un château, euh, je vois même un nid de cigognes, et j'ai pas de lunettes, j'ai jamais eu de lunettes de ma vie. »*

***K** : « Les conditions matérielles aussi, mais enfin on a une chambre correcte, on a un coin de douche, les WC, ce ne sont plus les maisons de retraite d'autrefois avec euh, 10 lits alignés. »*

8. De bons repas

Outre le cadre, l'alimentation qui pour certains, était compliquée, devenait au contraire un moteur de bien être pour d'autres.

***F** : « C'est un restaurant, tout à fait. Et on y mange TRES BIEN. Du fait que c'est fait sur place. Et puis c'est selon les saisons, puis y a Noël, puis y a Pâques et là pour la fêtes des mères ils ont fait un sacré repas, non on peut pas se plaindre ! »*

***I** : « […] Et quand par exemple vous voyez moi je suis allergique au fromage, eh bien on me remplace le menu, alors on me donne un menu sans fromage vous voyez, ils tiennent compte des gens qui ont des problèmes, ça aussi c'est formidable. »*

***N** : « Alors je vous dis pour première chose, on mange bien. »*

D. D'un second choix à la résilience

Globalement, on a pu constater diverses étapes entre l'arrivée en maison de retraite qui, bien que décrite comme un choix, l'était plutôt par défaut, une sorte de fatalisme ressortant des discussions. Au fur et à mesure des jours qui passaient, l'adaptation se faisait et l'acceptation semblait être la clé d'une sérénité retrouvée. Il se dégageait beaucoup de sagesse et de résilience de ces discussions. La foi de certains résidents les aidait dans ce processus d'acceptation.

***A** : « Si on peut plus rien faire, on accepte ce qu'on vous donne. »*

***F** : « Moi dans mon idéal, c'aurait été de pouvoir continuer à rester à la maison en ayant de l'aide, ça c'était plus possible, mais ici ben non, franchement, je me plais vraiment*

bien, je trouve que je suis BIEN, je trouve que j'ai beaucoup de CHANCE et qu'il faut que je profite de cette chance. »

***I** : « Parce que je sais que y a pas le choix. A quoi bon vouloir me plaindre et pleurer ? Naturellement j'ai beaucoup pleuré, j'ai beaucoup pleuré, j'ai beaucoup pleuré. Mais maintenant je me dis, au fait, je suis quand même mieux ici que d'être seule dans ma maison là-bas. J'accepte, voilà. J'ai pas le choix ! Voilà. J'ai pas le choix ! »*

***K** : « […] On le quitte quand on est obligé* (son domicile) *[…] mais autrement je pense que dans le genre maison de retraite c'est parmi les plus correctes ici. »*

***E** : « Ça c'est maintenant enchainé comme ça. Tranquillement, si l'on veut, en l'acceptant. Vous savez, on est des protestants, alors on voit ça, j'ai rien contre les catholiques hein mais alors on voit ça un peu autrement. […] Ben Dieu nous envoie ça. Mais il est toujours là. Il peut pas faire des miracles mais il aide pas mal de petites choses, il aide, il est toujours là. […] C'est différent de la maison et c'est ça qu'il faut accepter. »*

***H** : « Un petit peu comme partout, mais enfin, disons que c'est quand même ici, je dis bien ICI , c'est une maison de retraite je n'ai pas de reproche à faire. […] Ici, je suis bien, maintenant je m'y suis faite, je me suis faite un petit peu à tout […] »*

***J** : « Ça me manquait, maintenant plus. Maintenant je pourrais plus, je sens je pourrais plus* (rentrer à la maison). *Alors ça me manque pas. […] Enfin je continue comme ça maintenant, comme je peux, un peu mieux tous les jours. »*

***O** : « Non. Ben écoutez hein, il faut s'adapter à la vie. On peut pas toujours se révolter, ça, ça sert à rien. Ça c'est mon point de vue. »*

VI. Place du médecin traitant

Au total, 6 résidents avaient abordé le sujet avec leur médecin traitant et 8 ne l'ont pas fait. Parmi ces 8 résidents, 4 étaient passés par une hospitalisation en CH ou en SSR.

A. En amont de l'institutionnalisation : des avis divisés

1. Le médecin traitant n'a pas sa place dans la discussion

a) Manque de disponibilité

Certains résidents relevaient le manque de disponibilité de leur médecin traitant, une absence d'écoute ou d'intérêt montré pour leur patient, ce dernier ayant donc moins envie de se confier.

F *: « Il aurait d'abord fallu qu'elle écoute, ensuite, ça ne l'intéressait pas du tout, et puis euh, « Oh ma maman est dans un pire état que vous, on l'a à la maison, on a pris des gens à domicile » ; mais ça, c'est pas la réponse que moi j'attendais ! Pas du tout ! Alors elle n'était pas à l'écoute et puis quand mes filles l'appelaient « Oh vous savez, j'ai autre chose à faire que, voilà, alors non, non ! »*

N *: « Il n'était pas le premier docteur, il me plaisait de toute façon pas. »*

N *: « Et ben, premièrement, il fallait attendre tous les deux mois [...] et là il fallait prier qu'il vient ou bien il y a quelque chose d'autre mais... »*

Un autre pointait le fait qu'il avait la sensation d'être un numéro parmi l'ensemble des patients :

B *: « [...] Et puis euh, je ne nie pas l'implication de l'interlocuteur éventuellement, mais bon, il sort de chez moi, il va chez un autre [...]. »*

b) Une affaire personnelle

Finalement, le médecin traitant n'ayant pas d'impact direct sur la vie à domicile ou en EHPAD, il n'avait pas son mot à dire. Les personnes interrogées faisaient face à une sorte de fatalisme « je n'ai plus la santé pour rester à la maison, donc à quoi bon vouloir en discuter » ; d'autres étaient également de nature plus pudique.

***B** : « [...] Mais bon je trace des gros traits comme je fais avec vous, mais euh, je ne suis pas du genre à rentrer dans le détail, je sais pas faire ça. Je suis un individualiste. [...] Mais il y a des choses que je partage pas quoi ; comme les sentiments, les sentiments profonds/intérieurs. Des réflexions, des... non. Et puis, raconter ça a quelqu'un de totalement étranger je ne vois pas l'intérêt. »*

***G** : « Qu'est-ce qu'on doit discuter, si ça va plus à la maison ? »*

***K** : « Moi, je sais que je ne pouvais plus faire face chez moi donc je n'ai pas d'autres solutions. Alors c'est pas la peine de pleurnicher. »*

***L** : « Non, j'en éprouvais pas le besoin, c'est moi qui décidait. »*

2. Le médecin traitant a sa place

D'autres résidents au contraire ont pu discuter avec leur médecin traitant et estimaient que cela faisait partie de leur métier en tant que professionnel de santé de prévenir les éventuelles dégradations de leur état de santé.

***H** : « Alors elle s'en est bien aperçue le docteur quand même s'en est aperçu que je... ils sont docteurs, c'est pas pour rien hein. »*

***H** : « [...] C'est une bonne chose* (que le médecin initie la conversation) *parce que malgré qu'on s'en aperçoit pas soi-même, mais si le médecin vous dit qu'il y a quelque*

chose, c'est pas la peine de vous cabrer en disant non ça n'y est pas, ça je l'ai pas, un médecin quand même sait ce qu'il a à dire et a à faire et c'est normal qu'il dise ce qu'il y a, normalement moi je préfère qu'il dise carrément ce qu'il y a que quelqu'un qui cache. »

***I** : « Beh, il, il m'avait dit que vu mon âge je devrais plus restée seule à N*, qu'il faudrait que je me rapproche de mon fils, parce qu'il m'a dit « Vous avez le cœur qui est fatigué vu votre âge, il faudrait peut-être penser à aller dans un EHPAD » »*

Par ailleurs, une fois le choix de l'EHPAD fait, certains éprouvaient une sorte d'apaisement du fait que leur professionnel de santé était enthousiaste concernant le lieu.

***H** : « Elle ne m'a pas influencée si vous voulez parce qu'elle m'a pas donné son avis quand […] j'étais* (à la maison ; avant)*, quand je lui ai annoncé que je venais ici, là j'ai vu qu'elle était contente, elle m'a dit « Ah ben je suis contente au moins que vous alliez dans cette maison, je sais que vous êtes bien, je connais », je lui ai demandé un peu plus de renseignements, elle a dit « Oui, oui j'ai déjà quelqu'un, d'autres personnes à voir en même temps », elle m'a dit « Vous pouvez y aller en toute confiance », alors déjà le contact* (avec la maison de retraite) *était déjà fait. […] Aux infirmiers aussi quand je leur ai dit « Vous savez que je vais vous quitter, que je vais partir en maison de retraite » quand je leur ai dit que je venais ici, ils m'ont dit « C'est bien, ici c'est bien ». »*

Il a par contre été mis en évidence l'importance de laisser le choix à ses patients, informer mais pas imposer !

***L** : « […] Parce que même ma doctoresse m'a dit « Vous feriez mieux de rester chez vous » mais je voulais planifier mon…, j'attendais pas que je sois comment, une loque qu'on me mette n'importe où, je voulais gérer ma vieillesse. »*

***I** : « Beeh, j'étais pas tout à fait d'accord hein* (quand son médecin lui a parlé d'EHPAD), *parce que à la télé on vous disait « Restez le plus longtemps possible à la maison », on faisait de la réclame à la télé, « Ne partez pas, ça revient moins cher si vous restez à la maison que si vous allez dans un EHPAD » etc. eeet je trouve qu'ils devraient pas faire de la réclame comme ça hein, mais je me suis rendue compte qu'il y avait quelque chose qui était pas tout à fait en ordre avec mon fils et ma belle-fille, ils étaient déjà tous les deux un petit peu malades vous voyez, je voyais que ça les fatiguait trop de venir. »*

3. S'adapter à ses patients

En fin de compte, le rôle du « bon » médecin traitant semblait être celui d'être à l'écoute, de proposer, d'alerter éventuellement tout en respectant le choix de ses patients et surtout d'avoir un accompagnement personnalisé à chaque patient et non pas une trame préétablie qui serait beaucoup plus impersonnelle.

***K** : « Non, vous savez tout ça, ça dépend des personnes* (en parlant des discussions avec le médecin traitant). *Moi, je sais que je ne pouvais plus faire face chez moi. […] Mon mari l'accepte beaucoup moins bien. »*

***E** : « […] C'était un bon médecin, il ne nous a pas incité à y aller avant, mais il a dit « Il faut voir maintenant comment ça évolue avec vous. » »*

***O** : « Oh écoutez ça c'est fast*(idieux*), c'est pas, c'est difficile de donner un conseil. Parce que chaque personne a son caractère et le médecin, il a son caractère aussi et ça il faut qu'on s'adapte, pour moi c'est le plus , le le le, moi je n'avais pas de problème pour m'adapter avec les gens avec qui je devais. […] Regardez voir, c'est pas la vie ?! »*

4. Peu de regrets

Dans l'ensemble, cette partie concernant le médecin traitant a nécessité un peu plus de relance au moment des entretiens. Il semblerait que l'ensemble des résidents n'ait pas de regret sur la manière dont les événements se sont passés, toujours avec cette pointe de fatalisme.

***B** : « [...] Je veux pas d'accompagnement, ça servirait à quoi ; ça va rien changer à ma situation, ça va rien changer. Donc laissons les choses comme elles sont. »*

***G** : « Qu'est qu'il veut prévenir ? Non ça va pas, je suis bien là et fini. »*

***L** : « Non moi je vois pas, personnellement je n'en éprouve pas le besoin »* (de discuter avec le médecin de cette transition)

***E** : « Non, je sais pas, ça s'est maintenant enchainé comme ça. Tranquillement, si l'on veut, en l'acceptant.»*

B. Après institutionnalisation

1. Garder son médecin traitant

Souvent la décision ne venait pas du résident, mais pour certains c'était un plus de pouvoir garder son médecin traitant en arrivant en EHPAD, un lien de confiance se créant au fil des années. De plus, il connait son patient !

***H** : « Ouais, ouais ! parce que malheureusement il faut reconnaitre les choses, que les médecins, comme tout le monde, comme partout y a qui le prennent sérieusement et d'autres qui le prennent moins sérieusement leur travail [...] Alors voilà je pense que je suis tombée sur quelqu'un de très sérieux et ça m'aurait fait de la peine, le choix aurait*

été plus difficile de me remettre ici hein. » (si elle n'avait pas pu garder le même médecin traitant).

***H** : « Si c'est possible, moi je conseillerais autant pour le médecin que pour les patients, qu'ils gardent le même contact parce que y a quand même un contact qui se fait »*

***H** : « On n'est pas qu'un numéro, pour certains on est qu'un numéro peut-être, mais en principe le médecin généraliste qui va chez des patients, qui fait une tournée de ses patients, c'est pas dans ce but, il se fait aussi aux patients, je vois qu'elle aussi était contente quand je lui ai dit que je venais ici, elle accepterait que j'aille ailleurs parce que elle pouvait pas faire autrement »*

2. Nouveau médecin traitant

Pour d'autres, le changement de médecin traitant n'a pas forcément été choisi, mais la plupart s'estimait heureux, voire avoir gagné au change !

***E** : « Non, ben écoutez, y a des médecins très gentils , un monsieur qui a sa client, sa patientèle, ses patients ici à G* et qui vient le lundi et mardi ici, un monsieur qui a déjà 70 ans, mais très très gentil […] Et il y en a un autre qui est beaucoup plus jeune , et lui il est beau gosse* (rire commun) *on rigole un peu, et puis très bien, mais ça va, on a fait connaissance et puis, alors tout le monde est content hein, voilà. »*

***F** : « […] Et c'est que en arrivant ici que le [médecin coordinateur]* est descendu, et on a vraiment discuté […] Et c'est elle qui m'a trouvé celui-là, et il est venu et c'est vraiment le médecin comme on le souhaite, à l'écoute, euh, jovial, et il avait le dossier, il était parfaitement au courant de tout ce qui m'était déjà arrivé, donc il y a eu aucun problème, et puis il est là il est à Y*, donc il est vite là […] Et l'avantage c'est que tous les*

vendredis il vient automatiquement toute la journée à l'EHPAD, donc tous ses patients qui sont à l'EHPAD, il les voit le vendredi . »

***F** : « […] Il avait trouvé invraisemblable le report pour cette fameuse sonde, il a dit « Mais ça, c'est une erreur médicale après l'autre ». Et il a appelé, et le fameux rendez-vous qu'on attendait depuis 3 mois, on l'a eu le lendemain. »*

***N** : « Et ben oui, enfin si là on peut discuter avec eux […] on peut bien parler avec eux* (les médecins qui interviennent dans l'EHPAD) »

En revanche, pour ceux qui se sont rapprochés de leur famille, le problème de trouver des médecins spécialistes a été relevé.

***I** : « Par exemple vous voyez, le 31 je dois aller chez un médecin pour la peau […] Eeet comme ça, les cardiologues, tout, tout, il faut que je reprenne contact avec eux. »*

3. Manque de disponibilité médicale au sein des EHPAD

Trois des résidents interrogés ont pointé du doigt le manque de permanence médicale en maison de retraite. L'un d'eux proposait qu'une visite médicale soit réalisée dans la première semaine afin d'assoir ce sentiment de sécurité, de savoir à qui on peut s'adresser en cas de souci.

***B** : « Mais c'est pas un toubib en permanence quoi. »*

***I** : « Oui mais ce qui est embêtant, c'est qu'il y a des moments par exemple que je supporte pas trop un médicament, à ce moment-là j'aimerais bien avoir contact avec elle* (le médecin) *vous voyez, mais ça va pas , il faut passer par l'infirmerie, par le secrétariat et alors elle peut pas venir, et en somme je la vois que une fois par mois. »*

***L** : « Par exemple moi je suis arrivée, euh, j'ai pas vu de médecin [...] mais j'aurais trouvé un petit peu normal qu'un médecin me voit pour savoir si j'avais besoin de quelque chose. On voit personne. [...] Je pense que ça rassurerait aussi celui qui, voilà tel médecin, j'ai rencontré, si j'ai un problème je peux le contacter, tandis que là je me dis si j'ai un problème qui je vais demander ? On a besoin de repère. »*

VII. Voies d'amélioration

A. Augmenter le personnel

Au vu du manque de personnel pointé du doigt à de multiples reprises, la solution proposée était d'investir dans le personnel pour qu'il y ait plus de temps de qualité avec les résidents et moins d'attente lorsqu'il y avait des besoins, surtout lorsqu'ils étaient vitaux.

***B** : « Ce qu'il faudrait, mais ça, ça dépend plus de… Je sais pas de qui ça dépend, mais il faudrait un peu plus de personnel, mais, ça ne dépend pas de la maison hein, c'est pas eux qui… [...] »*

***E** : « Le truc médical, le plus de personnel, parce que ça les soulagerait aussi pour avoir plus le temps pour certains patients ou résidents, on appelle ça des résidents ici pour avoir plus de temps. On n'a jamais le temps de discuter. C'est toujours à la va-vite. C'est vrai. Avec moi aussi. Toujours à la va vite. Ça c'est le problème médical qui devrait… C'est toujours une question de sous. Ils ont beau descendre dans la rue et faire des manifestations, ça sert à rien, ça sert à rien, il faut des sous, sans ils peuvent pas faire plus, c'est du boulot. »*

B. Un peu plus de liberté

1. Sorties organisées

La vie « en extérieur » semblait manquer aux résidents ; l'un d'entre eux évoquait son ancien EHPAD où des sorties étaient proposées une fois par semaine, avec une voiture qui amenait les résidents en ville ; chacun était alors libre de se rendre dans les magasins souhaités.

***L** : « Oui toutes les semaines, il y avait une voiture qui pouvait nous emmener en ville, faire des courses ou des choses comme ça, ça, ça me manque ici. »*

***A** : « Peut-être plus, disons voir, d'activité en extérieur, je sais pas. »*

2. Plus de souplesse

Toujours dans la logique d'une majoration de la sensation de liberté, un peu plus de souplesse sur les règles de la communauté ou des horaires était souhaité.

***L** : « Qu'elle soit conviviale, conviviale, pas trop rigide non plus, et puis qu'il y ait une certaine liberté d'action, que tout ne soit pas rigide.»*

C. Séparer les résidents selon leurs troubles cognitifs

Enfin, une résidente proposait de séparer les résidents en fonction de leur atteinte cognitive afin que l'on se sente plus dans un habitat standard que d'avoir la sensation de vivre dans un hôpital.

L *: « Et des personnes qui étaient fortement handicapées n'étaient pas mélangées avec des personnes qui étaient complètement valides. Y avait deux choses séparées. Donc on n'avait pas l'impression de se retrouver dans une EHPAD. »* (en comparant à l'ancien EHPAD dans lequel elle était)

DISCUSSION

I. Synthèse des résultats et confrontation à la littérature

Dans notre étude, l'idée que se faisaient les personnes âgées de l'EHPAD avant d'y vivre était la plupart du temps perçue comme négative car reliée à un déclin de leur santé physique ou mentale et à une perte de liberté du fait d'un emploi du temps rythmé par les repas, les activités et les soins. Cette vision pouvait être modifiée en fonction des expériences vécues par des connaissances plus ou moins éloignées. Cette transition était en outre parfois associée comme la dernière étape avant la mort, ce qui pouvait perturber les principaux concernés tout comme leurs proches, l'EHPAD devenant alors synonyme de « mouroir » et renvoyant à leur condition humaine (19).

Nombreux étaient les participants qui n'avaient pas réellement préparé leur arrivée en EHPAD avant d'y être contraints par leur état de santé.
Cela concorde avec les données de la littérature, les représentations sociales des EHPAD étant souvent de prime abord négatives (20) et stéréotypées. Les maisons de retraite médicalisées semblent être synonymes de vieillesse, dépendance, perte d'autonomie, ou encore d'isolement. Certains éléments positifs semblent tout de même apparaitre tels que le sentiment de sécurité via l'apport d'aides et de surveillance, ainsi que certains avantages que peut apporter la vie en communauté (21).

Les causes d'institutionnalisation des personnes âgées étaient diverses mais globalement classiques : déclin progressif de leur état de santé nécessitant des aides de plus en plus importantes, volonté de ne pas trop en demander à leurs enfants ou leurs proches de manière plus globale (et ainsi ne pas inverser les rôles au sein de la

famille (22)), événement brutal tel qu'une chute entrainant une perte d'autonomie avec passage à l'hôpital puis en centre de rééducation avant une entrée en établissement raisonnée, ou encore rejoindre son conjoint qui lui ne pouvait plus rester au domicile pour l'une des raisons évoquées ci-dessus. Enfin, l'âge était parfois avancé comme unique raison de la demande en EHPAD, les résidents étaient alors motivés par l'envie d'y rentrer « en marchant », autrement dit d'être encore suffisamment indépendant à leur arrivée.

Quelques participants avaient tout de même prévu leur entrée en EHPAD par une inscription de sécurité, étant conscients que le délai était parfois incompressible du fait de places limitées au sein des établissements, et espérant ainsi pouvoir décider de leur dernier lieu de résidence. Pour autant, leur choix concernant celui-ci n'a pas toujours pu être respecté. Le coût était tantôt vu comme un frein pour le maintien à domicile - le reste à charge pour les aides nécessaires permettant de rester dans leur habitation apparaissant trop élevé - tantôt comme un frein au contraire à l'entrée en institution, les EHPAD étant alors perçus comme un luxe, destinés à des personnes ayant les moyens. En effet, déjà en 2008, une enquête révélait que 80% des personnes hébergées en institution disposaient d'un revenu inférieur à leur coût de séjour (23). L'enquête Care-institution, plus récente (2016), corrobore cette affirmation, indiquant que plus de la moitié des résidents dépensaient au moins 1850 euros après déduction des allocations, pour une retraite moyenne au même moment de 1500 euros par mois (24). Les seniors doivent alors faire face à un dilemme : transmettre leur héritage à leurs descendants, reflet de ce qu'ils ont construit toute leur vie durant, au risque d'avoir une fin de vie précaire à domicile, ou vendre leur maison afin de pouvoir subvenir aux coûts

de la vie en EHPAD (25,26). Une participante à notre étude a d'ailleurs fait le choix de mettre sa maison en viager afin de pouvoir payer l'EHPAD.

Le moment de l'entrée en institution a été vécu difficilement pour une grande partie des résidents que j'ai interrogés. Certains ont rapporté des pleurs, un mal-être, ou encore un sentiment profond de solitude. Pour quelques-uns, c'était l'occasion de se rendre compte qu'ils rentraient dans leur dernier habitat. Pour d'autres enfin, le moment était plus heureux, pour l'une du fait de l'absence d'appréhension à la suite d'un hébergement temporaire qui s'était bien passé - elle ne rentrait donc pas en terrain inconnu - , pour d'autres suite à une hospitalisation en rééducation, le passage semblait finalement moins brutal et enfin, une résidente a exprimé sa joie immense d'arriver dans ce nouveau lieu après une mauvaise expérience en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation).

La venue en EHPAD a été marquée par une rupture brutale avec la vie antérieure, les résidents passant du domicile où ils étaient maitres des lieux, où ils pouvaient décider des allers et venues de chacun, à un endroit réglementé où tout est programmé et réglé pour « leur bien et celui de la communauté ». Il était plus ou moins facile de s'adapter en fonction des caractères propres des résidents. Le quotidien changeait aussi du fait de la présence de nombreux autres résidents, avec qui l'on avait envie d'échanger ou pas. C'était de plus l'occasion de se retrouver face à des personnes du même âge ayant des troubles physiques ou mentaux plus ou moins avancés, ce qui pouvait être un moyen de se comparer : se rassurer pour ceux qui avaient finalement l'impression d'être chanceux (notamment par rapport aux autres résidents qui avaient des troubles cognitifs) mais aussi d'appréhender leur propre avenir, les inquiétudes

concernant l'évolution de leur état de santé étant prégnantes. La rupture avec l'état antérieur a déjà été décrite dans la littérature. La Docteur en anthropologie sociale Bernadette Veysset estime que la maison est le reflet de ce que la personne a été au moment de sa pleine activité, et de ce qu'elle est, et qu'elle est garante d'une certaine continuité de l'être, de son identité (27). Quand le corps ne tient plus, la maison, elle, reste de marbre. Le domicile est aussi un lieu où la liberté de la personne s'exprime et où elle a tous ses repères (28). Il est donc aisé de comprendre que ce n'est pas seulement le fait d'entrer en EHPAD qui est chargé d'émotions mais surtout le fait de quitter un lieu qu'on a mis toute une vie à acquérir (29). Ceci explique également que la transition a été parfois plus facile parmi les résidents qui ont été au préalablement hospitalisés, cette rupture ayant étant faite en amont.

Une autre sensation de mal-être a été mentionnée par les résidents interrogés au cours de notre étude, et moins décrite dans la littérature : le sentiment de devoir faire ses preuves en tant que personne autonome. Une participante me racontait qu'elle avait dû se battre pour qu'on la croie concernant un vaccin contre la covid qu'elle avait déjà reçu moins de six mois avant. L'ensemble du personnel ne prêtait pas attention à ses paroles, partant du postulat qu'elle était vieille, donc forcément sénile, du moins c'est la sensation que la résidente avait eue. On peut s'imaginer à quel point cela doit être difficile à supporter, d'autant plus dans un moment où l'on a besoin de soutien et de réassurance.

Au fur et à mesure des jours qui passaient, les participants ont pu et su s'adapter à leur nouvel environnement et retrouver, pour ceux qui l'avaient mal vécu, une sorte de quiétude. Les avantages qu'offrait la vie en EHPAD semblaient prendre le dessus sur les

inconvénients. Je ne vais pas refaire toute la liste mais plutôt pointer les éléments qui m'ont paru comme très importants aux yeux des participants. Si le manque de personnel était criant et critiqué dans l'ensemble des entretiens, les rapports qu'entretenaient les résidents avec certains personnels soignants semblaient leur redonner du baume au cœur. D'autres ont pu tisser des liens très forts avec d'autres résidents. Dans une enquête belge sur le taux de satisfaction des résidents par rapport à leur maison de retraite, les meilleures évaluations ont été données à la gentillesse et la patience du personnel (30), preuve s'il en fallait de la primordialité des rapports humains tout au long de la vie. En outre, la vie en EHPAD offrait un allègement de la charge mentale puisque l'ensemble des services était proposé, ce qui permettait une certaine tranquillité d'esprit et/ou du temps supplémentaire pour des activités. Enfin, le fait qu'il y ait du personnel 24h/24, même s'il fallait parfois attendre ou sonner plusieurs fois avant de voir quelqu'un, procurait un sentiment de sécurité. Toutefois, si nombre d'activités étaient proposées, les résidents pointaient le manque de sorties en dehors de l'EHPAD et un manque de souplesse du personnel, et plus généralement du règlement.

Il est important de noter que la famille des résidents semblait avoir un rôle central dans le bien être de ces derniers, nous y reviendrons dans la partie suivante.

Au fil des entretiens, j'ai pu constater à quel point les soucis concernant leur santé étaient un sujet de préoccupation récurrent, que ce soit pour eux-mêmes ou au travers des autres résidents. De ce fait, ils mettaient un point d'honneur à rester le plus possible en mouvement et à maintenir leur autonomie ; on sentait parfois un sentiment de fierté lorsqu'il était question des gestes qu'ils pouvaient faire seuls, sans avoir besoin d'appeler un(e) soignant(e) au secours.

Enfin, j'ai été frappée par la résilience dont a fait preuve l'ensemble des résidents que j'ai interrogé. La résilience est définie comme l'aptitude d'un individu à se construire et à vivre de manière satisfaisante en dépit de circonstances traumatiques (31). L'entourage (familial, amical ou encore le personnel soignant), l'activité narrative - c'est-à-dire le fait de se raconter au travers de son histoire et de son expérience -, les activités, les projets au sein de l'établissement semblent être des moteurs dans le processus de résilience chez les personnes âgées (32,33).

Dans notre étude, le médecin généraliste n'a pas forcément été désigné comme interlocuteur privilégié dans la préparation ou les discussions en amont de l'institutionnalisation, ce qui m'a étonnée. Cette partie du guide d'entretien concernant le médecin traitant a nécessité un peu plus de relances au moment des interviews, les résidents en parlant très peu spontanément. A noter que, souvent, lorsqu'il n'était pas signalé par les seniors comme personne référente, cela tenait au fait que la relation médecin-patient elle-même n'était pas forcément bonne, le médecin se montrant en fin de compte peu disponible et donc relégué à son rôle strictement médical voire administratif, la réflexion du lieu de vie n'étant pas véritablement considérée comme un problème médical. C'est également ce qui a été constaté dans la thèse de Madame Vilain, où le rôle attribué au médecin généraliste dans l'étape de l'entrée en établissement était celui qu'on lui accordait en temps normal (34). Les participants de notre travail avaient finalement peu de regrets de ne pas avoir pu aborder cette discussion. Cependant, pour quelques-uns, le docteur avait bel et bien un rôle de prévention et de conseil sans toutefois jamais avoir à imposer son avis. Mais, même

parmi ces derniers, aucun n'a eu de grande discussion ou n'a en tous cas pas eu l'impression que cette dernière fut primordiale. Dans la littérature, les médecins traitants eux-mêmes pensent qu'il est de leur rôle d'évoquer le sujet des EHPAD. En revanche, ils aborderaient rarement cette option. Les raisons évoquées sont le manque de temps lors des consultations et la réticence de leurs patients à ce sujet (35) ; le médecin aurait donc tendance à éviter le sujet de peur de se heurter à son patient, et ainsi d'éviter un désaccord. De ce fait, la réticence du patient entraverait la possibilité d'anticipation, le médecin généraliste n'ayant qu'un rôle de conseil. Si la personne âgée refuse, le docteur n'a déontologiquement pas d'autre choix que de se plier à la volonté du patient (36), ce qui peut mener à des mesures d'urgence par la suite et s'avérer catastrophique pour ce dernier (35).

Vraisemblablement, pour l'ensemble des résidents, le médecin généraliste n'a pas eu une place prépondérante dans l'accompagnement de l'entrée en institution bien que théoriquement il en aurait une. Que pourrions-nous faire pour accompagner au mieux les personnes âgées dans cette transition, compte tenu de l'enjeu de cette dernière, tout en restant à la place qu'on nous accorde ? En fin de compte, la diversité des expériences vécues et les caractères de chacun rappellent qu'une approche plus personnalisée serait probablement bénéfique lors de l'entrée en établissement.

II. Soigner l'amont pour un meilleur vécu en aval.

A. Véhiculer une meilleure représentation des EHPAD

Comme nous l'avons vu dans le point précédent, les EHPAD souffrent encore d'une vision négative. Cette dernière est renforcée quasi quotidiennement par les articles de presse traitant du manque de moyens ou de cas de maltraitance qui malheureusement existent réellement (37). Mais les discours semblent parfois relever plutôt d'idées préconçues que de réalités objectives (38). De ce fait, l'entrée en EHPAD est souvent repoussée au dernier moment par la personne âgée et/ou sa famille (39). Cependant, une fois arrivée dans son nouveau lieu de résidence, les représentations sembleraient se modifier au fur et à mesure, l'établissement offrant entre autres sécurité et vie sociale. Or, dans leur ouvrage intitulé « Construire une éthique en établissements pour personnes âgées », B. Laborel et R. Vercauteren soulignent que le passage en EHPAD reste totalement marqué par l'image que les futurs résidents, les familles et même les professionnels ont de ces structures (40). Par ailleurs, selon une enquête quantitative, 42% des médecins traitants ont une vision négative de ces dernières (35). Il serait par conséquent intéressant que les médecins traitants eux-mêmes aient une vision plus globale des maisons de retraite, afin qu'ils soient en mesure de transmettre une vision plus réaliste à leurs patients. Avec un discours plus juste et objectif, on peut s'attendre à ce que les patients appréhendent un peu moins leur entrée en EHPAD.

B. Favoriser le rôle actif du patient

1. Un patient qui choisit est un résident plus heureux

Dans notre travail, l'ensemble des résidents avait participé à la décision de rentrer en maison de retraite, ce qui diverge avec les données de la littérature. En effet, dans une étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution et les limites du maintien à domicile, Jean Mantovani, Christine Rolland et Sandrine Andrieu ont pu mettre en évidence que seuls 32% des personnes arrivant en maison de retraite avaient participé à la décision d'y aller, et 54% pour les résidents autonomes (41). Pourtant, le libre choix d'entrer en institution est un prérequis essentiel au bon vécu une fois en EHPAD. Sans lui, le lien de confiance entre le résident et le personnel de l'établissement sera plus difficile à créer (42). Selon le rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie, la probabilité d'une « perte totale du goût de vivre » est diminuée de 64 % lorsque la décision de venir a été prise par le senior (43). Selon une autre étude, 74 % des résidents sont satisfaits de leur situation lorsqu'ils ont décidé de l'entrée, même si cette décision leur a été fortement conseillée. Le chiffre tombe à moins de 60 % s'ils ont seulement « accepté » leur situation et chute à 37 % si la famille a décidé pour eux. Il n'y a pas d'information sur les « résistants » (41).

D'autre part, dans notre travail, la famille a joué un rôle prépondérant dans la transition domicile/EHPAD. Elle était partie prenante dans la discussion du lieu de vie avec la personne âgée, et permettait de prendre des informations directement auprès des EHPAD. Elle faisait parfois les visites à la place du futur résident, ce dernier n'étant pas assez mobile ou encore hospitalisé. L'entourage avait en outre un rôle certain à jouer dans l'administratif et l'organisation du déménagement des objets dans la

nouvelle résidence. Il était un soutien indéniable pour le senior qui n'avait parfois pas la force morale ou physique de s'en occuper.

2. Ce que nous dit la loi

a) La législation

La loi du 29 juillet 1994 a instauré le fait que le consentement du nouveau résident doit être recueilli à son admission. En janvier 2002, une nouvelle loi rénovant l'action sociale et médico-sociale a été promulguée, énonçant 7 droits fondamentaux (44):

- Le respect de la dignité, l'intégrité, l'intimité, la sécurité
- Le libre choix sur les prestations à domicile ou en établissement
- Le consentement éclairé. Afin de formaliser ce dernier, l'article L.311-4 du CASF dispose qu'un contrat de séjour doit être conclu avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal (45).
- La confidentialité des données relatives à l'usager
- L'accès à l'information ou des documents relatifs à sa prise en charge
- L'information sur les droits fondamentaux et droits de recours
- La participation du résident au projet d'accueil et d'accompagnement

D'un point de vue des professionnels de santé, le code de déontologie médicale prévoit que le médecin a un devoir d'information claire, loyale et appropriée envers le malade (46) et qu'il doit rechercher à obtenir son consentement pour ses soins ; il n'est

nullement prévu qu'il substitue sa décision à celle du patient, sauf dans certains cas, comme l'urgence vitale (47).

Une demande d'institutionnalisation en EHPAD ne devrait donc jamais se faire sans information préalable du patient d'une part et sans recherche de son consentement d'autre part.

b) Un problème éthique

Les patients en EHPAD ayant des troubles cognitifs représentent une part importante de l'ensemble des résidents (9). La place du consentement pour ces derniers devient alors délicate. Le consentement est de l'ordre du contrat entre deux parties supposées égales et en pleine possession de leurs facultés de discernement. Or, les troubles cognitifs sont associés à une altération du jugement et du raisonnement d'autant plus quand ils sont sévères (48). Pour autant, les troubles cognitifs n'enlèvent pas toutes les capacités de décision et il est important de garder une présomption de compétence, renouvelée dès que nécessaire quant au choix et au ressenti du sujet (49). Ainsi il faut toujours expliquer les choses au futur résident et rechercher son adhésion. On voit bien là les limites auxquelles patients, familles, médecins et personnels des EHPAD peuvent faire face. Ce qui parait primordial, c'est de tisser en amont un lien de confiance entre praticiens, patient et famille, travailler ensemble à une solution et rechercher l'assentiment du patient plutôt que le consentement. L'assentiment, bien que presque synonyme de consentement, se rapproche plus des sensations que l'on peut éprouver, percevoir et ressentir et peut être tacite (48). Cela demande plus de temps que de cocher une simple case dans un

dossier sur l'accord donné ou non par le patient/résident mais rendra la relation bien plus riche et englobera l'ensemble de la personne dans sa complexité.

3. Un choix illusoire ?

Certains chercheurs se sont rendus compte qu'il y avait une discordance entre les enquêtes quantitatives où le choix du déménagement en EHPAD est attribué à l'entourage familial du résident, et les enquêtes qualitatives où la plupart des personnes âgées présentent cet événement comme le résultat d'une décision personnelle, prise pour ne pas être un poids ou un fardeau pour l'entourage (50). Ainsi, même si initialement ce n'était pas toujours un réel choix, le senior peut penser que c'en était un.

Plusieurs auteurs ont tenté de décrypter ce qu'il se joue pour les personnes âgées lorsqu'elles sont en perte d'autonomie et dans quelle mesure le choix d'aller en maison de retraite est réel. Dans un article intitulé « Le libre choix du lieu de vie, une utopie nécessaire », Geneviève Laroque (présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie) met en avant que la transition en EHPAD est pour la plupart un choix par défaut, « faute de mieux », et qu'il est orienté par les conditions matérielles, financières, environnementales et relationnelles de la vie de chaque sujet (51). Face à cette situation, la personne âgée aurait plusieurs moyens de réagir : soit elle fait le choix d'assumer la perte du domicile au profit d'une vie en EHPAD a priori mieux adaptée à son état de santé - et c'est paradoxalement en reconnaissant le déclin du corps qu'elle se réapproprie ce dernier et ainsi peut reprendre le dessus sur sa situation (50) *;* soit elle prendra cette occasion du choix du lieu de vie comme l'opportunité de donner la responsabilité à quelqu'un de son entourage, ce qui pourra procurer un apaisement par

l'entrée ou le maintien dans une dépendance acceptée, facteur de sécurité ressentie (51). Un phénomène rejoint un peu cette hypothèse, celui de la déprise. Cette dernière est un processus actif de réorganisation de l'existence au cours du vieillissement (52, 53). Elle peut mettre en œuvre différentes stratégies : l'adaptation (continuer une activité en l'adaptant à ses problèmes), la substitution (remplacer son activité par une autre), la délégation (confier à un proche la réalisation d'une activité) ou l'abandon (renoncer à une activité au profit d'une autre jugée plus importante pour soi) (21).

Par ailleurs, selon Gildas Appéré, lorsque la présentation d'un choix à faire repose d'abord sur la contrainte par les risques, la défense des individus va se faire par automimétisme ou décrédibilisation, et donc provoquer l'entrée dans un conflit dont l'issue sera souvent une institutionnalisation contrainte (34). À l'inverse, lorsqu'il semble y avoir un accompagnement de la personne et réflexion dans la reconnaissance qu'elle a de sa propre situation, les choses peuvent se passer de façon plus sereine, sur le mode de la « déprise » que nous avons vu ci-dessus. La condition pour cette « maturation» est corrélée à un temps long qui ne s'accorde pas avec la perte, pouvant être rapide, de l'autonomie fonctionnelle. Encore une fois, la prévention semble être un atout au meilleur vécu de la transition domicile/EHPAD.

C. Et concrètement ?

Nous l'avons vu, il est important de rendre la personne âgée actrice de sa transition et ne pas hésiter à intégrer son réseau familial qui semble être un pilier pour elle. À travers une meilleure vision, le patient aura peut-être moins de mal à sauter le

pas et son vécu en sera meilleur. En tant que médecin traitant, nous avons donc notre rôle de prévention à jouer quant à la perte d'autonomie.

Pour ce faire, on pourrait envisager une consultation spécifique avec le patient, un ou plusieurs membre(s) de sa famille, et pourquoi pas l'infirmier(e) en charge du patient s'il en a un(e), une sorte de réunion pluriprofessionnelle avec le patient. Cela permettrait à ce dernier d'exprimer ses désirs et ses craintes, à la famille de donner son point de vue à elle - qui diverge souvent de celle de son ainé - et de donner des informations dont le médecin ne dispose pas toujours. Quant aux professionnels de santé, ils ont un regard souvent plus objectif sur la situation. Le but de cette consultation ne serait pas d'inciter à la transition en maison de retraite en tant que telle, mais bien de faire le point sur les envies et besoins du patient et de l'informer, lui et son entourage, de manière ouverte. Les aides à domicile actuelles sont-elles suffisantes ? Si non, quelles sont les options possibles ? Ce serait aussi l'occasion de discuter des différentes alternatives qu'il existe à la vie à domicile (accueil de jour, hébergement temporaire, résidence autonomie, etc.), de dédiaboliser la vie en EHPAD et de proposer une inscription de sécurité dans un établissement, non pas pour forcer le patient à y aller, mais dans le but de le rendre acteur en visitant et préparant la transition si elle devait s'avérer nécessaire un jour, de sorte à mieux vivre les choses par la suite, car anticiper l'entrée en EHPAD en réalisant des demandes auprès des établissements souhaités, c'est aussi anticiper une situation de crise, se protéger soi, et son libre choix.

De manière collective, on pourrait envisager des soirées à thème au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sur les thèmes de la perte d'autonomie et des EHPAD, ou bien directement à travers les collectivités locales.

III. Un accompagnement renforcé les premiers jours

Dans notre travail, les premiers jours ont dans l'ensemble été rapportés comme les plus difficiles à vivre. Selon l'enquête « Résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées » réalisées par la DREES en 2007, les premiers moments dans l'institution sont déterminants (54). De ce fait, nous pourrions envisager un accompagnement individualisé et personnalisé les premiers jours afin que la personne se sente attendue, conformément aux recommandations de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) (55, 56). Certaines personnes interrogées ont exprimé le fait de se sentir seules et perdues dans cette nouvelle demeure. On pourrait donc envisager une nouvelle visite de l'établissement le jour J et un accompagnement par un membre du personnel soignant ou bien un autre résident dans le réfectoire, la salle d'animation ou d'autres pièces les premiers jours et ce, jusqu'à bonne intégration des lieux. Concernant la rupture avec la vie à domicile, avoir ramené en avance quelques objets de la maison et qu'ils soient déjà disposés à l'arrivée du résident pourrait aussi permettre une transition un peu moins brutale, c'est ce qui se fait d'ailleurs déjà dans certains EHPAD. Enfin, il est souhaitable qu'un membre de la famille soit présent pour ce moment si spécial, il est dans certains cas déjà proposé que cette personne se joigne au nouvel arrivé pour le premier repas. Au cours de la première semaine, l'ensemble du personnel soignant ainsi que le directeur de l'établissement pourraient se présenter au senior afin qu'il reconnaisse les différents visages et se sente plus à l'aise.

D’un point de vue médical, l’ancien ou le nouveau médecin traitant ou à défaut le médecin coordinateur pourrait venir faire le point avec le résident afin de lui montrer qu’il est présent pour lui en ce qui concerne les soucis de santé ; cela serait aussi l’occasion de faire le point sur le ressenti de la personne âgée dans sa nouvelle vie et de renouveler son intérêt à ce sujet. Il semble pertinent de proposer systématiquement un suivi psychologique, libre au patient d’accepter ou non. Par ailleurs, on l’a vu, les seniors sont demandeurs de maintenir leur autonomie au maximum et le plus longtemps possible. Selon la situation clinique, le médecin traitant pourrait proposer des séances de kinésithérapie afin de promouvoir au maximum le mouvement et le maintien des capacités physiques du résident, d’autant plus que souvent ils se mobilisent finalement moins en EHPAD qu’à leur ancien domicile (ascenseur, peu de sorties extérieures, etc.).

Dans notre étude, les rapports humains semblaient essentiels pour les personnes âgées. Bien que des activités soient proposées pour ceux qui le souhaitaient, le manque de personnel était criant. Ainsi, les seniors estimaient avoir un temps d’interaction insuffisant avec les soignants lors de leurs « tournées », ou encore de devoir attendre longtemps lorsqu’ils avaient un problème, faute de personnel. Si la loi promeut un grand nombre de droits pour les usagers des EHPAD (44), la réalité des faits est souvent tout autre, et ce, par manque de moyens. On pourrait encourager la présence de bénévoles au sein des EHPAD. Ces derniers consacreraient du temps aux résidents, que ce soit au travers d’activités, de sorties à l’extérieur, aider lors des repas, ou encore en fonction de leurs compétences propres ; ainsi l’équipe soignante pourrait se consacrer plus longuement aux résidents lorsqu’ils en ont besoin. Dans un des EHPAD dans lequel j’ai réalisé des entretiens, il y avait par exemple une semaine de

l'Osterputz (nettoyage de printemps) où nombre de bénévoles se succédaient pour faire de la peinture, s'occuper des résidents, etc., tout cela dans une bonne ambiance ; c'était très plaisant à voir et cela m'a paru avoir un double effet : mettre du baume au cœur aux résidents d'une part, et encourager une meilleure image des EHPAD pour l'entourage, les visiteurs et le personnel d'autre part.

IV. Forces et limites de notre étude

A. Forces

1. Choix du sujet

Le sujet choisi est d'actualité et touche l'ensemble des médecins généralistes dans leur quotidien professionnel mais aussi potentiellement personnel. Par ailleurs, d'après mes recherches préalables, il existe plusieurs thèses sur les représentations sociales des EHPAD mais très peu d'études qualitatives sur le ressenti des personnes âgées elles-mêmes au moment même et après institutionnalisation.

2. Choix de la méthode

La méthode qualitative englobe des questions assez ouvertes et a permis de se baser sur le discours concret des principaux concernés. L'enregistrement des entretiens a donné lieu à une retranscription fidèle du discours verbal et non verbal (silence, rire, etc.) et le fait que je ne prenais pas de notes au cours des entretiens a pu favoriser les échanges entre interviewés et intervieweur. La relecture des deux premiers entretiens et la validation de l'analyse de ces derniers ainsi que de l'analyse globale par la directrice de thèse sont également des éléments majorant la validité interne de cette étude.

B. Limites

1. Biais de sélection

Les résidents ont été recrutés en fonction de leur date d'arrivée en EHPAD et de leur MMSE. Or, les personnes ayant des troubles cognitifs en EHPAD représentent une part importante de l'ensemble des résidents, il y a donc un biais de sélection. Les entretiens ont été réalisés après accord des participants, ce qui a pu engendrer également un biais qui reste faible, étant donné que tous ceux à qui la question a été posée ont accepté de participer. Enfin, la plupart des EHPAD dans lesquels je suis intervenue étaient des établissements privés à but non lucratif, ce qui peut également être source de biais.

2. Biais d'investigation

Par ailleurs, c'était la première fois que je réalisais des entretiens semi-dirigés dans le cadre d'une thèse qualitative, certaines questions ont pu orienter certaines réponses malgré mes efforts pour rester la plus neutre possible. J'ai également constaté une différence entre les premiers entretiens où je me référais plus à mon questionnaire, et les suivants où mon aisance se faisant, la discussion était plus fluide. Ceci constitue un biais d'investigation.

3. Biais de désirabilité sociale

Lors des entretiens, les résidents ont également pu s'autocensurer et vouloir répondre ce qu'ils pensaient que je veuille entendre, ce qui se nomme un biais de désirabilité sociale ; j'ai constaté qu'ils n'osaient pas toujours tout dire, ou me demandaient à plusieurs reprises « Ça reste entre nous ?» et m'associaient parfois au personnel de l'EHPAD. J'ai par la suite encore plus insisté en début d'entretien sur le fait que tout était anonyme et que je ne travaillais pas pour les EHPAD, afin de diminuer ce biais autant que possible.

4. Biais d'interprétation

Enfin, il y a un biais d'interprétation inhérente à l'étude qualitative. Il y a toujours une part subjective dans l'analyse des données bien qu'il y ait eu une relecture et validation de la directrice de thèse pour deux entretiens et l'analyse globale afin de réduire ce biais. De plus, il y avait parfois un double discours concernant un même sujet à quelques phrases d'intervalles, j'ai essayé de rester la plus fidèle possible et de rester au plus juste de ce que disaient les résidents tout au long de l'entretien.

CONCLUSION

Les représentations de l'institutionnalisation souffrent toujours d'une vision assez péjorative. Les alternatives à l'institutionnalisation en EHPAD semblent peu connues et la maison de retraite médicalisée finit malgré tout par être considérée comme l'ultime solution lorsque la vie à domicile s'avère trop compliquée à gérer.

En discutant avec les résidents nouvellement arrivés en EHPAD, nous avons pu constater que la transition est en effet un moment difficile, du fait d'une rupture avec leur vie antérieure. La proximité de l'entourage semble être un atout en amont pour l'aide administrative, lors de l'entrée en établissement, mais aussi en aval tout au long du quotidien de cette nouvelle vie. Si les premiers jours sont, pour la plupart, mal vécus du fait de ce changement radical, au fil des semaines, cela semble s'apaiser et le positif finit par l'emporter sur le négatif. Les avantages rapportés prenant le dessus sont la qualité des relations avec le personnel soignant et les autres résidents ainsi que la diminution de la charge mentale, permettant de profiter sereinement de joies simples de la vie.

Le médecin traitant est quant à lui souvent relégué à un second rôle, car vu comme non disponible, et la question du lieu de vie non considérée comme médicale. Il aurait pourtant un rôle à jouer au vu de sa position de médecin de famille et la relation de confiance instaurée souvent depuis des années avec les patients vieillissants; cela, à condition qu'il anticipe l'abord du sujet de la perte d'autonomie avec ces derniers. Il n'est toutefois pas le seul acteur à avoir un rôle dans cette entrée en institution et cela

nécessite une réflexion globale et sociétale s'appuyant sur la parole que nous avons tenté de donner aux plus concernés par cette transition vers l'EHPAD.

VU
Strasbourg, le 9.10.24
Le président du jury de thèse

Professeur

Professeur Emmanuel ANDRES
Spécialiste en Médecine Interne
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Président de la C.M.E.
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Service de Médecine Interne - Hôpital de Hautepierre
Tél. : 03.88.12.71.33 ou 03.88.12.71.26
Email : emmanuel.andres@chru-strasbourg.fr
N° RPPS : 10002436391

VU et approuvé
Strasbourg, le 23 OCT. 2024
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA

ANNEXES

ANNEXE 1 - MMSE

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E) Date :..... Evalué(e) par : ..... Niveau socio-culturel	Etiquette du patient

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? .....

☞ *Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant* :

	!Qou1!		!Qou1!
1. en quelle année sommes-nous ?	!____!	4. Quel jour du mois ?	!____!
2. en quelle saison ?	!____!	5. Quel jour de la semaine ?	!____!
3. en quel mois ?	!____!		

☞ *Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.*

6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ?	!____!
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?	!____!
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?	!____!
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?	!____!
10. A quel étage sommes-nous ici ?	!____!

APPRENTISSAGE

☞ *Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.*

11. Cigare		[citron		[fauteuil	!____!
12. fleur	ou	[clé	ou	[tulipe	!____!
13. porte		[ballon		[canard	!____!

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

☞ *Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14.	93	!____!
15.	86	!____!
16.	79	!____!
17.	72	!____!
18.	65	!____!

☞ *Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :* « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

☞ *Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?*

19. Cigare		[citron		[fauteuil	!____!
20. fleur	ou	[clé	ou	[tulipe	!____!
21. porte		[ballon		[canard	!____!

LANGAGE

22. quel est le nom de cet objet?	Montrer un crayon.	!____!
23. Quel est le nom de cet objet	Montrer une montre	!____!
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »		!____!

☞ *Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :* « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

25. prenez cette feuille de papier avec la main droite.	!____!
26. Pliez-la en deux.	!____!
27. et jetez-la par terre ».	!____!

☞ *Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet* :

28. «faites ce qui est écrit ».	!____!

☞ *Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :*

29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »	!____!

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

☞ *Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :*

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ».	!____!

SCORE TOTAL (0 à 30) **!____!**

FERMEZ LES YEUX

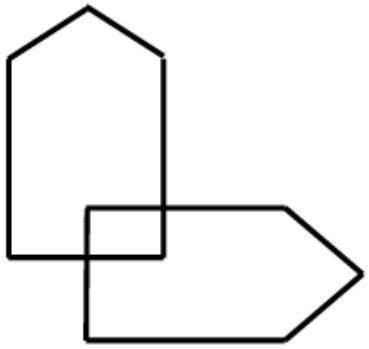
Phrase :

……

……

……..

Recopier le dessin :



ANNEXE 2

DOCUMENT D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
NOTE D'INFORMATION

Coordinateur de la recherche
Docteur Faidherbe Valérie, médecin généraliste en Alsace.
Investigateur
Marie Vuillemin, médecin généraliste remplaçante

Madame, Monsieur,
Vous êtes invité(e)s à participer à une étude que je mène dans le cadre de mon doctorat en médecine générale. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e)s à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

1. **Procédure de l'étude**

Vous vous entretiendrez avec Mme Marie Vuillemin, au cours d'un entretien individuel dans un lieu que vous aurez choisi. Cette étude vise à mieux comprendre le vécu des patients lorsqu'ils arrivent en EHPAD et a pour but de les accompagner au mieux dans cette transition et/ou en amont quand la question du lieu de vie se pose.
Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique de la faculté de santé de Strasbourg en date du 07/03/2024. Elle fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission nationale informatique et liberté).

2. **Risque potentiel de l'étude**

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. **Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.**

3. **Bénéfices potentiels de l'étude**

Cela pourrait permettre aux médecins généralistes et aux soignants de manière plus globale de discuter en amont avec les personnes âgées concernant leurs souhaits et les possibilités qui existent, de discuter des inscriptions de sécurité en EHPAD par exemple, et de mieux les accompagner lorsqu'ils arrivent en maison de retraite. En somme, d'améliorer la prise en charge des patients dans cette étape qui n'est pas toujours facile.

4. **Participation à l'étude**

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire.

5. **Rémunération et indemnisation**

La participation à cette étude n'est pas rémunérée.

6. Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de l'investigateur principal : Vuillemin Marie, par courriel : marie.vuillemin@etu.unistra.fr. A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de cette recherche, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.
Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement ci-joint :

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé portant sur le ressenti des personnes âgées lorsqu'ils arrivent en EHPAD.
J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier. Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraine de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement l'investigatrice principale.
J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.
J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.
J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.
Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.
☐ Je souhaite recevoir les résultats de cette étude, une fois terminée.

Date et lieu : Nom et signature :

ANNEXE 3

GUIDE D'ENTRETIEN

I. Questionnaire épidémiologique

⇨ Le but est d'avoir quelques renseignements sur les participants. D'autre part, cela permet de ne pas alourdir trop l'entretien avec des questions fermées.

Personnes	A	B	C	...
Age				
Sexe				
Profession				
Situation familiale				
Date entrée à l'EHPAD				
Lieu de vie avant institutionnalisation				
Aides informelles avant institutionnalisation				
Aides formelles avant institutionnalisation				
Motif principal d'institutionnalisation				
Depuis ville ou hôpital (urgence ou programmé)				
Pathologies notables				
Troubles cognitifs (MMSE)				
Types Ehpad				

II. Entretien

1. Question « brise glace » : Pouvez-vous vous présenter ? (pour relancer si peu de réaction : d'où ils viennent, conjoint/mari/ ce qu'ils aiment faire)
   (=> faire connaissance et mettre en confiance afin que le participant puisse s'exprimer librement)

2. Le vécu lors du passage de la vie au domicile à la vie en institution

a) En amont de l'institutionnalisation

- Quel regard portiez-vous sur les maisons de retraite ? (Aviez-vous des connaissances qui y étaient ?) Et maintenant que vous y êtes, votre regard a-t-il changé ?
- Avez-vous déjà discuté avec votre entourage d'un éventuel déménagement en maison de retraite ?

b) Au moment de l'institutionnalisation
   - Quel regard portez-vous sur les maisons de retraite ?
   - Y avait-il un élément déclencheur, avez-vous eu le temps de vous y préparer ? comment vous êtes-vous rendu compte que le maintien à domicile devenait compromis si c'était le cas ?

- Etait-ce votre décision et pourquoi? Si non, Avez-vous été consulté par un proche ? En aviez-vous déjà discuté avec vos proches et qu'en était-il ressorti ? **Comment avez-vous vécu cela ?**
- Avantages/inconvénients à la vie à domicile et en EHPAD selon vous ? (manque certaines choses ? en retrouve d'autres ?)
- Avez-vous des espérances/ qu'attendez-vous de la vie ici ?

3. La place du médecin/des soignants dans cette étape
   - Quelles sont les personnes avec qui vous avez pu discuter des questions autour de l'institutionnalisation ? Avec qui vous pouvez encore en parler ?
   - Auriez-vous aimé avoir un accompagnement différent, par qui ?
   - Votre médecin traitant vous en avait-il déjà parlé ? Auriez-vous aimé qu'il vous en parle, Qu'auriez-vous attendu/Qu'attendez-vous de lui ? (**si non évoqué spontanément**)

4. Une voie d'amélioration
   - Que pourrait-on améliorer selon-vous ? (au sein de l'EHPAD/accompagnement dans la transition/ informations en amont/ soignant/proche)

5. Porte ouverte
   - Souhaiteriez-vous rajouter quelque chose ?

ANNEXE 4 – Accord Comité d'Éthique.

COMITE D'ETHIQUE

des Facultés de Médecine, d'Odontologie, de Pharmacie, des Ecoles d'Infirmières, de Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux

Strasbourg, le 7 mars 2024

Dr Vuillemin et Dr Faidherbe

HUS

Jean SIBILIA
Doyen

Affaire suivie par
Anne-Marie KASPROWICZ
NHC
Tél. : (33) 03 69 55 08 79
Anne-marie.medina@chru-strasbourg.fr

Référence : CE-2024-33

Chers collègues

Le comité d'éthique vous remercie d'avoir soumis l'étude non interventionnelle intitulée **«Vécu de la personne âgée lors du passage de la vie à domicile à la vie en institution ».**

Après en avoir délibéré, le comité d'éthique émet un avis favorable à cette étude et nous restons à votre disposition pour les aspects éthiques et règlementaires.

Horaires d'ouverture :
- du lundi au vendredi
de 08h00 à 12h00
de 13h00 à 16h00

Pr François Clauss

Faculté de médecine
Secrétariat Général
4, rue Kirschleger
F-67085 Strasbourg Cedex
Tél : (33) 03 68 85 34 98
Fax : (33) 03 68 85 34 24
www-unistra.fr
medecine@adm-ulp.u-strasbg.fr

ANNEXE 5 – CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Participant	Sexe	Age	Profession	Situation familiale	Lieu de vie avant institutionnalisation	Aides informelles avant institutionnalisation	Aides formelles avant institutionnalisation	Arrivé en EHPAD depuis (en mois)	Motif d'institutionnalisation principal	Depuis ville ou hopital	Types Ehpad	Pathologies notables	Troubles cognitifs (MMSE)
A	F	96	Femme de ménage	Veuve, 2 E	Maison	E + Belle-fille	IDE+Aux. Vie + Repas+Ménage	1	Soucis de santé en chaine	H	Public	DMLA, Occlusion	23
B	M	75	PDG	En couple, 2 E	Maison	Compagne	Aucune	5	Majoration dépendance	D	PBNL	Insuffisance respiratoire	28
C	M	94	Chef d'atelier	Veuf, 5 E (2 décédés)	Maison	E	Aucune	3	Suite chute	H	PBNL	Cardiopathie	26
D	M	91	Ingénieur	Marié, 1 E	Maison	E	IDE+ Repas + Ménage	5,5	Majoration dépendance	D	PBNL	HTA, Colostomie, surdité	28
E	F	94	Femme au foyer	Mariée, 3 E (1 décédé)	Appartement	E + Voisins	Ménage	1,5	Suite chute	H	Public	Ostéoporose	23
F	F	86	Directrice école	Veuve, 4 E	Appartement	E	Aux. Vie + Ménage	5,5	Soucis de santé en chaine	H	PBNL	ACFA, fractures multiples	24
G	F	90	Femme au foyer	Veuve, 4 E	Maison	E	Ménage	3,5	Majoration dépendance	D	PBNL	Cardiopathie, difficulté à la marche	24
H	F	90	Gérante d'un restaurant	Veuve, 1 E (décédé)	Appartement	Petite-fille	IDE + Kiné + Repas + Ménage	3	Soulager ses proches	D	PBNL	Lombalgies invalidantes	22
I	F	97	Institutrice	Veuve, 1 E	Maison	E + Belle-fille	IDE + Ménage	1	Soulager ses proches	D	PBNL	Cardiopathie	29
J	F	93	Ouvrière	Veuve, 3E	Maison	E	IDE	3	Evt soudain	H	PBNL	Cancer, Douleurs sur arthrose	28
K	F	95	Institutrice	Mariée, 2 E	Maison	E	Aux. Vie + Repas + Ménage	1,5	Majoration dépendance	D	PBNL	HTA	28
L	F	95	Institutrice puis conseillère	Veuve	Maison	Fratrie et Neveux	Aucune	3	Soulager ses proches	D	PBNL	Cardiopathie, diabète	21
N	F	94	Ouvrière	Veuve, 3 E	Maison	E	IDE + Aux. Vie + Repas + Ménage	5,5	Majoration dépendance	D	PBNL	Cardiopathie, diabète	25
O	F	88	Agricultrice	Veuve, 4 E	Maison	E	Aucune	3	Majoration dépendance	D	PBNL	Cardiopathie	22

Aux. Vie= Auxiliaire de vie ; D= Domicile ; E = Enfants ; Evt = Evènement ; F= Féminin ; H = Hôpital ; IDE= Infirmier ; M= Masculin ; Ménage = Aide au ménage ; PBNL = Privé à but non lucratif ; Repas = Portage des repas ;

BIBLIOGRAPHIE

1) Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). France, portrait social édition 2019 : Seniors [Internet]. 2019 [cité le 13 juil. 2024]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781
2) Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Bilan démographique 2023 : En 2023, la fécondité chute, l'espérance de vie se redresse [Internet]. 2024 [cité le 13 juil. 2024]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004?sommaire=7746197#graphique-figure6_radio1
3) Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES). L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,6 ans pour les femmes et 11,3 ans pour les hommes, en 2021 [Internet]. 2023 [cité le 13 juil. 2024]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/ER1258MAJ240223.pdf
4) Collège national des enseignants de gériatrie ; Item 130 : Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. Gériatrie 3ème édition. Elsevier Masson. 2015. p.187-99.
5) Service-public.fr. APA : qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir ? [Internet]. 2024 [cité le 13 juil. 2024]. Disponible sur : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229
6) Pour-Les-Personnes-Agées.gouv.fr. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) [Internet]. 2024 [cité le 13 juil. 2023]. Disponible sur : https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa

7) Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 [Internet]. 2019 [cité le 13 juil. 2024]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949
8) Solidarités.gouv.fr. Faciliter le choix de vieillir à domicile [Internet]. 2024 [cité le 20 juil. 2024]. Disponible sur : https://solidarites.gouv.fr/faciliter-le-choix-de-vieillir-domicile
9) Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES). Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? [Internet]. 2023 [cité le 20 juil. 2024]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/DD104EMB.pdf
10) Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES). Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées [Internet]. 2022 [cité le 20 juil. 2024]. Disponible sur : https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p07dk5s0/f1.pdf
11) Duée M, Rebillard C. ; La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Données Sociales - la société française édition 2006. p.613-19.
12) Dorange M. ; L'institution dans l'imaginaire du plus grand nombre. Gérontologie et société. 2005. Vol.112. p. 123-39.
13) Donnio I. ; L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Gérontologie et société. 2005. Vol.112. p. 73-92.
14) Evence S. ; L'entrée en institution des personnes âgées : étude rétrospective de 107 cas et implication du médecin généraliste. Thèse de médecine. Université de Grenoble. France ; 2010.

15) El Mouadan N. ; Motifs et modes d'entrée en maison de retraite : point de vue des résidents et implication de leur médecin généraliste. Thèse de médecine. Université Paris 13. France ; 2003.

16) Aubin-Auger I. ; Mercier A. et col. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008. Vol.19 No.84. p 142-5. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf

17) Lebeau JP. ; Chapitre IV : les approches et les postures. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Média-Santé. 2021. p. 50-60.

18) Haute Autorité de Santé. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer [Internet]. 2009 [cité 25 Juil 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-11/maladie_dalzheimer_-_synthese_-_septembre_2009.pdf

19) Billé M. ; L'entrée en institution dernière mise en demeure. Gérontologie et société. 2005. Vol.112. p. 63-72.

20) Birckenstaff J. ; Institutionnalisation des personnes âgées : les représentations sociales et leurs impacts. Canadian Social Work Review (Revue Canadienne de service social). 2003. Vol.20 No.2. pp. 227-241. Disponible sur : https://www.jstor.org/stable/41669787

21) Hauth H. ; Représentations sociales des EHPAD chez les plus de 65ans. Thèse de médecine. Université de Strasbourg. France ; 2016.

22) Badey-Rodriguez C. ; L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale. Gérontologie et société. 2005. Vol.112. p. 105-14.

23) Sénat. La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie : une implication forte des finances publiques [Internet]. 2008 [cité 25 Juil 2024]. Disponible sur : https://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-1-syn.pdf

24) Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES). Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite [Internet]. 2018 [cité le 30 juil. 2024]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1095_toile.pdf

25) Billaud S. ; Financer le vieillissement en institution par le patrimoine en milieu modeste. Retraite et Société. Fév. 2012. Vol.62 p.105-25. Disponible sur : https://shs.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2012-1-page-105?lang=fr

26) Sayn I. ; Mobiliser le patrimoine des personnes âgées. Gérontologie et société. 2006. Vol.117. p. 217-28. Disponible sur : https://shs.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-2-page-217?lang=fr31)

27) Balard F., Somme D. ; Faire que l'habitat reste ordinaire, le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile. Gérontologie et société. 2011. Vol.136. p. 105-18.

28) Zielinski A. ; Être chez soi, être soi : domicile et identité. Études. Juin 2015. Vol. 4217. p. 55-65. Disponible sur : https://www.revue-etudes.com/article/etre-chez-soi-etre-soi-domicile-et-identite/16902

29) Duplay C. ; vécu d'une personne âgée et de son entourage dans un situation de maintien au domicile complexe. Thèse de médecine. Université de Strasbourg. France ; 2017.

30) Institut Scientifique de Santé Publique (Belgique). Enquête de satisfaction dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et de soins [Internet]. 2007 [cité 30

Juil 2024]. Disponible sur : https://www.sciensano.be/sites/default/files/satis_rapport_2007_fr.pdf

31) Larousse. Résilience [Internet]. 2024 [cité 30 Juil 2024]. Disponible sur : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9silience/68616

32) Duarte C. ; L'ergothérapie et la résilience de la personne âgée vivant en EHPAD. Mémoire d'initiation à la recherche. Université de Rouen. France ; 2016. Disponible sur : https://anfe.fr/wp-content/uploads/2022/02/DUARTE-RESILIENCE.EHPAD_.RESIDENT.ERGOTHERAPEUTE-f7bf8338.pdf

33) Ribes G. ; Résilience et vieillissement. Reliance. 2006. Vol.21. p. 12-18. Disponible sur : https://shs.cairn.info/revue-reliance-2006-3-page-12?lang=fr

34) Villain A-S. ; Ressenti des personnes âgées sur les déterminants de leur entrée en établissement d'hébergement et sur le rôle du médecin traitant. Thèse de médecine. Université de Rennes 1. France ; 2016. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01745540v1/file/VILLAINAnne-sophie.pdf

35) Lahaye S. ; Place du médecin généraliste picard dans l'entrée en institution de la personne âgée dépendante. Thèse de médecine. Université de Picardie Jules Verne. France ; 2015. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01244067/document

36) Tacnet Auzzino D. ; La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD. Gérontologie et société. Déc. 2009. Vol.131. p. 99-121. Disponible sur : https://shs.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2009-4-page-99?lang=fr

37) Trajectoires Humaines Transcontinentales. Soigner l'image de l'EHPAD pour soigner les ressources territoriales et l'innovation sociale en gérontologie [Internet]. 2022 [cité 10 Aout 2024]. Disponible sur : https://www.unilim.fr/trahs/4890

38) Accarain E. ; Transition vers la maison de repos : vécu de la personne âgée et rôle du médecin généraliste. Mémoire de master complémentaire en médecine générale. Université de Louvain. Belgique. 2019.

39) Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC). Les processus d'entrée en structure d'accueil pour personnes âgées vu par leurs proches [Internet]. 2018 [cité 10 Aout 2024]. Disponible sur : https://www.credoc.fr/publications/les-processus-dentree-en-structure-daccueil-pour-personnes-agees-vu-par-leurs-proches-1

40) Laborel B., Vercauteren R. ; Construire une éthique en établissements pour personnes âgées. Ramonville. Éditions Eres. 2004, p.42-59.

41) Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES). Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile [Internet]. 2008 [cité le 12 Aout 2024]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee83.pdf

42) Leudière S. ; Libre choix à l'entrée en EHPAD et dépression parmi les nouveaux résidents. Thèse de médecine. Université de Brest. France ; 2014. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01903865

43) Observatoire National de la Fin de Vie. Rapport 2013 : Fin de vie des personnes âgées [Internet]. 2013 [consulté le 20 Aout 2024]. Disponible sur : http://www.onfv.org/rapport-2013-fin de-vie-des-personnes-agees/

44) Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Droits et libertés des résidents en EHPAD [Internet]. 2017 [consulté le 20 Aout 2024]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/droits_et_libertes_des_residents_juin_2017.pdf

45) Légifrance. Section 2 : Droits des usagers (Articles L311-3 à L311-12) [Internet]. 2024 [cité 25 Aout 2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721298/

46) Conseil National de L'Ordre des Médecins. Article 35 : information du patient [Internet]. 2021 [cité 25 Aout 2024]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient

47) Conseil National de L'Ordre des Médecins. Article 36 : consentement du patient [Internet]. 2021 [cité 25 Aout 2024]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-36-consentement-patient

48) Lefebvre des Noëttes V. ; Enjeux éthiques du consentement à l'entrée en EHPAD. Rhizome. Déc. 2019. Vol. 74. p. 7- 9. Disponible sur : https://shs.cairn.info/revue-rhizome-2019-4-page-7?lang=fr

49) Espace Éthique Poitou-Charentes. Autour du consentement à l'entrée en EHPAD [Internet]. 2012 [cité 25 Aout 2024]. Disponible sur : http://espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original_174747-autour-du-consentement-a-l-entree-en-ehpad.pdf

50) Macia E., Chapuis-Lucciani N., et col. ; Entrer et résider en maison de retraite : des relations de pouvoir autour du corps. Revue Française des Affaires Sociales. 2008. Vol.1. p. 191-204.

51) Laroque G. ; Le libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire. Gérontologie et société. Déc. 2009. Vol.131. p. 45-51.

52) Mallon I. ; Le « travail de vieillissement » en maison de retraite. Retraite et Société. Oct. 2007. Vol. 52. p. 39-61. Disponible sur : https://shs.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2007-3-page-39?lang=fr

53) Le blog de la gérontologie. Le vieillissement comme succession de transitions [Internet]. 2017 [cité le 9 Sept. 2024]. Disponible sur : https://gerontologie-blog.com/2017/03/04/vincent-caradec-lors-des-journees-detude-sur-le-vieillissement-individuel/

54) Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES). La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches [Internet]. 2011 [cité le 9 Sept. 2024]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dss18.pdf

55) Ramassaly-Gonzague M. ; Rôle de l'infirmière coordinatrice dans la mise en place de l'accueil individualisé du premier jour du futur résident. Mémoire d'infirmier référent et coordinateur d'EHPAD. Université Paris Descartes. France ; 2015. Disponible sur : https://ehpad.org/wp-content/uploads/2022/05/RAMASSAMY-GONZAGUE-Marie-Michelle-2015.pdf

56) Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Qualité de vie en EHPAD (volet 1) de l'accueil de la personne à son accompagnement [Internet]. 2010 [cité le 9 Sept. 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/qv1_ehpad_de_laccueil_de_la_personne_a_son_accompagnement_recommandations.pdf

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Faculté de médecine maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ..Vuillemin..... Prénom : ..Marie.....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À ..NOTHALTEN....., le ..13.10.2024.....

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.