

Année 2021

2021 TOU3 1028
2021 TOU3 1029

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Matthieu GUILHEM et Thomas JOYEUX

Le 04 Mai 2021

**QUELLE EST LA PERCEPTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LEURS PATIENTS
TRÈS ÂGÉS ?**

Directeur de thèse : Dr Émile ESCOURROU

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES

Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur

Monsieur le Docteur Émile ESCOURROU

Assesseur

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

| P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe | | P.U. - P.H. 2ème classe | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| M. AMAR Jacques | Thérapeutique | Mme BONGARD Vanina | Epidémiologie |
| M. ATTAL Michel (C.E) | Hématologie | M. BONNEVIALLE Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| M. AVET-LOISEAU Hervé | Hématologie, transfusion | Mme CASPER Charlotte | Pédiatrie |
| Mme BEYNE-RAUZY Odile | Médecine Interne | M. CAVAIGNAC Etienne | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. BIRMES Philippe | Psychiatrie | M. COGNARD Christophe | Neuroradiologie |
| M. BLANCHER Antoine (C.E) | Immunologie (option Biologique) | M. LAIREZ Olivier | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E) | Chirurgie Vasculaire | M. LAROCHE Michel | Rhumatologie |
| M. BRASSAT David | Neurologie | M. LOPEZ Raphael | Anatomie |
| M. BROUQUET Laurent | Chirurgie thoracique et cardio-vascul | M. MARTIN-BLONDEL Guillaume | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| M. BROUSSET Pierre (C.E) | Anatomie pathologique | M. MARX Mathieu | Oto-rhino-laryngologie |
| M. BUREAU Christophe | Hépto-Gastro-Entérologie | M. OLIVOT Jean-Marc | Neurologie |
| M. CALVAS Patrick (C.E) | Génétique | M. PAGES Jean-Christophe | Biologie cellulaire |
| M. CARRERE Nicolas | Chirurgie Générale | Mme PASQUET Marlène | Pédiatrie |
| M. CARRIE Didier (C.E) | Cardiologie | M. PORTIER Guillaume | Chirurgie Digestive |
| M. CHAIX Yves | Pédiatrie | Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline | Rhumatologie |
| Mme CHARPENTIER Sandrine | Médecine d'urgence | Mme SAVAGNER Frédérique | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. CHAUVEAU Dominique | Néphrologie | M. SIZUN Jacques | Pédiatrie |
| M. CHOLLET François (C.E) | Neurologie | Mme TREMOLLIERS Florence | Biologie du développement |
| M. DE BOISSEZON Xavier | Médecine Physique et Réadapt Fonct. | Mme VAYSSE Charlotte | Cancérologie |
| M. DEGUINE Olivier (C.E) | Oto-rhino-laryngologie | Mme VEZZOSI Delphine | Endocrinologie |
| M. DUCOMMUN Bernard | Cancérologie | | |
| M. FERRIERES Jean (C.E) | Epidémiologie, Santé Publique | | |
| M. FOURCADE Olivier | Anesthésiologie | | |
| M. FOURNIÉ Pierre | Ophthalmologie | P.U. Médecine générale | |
| M. GAME Xavier | Urologie | M. MESTHÉ Pierre | |
| M. GEERAERTS Thomas | Anesthésiologie et réanimation | | |
| M. IZOPET Jacques (C.E) | Bactériologie-Virologie | Professeur Associé Médecine générale | |
| Mme LAMANT Laurence (C.E) | Anatomie Pathologique | M. ABITTEBOUL Yves | |
| M. LANGIN Dominique (C.E) | Nutrition | M. POUTRAIN Jean-Christophe | |
| M. LAUQUE Dominique (C.E) | Médecine d'Urgence | | |
| M. LAUWERS Frédéric | Chirurgie maxillo-faciale | Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène | |
| M. LEOBON Bertrand | Chirurgie Thoracique et Cardiaque | Mme MALVAUD Sandra | |
| M. LIBLAU Roland (C.E) | Immunologie | | |
| M. MALVAUD Bernard | Urologie | | |
| M. MANSAT Pierre | Chirurgie Orthopédique | | |
| M. MARCHOU Bruno | Maladies Infectieuses | | |
| M. MAS Emmanuel | Pédiatrie | | |
| M. MAZIERES Julien | Pneumologie | | |
| M. MOLINIER Laurent | Epidémiologie, Santé Publique | | |
| M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) | Pharmacologie | | |
| Mme MOYAL Elisabeth (C.E) | Cancérologie | | |
| Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E) | Gériatrie | | |
| M. OSWALD Eric (C.E) | Bactériologie-Virologie | | |
| M. PARANT Olivier | Gynécologie Obstétrique | | |
| M. PARIENTE Jérémie | Neurologie | | |
| M. PARINAUD Jean (C.E) | Biol. Du Dévelop. et de la Reprod. | | |
| M. PAUL Carle (C.E) | Dermatologie | | |
| M. PAYOUX Pierre | Biophysique | | |
| M. PAYRASTRE Bernard (C.E) | Hématologie | | |
| M. PERON Jean-Marie | Hépto-Gastro-Entérologie | | |
| M. PERRET Bertrand (C.E) | Biochimie | | |
| M. RASCOL Olivier (C.E) | Pharmacologie | | |
| M. RECHER Christian(C.E) | Hématologie | | |
| M. RONCALLI Jérôme | Cardiologie | | |
| M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E) | Chirurgie Infantile | | |
| M. SALLES Jean-Pierre (C.E) | Pédiatrie | | |
| M. SANS Nicolas | Radiologie | | |
| Mme SELVES Janick | Anatomie et cytologie pathologiques | | |
| M. SERRE Guy (C.E) | Biologie Cellulaire | | |
| M. SOL Jean-Christophe | Neurochirurgie | | |
| M. TELMON Norbert (C.E) | Médecine Légale | | |
| M. VINEL Jean-Pierre (C.E) | Hépto-Gastro-Entérologie | | |
| | | | |
| P.U. Médecine générale | | | |
| M. OUSTRIC Stéphane (C.E) | | | |
| | | | |
| Professeur Associé de Médecine Générale | | | |
| Mme IRI-DELAHAYE Motoko | | | |

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

| P.U. - P.H. | | P.U. - P.H. | |
|--|--|--|---|
| Classe Exceptionnelle et 1ère classe | | 2ème classe | |
| M. ACAR Philippe | Pédiatrie | M. ABBO Olivier | Chirurgie infantile |
| M. ACCADBLED Franck | Chirurgie Infantile | M. AUSSEIL Jérôme | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. ALRIC Laurent (C.E) | Médecine Interne | M. BOUNES Vincent | Médecine d'urgence |
| Mme ANDRIEU Sandrine | Epidémiologie | Mme BOURNET Barbara | Gastro-entérologie |
| M. ARBUS Christophe | Psychiatrie | M. CHAPUT Benoit | Chirurgie plastique et des brûlés |
| M. ARNAL Jean-François | Physiologie | Mme DALENC Florence | Cancérologie |
| M. BERRY Antoine | Parasitologie | M. DE BONNECAZE Guillaume | Oto-rhino-laryngologie |
| Mme BERRY Isabelle (C.E) | Biophysique | M. DECRAMER Stéphane | Pédiatrie |
| M. BONNEVILLE Fabrice | Radiologie | M. FAGUER Stanislas | Néphrologie |
| M. BUJAN Louis (C. E) | Urologie-Andrologie | Mme FARUCH BILFELD Marie | Radiologie et imagerie médicale |
| Mme BURJA-RIVIERE Alessandra | Médecine Vasculaire | M. FRANCHITTO Nicolas | Addictologie |
| M. BUSCAIL Louis (C.E) | Hépto-Gastro-Entérologie | Mme GARDETTE Virginie | Epidémiologie |
| M. CANTAGREL Alain (C.E) | Rhumatologie | M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio | Chirurgie Plastique |
| M. CARON Philippe (C.E) | Endocrinologie | M. GUILLEMINAULT Laurent | Pneumologie |
| M. CHAUFOUR Xavier | Chirurgie Vasculaire | Mme LAPRIE Anne | Radiothérapie |
| M. CHAYNES Patrick | Anatomie | Mme LAURENT Camille | Anatomie Pathologique |
| M. CHIRON Philippe (C.E) | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie | M. LE CAIGNEC Cédric | Génétique |
| M. CONSTANTIN Arnaud | Rhumatologie | M. LEANDRI Roger | Biologie du dével. et de la reproduction |
| M. COURBON Frédéric | Biophysique | M. MARCHEIX Bertrand | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Mme COURTADE SAIDI Monique | Histologie Embryologie | M. MEYER Nicolas | Dermatologie |
| M. DAMBRIN Camille | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire | M. PUGNET Grégory | Médecine interne |
| M. DELABESSE Eric | Hématologie | M. REINA Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| M. DELOBEL Pierre | Maladies Infectieuses | M. SILVA SIFONTES Stein | Réanimation |
| M. DELORD Jean-Pierre (C.E) | Cancérologie | M. SOLER Vincent | Ophthalmologie |
| M. DIDIER Alain (C.E) | Pneumologie | Mme SOMMET Agnès | Pharmacologie |
| Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E) | Thérapeutique | Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| M. ELBAZ Meyer | Cardiologie | M. TACK Ivan | Physiologie |
| M. GALINIER Michel (C.E) | Cardiologie | M. VERGEZ Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel | Anatomie Pathologique | M. YSEBAERT Loic | Hématologie |
| M. GOURDY Pierre | Endocrinologie | | |
| M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E) | Chirurgie plastique | P.U. Médecine générale | |
| Mme GUIMBAUD Rosine | Cancérologie | Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve | |
| Mme HANAIRE Hélène (C.E) | Endocrinologie | | |
| M. HUYGHE Eric | Urologie | Professeur Associé de Médecine Générale | |
| M. KAMAR Nassim (C.E) | Néphrologie | M. BOYER Pierre | |
| M. LARRUE Vincent | Neurologie | | |
| M. LEVADE Thierry (C.E) | Biochimie | | |
| M. MALECAZE François (C.E) | Ophthalmologie | | |
| M. MARQUE Philippe (C.E) | Médecine Physique et Réadaptation | | |
| M. MAURY Jean-Philippe | Cardiologie | | |
| Mme MAZEREEUW Juliette | Dermatologie | | |
| M. MINVILLE Vincent | Anesthésiologie Réanimation | | |
| M. MUSCARI Fabrice | Chirurgie Digestive | | |
| M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) | Psychiatrie Infantile | | |
| M. RITZ Patrick (C.E) | Nutrition | | |
| M. ROLLAND Yves (C.E) | Gériatrie | | |
| M. ROUGE Daniel (C.E) | Médecine Légale | | |
| M. ROUSSEAU Hervé (C.E) | Radiologie | | |
| M. ROUX Franck-Emmanuel | Neurochirurgie | | |
| M. SAILLER Laurent (C.E) | Médecine Interne | | |
| M. SCHMITT Laurent (C.E) | Psychiatrie | | |
| M. SENARD Jean-Michel (C.E) | Pharmacologie | | |
| M. SERRANO Elie (C.E) | Oto-rhino-laryngologie | | |
| M. SOULAT Jean-Marc | Médecine du Travail | | |
| M. SOULIE Michel (C.E) | Urologie | | |
| M. SUC Bertrand | Chirurgie Digestive | | |
| Mme TAÜBER Marie-Thérèse (C.E) | Pédiatrie | | |
| Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E) | Anatomie Pathologique | | |
| M. VAYSSIERE Christophe | Gynécologie Obstétrique | | |
| M. VELLAS Bruno (C.E) | Gériatrie | | |
| Professeur Associé de Médecine Générale | | | |
| M. STILLMUNKES André | | | |

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H

| | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| M. APOIL Pol Andre | Immunologie |
| Mme ARNAUD Catherine | Epidémiologie |
| Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie | Biochimie |
| Mme BELLIERES-FABRE Julie | Néphrologie |
| Mme BERTOLI Sarah | Hématologie, transfusion |
| M. BIETH Eric | Génétique |
| Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie | Nutrition |
| Mme CASSAGNE Myriam | Ophthalmologie |
| Mme CASSAING Sophie | Parasitologie |
| Mme CHANTALAT Elodie | Anatomie |
| M. CONGY Nicolas | Immunologie |
| Mme COURBON Christine | Pharmacologie |
| M. CUROT Jonathan | Neurologie |
| Mme DAMASE Christine | Pharmacologie |
| Mme de GLISEZENSKY Isabelle | Physiologie |
| M. DUBOIS Damien | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme FILLAUX Judith | Parasitologie |
| M. GANTET Pierre | Biophysique |
| Mme GENNERO Isabelle | Biochimie |
| Mme GENOUX Annelise | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. HAMDJ Safouane | Biochimie |
| Mme HITZEL Anne | Biophysique |
| M. IRIART Xavier | Parasitologie et mycologie |
| Mme JONCA Nathalie | Biologie Cellulaire |
| M. KIRZIN Sylvain | Chirurgie générale |
| Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse | Pharmacologie |
| M. LHERMUSIER Thibault | Cardiologie |
| M. LHOMME Sébastien | Bactériologie-virologie |
| Mme MASSIP Clémence | Bactériologie-virologie |
| Mme MONTASTIER Emilie | Nutrition |
| Mme MOREAU Marion | Physiologie |
| Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire |
| Mme PERROT Aurore | Hématologie |
| M. PILLARD Fabien | Physiologie |
| Mme PUISSANT Bénédicte | Immunologie |
| Mme RAYMOND Stéphanie | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme SABOURDY Frédérique | Biochimie |
| Mme SAUNE Karine | Bactériologie Virologie |
| M. TAFANI Jean-André | Biophysique |
| M. TREINER Emmanuel | Immunologie |

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

| | |
|------------------------------|--|
| Mme ABRAVANEL Florence | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme BASSET Céline | Cytologie et histologie |
| Mme BREHIN Camille | Pneumologie |
| Mme CAMARE Caroline | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. CAMBUS Jean-Pierre | Hématologie |
| Mme CANTERO Anne-Valérie | Biochimie |
| Mme CARFAGNA Luana | Pédiatrie |
| Mme CASSOL Emmanuelle | Biophysique |
| M. CHASSAING Nicolas | Génétique |
| M. CLAVEL Cyril | Biologie Cellulaire |
| Mme COLOMBAT Magali | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mme CORRE Jill | Hématologie |
| M. DEDOUIT Fabrice | Médecine Légale |
| M. DEGBOE Yannick | Rhumatologie |
| M. DELPLA Pierre-André | Médecine Légale |
| M. DESPAS Fabien | Pharmacologie |
| M. EDOUARD Thomas | Pédiatrie |
| Mme ESQUIROL Yolande | Médecine du travail |
| Mme EVRARD Solène | Histologie, embryologie et cytologie |
| Mme FLOCH Pauline | Bactériologie-Virologie |
| Mme GALINIER Anne | Nutrition |
| Mme GALLINI Adeline | Epidémiologie |
| M. GASQ David | Physiologie |
| M. GATIMEL Nicolas | Médecine de la reproduction |
| Mme GRARE Marion | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. GUERBY Paul | Gynécologie-Obstétrique |
| M. GUIBERT Nicolas | Pneumologie |
| Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline | Anatomie Pathologique |
| Mme GUYONNET Sophie | Nutrition |
| M. HERIN Fabrice | Médecine et santé au travail |
| Mme INGUENEAU Cécile | Biochimie |
| M. LEPAGE Benoit | Biostatistiques et Informatique médicale |
| Mme MAUPAS SCHWALM Françoise | Biochimie |
| M. MOULIS Guillaume | Médecine interne |
| Mme NASR Nathalie | Neurologie |
| Mme QUELVEN Isabelle | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. RIMAILHO Jacques | Anatomie et Chirurgie Générale |
| Mme SIEGFRIED Aurore | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mme VALLET Marion | Physiologie |
| M. VERGEZ François | Hématologie |
| Mme VIJA Lavinia | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. YRONDI Antoine | Psychiatrie d'adultes |

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements Communs

À Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, Président du jury

Vous nous faites l'honneur de présider notre thèse en votre qualité d'expert, recevez l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur André STILLMUNKÈS, juge

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

À Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA, juge

Pour l'attention que vous nous portez en participant à ce jury et pour avoir accepté d'animer nos entretiens, recevez l'expression de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Émile ESCOURROU, notre Directeur de thèse

Merci de nous avoir fait confiance pour réaliser ce travail. Votre bienveillance et votre disponibilité ont été sans faille. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

À tous les médecins ayant participé à ce travail de recherche, merci pour le temps précieux que vous nous avez accordé.

Remerciements de Thomas

A toi Chloé, mon épouse, mon amour, ma confidente, ma partenaire de voyages et d'aventures ; merci de m'avoir tant soutenu, encouragé et supporté tout au long de ce travail. Je t'en suis, à jamais reconnaissant. Nous attendons le plus beau des cadeaux de la vie, tu seras une maman magnifique. Mon amour pour toi est infini. Je t'aime pour la vie.

A mes parents, merci pour votre amour et votre soutien inconditionnel. Merci de m'avoir toujours permis de réaliser mes rêves et d'être devenu la personne que je suis aujourd'hui. Votre parcours de vie est source d'inspiration et de modèle pour moi. Je vous aime pour toujours.

A mes sœurs, merci pour tous les beaux moments partagés ensemble et pour tous ceux à venir. Vous avez toujours su être présentes pour moi et me soutenir quand j'en avais besoin. Merci de m'avoir supporté tout au long de ces « courtes » études. Je suis fier de vous. Je vous aime très fort.

A mes grands-parents, vous avez toujours su me transmettre des valeurs précieuses.

Papi Pierre : Merci de m'avoir inspiré dans la voie de la médecine générale au travers de tes récits inépuisables. Je suis fier de marcher dans tes pas.

Mamivonne : Tu nous as quitté il y a si peu, je sais que d'où tu es, tu es fière et heureuse.

A ma belle-famille, merci pour votre soutien infaillible et précieux. Je suis fier de faire partie de votre famille.

A mes amis de toujours, Jonathan, Julie, Guillaume, Camille, Pierre-Antoine, Noémie, Clément, que de merveilleux souvenirs avec vous tous. Merci pour vos amitiés sincères et tous ces moments de bonheur partagés ensemble.

A mes amis de la Faculté de Médecine de Rennes, sans qui, les études n'auraient pas été aussi belles.

Mention particulière pour Jonathan, Paul, Ian et Arthur et pour cette belle aventure qui dure maintenant depuis des années et qui n'est pas prête de se terminer.

A tous mes amis Toulousains, c'est un beau roman, c'est une belle histoire. Nous qui venions de là-haut dans le brouillard, nous vous avons rencontré dans le Midi. C'était sans aucun doute notre jour de chance. Soyez assurés de mon amitié sincère.

A tous les praticiens rencontrés pendant mes études, merci pour votre confiance et vos enseignements. Merci d'avoir participé à me faire aimer la Médecine.

Merci à mes grands-parents Paule et François, ainsi qu'à Joseph et Claudie pour avoir relu et corrigé notre travail.

Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours.

Louis Pasteur

Remerciements de Matthieu

À tous les professionnels de santé avec qui j'ai pu apprendre au cours de mes stages,

À ma famille,

Mes parents, pour m'avoir donné les moyens de réaliser ces études passionnantes,

À mes amis, de Metz, de Nancy, de Toulouse et d'ailleurs.

À ma femme,

Merci de m'avoir soutenu et accompagné dans ce travail et chaque jour de la vie qui passe.

À ma fille.

Aux services publics français.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

MG : Médecins Généralistes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

WONCA : World Organization of Family Doctors

HAS : Haute Autorité de Santé

TABLES DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 12 |
| MATÉRIEL ET MÉTHODE | 14 |
| Population d'étude..... | 14 |
| Échantillonnage | 14 |
| Élaboration du guide d'entretien | 15 |
| Recueil de données..... | 15 |
| Analyse..... | 16 |
| Éthique..... | 16 |
| RÉSUSLTATS | 17 |
| Échantillon | 17 |
| Définition du patient âgé par les médecins généralistes : une idée propre à chacun | 18 |
| Une définition du patient âgé enrichie par la pratique | 20 |
| La spécificité des patients Oldest-old imposait une adaptation des soins primaires..... | 23 |
| Une société et des soins primaires paraissant peu adaptés au très grand âge poussaient les médecins généralistes dans leurs retranchements..... | 28 |
| DISCUSSION | 31 |
| Théorisation | 36 |
| Forces et limites | 36 |
| Ouverture :..... | 37 |
| CONCLUSION | 38 |
| BIBLIOGRAPHIE | 39 |
| ANNEXES | 42 |
| <u>Annexe 1 – Tableau des caractéristiques de l'échantillon</u> | 42 |
| <u>Annexe 2- Guide d'entretien initial</u> | 44 |
| <u>Annexe 3- Guide d'entretien final</u> | 45 |
| <u>Annexe 4- Formulaire de consentement</u> | 46 |
| <u>Annexe 5- Avis du Comité Ethique du CNGE</u> | 47 |

INTRODUCTION

Dans le monde, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter depuis les années 1950. Elle atteint aujourd'hui 73 ans en moyenne pour les deux sexes et progressera encore dans les prochaines décennies(1).

En France en trente ans l'espérance de vie des femmes a progressé de 5 ans, atteignant 85,6 ans, et celle des hommes a progressé de 7,2 ans, atteignant 79,7 ans. Cette évolution implique des changements importants dans la structure d'âge de nos sociétés, avec une augmentation de la fraction la plus âgée de la population. Ainsi les personnes de plus de 75 ans au premier janvier 2020 représentaient 9,5% de la population française, soit 6 373 536 individus(2). Parmi la population vieillissante, les individus très âgés, les plus de 90 ans, représentent aujourd'hui 912 431 individus, soit 1,36% de la population générale. En 2050, les projections prévoient le doublement de cette population(3).

Ce vieillissement démographique impose un défi de taille dans la prise en charge globale des personnes âgées, tant sur le plan médical qu'environnemental et sociétal.

Plébiscitée par les instances médicales et politiques(4), la notion de vieillissement réussi abordée pour la première fois en 1987 par Rowe et Khan(5) est devenue un objectif dans la prise en charge des personnes âgées. Bien que sa définition ne soit pas consensuelle, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) le définit comme « *un processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être* »(6). Il s'agit d'une approche multidimensionnelle, basée sur la prise en charge fonctionnelle, psychique, économique et environnementale de l'individu. Tendre vers cet objectif nécessite une organisation et une adaptation des soins au plus proche de cette population qui exprime de plus en plus son souhait d'être soignée à domicile(7) (8).

La médecine générale est définie par la WONCA en 2002 comme une spécialité clinique orientée vers les soins primaires et ayant une approche holistique et centrée sur la personne(9). Elle constitue en complémentarité avec la gériatrie, une spécialité de choix pour traiter les patients très âgés selon le modèle bio-psycho-social(10) (11).

La perception qu'ont les médecins généralistes (MG) du très grand âge, peut influencer la manière dont ils vont prendre en charge leurs patients âgés. Il nous semblait important de s'y intéresser pour pouvoir secondairement adapter les soins.

Notre travail de recherche bibliographique ayant rapporté que très peu de donnée sur ce sujet, il nous a paru judicieux de mener une recherche qualitative par groupes d'entretiens collectifs pour y répondre.

L'objectif principal était d'analyser la perception des médecins généralistes de leurs patients très âgés. L'objectif secondaire était de recueillir le ressenti des médecins généralistes sur l'adaptation de la prise en charge de ces patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude choisie était une étude qualitative par analyse thématique menée par groupes d'entretiens collectifs (appelés « *focus groups* »). Cette méthode était la plus adaptée pour appréhender le vécu, l'expérience et le ressenti des médecins généralistes au sujet de l'entrée dans le très grand âge de leurs patients. Nous les avons complétés par un entretien individuel en interrogeant un profil de médecin s'étant peu exprimé lors des *focus groups*.

Population d'étude

La population de l'étude était composée de médecins généralistes exerçant dans la région Midi-Pyrénées.

Les critères d'inclusion étaient : être diplômé de médecine générale ; avoir une activité professionnelle régulière ; exercer en région Midi-Pyrénées.

Les critères d'exclusion étaient d'avoir une pratique trop divergente avec le référentiel métier et les compétences de la médecine générale.

Échantillonnage

La technique d'échantillonnage était basée sur un échantillonnage raisonné. Une variation maximale de profils de médecins généralistes était recherchée pour une validité interne satisfaisante.

Les profils de médecins à interroger étaient basés sur l'analyse de la littérature et à partir de nos hypothèses. Ces profils ont été adaptés après analyse flottante des données recueillies à chaque entretien. Elle a permis d'inclure des profils manquants ou s'étant peu exprimés.

Les variables d'intérêts susceptibles de faire varier les résultats de la recherche étaient : l'âge, le sexe, le mode d'exercice (seul au cabinet, en association, dans un cabinet de groupe ou une maison médicale pluriprofessionnelle), le lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain), l'ancienneté de l'exercice et l'existence ou non d'une formation professionnelle complémentaire. Nous avons également tenu compte des caractéristiques de la patientèle (taille, répartition des âges, différenciation culturelle ou socio-économique) auto-évaluée par les médecins généralistes au début des entretiens (*annexe I*).

La source de recrutement a été menée de proche en proche à partir des réseaux des deux chercheurs et de leur directeur.

Les sujets ont été contactés directement par nos soins. Un courriel était envoyé, précisant le statut des chercheurs, le thème global de la recherche, les modalités de l'entretien collectif, ainsi qu'une proposition de date et de lieu. Le recrutement s'arrêtait lorsqu'un nombre suffisant de contacts avait répondu positivement à l'invitation.

Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été construit à partir des données de la littérature et de nos hypothèses de recherche. Il comprenait un temps initial d'échange entre les participants. Il était suivi de quatre parties :

- Explorer la représentation du patient âgé vieillissant
- Explorer la conscience et le ressenti du très grand âge
- Définir le très grand âge
- Questionner sur l'adaptation de sa prise en charge.

Le guide était révisé à chaque nouvel entretien collectif. Nous reformulions certaines questions pour faciliter leur compréhension et ajoutions des questions qui apportaient le plus de réponses aux objectifs de la recherche. (Première et dernière versions, *annexe 2 et 3*)

Le guide d'entretien individuel était une adaptation du dernier guide d'entretien de groupe.

Recueil de données

Le recueil de données a été effectué par entretiens collectifs pour permettre un partage d'expériences et une dynamique de groupe.

Ils ont été réalisés dans les locaux de la MSPU de la Providence à Toulouse. Les chercheurs accueillaient les participants et se présentaient comme des étudiants réalisant un travail de recherche sur les personnes âgées en général. Les participants étaient placés autour d'une table ronde où une collation et des boissons étaient à disposition. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone de téléphones portables.

Un animateur extérieur à l'étude, compétent dans l'animation d'entretiens et préalablement sensibilisé à l'étude et au guide d'entretien, menait les focus group. Les chercheurs étaient assis en retrait pour observer le comportement des participants et prendre des notes. L'arrêt des entretiens se faisait après avoir exploré les thématiques prédéfinies avec l'animateur.

Il était possible de compléter les données par un ou des entretiens individuels avec des profils s'étant peu exprimés pendant les entretiens collectifs.

L'arrêt du recueil des données pouvait s'interrompre une fois la saturation des données théoriques atteinte.

Analyse

Chaque entretien était retranscrit en intégralité, le plus fidèlement possible et dans le respect de l'anonymat. Les mimiques, gestes ou manifestations diverses ont également été retranscrits.

La méthode d'analyse inductive était l'analyse thématique avec théorisation ancrée. Aucun logiciel d'analyse n'a été utilisé.

Des allers et retours empirie-théorie ont eu lieu à différents stades de la recherche. La triangulation des chercheurs a été menée tout au long de la recherche.

Éthique

Après information sur la méthode et les objectifs de la recherche, le consentement des participants a été recueilli par écrit sur un formulaire de consentement avant le début de chaque entretien. (*annexe 4*)

L'anonymisation des participants et des personnes citées a été respectée lors de la retranscription de chaque entretien.

Les participants étaient libres de quitter l'étude à tout moment sans justification.

L'avis favorable du Comité Éthique du Collège National des Généralistes Enseignants portant le numéro 190919122 a été obtenu le 15 octobre 2019 (*annexe 5*).

RÉSUSLTATS

Échantillon

Trois entretiens collectifs et un entretien individuel ont été réalisés.

Sur quarante-neuf médecins généralistes sollicités, dix-sept ont participé à l'étude. Parmi les refus, cinq médecins trouvaient la logistique trop compliquée, dix manquaient de temps pour participer, trois n'étaient pas intéressés et trois n'ont pas répondu. Neuf étaient indisponibles aux dates proposées, deux se sont désistés au dernier moment.

L'échantillon comprenait sept femmes et dix hommes. L'âge moyen était de 46,7 ans.

Les entretiens collectifs se sont déroulés du 17 Septembre 2019 au 4 Mars 2020. Ils ont été complétés par un entretien individuel avec un profil de médecin qui s'était peu exprimé. Tous les médecins ont été recrutés de proche en proche via le réseau des deux chercheurs et de leur directeur.

L'ensemble des entretiens collectifs ont eu lieu dans une Maison de Santé pluri professionnelle, dans un cadre favorable à l'échange. L'entretien individuel a eu lieu en visioconférence, au vu du contexte sanitaire secondaire à l'épidémie de Coronavirus, et parce que cela n'avait pas d'impact sur le recueil des données.

La durée des entretiens de groupe était homogène et en moyenne de 83 (92 ; 83 ; 73) minutes, l'entretien individuel a duré 45 minutes.

Nous avons atteint la saturation de données théoriques au bout du 3e entretien collectif, l'entretien individuel ayant confirmé la saturation des données.

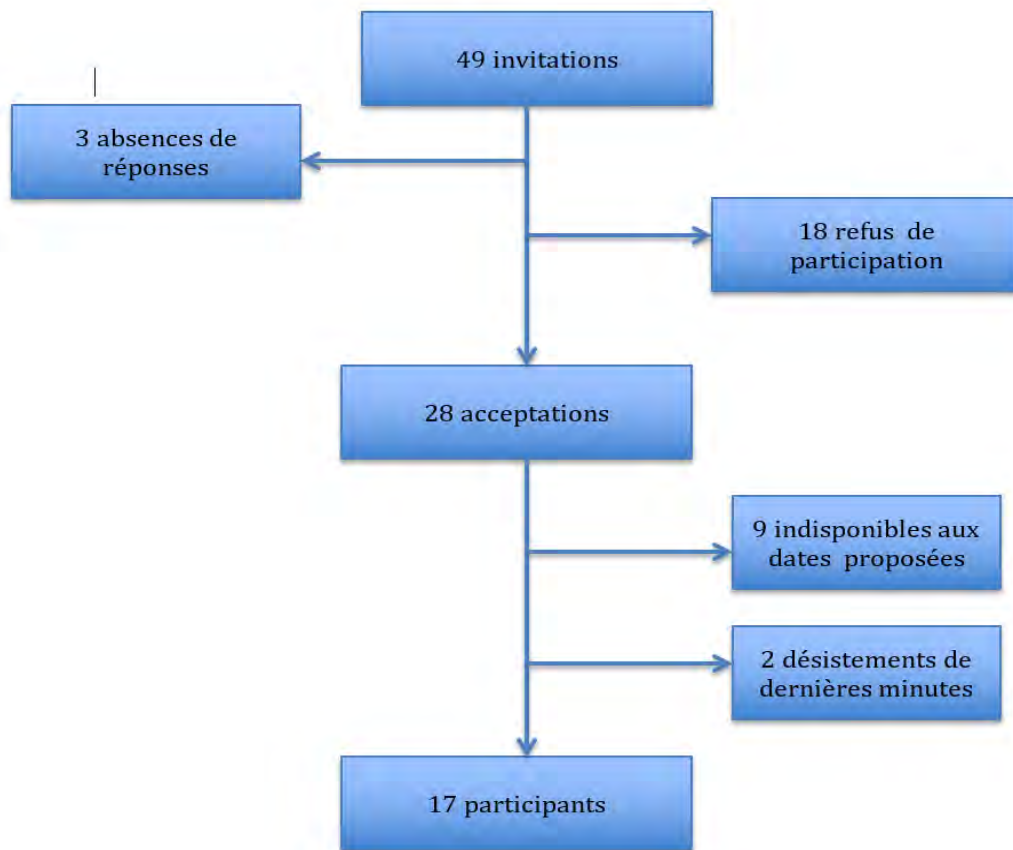


Figure 1 : Schéma de participation des MG

Définition du patient âgé par les médecins généralistes : une idée propre à chacun

Lorsque nous les interrogeons, les médecins généralistes avaient des difficultés à donner une définition précise du patient âgé. Chacun avait sa propre idée sur le sujet et il semblait n'y avoir aucun consensus entre les participants. Ils s'appuyaient principalement sur *l'âge civil* et *l'âge physiologique* pour définir leurs patients âgés. Cependant, il apparaissait dans leurs discours une dualité entre ces deux concepts, et les médecins généralistes pointaient du doigt les grandes disparités qui pouvaient exister en pratique entre les patients. Cela confortait l'idée d'absence d'une définition consensuelle. L'analyse a permis de retrouver des facteurs qui influençaient la perception des médecins généralistes. Il existait des facteurs intrinsèques comme leurs trajectoires de vies ou leurs croyances, et des facteurs extrinsèques comme leurs expériences personnelles et professionnelles ou le ressenti des

patients âgés sur leur état de santé. Les praticiens étaient conscients de la subjectivité de leurs jugements et faisaient part des incertitudes de leurs discours.

B6 : « *Je pense qu'on a tous dans la patientèle des gens de 70 ans qui sont vraiment presque en fin de vie et d'autres qui ont vingt ans de plus et qui sont en super forme ou du moins qui semblent l'être ; donc euh, je ne sais pas si... un âge ça veut dire quelque chose finalement.* »

L'âge civil semblait être un concept ancré mais insuffisant pour caractériser le patient âgé. Il était mentionné par les médecins généralistes dans leurs discours mais nous observions des désaccords sur la valeur seuil à partir de laquelle le patient était considéré comme *âgé*. Ils avaient recours à des intervalles d'âge. L'âge civil semblait être un critère d'évaluation nécessaire dans la mesure où les médecins généralistes s'attendaient à observer un déclin physiologique par rapport à l'âge. Mais cela était jugé insuffisant ou inadapté face au constat de la grande diversité des états de santé de cette population. Émergeait l'idée d'un âge individuel, propre à chacun qui prenait en compte l'âge civil et l'âge physiologique qui venait le pondérer.

C1 : « *...elle est intellectuellement tellement présente et vive que bon, je la classe pas spécialement parmi mes patients les plus âgés. Alors qu'elle a passé les quatre-vingt-dix ans.* »

L'âge physiologique devenait un concept pratique qui s'imposait sans être codifié. Les principaux paramètres pris en compte par les médecins généralistes pour évaluer l'âge physiologique de leurs patients étaient physiques (l'aspect et la condition physique, les antécédents), psychiques (la présence ou non de troubles cognitifs) et environnementaux (le niveau d'autonomie et la polymédication ainsi que l'activité sociale). Âge civil et âge physiologique pouvaient à la fois s'opposer et se compléter dans l'évaluation que faisaient les médecins généralistes de leurs patients.

A2 : « *C'est plus un état physique et des pathologies et une autonomie que... heu... qu'un âge.* »

Une définition du patient âgé enrichie par la pratique

Au-delà de la conceptualisation qu'ils avaient de leurs patients âgés, les médecins généralistes ajustaient leurs définitions à ce qu'ils observaient dans leur pratique quotidienne.

Ils pouvaient s'appuyer sur des témoins subjectifs et non médicaux pour juger du vieillissement de leurs patients.

L'apparition progressive de limitations dans les gestes de la vie quotidienne était à l'origine d'une prise de conscience par les patients de leur propre vieillissement et semblait marquer une étape importante.

A4 : *« Et là, justement la perte d'autonomie, que ce soit la voiture ou que ce soit simplement sortir, sortir seul dans la rue, quelqu'un qui vient me dire « bah j'y arrive plus j'ai besoin d'aide », là y'a un grand saut qu'est... ou une grande cassure ou une grande frustration pour le patient, parce que là, la personne se rend bien compte qu'elle a vieilli, qu'elle a... là ça ne va plus du tout quoi. »*

Cette prise de conscience pouvait s'accompagner de changements de caractère et de comportements qui se manifestaient par une augmentation des plaintes et des modifications des demandes auprès des médecins généralistes. Ces derniers observaient principalement une augmentation de l'irritabilité, une majoration des exigences, une ambivalence dans le mode de pensée, un égocentrisme, une perte de confiance ou encore de la résignation.

C5 : *« Et petit à petit il y a un égocentrisme qui se développe, et c'est là d'ailleurs que des demandes de patients, auprès de médecins généralistes entre-autres, se modifient et sont vraiment axées sur eux. Ça m'aide aussi à voir que ces personnes sont devenues âgées ou pas. »*

Parmi ces témoins du vieillissement, les médecins remarquaient également, des événements biographiques comme la retraite ou le veuvage, l'apparition d'une négligence vis-à-vis de leur apparence ou de leur santé ou encore l'absence de projet et de planification. Ils notaient aussi un détachement progressif de leurs patients âgés d'avec la société, allant jusqu'à la *« perte de l'utilité sociale »* et l'abandon des codes qui leur permettaient de rester ancrés.

B4 : *« Tu vois ça mais là... y'a plein de futur quand même. Parce que moi je disais, on a l'impression qu'on devient âgé lorsqu'on n'a plus de futur, c'est à dire qu'on... on parle sur longtemps hein. »*

Les médecins généralistes pouvaient aussi s'appuyer sur des témoins objectifs et médicaux du vieillissement.

Ils prêtaient attention à l'aspect physique de la personne (la couleur des cheveux, l'aspect de la peau, le poids), à sa condition physique (capacité de déplacement, performance musculaire, équilibre, vivacité, fonctions sensorielles) et intellectuelle. L'avancée en âge était décrite comme le déclin physiologique de ces capacités qui s'observait cliniquement et biologiquement.

A1 : *« La vieillesse c'est quand y'a une diminution des capacités physiques et intellectuelles. »*

Les maladies chroniques, les antécédents et la polymédication d'un patient étaient des repères cliniques du vieillissement au même titre que les limitations, les handicaps et l'entrée dans la dépendance. Un âge avancé était associé à un état polyopathologique et un niveau de dépendance élevé mais ces conditions n'étaient pas obligatoires.

Certains témoins du vieillissement étaient à double tranchant, comme le patrimoine génétique, l'histoire de vie, le statut social et le mode de vie de la personne. Ils pouvaient influencer positivement ou négativement la perception de l'âge. Un statut social élevé, l'éducation et le travail étaient considérés comme des facteurs protégeant du vieillissement, au même titre qu'une bonne santé mentale et physique. Le vieillissement semblait ralenti par la pratique d'une activité physique régulière et une bonne hygiène de vie. Prendre soin de son apparence physique diminuait la perception de l'âge.

A3 : *« Y'en a qui sont bien entretenus qui ont une hygiène de vie ou qui ont les chances tout simplement de pas avoir de pathologie et y'en a d'autre qui sont très tôt... qui sont déjà en perte d'autonomie avec des... des maladies chroniques et ainsi de suite. »*

Le vieillissement était perçu comme un phénomène individuel, inconscient, irréversible, imprévisible et dont l'issue était inéluctable. Il était comme un nuage insidieux planant au-dessus de chaque individu et modulant son parcours de vie. Ses phases d'accélération et de ralentissement ainsi que sa grande variabilité interindividuelle étaient déroutantes pour les

médecins généralistes. Le ressenti progressif des effets du vieillissement associé à l'absence du deuil de sa condition passée était pourvoyeur de sentiments ambivalents.

A2 : « *Quand ils commencent à nous expliquer que chez eux, ils n'arrivent plus à faire certaines tâches. Déjà là, ils commencent à sentir qu'ils vieillissent. Avant ils arrivaient à tout faire, ils n'en avaient pas conscience. Ils n'avaient pas conscience qu'ils avaient vieilli, et la... des petites choses hein, les carreaux par exemple, faire les vitres.* »

La bascule était une étape inévitable au cours du vieillissement. Même si les médecins généralistes tentaient de l'anticiper, elle restait imprévisible. La plupart du temps ils ne pouvaient que la constater. Elle était le point de départ d'un déclin inexorable vers la dernière étape de la vie. Elle pouvait se présenter sous différentes formes. Elle pouvait être physique et à l'origine d'une perte d'autonomie (une chute, une pathologie aiguë, la décompensation d'une maladie chronique) ou psychologique (prise de conscience de sa finitude, deuil, perte de l'utilité sociale).

A1 : « *Et pis y'a un moment où vient... Y'a une évolution défavorable, inéluçtable. Voilà. Alors là c'est autre chose. Donc là on arrive à... je ne sais pas trop comment le qualifier. Ce passage-là. Ça... ça baisse et après... le pouf ! On part sur une descente infernale où de toute façon tu ne pourras jamais revenir en arrière. Tu ne pourras jamais être ce que tu étais... et tu ne peux qu'aller plus mal ! »*

L'inégalité de traitement du vieillissement sur le patient était un phénomène déroutant pour les médecins généralistes. Bien que la personne âgée fût généralement associée à un état de santé précaire avec des pathologies chroniques, des limitations et une perte d'autonomie, ils décrivaient des exemples de patients très âgés ayant un état de santé conservé.

Ils ne prenaient pas conscience spontanément de l'existence d'une population de patients très âgés, les *Oldest-old* (OO), mais seulement après qu'elle eut été suggérée par l'animateur.

De la même manière qu'ils avaient eu des difficultés à définir leurs patients âgés, il leur était difficile de définir leurs patients *Oldest-Olds*. Les MG s'appuyaient principalement sur un *âge civil* autour de 90 ans et un *âge physiologique* bien qu'ils puissent en avoir une représentation personnelle qui se réfère au caractère du patient, à son rapprochement avec la mort, à son opposition aux soins et à la déprise qu'il peut entreprendre. Cette population était consciente de son grand âge et avait à affronter l'idée de sa propre mort. Elle était attachée à ses lieux de vie et une institutionnalisation était souvent associée à un déclin.

B3 : « *Ah non, non pas forcément, parce que j'ai des très âgés qui sont... qui sont super... super autonomes.* »

La spécificité des patients Oldest-old imposait une adaptation des soins primaires.

Les médecins généralistes ressentait le besoin de mener une prise en charge individuelle et spécifique de ces patients *Oldest-Old*.

Cette prise en charge et leurs objectifs de soins allaient être adaptés en fonction du mode de vie (lieu de vie, environnement, entourage, habitus) et de l'état de santé (niveau d'autonomie, pathologies) des patients *Oldest-Old*. Lors de l'examen clinique, les médecins généralistes étaient encore plus consciencieux et attentifs ; ils adaptaient leurs examens complémentaires et augmentaient leur surveillance. Ils tenaient compte de l'*âge civil* des patients, ou mieux, de leur *espérance de vie*. Ces adaptations devaient respecter les volontés des patients *Oldest-Old* et pouvaient être à l'origine d'une prise de conscience de leur *très grand âge*.

B4 : « *Enfin, je le vois parce que je soigne actuellement un vieux médecin qui me dit : « c'est curieux depuis que j'ai quatre-vingt-douze ans, tu te comportes différemment.* » »

Les médecins généralistes décrivaient des patients sereins par rapport à leur prise en charge, qui pouvaient se montrer résignés. Ceux-là demandaient un accompagnement et les MG pouvaient facilement adapter leurs prises en charge. Mais ils décrivaient dans le même temps des patients qui paraissaient pessimistes, préoccupés, qui demandaient un maintien strict des objectifs de soin dans l'espoir de maintenir leur santé. Ils disaient se méfier de leurs discours en contradiction avec leurs volontés. Ils reconnaissaient ressentir une certaine sérénité dans leur pratique lorsque les patients *Oldest-Old* étaient conscients de leur grand âge, et adoptaient dans ce cas une attitude expectative :

A3 : « *ils savent que eux aussi ils ont passé un certain âge et qu'à un moment, va venir l'âge de mourir donc, oui ça change tout, complètement hein... complètement, tout le monde est plus détendu.* »

Chez ces patients spécifiques, les MG reconnaissaient se confronter à de nombreuses difficultés.

Alors qu'il était plébiscité par les MG, le maintien à domicile représentait une des principales difficultés. Il demandait une adaptation de l'environnement et représentait une charge de travail social conséquente. Manquant de temps, les MG essayaient de maintenir au maximum la venue des patients *Oldest-Old* à leurs cabinets, et réservaient les visites à domicile aux cas exceptionnels.

Les difficultés liées aux pathologies cognitives pouvaient accentuer les difficultés de prise en charge à domicile. Même si les dépistages étaient efficaces, les médecins manquaient de temps et de ressources pour les mener, et déploraient le manque de moyens thérapeutiques. L'opposition des patients *Oldest-Old* à la prise en charge proposée par les MG s'associait à un manque de coopération dans la mise en place de moyens pour la prévention et pour l'éducation thérapeutique. Il pouvait y avoir un refus à l'institutionnalisation ou dans l'instauration des aides humaines et matérielles au domicile. Il était difficile d'opérer des changements dans leurs habitus.

B5 à propos d'une patiente de 104 ans : « Et là on a installé un lit médicalisé au rez-de-chaussée... Toute une histoire ! Parce que... Ça change les habitudes, voilà ! Donc ils ne veulent pas ! Donc voilà, ça aussi c'est difficile. Mais c'est un moyen pour eux de rester dans de bonnes conditions ! Avec du personnel et de la famille. »

Une autre difficulté exprimée était d'adresser les patients *Oldest-Old* aux spécialistes et aux services hospitaliers. Ils expliquaient ces difficultés par un « *manque de lits grandissant ces trente dernières années* ». Ces difficultés pouvaient amener les médecins généralistes à s'agacer ou à élaborer des stratégies pour obtenir une hospitalisation. En résultait le sentiment que les soins des patients *Oldest-Old* se concentraient sur les MG. Conscients d'être parmi les acteurs privilégiés pour articuler les soins autour de ces patients, ils disaient assumer le rôle des spécialistes d'organes, allant jusqu'à gérer seuls des pathologies parfois graves.

D1 : « Tu vois ils commencent à être un peu plus suivis, on est « le multi spécialiste » de ces patients. C'est vrai que, c'est compliqué ça. »

Même si l'admission en EHPAD pouvait constituer une aide précieuse dans la prise en charge des patients *Oldest-Old*, permettant un meilleur recueil des informations et la mobilisation de ressources humaines importantes, elle n'était envisagée qu'en dernier recours. Les MG en avaient une vision négative et l'associaient à un vieillissement malheureux. Ils disaient que cela était mal vécu par les patients, qu'ils s'y opposaient et

l'associaient à leur décès prochain. Ils considéraient le vieillissement de leurs patients comme étant réussi s'ils terminaient leurs jours chez eux.

A4 : « *Euh... y'a quand même une grosse différence entre les patients âgés qui finissent leurs jours en EHPAD et ceux qui ont la chance de terminer leurs jours chez eux. » (...)* « *se retrouver en EHPAD la plupart du temps pour ces patients-là, c'est vraiment... bah euh... c'est signer sa mort quoi. »* »

Les MG faisaient le choix d'une prise en charge axée sur la qualité de vie et le ralentissement du déclin, en suivant la maxime suivante : « *ajouter de la vie aux années, plutôt que des années à la vie. »* Ils s'attachaient à accompagner leurs patients *Oldest-Old* et à privilégier le plaisir (en levant les privations) et le confort (en traitant les douleurs et en évitant les mesures invasives). La prévention quant à elle n'occupait qu'une place secondaire. Elle était surtout axée sur la prévention de l'iatrogénie et le suivi cardiologique.

La révision des ordonnances était décrite comme primordiale. Elle représentait un exercice intellectuel complexe qui visait à "déprescrire". Les MG s'attachaient également à la prévention des chutes, de la dénutrition, de la sarcopénie, des carences vitaminiques, de la perte d'autonomie, du déclin cognitif. Ils insistaient également sur le ralentissement du déclin en maintenant l'activité physique.

D1 : « *Je ne cherche pas à prolonger la durée de vie c'est clair (...)* je ne suis vraiment pas dans l'acharnement, voilà chaque jour c'est du positif. »

Malgré toutes ces difficultés de prise en charge, une relation de bienveillance était entretenue entre les patients *Oldest-Old* et leurs MG. Ces derniers éprouvaient de l'affection et de la compassion pour leurs patients. Ils se décrivaient comme des *accompagnants*, sachant faire preuve d'empathie et de pédagogie et laissant les patients être décisionnaires de leur prise en charge. Ils reconnaissaient que les patients *Oldest-Old* avaient confiance en eux et qu'eux-mêmes faisaient ce qu'ils pensaient être le mieux pour leur santé. Ils se remettaient en question face à la difficulté de la prise en charge qu'ils considéraient comme un défi à relever. Avec l'avancée en âge de leurs patients, les MG cherchaient à intégrer l'aidant principal dans les soins. Ils recherchaient son adhésion et le préparaient au risque de décès du patient. Au fur et à mesure, une perte d'autonomie et l'apparition de troubles cognitifs, empêchaient les patients *Oldest-Old* d'assumer leur suivi

médical, et s'installait une relation triadique *médecin-patient-aidant* qui pouvait sembler infantilisante.

D1 d'un ton paternaliste, comme s'il s'adressait à un enfant : « Maintenant ça serait bien que vous veniez avec votre fille parce que vous n'enregistrez pas tout, vous oubliez. » Puis reprenant une voix normale : « ça fait beaucoup, euh tu vois pour essayer d'être vigilant avec la famille. »

Au cours de leur prise en charge, les MG étaient conscients qu'une *déprise* s'opérait. Sans la nommer, ils décrivaient une succession de pertes et d'abandons choisis par leurs patients *Oldest-Old*. Concernant leur santé en particulier, ces derniers pouvaient exprimer un désintérêt, une perte de combativité et même une négligence. La *déprise*, et en particulier la perte de l'utilité sociale menant au repli sur soi, était un élément retenu de la bascule dans le très grand âge.

C5 : « Mais il y a quand même une définition qui me plaît et qui correspond quand même assez à la pratique, c'est... La définition est la suivante : une personne devient âgée quand elle ne se sent plus d'utilité sociale. » (...) « Moi je pense que le corollaire de ce que je viens de vous dire sur l'utilité sociale c'est que, quand une personne âgée n'a plus ou très très peu d'utilité sociale, elle se recentre sur elle-même. » C1 acquiesce. « Et il y a une espèce d'égoïsme... » C1 : « un rétrécissement... »

Dans le même temps, les MG opéraient au sein de leurs prises en charge, une succession d'abandons, que l'on pourrait qualifier de *déprise médicale*. Il faisait consensus que les objectifs de soins devaient être moins stricts (valeurs tensionnelles et d'HbA1c élargies), les explorations limitées (économies des avis spécialisés et des examens complémentaires) et la prévention ciblée (la prévention des chutes et la limitation du déclin).

A3 : « Mais, mais... mais rien de plus, donc on voit bien que de toute façon, globalement, il y a heu... une conduite à tenir qui est quand même beaucoup plus légère avec la personne très âgée qu'avec la personne plus jeune. »

La déprescription en était la meilleure illustration :

A5 : « Bien sûr, mais chaque médicament a souvent un rôle. A chaque médicament... Enfin, on voit pourquoi il a été prescrit, enfin, je trouve que c'est une démarche

intellectuelle extrêmement difficile de dire : « Bon, eh bien ça, tant pis on le met de côté. » « Alors ça... tant pis, on ne traite plus ce côté là... » »

Cette *déprise médicale* pouvait parfois s'approcher d'une certaine négligence envers les patients *Oldest-Old*, aussi bien de la part des MG (moindre intérêt porté à leur santé, démarches médicales moins approfondies, déconsidération des troubles cognitifs) que des services hospitaliers (retour à domicile plus précoces, explorations non menées). Les MG pouvaient être en contradiction avec la *déprise médicale* opérée par un confrère spécialiste. Même la famille des patient *Oldest-Old* semblait intégrer cette *déprise médicale* :

B5 relatant l'altération d'un patient Oldest-Old ayant mené à une situation d'insuffisance rénale aiguë sévère : « Pourtant la famille était là. Mais ils n'ont pas voulu déranger. » Puis, sur un ton ironique : « C'est gentil. »

Cette *déprise médicale* menée par les MG était rationnelle et raisonnée. Ils se posaient la question de la balance bénéfico-risque de chaque décision. Fidèle à la locution *primum non nocere*, l'objectif de la *déprise médicale* était de ne pas nuire aux patients. Les MG insistaient sur l'accompagnement et le souci d'éviter la iatrogénie. La *déprise médicale* se justifiait par un moindre enjeu de la prise en charge, du fait que les patients *Oldest-Old* avaient dépassé l'espérance de vie. Elle était renforcée par la *déprise* opérée par les patients *Oldest-Old*.

A3 : « Personnellement euh... comme dit A5, on se sent plus détendu, parce qu'ils ont passé l'âge pour mourir. » Rires. (...) « Bah de toute façon si nous on n'est pas rigoureux par rapport à eux, ils ne nous en tiennent pas rigueur quoi. »

Les MG pouvaient avoir le sentiment que leur prise en charge n'influençait finalement que peu le devenir des patients *Oldest-Old*, ce qui leur donnait une plus grande liberté d'action :

A5 faisant comme s'il s'adressait à un patient Oldest-Old : « Je ne vais pas vous apprendre, ou je ne vais pas vous expliquer comment vivre vieux quoi. Enfin, vous avez réussi sans moi à atteindre votre âge... »

Même si certains MG menaient une *déprise médicale* avec facilité, certains exprimaient un sentiment de culpabilité. Il existait une crainte que le patient n'interprète la *déprise*

médicale comme un abandon ou une fin de vie, ce qui pouvait menacer *l'alliance médecin-patient*.

C4 : « *Et euh... je suis totalement d'accord euh... y'a des patients qui dépassent 90 ans et qui ne veulent surtout pas qu'on allège les ordonnances, parce que ça leur euh... ferait prendre conscience que c'est la fin quoi.* »

Les MG recherchaient l'adhésion du patient à la *déprise médicale*, en tentant de leur expliquer leur démarche. Mais ils s'exposaient à leur opposition, d'autant plus que leur relation de confiance reposait par le passé sur le bon suivi des recommandations de leur MG.

A2 : « *Après c'est difficile d'adapter parce qu'ils ont... on les a tellement matraqués pendant des années en disant, il faut faire attention, il faut faire attention, il faut faire attention... Au moment où on lève le pied un peu parce qu'on dit bon bah c'est bon... voilà, c'est bon on va être un peu plus tranquille, et ils disent : « mais pourquoi, je suis vieux ? » »* Ton ironique : « *non... enfin...* » (...) « *Et... et en fait c'est juste pour enlever des médicaments, pour que vous en ayez moins.* » Puis, imitant son patient : « *Mais pourquoi on l'a pas fait avant ?* » Elle prend un ton léger : « *Euh... bah ça aussi c'est difficile à expliquer* » Puis en revenant à un ton sérieux : « *c'est pas évident !* »

Une société et des soins primaires paraissant peu adaptés au très grand âge poussaient les médecins généralistes dans leurs retranchements

La prise en charge des patients très âgés semblait occuper une place prépondérante et chronophage dans l'activité des MG. Par leur complexité, leurs limitations physiques, l'importance de leurs historiques médicaux, l'articulation de leurs prises en charge avec les spécialistes et l'attention particulière que leurs examens cliniques nécessitaient, les consultations des patients *Oldest-Old* étaient plus longues, plus contraignantes mais aussi plus fréquentes. Cette charge de travail pouvait être rapprochée de l'*âge physiologique* du patient dans un rapport de proportionnalité. En réponse, les MG réorganisaient leurs journées de travail, y dédiaient des consultations plus longues, prévoyaient des visites à domicile, alors même qu'ils déploraient leur manque de temps.

A3 : « *Tout simplement parce qu'on a énormément de personnes âgées avec des dossiers de plus en plus fournis et pour lesquels on passe de plus en plus de temps.* »

Les aides humaines articulées autour des patients *Oldest-Old* étaient perçues comme utiles mais imparfaites. Les aides paramédicales semblaient insuffisantes et la famille sous-investie. Les MG leur accordaient malgré tout une importance particulière. Ils se souciaient de leur bien-être et anticipaient leur épuisement. Bien que l'implication de l'entourage fût associée à un meilleur vieillissement, les MG constataient, au fil des années, leur désengagement progressif et un recours anticipé à l'institutionnalisation. Les proches pouvaient influencer le MG dans ses décisions et faire passer leurs intérêts avant ceux de leurs parents. Une perception trop éloignée du patient très âgé, entre leurs médecins généralistes et leur entourage, représentait une entrave à la bonne prise en charge.

B2 : « *C'est vrai que par rapport aux familles, moi je trouve que c'est un des trucs les plus compliqués, parce que c'est ce que tu disais par rapport à la vision qu'ils ont de leurs parents, souvent elle est pas du tout la même que nous.* »

Les MG se sentaient mal armés pour assurer la prise en charge des patients *Oldest-Old*. Alors qu'ils utilisaient des échelles d'évaluation gériatriques et des concepts comme la fragilité pour leurs évaluations, ils déploraient le manque de recommandations de bonne pratique adaptées aux patients *Oldest-Old*.

A1 : « *et je me suis rendu compte il y a quand même un certain temps avec horreur qu'il n'y avait rien concernant les recommandations, les recherches sur les personnes âgées : rien !* » A2 : « *hum.* » A1 : « *Tout ce qu'on fait et tout ce que font la plupart des gens, c'est au pif ! Il faut quand même le dire.* »

En réponse, les MG déclaraient s'appuyer sur des notions empiriques et incertaines pour prendre en charge leurs patients très âgés.

Ils admettaient que leurs prises en charge étaient majoritairement enrichies de leurs expériences personnelles, de leurs ressentis et de leurs représentations mais aussi de leur subjectivité. L'ancienneté de la pratique permettait de mieux appréhender les difficultés. Ils se basaient sur l'*estimation de l'espérance de vie* restante pour guider leurs prises en charge. Ils restaient néanmoins conscients de l'imperfection de ces estimations basées sur l'intuition et l'inconscient, et admettaient pouvoir faire des erreurs d'appréciation.

C2 : « Et de... oui de notre subjectivité et presque nos représentations j'ai envie de dire, nos expériences d'autres patients, nos expériences familiales, peut-être aussi nos projections à nous en se disant : « mais si j'étais à sa place qu'est-ce que... qu'est-ce que je souhaiterais ? » ce qui n'est pas forcément bien parce que c'est nos propres représentations et ça colle pas forcément aux... aux souhaits du patient mais c'est vrai que je pense que vu qu'il n'y a rien de très carré on... forcément on se réfère à notre ressenti quoi. »

La fin de vie, étape ultime du vieillissement, pouvait dérouter les MG interrogés. Ils pouvaient considérer que le patient basculait dans le très grand âge à partir du moment où il acceptait sa mort prochaine. L'approche de la mort pouvait être le théâtre d'un changement de comportement observé chez les patients *Oldest-Old*. Elle pouvait aboutir à un repli du patient. Leurs demandes auprès de leur MG se modifiaient. En souffrance physique et psychique, ils pouvaient réclamer qu'on abrège leurs souffrances. D'autres, au contraire, apparaissaient sereins.

A5 : « Ça paraît un peu bizarre ce que je vais dire, mais y'a des patients... (...) ils me faisaient comprendre qu'ils étaient prêts. Ceux-là je les classe dans cette dernière partie, ils sont prêts quoi qu'il arrive, ils ne veulent pas spécialement que je me batte, ils sont sereins, arrivera ce qui arrivera et y'a plus vraiment de volonté de soin de leur part (...) »

Encore une fois, les MG respectaient les volontés du patient *Oldest-Old* en fin de vie et en cela, accordaient de l'importance aux directives anticipées, même si leur recueil ne se faisait pas de manière consensuelle. Ils avouaient éprouver des difficultés dans la gestion de la fin de vie des patients *Oldest-Old*, surtout lorsqu'elle se faisait à domicile. Celle-ci nécessitait de l'expérience professionnelle, de l'humilité, de l'empathie et d'être à l'écoute. Malgré ce désarroi global émanant des difficultés de prise en charge des patients *Oldest-Old*, les MG reconnaissaient que ces derniers bénéficiaient des avancées techniques de la médecine. Ils notaient que l'espérance de vie et la santé des patients *Oldest-Old* en étaient améliorées.

Ces améliorations avaient repoussé la perception que les MG avaient du très grand âge.

B3 : « On a mis un stent à une de mes patientes de quatre-vingt-quatorze ans là. Donc... Quand j'étais interne à quatre-vingts... le type à quatre-vingts balais on se faisait envoyer sur les roses par les cardio... Donc effectivement moi je dirais l'âge civil... heu... compte. »

DISCUSSION

Les médecins généralistes avaient une définition non consensuelle des patients âgés. Ils s'appuyaient sur deux notions principales qui se complétaient mais pouvaient aussi s'opposer : *l'âge civil* et *l'âge physiologique*. Cette définition conceptuelle était influencée par des facteurs intra et extrinsèques aux médecins généralistes, favorisant leur subjectivité. Elle était enrichie par leurs pratiques et ils s'appuyaient sur des témoins médicaux objectifs et subjectifs du vieillissement.

Le vieillissement, phénomène individuel, inconscient, imprévisible et irréversible, était perçu tel un nuage planant au-dessus des individus, modulant leur parcours de vie avec une grande variabilité interindividuelle. L'apparition inévitable d'une bascule marquait le passage vers la dernière étape de la vie : le « *très grand âge* ». La prise en charge devenait plus spécifique et individuelle, adaptée aux souhaits du patient. Le manque de recommandations et d'outils, obligeait les médecins généralistes à utiliser des notions empiriques, instinctives, parfois inconfortables. Des prises en charge de plus en plus chronophages, complexes et concentrées sur le MG, faisaient apparaître leur découragement. La relation médecin-patient basculait progressivement vers une relation triadique médecin-patient-famille, et des soins de confort étaient favorisés dans le but de maintenir une qualité de vie satisfaisante le plus longtemps possible. Les MG observaient chez ces patients très âgés une *succession d'abandons* venant de toute part : du patient *Oldest-Old* (c'est le concept de *déprise*), du médecin généraliste et de ses confrères spécialistes (ce que nous avons appelé la *déprise médicale*) et de l'entourage du patient.

L'absence de consensus autour de la notion de patient âgé peut s'expliquer par la multiplicité et la grande diversité des définitions présentes dans la littérature. Les seuils retenus pour définir les populations de personnes âgées varient selon les auteurs et les époques(12). L'amélioration constante de l'espérance de vie de la population française secondaire à l'amélioration des conditions de vie, de travail et du progrès de la médecine (13) tend à augmenter la proportion et l'hétérogénéité des personnes âgées. Il ne semble pas exister de modèle type de la personne âgée. Bien qu'une partie de la diversité observée reflète notre patrimoine génétique, la part la plus significative de cette diversité résulte de l'environnement physique et social dans lequel nous vivons (14).

Définir les personnes âgées comme « *les plus de* » revient à donner une homogénéité sociale à un groupe de personnes selon un âge chronologique, ce qui semble erroné et être une négation de la singularité de l'individu (15). Les médecins généralistes étaient d'accord avec cette idée. Nous pouvions penser que l'existence d'une définition consensuelle serait une aide à l'harmonisation de leurs prises en charge. Mais peut-être n'existait-il pas une telle définition parce qu'elle serait peu utile dans leur pratique clinique. Une individualisation de la prise en charge était privilégiée par les praticiens. Il semblait important de prendre en compte le vieillissement dans toutes ses dimensions ; physique, psychique, sociale et environnementale pour pouvoir prendre soin des personnes âgées dans leur globalité. L'élaboration par la HAS d'un plan personnalisé de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (16) conforte cette hypothèse.

Dans une étude parue dans le « Journal of Interprofessional Care en 2011 » les auteurs montrent qu'il existe une différence de point de vue au sujet de la vulnérabilité entre les professionnels de santé et les personnes âgées (17). La prise en charge peut être améliorée en demandant aux personnes âgées si elles se sentent vulnérables et en concentrant la prise en charge sur les problèmes soulevés lors de la réponse à cette question. De la même manière, il pourrait être intéressant de demander au cours des consultations aux patients s'ils se sentent âgés et pourquoi. Cela pourrait faire prendre conscience aux MG qu'il peut exister une différence de point de vue et d'adapter la prise en charge en fonction des réponses des patients.

Une autre étude explore la façon dont les médecins généralistes conceptualisent la fragilité et les facteurs dont ils tiennent compte lorsqu'ils prennent des décisions subjectives au sujet de l'état de fragilité des patients (18). Elle montre que les praticiens prennent en compte des facteurs physiques, fonctionnels et environnementaux pour juger de la fragilité de leurs patients. Les impressions cliniques des médecins peuvent introduire de la souplesse dans le dépistage de cette fragilité, en prenant en compte les facteurs qu'ils jugeaient les plus importants pour le patient, ce qu'une évaluation périodique ponctuelle ou planifiée au moyen d'outils objectifs peut ne pas fournir. Une conception dynamique du patient âgé permettrait une souplesse d'évaluation et des soins centrés sur la personne ce qu'une harmonisation de la pratique autour d'une définition consensuelle ne permettrait pas.

Ce travail de recherche mettait également en évidence un concept nouveau, non retrouvé dans la littérature : *la déprise médicale*.

S'inspirant du concept de *déprise*(19), la *déprise médicale* pourrait être un **processus de réaménagement de la prise en charge du patient *Oldest-Old*, initié par son MG**. Elle viserait à **préserver l'intégrité du patient *Oldest-Old***. Elle impliquerait une hiérarchisation des soins, et la mise en place d'une décision de limite dans les soins au sein d'une prise en charge personnalisée du patient *Oldest-Old*. Elle se traduisait dans notre étude par un certain laxisme contrôlé et volontaire, un allègement des consignes, une levée des contraintes, la redéfinition d'objectifs de soins moins stricts et la "déprescription". Elle apparaissait comme une économie du patient par rapport à une prise en charge classique paraissant contraignante, voire iatrogénique. Elle se rapprochait des adaptations opérées en soins primaires chez les patients en fin de vie(20),(21).

Elle s'appliquerait également en milieu hospitalier, les MG la présentant alors comme une limitation des durées de séjours, des retours à domicile plus précoces, des investigations plus économes. Elle serait à différencier de la récusation de patient ou du choix des patients prioritaires liés à des contraintes budgétaires ou à des contraintes d'accès aux soins(22).

Les MG pensant que leurs patients *Oldest-Old* avaient dépassé l'espérance de vie, chaque année supplémentaire vécue était perçue comme un privilège, justifiant cette *déprise médicale*. Elle se justifiait également par le fait que son application chez les patients *Oldest-Old* représentait une perte de chance moindre que chez les plus jeunes et qu'elle n'influencerait pas le devenir des patients *Oldest-Old*. Elle pouvait également se justifier par la *déprise* initiée par le patient lui-même et l'acceptation de sa mort prochaine, qui pouvait donner l'impression d'un sentiment de détachement de sa santé.

Les MG illustraient la *déprise médicale* par des exemples de prise en charge aux contours flous.

C2 : « *mais aussi après sur des personnes euh... qui sont tout à fait en capacité de discuter avec moi, euh, si je sens que l'ordonnance est un peu lourde, que ça commence à leur peser, voilà, certains traitements, et ben oui je vais être un peu plus, laxiste entre guillemets sur certains points si je sens que bon on en est plus à contrôler tel ou tel marqueur, ça ne va pas changer la donne et si ça peut leur apporter un peu de confort ou*

avoir moins de traitements, on n'est plus vraiment dans de la prévention dans ce qui se passera dans 10 ou 15 ans quoi. »

La *déprise médicale* serait donc une pratique envisagée par le MG dans la prise en charge du patient *Oldest-Old* qui consisterait à adapter les soins dans l'optique de le ménager et qui se justifierait par le fait qu'il a dépassé l'espérance de vie.

Nos impressions sur cette notion se confirment-elles dans la pratique ? La valeur heuristique de la *déprise médicale* devrait être approfondie et mise à l'épreuve comme a pu l'être la notion de *déprise* dans les années 1990 et 2000.

Enfin, les résultats de notre travail de recherche suggèrent que la perception qu'avaient les MG du patient *Oldest-Old* était en concordance avec la littérature. À l'instar des omnipraticiens Hollandais(23), celle-ci dépendait de l'âge du MG interrogé. S'il fallait estimer un *âge civil* pour définir ce patient *Oldest-Old*, les MG le situaient autour de 90 ans, tout en étant conscients de la grande hétérogénéité(24) de cette population. Ils savaient que ces patients avaient franchi une ligne les ayant fait basculer dans l'irréversibilité du déclin(25). Ils évoquaient également le fait que les patients *Oldest-Old* étaient conscients de leur finitude, qu'ils réduisaient leurs cercles d'activités (9), et qu'ils associaient l'institutionnalisation à leur mort prochaine(26). Toujours conforme à la littérature, ils remarquaient la différence entre un état de santé réel et l'état de santé ressenti par le patient *Oldest-Old*(27). Ils s'appuyaient, pour les définir, sur des concepts intériorisés, comme la fragilité (les omnipraticiens du nord de l'Europe(28) parlent de *vulnérabilité*) et la robustesse (la *vitalité*).

En revanche, si leurs perceptions concordaient avec la littérature, le concept de patient *Oldest-Old* n'émergeait pas spontanément de la discussion, alors que les entretiens étaient menés en ce sens. Nos hypothèses nous ayant amené à prévoir cette éventualité, nous avons consacré une brève définition du patient *Oldest-Old* en cours d'entretien. Celle-ci intervenait après épuisement de l'exploration de la perception du vieillissement, nous permettant d'explorer nos objectifs secondaires et en particulier les objectifs de prise en charge pour ces patients spécifiques. C'était donc au cours des entretiens qu'apparaissait la conscience de cette population de « *patients très âgés* ».

Cela peut être expliqué par l'émergence relativement récente de cette population et par le peu de publications et de recommandations dont elle fait l'objet. Encore dépourvus d'une définition consensuelle du patient *Oldest-Old*(28), les MG se restreignent à une représentation dichotomique *patient jeune – patient âgé*(29), freinant l'intégration d'autres catégories de patients en fonction de leurs âges civils : les 3^{ème} et 4^{ème} âges(30).

Il y a un intérêt épidémiologique et épistémologique à décrire cette population de patients *Oldest-Old*(31). Cependant la pratique courante ne semble pas amener les MG à les individualiser. Cette constatation illustre l'incongruité observée en médecine générale, entre le *modèle scientifique biomédical* axé sur la pathologie, et *le réel*, c'est-à-dire la dimension holistique du patient(32). Ce que tentent d'intégrer la médecine centrée sur le patient(33).

Comme dans la littérature, les MG interrogés décrivaient des patients jeunes paraissant âgés, et des patients *Oldest-Old* qui ne faisaient pas leur âge(34). Ils étaient conscients que les patients *Oldest-Old* avaient eux-mêmes une représentation ambivalente de leur grand âge et de leurs spécificités(28),(35). Cette grande disparité de traitement du vieillissement, pourrait également participer à la difficulté de remarquer l'émergence de cette population de patients *Oldest-Old*. Les omnipraticiens Hollandais répondaient à ce problème en distinguant les « *patients Oldest-Old vulnérables* » des « *patients Oldest-Old à forte vitalité* ». Devrions-nous alors donner plus de place aux concepts de *dépendance* et de *fragilité* alors qu'ils s'opposent à la *théorie du record d'espèce*(36)

Théorisation

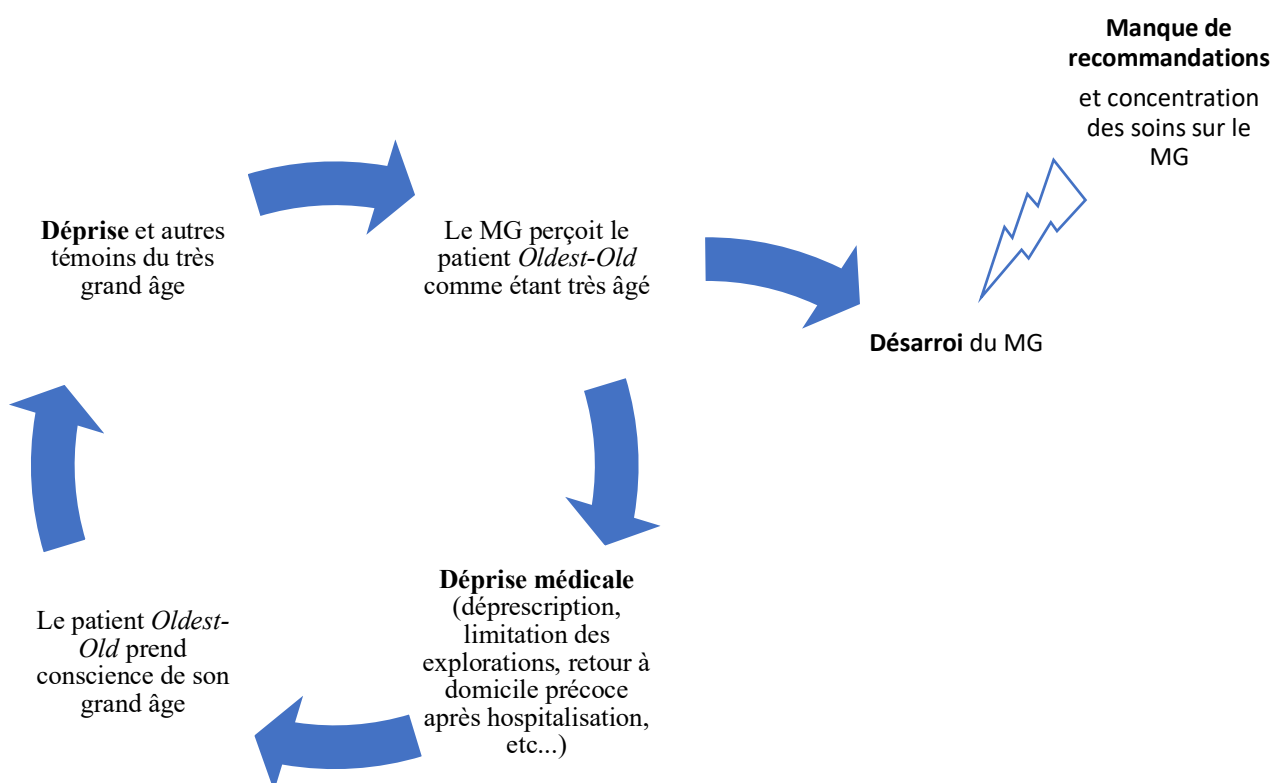


Figure 2 : Schéma de théorisation de la perception des MG du très grand âge.

Il semblerait que le patient *Oldest-Old*, lorsqu'il est associé à une image de patient à la santé précaire, encourage le MG et les spécialistes à pratiquer la *déprise médicale*. Cette *déprise médicale* peut faire prendre conscience au patient *Oldest-Old* de son grand âge et de sa vulnérabilité, et ainsi favoriser sa lassitude et la déprise qu'il avait pu initier. Il accentue alors l'image de son grand âge, encourageant le MG à poursuivre la *déprise médicale*.

Forces et limites

Il était difficile de faire participer des MG à des entretiens collectifs compte tenu de leurs emplois du temps souvent très chargés. Comme il a été décrit dans les études antérieures(37),(38), nous avons tenté de limiter cette difficulté en choisissant un lieu de rencontre central et urbain avec des horaires de réunions adaptés. Malgré cela, des profils qui étaient susceptibles de faire varier le discours n'ont pas pu participer.

S'ajoutait à cela l'annulation à la dernière minute d'un second entretien individuel d'un profil non exploré dans les entretiens de groupe, et qui aurait pu faire émerger d'autres notions.

Enfin, les conditions sanitaires récentes nous ont obligé à réaliser l'entretien individuel en visio-conférence, nous privant de certains éléments d'observation.

Une des forces de l'étude était sa méthodologie adaptée, avec sa technique d'échantillonnage ayant permis d'interroger des profils de médecins généralistes différents susceptibles de faire varier le discours sur la thématique de recherche.

L'animateur, extérieur à l'étude, était sensibilisé et formé à l'animation de groupes. Il avait pris connaissance du guide d'entretien dans les jours précédents les réunions et connaissait les contraintes méthodologiques (questions ouvertes, exploration des hypothèses de départ, ne pas contraindre et recentrer la discussion), ayant permis d'obtenir des données fiables et exploitables.

Enfin, notre étude se démarquait par son originalité, explorant un sujet encore peu étudié.

Ouverture :

Nous sommes face à la croissance d'une population de patients spécifiques, les *Oldest-Old*, qui possèdent en matière de santé(39) des besoins multiples et peu connus.

L'absence de définition consensuelle et le peu de recommandations de bonne pratique pour cette population rendent sa prise en charge difficile.

La prochaine étape pourrait être d'approfondir l'étude des spécificités des patients *Oldest-Old*, et de poursuivre l'exploration de leurs objectifs de soins, afin de les intégrer dans la formation des MG. Nous pourrions ensuite confronter les objectifs de soins des patients et des soignants afin d'identifier les points d'entente et les désaccords nécessaires à l'élaboration de recommandations de bonne pratique.

L'entourage et les acteurs paramédicaux font partie intégrante des soins et de la prise en charge des personnes âgées. Recueillir leur perception du très grand âge et leurs ressentis concernant les objectifs de soins, pourrait faire partie des pistes de réflexions supplémentaires sur la prise en charge des patients *Oldest-Old*, entreprise par les médecins généralistes.

CONCLUSION

L'augmentation constante de l'espérance de vie a fait émerger une nouvelle population de patients très âgés appelés les « *Oldest-old* », dont le défi pour le médecin généraliste est d'obtenir leur vieillissement réussi au domicile. Il semblait donc intéressant de recueillir leurs perceptions de leurs patients très âgés et d'explorer comment ils les appréhendaient en pratique.

Pour atteindre cet objectif nous avons réalisé une étude qualitative par analyse thématique à partir d'entretiens collectifs réalisés auprès de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées.

Les MG n'avaient pas spontanément conscience de l'existence du patient *Oldest-Old*. Ils percevaient le vieillissement comme un nuage insidieux influençant de façon variable le parcours de vie des individus, jusqu'à l'apparition inévitable d'une bascule irréversible dans le très grand âge. Une fois l'individualisation des patients *Oldest-Old* suggérée par l'animateur, les MG en avaient une perception conceptuelle multidimensionnelle qui était enrichie par leur pratique. Cette perception du patient *Oldest-Old* était superposable à la littérature. Les soins devenaient spécifiques, individuels et adaptés aux souhaits du patient. Les difficultés de prise en charge, le manque de soutien et l'absence de recommandations faisait naître un sentiment de désarroi chez le MG et imposait une prise en charge empirique du patient *Oldest-Old*.

Vu
Toulouse le 14/04/2021

Toulouse, le 15 avril 2021
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse-Purpan
Didier CARRIE



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

BIBLIOGRAPHIE

1. World Population Prospects - Population Division - United Nations [Internet]. [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/POP/70plus/900>
2. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet] 2020. [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
3. Institut National D'Études Démographiques. Imaginez la population de demain [Internet] 2019. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/jeux/population-demain/>
4. Aquino J-P. Le plan national « bien vieillir ». Gerontol Soc. 1 déc 2008;31 / n° 125(2):39-52.
5. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. Science. 10 juillet 1987;237(4811):143-9.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Organisation Mondiale de la Santé; 2016. 265. [Internet]. [cité 16 janv 2021]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=74D24F65FE621DC9E95A3241B9F13E6C?sequence=1
7. Observatoire national fin de vie 2013 Fin de vie des personnes âgées | Vie publique.fr [Internet]. [cité 27 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/33531-observatoire-national-fin-de-vie-2013-fin-de-vie-des-personnes-agees>
8. Oude Engberink A, Badin M, Serayet P, Pavageau S, Lucas F, Bourrel G, et al. Patient centeredness to anticipate and organize an end of life project for patients receiving at home palliative care: a phenomenological study. BMC Fam Pract. 23 févr 2017;18.
9. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract. juin 2002;52(479):526-7.
10. Meidani A, Cavalli S. Vivre le vieillir : autour du concept de déprise. Gerontol Soc. 8 mars 2018;40 / n° 155(1):9-23.
11. Pérodeau G, Grenon É, Grenier S, O'Connor K. Systemic model of chronic benzodiazepine use among mature adults. Aging Ment Health. 2 avr 2016;20(4):380-90.
12. Note méthodologique polypathologie de la personne âgée.pdf [Internet]. Mars2015; [cité 16 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_méthodologique_polypathologie_de_la_personne_âgée.pdf

13. B Beck F, Bodart J. Vers une meilleure connaissance des comportements de santé des aînés et du vieillissement. In : Les comportements de santé des 55-85 ans: analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis, France: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES); 2014.p19-23.
14. Steves CJ, Spector TD, Jackson SHD. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 1 sept 2012;41(5):581-6.
15. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux? *Gerontol Soc*. 6 oct 2011;34 / n° 138(3):127-42.
16. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA. Haute Autorité de Santé. Mars 2014.
17. Abley C, Bond J, Robinson L. Improving interprofessional practice for vulnerable older people: gaining a better understanding of vulnerability. *J Interprof Care*. 1 sept 2011;25(5):359-65.
18. Korenvain C, Famiyeh I-M, Dunn S, Whitehead CR, Rochon PA, McCarthy LM. Identifying frailty in primary care: a qualitative description of family physicians' gestalt impressions of their older adult patients. *BMC Fam Pract*. 14 mai 2018;19(1):61.
19. Gagnon É. La déprise comme interrogations : autonomie, identité, humanité. *Gerontol Soc*. 8 mars 2018;40 / n° 155(1):33-44.
20. Sercu M, Pype P, Christiaens T, Grypdonck M, Derese A, Deveugele M. Are general practitioners prepared to end life on request in a country where euthanasia is legalised? *J Med Ethics*. 1 mai 2012;38(5):274-80.
21. Cueille V. Le médecin généraliste face à la fin de vie à domicile: connaissances, compétences et limites. État des lieux auprès des médecins généralistes de la Seine Maritime et de l'Eure. [Thèse d'État de doctorat]. [Rouen, France] : Université de Rouen ; 2017 [cité 28 mars 2021]. disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01598279/document>
22. Santhirapala R, Partridge J, MacEwen CJ. The older surgical patient – to operate or not? A state of the art review. *Anaesthesia* [Internet]. janv 2020 [cité 12 mars 2021];75(S1). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/anae.14910>
23. Drewes YM, Koenen JM, de Ruijter W, van Dijk-van Dijk DA, van der Weele GM, Middelkoop BJ, et al. GPs' perspectives on preventive care for older people: a focus group study. *Br J Gen Pract*. nov 2012;62(604):e765-72.
24. Baltes PB, Smith J. New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*. 2003;49(2):123-35.
25. Streit S, Gussekloo J, Burman RA, Collins C, Kitanovska BG, Gintere S, et al. Burden of cardiovascular disease across 29 countries and GPs' decision to treat hypertension in oldest-old. *Scand J Prim Health Care*. 25 janv 2018;36(1):89-98.
26. Caradec V. L'épreuve du grand âge. *Retraite Société*. 2007;52(3):11-37
27. Henchoz K, Cavalli S, Girardin M. Perception de la santé et comparaison sociale

dans le grand âge. *Sci Soc Sante*. 2008;Vol. 26(3):47-72.

28. Mjølstad BP, Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. Standardization meets stories: Contrasting perspectives on the needs of frail individuals at a rehabilitation unit. *Int J Qual Stud Health Well-Being* [Internet]. 20 sept 2013;8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3779788/>

29. Elliott M, Nicholson C. A qualitative study exploring use of the surprise question in the care of older people: perceptions of general practitioners and challenges for practice. *BMJ Support Palliat Care*. 1 mars 2017;7(1):32-8.

30. Suzman R, White Riley M. Introducing the « Oldest Old ». *National Institute on Aging*. [Internet]. 1985; [cité 28 mars 2021]; 63(2):177-186. Disponible sur: <https://www.milbank.org/quarterly/articles/introducing-the-oldest-old/>

31. d'Épinay CL, Spini D. Le grand âge : un domaine de recherche récent. *Gerontol Soc*. 2007;30 / n° 123(4):31-54.

32. Sherlaw W. DIMENSION BIO-PSYCHO-SOCIO-CULTURELLE DE L'HOMME Mises en scène et traductions interculturelles de la santé publique [Thèse d'État de Doctorat]. [Nantes, France]: Université de Nantes - UFR de Psychologie – Laboratoire Éducation, Cognition, Développement; 2006. [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02264253/document>

33. Levenstein JH, Mccracken EC, Mcwhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The Patient-Centred Clinical Method. 1. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine. *Fam Pract*. 1986;3(1):24-30.

34. Samper-Ternent R, Kuo YF, Ray LA, Ottenbacher KJ, Markides KS, Snih SA. Prevalence of Health Conditions and Predictors of Mortality in Oldest Old Mexican Americans and Non-Hispanic Whites. *J Am Med Dir Assoc*. 1 mars 2012;13(3):254-9.

35. Balard F. Vivre et dire la vieillesse à plus de 90 ans, se sentir vieillir mais ne pas être vieux. *Gerontol Soc*. 6 oct 2011;34 / n° 138(3):231-44.

36. Toussaint J-F. Bien vieillir : à quelles conditions ? *Gerontol Soc*. 18 sept 2012;35 / HS n° 1(5):41-53.

37. Geiger K, Schneider N, Bleidorn J, Klindtworth K, Jünger S, Müller-Mundt G. Caring for frail older people in the last phase of life – the general practitioners' view. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2 juin 2016;15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890268/>

38. Ailabouni NJ, Nishtala PS, Mangin D, Tordoff JM. General practitioners' insight into deprescribing for the multimorbid older individual: a qualitative study. *Int J Clin Pract*. 2016;70(3):261-76.

39. Zhao J, Barclay S, Farquhar M, Kinmonth AL, Brayne C, Fleming J. The Oldest Old in the Last Year of Life: Population-Based Findings from Cambridge City over-75s Cohort Study Participants Aged 85 and Older at Death. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(1):1-11

ANNEXES

Annexe 1 – Tableau des caractéristiques de l'échantillon

| Médecin interrogé | Age (années) | Sexe (Homme : H / Femme : F) | Année d'exercice | Mode d'exercice | Lieu d'exercice | Patientèle (% de patients âgés estimé par le sujet lui-même) | Formations (diplôme) | Acteur de formation | MSU (O : oui / N : non) |
|-------------------|--------------|------------------------------|------------------|------------------------------------|-----------------|--|---|--|-------------------------|
| A1 | 61 | H | 32 | Maison médicale de 5 MG* / 2 IDE** | Semi-rural | Patientèle âgée (20% de très âgés) | MSU*** | | O |
| A2 | 35 | F | 5 | Maison médicale de 5 MG | Semi-rural | Patientèle âgée (30%) | | | N |
| A3 | 61 | H | 32 | Cabinet de 3 MG | Semi-rural | Patientèle âgée (40%) | MSU (diplôme de formation à la maîtrise de stage) | | O |
| A4 | 55 | H | 24 | Cabinet de 3 MG | Urbain | Patientèle âgée (30% de plus de 75 ans) | Gériatre/futur e MSU | | O |
| A5 | 40 | H | 5 | Cabinet 3 MG | Urbain | Patientèle jeune (3% plus de 65ans) | Futur MSU | | N |
| B1 | 29 | F | 1 | MG Remplaçante | | | | | N |
| B2 | 29 | H | 1 | Service gériatrie clinique | Urbain | gériatrie | | | N |
| B3 | 50 | H | 21 | Cabinet de 4MG | Semi-rural | Patientèle plutôt jeune, (5% patients âgés) 1270 patients | MSU, capacité de gériatrie | Acteur de formation sur la personne âgée | O |
| B4 | 70 | H | 40 | Exerce seul | Urbain | Beaucoup de patients immigrés, Patientèle âgée (75%) | | | N |
| B5 | 68 | F | 38 | Exerce seule | Urbain | Patientèle âgée (30 %) | | | N |

| | | | | | | | | | |
|----|----|---|----|---|------------|---|---|--|---|
| B6 | 44 | F | 15 | Cabinet de 2MG | Urbain | Patientèle jeune (10 % patients âgés) | | N | |
| C1 | 48 | F | 17 | Cabinet de 3 MG | Urbain | Patientèle plutôt agée (30%) 700 patients | | N | |
| C2 | 34 | F | 4 | Cabinet médicale : 3 MG + orthophoniste + podologue | Semi-rural | Patientèle variée ; 530 patients | | N | |
| C3 | 52 | F | 21 | Cabinet de 5 MG | Semi-rural | Patientèle variée (20% patients âgés) | | N | |
| C4 | 34 | H | 1 | 4 MG, projet de maison médicale | Rural | Jeunes, 283 patients des associés | Président des professionnels de son territoire de santé | N | |
| C5 | 55 | H | 34 | Exerce seul | Urbain | Patientèle âgée (40%) 900 patients | Pr associé faculté médecine générale, capacité de gériatrie | Médecin coordonateur en EHPAD CCAS de Toulouse | O |
| D1 | 31 | H | 3 | Cabinet de 3 MG | Semi-rural | Patientèle âgé 10% | | N | |

Abréviations :

* Médecins généralistes

** Infirmière diplômé d'état

*** Maître de stage universitaire

Annexe 2- Guide d'entretien initial

1) Questions de présentation / Questions « brise-glace »

Prénom et Nom à inscrire sur des étiquettes de table. Demander le lieu et mode d'exercice en précisant si c'est un exercice en milieu rural ou urbain.

« Dans quelle proportion prenez-vous en charge des personnes âgées dans votre pratique quotidienne ? »

« En voyez-vous beaucoup, ou peu ? »

Si les personnes demandent à partir de quel âge doit-on les considérer comme « âgés » on pourra marquer une pause, pour solliciter la réponse des autres ou suggérer : « dites-nous ce que vous en pensez ? »

« Comment s'est modifiée cette proportion ses dernières années ? »

« Estimez-vous qu'elle est plutôt en hausse ou en baisse ? »

2) Question de transition

Prendre ce qui a été dit précédemment : tous présents, devraient être confrontés à la personne âgée.

« Dans votre pratique, à quel moment estimez-vous que votre patient est âgé ? »

On s'attend à voir apparaître deux notions : celle d'âge civil, et d'âge biologique, mais déjà des éléments biographiques pourront faire partie des réponses. Notez si possible ces distinctions sur le tableau.

3) Centrage de la problématique

« Quand vous regardez vos patients vieillir, comment cela se passe ? »

« Quand vous regardez vos patients vieillir, comment avez-vous l'impression que ce vieillissement évolue ? »

Laisser le temps aux enquêtés

« Est-ce qu'il y a des moments importants ? »

« Est-ce qu'il y a des étapes ? »

Noter les éléments de réponse et essayer de les organiser par thème sans les nommer : ce qui relève de l'âge civile, de l'âge biologique, de la biographie / phénoménologie.

4) Entente sur la définition de Oldest-Old

Synthèse de l'animateur sur ce qui a été dit. Définition du « Oldest-Old » selon le groupe

5) Exploration des Objectifs de soin

« Qu'est-ce que ça change dans votre pratique ? »

« Comment l'appréhendez-vous dans votre pratique ? »

« Comment le ressentez-vous ? »

« Quels sont vos objectifs de soin chez ces patients ? »

Annexe 3- Guide d'entretien final

1) Questions de présentation / Questions « brise-glace »

Prénom et Nom à inscrire sur des étiquettes de table. Demander le lieu et mode d'exercice en précisant si c'est un exercice en milieu rural ou urbain.

« Dans quelle proportion prenez-vous en charge des personnes âgées dans votre pratique quotidienne ? »

« En voyez-vous beaucoup, ou peu ? »

Y consacrer peu de temps, car ne fait pas parti des objectifs de l'étude.

Si les personnes demandent à partir de quel âge doit-on les considérer comme « âgés » on pourra marquer une pause, pour solliciter la réponse des autres ou en profiter, pour passer directement à la question suivante.

2) Question de transition

Reprendre ce qui a été dit précédemment : tous présents, devraient être confrontés aux patients âgés.

« Dans votre pratique de médecin généraliste, à quel moment estimez-vous que votre patient est « âgé » ? »

« Selon vous, à partir de quand peut-on dire qu'un patient est « âgé » ? »

3) Centrage de la problématique

« Quand vous regardez vos patients vieillir, quelles étapes/quelles évolutions observez-vous ? »

Laisser le temps aux enquêtés.

« Quand vous regardez vos patients vieillir, à quoi assistez-vous ? »

« Quels changements observez-vous ? »

« Est-ce que vous voyez des évolutions ? »

« Parmi ces patients âgés, pouvez-vous décrire des patients encore plus âgés ? »

« Avez-vous des patients encore plus âgés ? Décrivez-les-nous. »

Noter les éléments de réponse et essayer de les organiser par thème sans les nommer : ce qui relève de l'âge civil, de l'âge biologique, de la biographie / phénoménologie.

4) Définition du patient *Oldest-Old*

« Maintenant que tout le monde a donné sa notion du patient très âgé. Pouvons-nous ensemble, en donner une définition ? »

5) Exploration des Objectifs de soin

« Comment appréhendez-vous ces patients dans votre pratique ? »

Insister sur « vos ». Il faut explorer les objectifs des MG.

« Comment le ressentez-vous ? » « Décrivez vos difficultés ? »

Annexe 4- Formulaire de consentement

Dans le cadre de notre thèse de médecine générale, que nous menons en binôme, nous réalisons un travail de recherche, encadré par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, visant à explorer le vieillissement.

Notre travail s'effectue selon une méthode de recherche sociologique dite qualitative, se basant sur la réalisation d'entretiens collectifs avec des médecins généralistes en activité.

L'entretien dure environ 1h30 minutes et sera réalisé à la MSP de la Providence à Toulouse, à une date fixée préalablement. Il sera enregistré à l'aide d'un dictaphone, retranscrit et analysé.

Toutes les données recueillies au cours de ce projet de recherche seront anonymisées, afin de préserver votre identité et la confidentialité des informations.

Votre participation à ce projet de recherche s'effectue sur la base du volontariat, vous restez tout à fait libre de cesser votre participation à tout moment de l'étude et ce sans justification.

Nous vous ferons parvenir les résultats de cette étude et vous serez informés des éventuelles suites qui découleront de ce projet.

Consentement libre et éclairé :

Je, soussigné(e) _____ déclare avoir lu et compris le présent formulaire et avoir un exemplaire.

Par la présente, j'accepte librement de participer à ce projet.

Fait à _____, le _____

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Nous, Matthieu Guilhem et Thomas Joyeux, nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Fait à _____, le _____

Joyeux Thomas

Guilhem Matthieu

Annexe 5- Avis du Comité Ethique du CNGE



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS
Courriel : comite-ethique@cngc.fr
IRB00010804
Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 15 Octobre 2019,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " Perception du très grand âge par les médecins généralistes."
AVIS 190919122

La recherche « **Perception du très grand âge par les médecins généralistes** » vise à analyser la perception des médecins généralistes sur le très grand âge en ayant recours à des entretiens collectifs, éventuellement complétés par des entretiens individuels.
Le comité a donné un avis favorable à la réalisation de ce travail.

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

QUELLE EST LA PERCEPTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LEURS PATIENTS TRÈS ÂGÉS ?

Étude Qualitative auprès de médecins généraliste de la région Midi-Pyrénées

Introduction : L'augmentation de l'espérance de vie en France implique des changements dans la structure d'âge de notre société avec une forte augmentation de la fraction la plus âgée de la population. Leur permettre de vivre un vieillissement réussi est un véritable défi dont le médecin généraliste est l'acteur principal. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude qualitative par groupe d'entretiens collectifs (focus group) en interrogeant des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. Les données ont été enregistrées, retranscrites et analysées de façon thématique. La triangulation des chercheurs a été menée tout au long de la recherche et la saturation des données fût obtenue au troisième entretien. **Résultats :** Dix-sept participants, répartis en trois focus group et un entretien individuel, se sont exprimés sur le ressenti qu'ils avaient de leurs patients très âgés. Les MG n'avaient pas spontanément conscience de l'existence du patient *Oldest-Old*. Ils percevaient le vieillissement comme un nuage insidieux influençant de façon variable le parcours de vie des individus, jusqu'à l'apparition inévitable d'une bascule irréversible dans le très grand âge. Une fois l'individualisation des patients *Oldest-Old* suggérée par l'animateur, les MG en avaient une définition conceptuelle multidimensionnelle fidèle à la littérature. Elle était influencée par des facteurs qui leur sont propres et complétée par ce qu'ils pouvaient observer dans leur pratique. Le manque de soutien et l'absence de recommandations faisaient naître un sentiment de désarroi chez le MG et imposait une prise en charge empirique du patient *Oldest-Old*. **Conclusion :** Cette étude révèle l'absence de conscience spontanée du patient *Oldest-Old* et les difficultés de leur prise en charge par le médecin généraliste. Les recherches futures pourraient se concentrer sur l'étude des spécificités et des besoins en soins primaires des patients *Oldest-Old*.

Mots clés : soins de santé primaires ; médecine générale ; sujet âgé de 80 ans ou plus ; médecins généralistes ; étude qualitative.

WHAT IS THE PERCEPTION OF GENERAL PRACTITIONERS OF THEIR OLDEST-OLD'S PATIENTS?

A qualitative study carried out on General Practitioners

Introduction: The increase in life expectancy in France implies changes in the age structure of our society with a sharp increase in the older fraction of the population. Allowing them to age well is a challenge in which the General Practitioner must play the central part. The aim of the study was to analyze how GPs perceive their very old patients. **Method:** We conducted a qualitative study, interviewing collectively focus groups composed of GPs from the Midi-Pyrénées region. The data was recorded, transcribed and analyzed thematically. A triangulation of researchers was carried on throughout the research and data saturation was reached at the third interview. **Results:** Seventeen participants, divided into three focus groups and one individual interview, expressed their feelings about their very elderly patients. The GPs did not have a spontaneous consciousness of the existence of the *Oldest-Old* patient. They perceived the aging process as an insidious cloud influencing the life course of individuals in varying ways, until the latter irreversibly tipped over into a very old age. Once the individualization of *Oldest-Old* patients suggested by the facilitator, GPs had a multidimensional conceptual definition close to that of the literature's. It was influenced by factors of their own, and supplemented by what they could observe in their practice. The lack of support and the absence of official recommendations created a feeling of dismay for the GP and thus caused their care of the *Oldest-Old* patients to be empirical. **Conclusion:** This study reveals the absence of spontaneous consciousness about the *Oldest-Old* patient, as well as the difficulty of their management by the General Practitioner. Future research may focus on studying the specifics and primary care needs of *Oldest-Old* patients.

Keywords: primary health care; general practice; aged, 80 and over; general practitioners; qualitative research.

Directeur de thèse : Dr Émile ESCOURROU

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France
